

Výzkumné studie

OSOBNOST MEDIKŮ (orig. název je jiný)

Jména autorů jsou pro potřeby oponentského posudku smazána

Afilace autorů k institucím je pro potřeby oponentského posudku smazána

ABSTRACT

Název v AJ

Jména autorů

Objective. To assess selected personality traits and attitudes of future physicians, affecting both success in medical work, and subjective experience of stress associated with this work.

Subjects and setting. Two questionnaires were chosen (Eysenck Personality Inventory, EPI-A and Bortner questionnaire) and applied to medical students of the 5th year (Charles University, 1st Faculty of Medicine, between 1989 to 2003, N = 2682, including 1565 women) with a reference group of unselected population over 14 years.

Hypothesis. Medics should not differ from unselected population, any deviations should appear in the direction of the properties required for doctors.

Statistical analysis. Descriptive characteristics of the sample, t-test, Man-Whitney nonparametric U test.

Results. Female students had lower A-type of behaviour: -4.63 (SD 21.46) compared to population, male students did not differ: -3.92 (SD 22.18). Hostility: both female and male students were more hostile: -9.88 (SD 17.69), -7.86 (SD 18.00) respectively. Irritability was lower in both gender: female -4.21 (SD 13.44), male -5.95 (SD 14.13). Relaxation ability was better both in female -6.86 (SD 15.07) and male students -7.29 (SD 15.64), as well as interpersonal sensitivity: female +5.08 (SD 15.31), male +3.33 (SD 14.32), or lower level of frustration:

female students -6.3 (SD 16.00), male students -7.82 (SD 15.87). Statistically significant differences according to gender were found in neuroticism (lower in male students), hostility (higher in male students), irritability (lower in male students) and frustration (lower in male students). Significant difference between the first (1989-1995) and second (1998-2003) follow-up period was found only in the relaxation ability of female students (worse) and frustration level in male students (better). Comparison of extremely scoring individuals in undesirable traits showed that a group of female students included fewer (%) such persons than can be expected in a normally distributed population, while among male students the extreme scorers were in a roughly the same proportion as in other normal distributions with the exception of the type A behaviour (less extreme).

Conclusion: The followed group of medical students displayed personality and behavioural attributes suitable for their future work.

Limitations of the study. The results only relate to those questionnaires, and a population of medical students of one medical school.

key words:

medical students,
personality traits in physicians,
EPI -A,
Bortner scale

klíčová slova:

medici,
osobnostní předpoklady pro práci lékaře,
EOD-A,
Bortnerova škála

Došlo: 6. 9. 2010, vydáno v roce 2012

ÚVOD

Nároky na práci lékaře jsou ve srovnání s jinými profesemi velké a značně idealizované – vyžaduje se, aby podával bezchybný odborný výkon, měl osobní přístup k pacientovi, byl altruistický a službu bližním považoval za své poslání. Jeho osobní vlastnosti a chování jsou pro pacienty mnohdy důležitější než jeho odbornost, zvláště ovšem proto, že ji většinou nedokážou posoudit. Podle studie, kterou u svých pacientů provedla Mayo Clinic v Minnesotě a v Arizoně v letech 2001-2002 (Bendapudi et al., 2006) by měl lékař vykazovat odbornou jistotu, pochopení pro pacienta, laskavost, přímost, zdvořilost a důkladnost. Tyto požadavky jsou patrně stejné v druhém jako v prvním tisíciletí a v průběhu dějin se nezměnily, protože vyjadřují základní potřebu přátelské podpory a pomoci v nouzi. Práce lékařů a zdravotníků je také pod stálou a přísnou kontrolou veřejnosti. Vysoká očekávání veřejnosti představují ovšem pro svědomitého lékaře i vysoko nastavenou laťku vlastní úspěšnosti, které je někdy obtížné dosáhnout.

Osobnostní vlastnosti a postoje jedince, jako úzkostnost, iritovanost, negativní vztahy k lidem (hostilita), sklon k frustraci či tenze, nepříznivě ovlivňují spolupráci lékaře s pacientem. Zároveň ale podstatně zhoršují prožívání pracovní zátěže, kterou s sebou profese lékaře nevyhnutelně přináší, a takto postiženému jedinci výrazně zvyšují riziko tělesného i duševního onemocnění.

Je tedy důležité, ba rozhodující, aby už příprava na výkon lékařského povolání byla zaměřena na sladění odborných požadavků oboru, schopností jedince a jeho osobnosti a charakterové výbavy tak, aby mladý odborník přicházel do praxe dobře připraven po profesní i po lidské stránce. Studenti medicíny by tedy měli mít alespoň některé z požadovaných vlastností – bude to v jejich příští práci důležité nejen pro pacienty, ale i pro jejich vlastní pracovní uspokojení. Naopak, včasné zjištění a upozornění studenta ještě v průběhu studia na některé méně vhodné, případně konfliktní rysy jeho osobnosti a chování pomůže předejít selhání a poskytne možnost zaměřit uplatnění na lépe vyhovující obor. Např. netrpělivý a iritabilní jedinec nemusí přímo pracovat s pacienty, může ale být velmi úspěšný ve výzkumu, v laboratorní práci a jinde.

CÍLE

U mediků jsme sledovali některé rysy, které mohou mít prediktivní hodnotu pro pozdější uplatnění v lékařské praxi. K měření osobnostních rysů a postojů byly vybrány dotazníky, které patřily do baterie nástrojů šetřících vliv osobnostních vlastností na zdraví, pracovní výkonnost a spokojenost pracovníků s převahou kvalifikované duševní práce (Horváth et al., 1992).

SOUBOR A POUŽITÉ METODY

Během seminářů z hygieny a epidemiologie na 1. lékařské fakultě UK Praze hodnotili studenti 5. ročníku v letech 1989 - 2003 některé své osobnostní rysy podle níže uvedených dotazníků. Studenti si pak vyplněné testy sami vyhodnocovali podle programu v osobním počítači, návratnost byla tedy 100 %. Dotazníky byly získány vždy od více než poloviny (až tří čtvrtin) mediků každého ročníku dle lokálního rozpisu výuky. Tento fakt přispěl k validitě nálezů, protože vyloučil vliv některých zkreslujících faktorů účasti ve studii, jako je např. ochota ke spolupráci, dostatek času, finanční

odměna apod., kterými často trpí dobrovolnické studie. Údaje získané v průběhu let 1989 – 1995 a 1998 – 2003 jsme porovnali s referenčními skupinami z neselektované populace, viz popis níže.

Dotazníky

1. Pro zjištění osobnostních vlastností byl použit Eysenckův osobnostní dotazník EOD–A (Miglierini, Vonkomer, 1979), obsahující bipolární škály extroverze (introverze) a lability (stability) neboli neuroticismu, dále škálu lži (tendence k předstírání). Neuroticismus (termín H. J. Eysencka) vyjadřuje náchylnost k emocionální a celkové duševní labilitě, zvýšené psychické tenzi, úzkostem a strachům a k onemocnění neurózou. Škála má bodové rozmezí 0 – 24. Extroverze zahrnuje družnost, společenskost jedince, zálibu ve vzrušení a riziku, impulzivnost, smysl pro humor a pro změnu. Extrovert ale brzy ztrácí náladu, trpělivost, má sklon být agresivní. Škála má bodové rozmezí 0 – 24. Lži skóre bylo vytvořeno pro odhalení tendencí jevit se v lepším světle, spíše než naivitu však naznačuje sklon ke konformitě ke společensky uznávaným hodnotám, a to bez ohledu na úroveň vzdělání. Skóre konformity stoupá s věkem. Škála má bodové rozmezí 0 – 9.

2. K ohodnocení způsobu chování v sociálních situacích byl použit Bortnerův dotazník pro hodnocení chování typu A (Bortner, 1969) v rozšířené verzi, zahrnující rovněž škály hostility, iritability, neschopnosti relaxovat, interpersonální senzibility a frustrace (Horváth, Frantík, Kožená, 1983). Pro chování typu A je typická vysoká míra aktivace nervového systému, vnitřní potřeba dosahovat stále více výsledků ve stále kratším čase, tížádostivost, soutěživost, průbojnost, pocit neustálého nedostatku času, plánování a organizování času, netrpělivost. Bývá rychlé tempo aktivit, neustálá připravenost. Typická bývá rychlá hlasitá řeč a napjaté svalstvo. V emočních odpovědích lze vysledovat hněv, podrážděnost. Chování typu A je komplexní reakcí a je výsledkem součinnosti celé řady komponent jak osobnosti, tak sociálního prostředí. Je rizikové pro některé nemoci, například kardiovaskulární. Chování typu B je protikladem typu A, postrádá výše popsané rysy a nepředstavuje riziko onemocnění. Pro iritabilitu je typická zvýšená dráždivost nervového systému, vyšší citlivost na podráždění, neadekvátní reakce na jednotlivé podněty, negativní emoce dlouho přetrvávají. Neschopnost relaxace zahrnuje pocit vnitřního napětí, tlaku, neklidu; neschopnost uvolnění svalového ani duševního napětí se může projevovat i zhoršenými vlastnostmi psychických funkcí, například pozornosti, paměti. Hostilita je nepřátelský, nevraživý postoj k ostatním, ale i vůči sobě, v chování jsou přítomny prvky nepřátelství, agrese, destruktivnosti, při dlouhodobém převládání hostilních tendencí se mohou objevit vystupňované stavy animozity. Interpersonální senzitivita znamená nejistotu ve společenských situacích, které vyvolávají stres, projevuje se i přecitlivělostí na kritiku. Hodnoty všech škál se pohybují v rozmezí -100 až +100. Použitá česká rozšířená verze k hodnocení rizika chování typu A pracuje s dalšími aspekty (hostilita, iritabilita, neschopnost relaxovat), které nebyly v původní škále zachyceny. Rozšířená verze byla validizována s použitím výsledků rozhovoru diagnostikujícího chování typu A jako hlavního kritéria. Pomocí diskriminační analýzy byly stanoveny váhy pro jednotlivé položky vzhledem k úzké souvislosti s přesným kritériem, tj. s rozhovorem (Horváth, Frantík, Kožená, 1983).

Některé způsoby chování, jako typ A a hostilita, ovlivňují přímo chování k pacientům a ve vystupňované podobě přímo odporují představě lékařské práce jako dobrovolné služby. Ostatní vlastnosti souvisejí s prožíváním stresujících situací spojených s lékařským povoláním, a tím s rizikem psychického selhávání (vyhoření) a s riziky somatického onemocnění.

Oba dotazníky byly vytvořeny jako screeningový nástroj pro normální populaci, formulace jednotlivých otázek je záměrně společensky přijatelná a nenaznačuje patologické stavy či postoje.

Soubor mediků tvořilo 2682 posluchačů 5. ročníků 1. LF UK v průměrném věku 23,17 let (SD 1,48), z toho 1117 mužů (23,25 let, SD 1,64) a 1565 žen (23,11, SD 1,36), v letech 1989 – 2003.

Referenční skupina: Pro srovnání byly použity hodnoty neselektované populace získané v rámci projektu Národního programu obnovy a podpory zdraví č. 9311/1994 (Manuál prevence v lékařské praxi, 1994) jako normy pro hodnocení výsledků Bortnerova dotazníku u jednotlivců i definovaných populací. Neselektovaná populace také představuje množinu pacientů, se kterými se budoucí lékaři budou setkávat. Z tohoto zdroje byla zvolena věková skupina 25-34 let (N = 199), i když neodpovídala přesně věkovému průměru sledovaného souboru, protože v případě mediků se jednalo o kompaktnější skupinu s předpokládanou menší diverzitou než v nejbližší předchozí referenční skupině, která zahrnovala 15-24 let. Spolehlivost referenčního vzorku je podporována skutečností, že všechny jeho charakteristiky se shodují s průměry a standardními odchylkami ostatních věkových skupin v rozmezí 25-54 let (N = 731).

Výzkumná otázka

U souboru mediků jsme očekávali výsledky obou dotazníků, které by ukazovaly na psychosociální stabilitu, viz výše. Vzhledem k charakteru profese lékaře jsme očekávali u skupiny sledovaných mediků, že hodnoty naměřené v obou dotaznících se nebudou významně lišit od hodnot srovnávané neselektované populace. Dále jsme očekávali, že případné rozdíly se budou u mediků jevit ve směru vlastností, žádoucích pro postoje a chování lékaře.

Statistické analýzy, zpracování výsledků

Při zpracování dat byly použity popisné charakteristiky souboru (průměry, směrodatné odchylky). Rozdíly mezi soubory byly testovány t-testem. Normalita rozložení jednotlivých souborů byla potvrzena, přesto byl pro zpřesnění použit i neparametrický Man-Whitneyův U test. Komplexnější techniky (MANOVA) nebyly použity pro komplikovanost a možnou nejasnost interpretace daných dat.

Pro zjištění, jak velký podíl souboru studentů vykázal měřené osobnostní rysy na úrovni, která se již jeví jako nežádoucí z hlediska vlastností a postojů očekávaných u lékaře, jsme jako hraniční použili hodnoty 1 směrodatné odchylky nad průměrem referenční skupiny, případně 1,5 směrodatné odchylky. V tab. 4 jsou uvedena procenta extrémně skórujících mužů a žen ve srovnání s hodnotami distribuční funkce pro body $M + 1\text{ SD}$ a $M + 1,5\text{ SD}$ normálního rozložení (s parametry M a SD referenční skupiny).

VÝSLEDKY

Eysenckův osobnostní dotazník EOD–A: Průměrné hodnoty sledované skupiny byly pro extraverci 12,64 (SD 4,28), pro neuroticismus 9,69 (SD 5,13), přičemž průměr pro neuroticismus byl u mužů statisticky významně nižší než u žen: 9,06 (SD 4,62) oproti 10,17 (SD 5,44). Naměřené údaje odpovídají hodnotám normální populace. Hodnoty skóre lži byly sledovány pouze orientačně a v tabulkách nejsou uvedeny:

průměrné hodnoty pro ženy 2,02 (SD 1,54) a pro muže 1,90 (SD 1,60) poskytují obraz o výpovědi inteligentní populace bez snahy jevit se jinak. Hodnocení Eysenckova dotazníku EOD–A je uvedeno podrobně v tab. 1 a 2.

Bortnerův dotazník: V A/B typu chování vykazovaly medičky statisticky významně ($p = 0,05$) nižší typ chování A: $-4,63$ (SD 21,46) oproti $+1,9$ (SD 21,7) v neselektované populaci. Medici se příliš nelišili: $-3,92$ (SD 22,18) oproti $-3,1$ (SD 22,1) v populaci, ale extrémně skórujících jedinců bylo méně (tab. 2). Hostilita: medičky byly hostilnější než ženy ze srovnávané populace ($p = 0,04$), nicméně hodnoty obou skupin jsou velmi nízké, rozdíl se poněkud jeví v různé míře variance: $-9,88$ (SD 17,69) oproti $-11,0$ (SD 11,2). Extrémně skórujících jedinců bylo však proti očekávání mezi medičkami méně. U mediků se projevil stejný trend bez statistické významnosti: $-7,86$ (SD 18,3) vs. $-9,10$ (SD 10,8). Iritabilita: medičky projevovaly statisticky významně nižší podrážděnost než neselektovaná populace: $-4,21$ (SD 13,44) vs. $+1,4$ (SD 20,2), medicí nepatrně vyšší: $-5,95$ (SD 14,13), populace $-6,8$ (SD 6,2), ale bez statistické významnosti. Neschopnost relaxace: medičky dokázaly statisticky významně lépe relaxovat než srovnávané ženy z neselektované populace: $-6,86$ (SD 15,07) oproti $-4,10$ (SD 14,20). Stejně medicí, ale bez statistické významnosti: $-7,29$ (SD 15,64) oproti $-6,30$ (SD 6,70) v populaci. Interpersonální senzitivita: medičky statisticky významně lépe snášely běžné společenské situace i kritiku než ženy ze srovnávané populace: $+5,08$ (SD 15,31) vs. $+8,50$ (SD 24,4). Medici podobně, ale bez statistické významnosti: $+3,33$ (SD 14,32) oproti $+3,6$ (SD 17,5) v populaci. Frustrace: medičky se cítí frustrovány téměř ve stejné míře jako populace: $-6,3$ (SD 16,00) oproti $-6,00$ (SD 13,1), medicí ovšem statisticky významně více než populace: $-7,82$ (SD 15,87) oproti $-9,50$ (SD 9,8). Přesto procento extrémně skórujících mediků odpovídalo očekávání. Podrobně uvádějí tyto výsledky tab. 1 a 4.

Dále jsme porovnávali, zda se v souboru mediků liší muži a ženy. Statistickou významnost jsme našli u neuroticismu (muži méně), hostility (muži více), iritability (muži méně) a frustrace (muži méně). Podrobně viz tab. 2.

Tab. 1 Hodnoty mediků

Faktor	Muži			Ženy			Muži a ženy celkem		
	N	průměr	SD	N	průměr	SD	N	průměr	SD
VEK	609	23,25	1,64	882	23,11	1,36	1 491	23,17	1,48
NEU	549	9,06	4,62	724	10,17	5,44	1 273	9,69	5,13
EXT	428	12,41	4,26	552	12,83	4,28	980	12,64	4,28
ABT	638	-3,92	22,18	904	-4,63	21,46	1 542	-4,34	21,76
HOS	784	-7,86	18,30	1 091	-9,88	17,69	1 875	-9,03	17,97
IRI	785	-5,95	14,13	1 085	-4,21	13,44	1 870	-4,94	13,76
NES	784	-7,29	15,64	1 084	-6,86	15,07	1 868	-7,04	15,31
INS	784	3,33	14,32	1 082	5,08	15,31	1 866	4,35	14,92
FRU	782	-7,82	15,87	1 081	-6,30	16,00	1 863	-6,94	15,96
celkem	1 117			1 565			2 682		

NEU – neuroticismus, EXT – extroverze, ABT – A/B typ chování, HOS – hostilita, IRI – iritabilita, NES – neschopnost relaxace, INS – interpersonální senzitivita, FRU – frustrace

Konečně jsme se také snažili posoudit, zda se ve sledovaném období ukázaly nějaké trendy vývoje, a porovnali jsme proto počáteční období sledování (roky 1989-1995) s dalším obdobím (roky 1998-2003). Statisticky významný posun se ukázal jen u mediček v případě neschopnosti relaxace (zhoršení) a u mediků v hodnotách frustrace (zlepšení). Podrobně viz tab. 3.

Tab. 2 Porovnání mediků a mediček

Muži										
	Celkem	VĚK	NEU	EXT	ABT	HOS	IRI	NES	INS	FRU
N	1 117	609	549	428	638	784	785	784	784	782
průměr		23,25	9,06	12,41	-3,92	-7,86	-5,95	-7,29	3,33	-7,82
SD		1,64	4,62	4,26	22,18	18,30	14,13	15,64	14,32	15,87
Ženy										
N	1 565	882	724	552	904	1 091	1 085	1 084	1 082	1 081
průměr		23,11	10,17	12,83	-4,63	-9,88	-4,21	-6,86	5,08	-6,30
SD		1,36	5,44	4,28	21,46	17,69	13,44	15,07	15,31	16,00
Statistická významnost										
p			p < 0,01			p = 0,02	p < 0,01		p = 0,01	p = 0,04

NEU – neuroticismus, EXT – extroverze, ABT – A/B typ chování, HOS – hostilita, IRI – iritabilita, NES – neschopnost relaxace, INS – interpersonální senzitivita, FRU - frustrace

Tab. 3 Porovnání hodnot mediků v letech 1989-1995 oproti období 1998-2003

Faktor	Muži			Ženy			Muži a ženy celkem		
	N	průměr	SD	N	průměr	SD	N	průměr	SD
roky	1989 - 1995								
ABT	511	-3,56	21,13	687	-4,95	20,00	1198	-4,36	20,49
HOS	633	-7,83	18,09	834	-10,38	17,71	1467	-9,28	17,91
IRI	634	-5,91	14,24	832	-4,57	13,30	1466	-5,15	13,73
NES	633	-7,04	15,98	832	-7,39	15,00	1465	-7,24	15,42
INS	634	3,10	14,51	830	4,75	15,75	1454	4,04	15,24
FRU	631	-6,88	15,98	829	-5,93	16,01	1460	-6,34	16,00
roky	1998 - 2003								
ABT	127	-5,37	26,04	217	-3,62	25,58	344	-4,26	25,72
HOS	151	-7,98	19,22	257	-8,24	17,57	408	-8,14	18,17
IRI	151	-6,08	13,69	253	-3,01	13,85	404	-4,16	13,85
NES	151	-8,34	14,12	252	-5,11	15,19	403	-6,32	14,86
INS	150	4,29	13,62	252	6,17	13,71	402	5,47	13,65
FRU	151	-11,74	14,81	252	-7,54	15,92	403	-9,11	15,63
Statistická významnost									
p	FRU		p < 0,01	NES		p = 0,03	FRU		p < 0,01

ABT – A/B typ chování, HOS – hostilita, IRI – iritabilita, NES – neschopnost relaxace, INS – interpersonální senzitivita, FRU – frustrace

Tab. 4 Podíl mediků (%) s vyššími skóry v Bortnerově dotazníku a EOD-A

Faktor	MUŽI				ŽENY			
	M+1,0 SD ¹	%	M+1,5 SD ¹	%	M+1,0 SD ¹	%	M+1,5 SD ¹	%
ABT	≥ 22,10	9,87	≥ 34,70	3,76	≥ 21,70	9,73	≥ 31,60	4,31
HOS	≥ 10,80	15,69	≥ 20,75	6,12	≥ 11,20	11,46	≥ 22,30	3,30
IRI	≥ 6,20	17,71	≥ 12,70	9,81	≥ 20,20	3,96	≥ 29,60	0,92
NES	≥ 6,70	18,24	≥ 13,20	10,20	≥ 14,20	8,39	≥ 23,35	2,86
INS	≥ 17,50	17,09	≥ 24,45	4,85	≥ 24,40	7,86	≥ 32,35	1,11
FRU	≥ 9,80	14,71	≥ 19,45	5,88	≥ 13,10	11,75	≥ 22,65	4,35
LAB	≥ 13,7		≥ 15,6		≥ 13,7		≥ 15,6	
STAB	≤ 6,3		≤ 4,4		≤ 6,3		≤ 4,4	

ABT – A/B typ chování, HOS – hostilita, IRI – iritabilita, NES – neschopnost relaxace, INS – interpersonální senzitivita, FRU – frustrace, LAB – Labilita EOD-A (N skór), STAB – Stabilita EOD-A (N skór)

¹ M+1,0 SD (M+1,5 SD) srovnávané populace

DISKUSE

Při porovnání osobnostních rysů a způsobů chování v reakci na psychosociální stimulaci se skupina sledovaných mediků projevila příznivěji než referenční skupina z neselektované populace. Vlastnosti jako stabilita osobnosti, dobrý vztah k lidem, trpělivost, chybění pocitu frustrace jsou zajisté vlastnosti požadované na lékaři, a naše výsledky naznačují, že většina sledovaných studentů zvolila studium medicíny s dobrými osobnostními předpoklady a pravděpodobně i se správnou motivací. Určitý rozptyl hodnot (SD) však ukazuje, že někteří jednotlivci měli oproti průměru své skupiny horší výsledky ve smyslu potřebných vlastností. U nich je zvláště důležité zvážit slabá místa, poradit se, jak zaměřit své uplatnění v oboru, předejít zklamání a selhání.

Některé rozdíly mezi muži a ženami byly očekávané, například menší sklon k hostilitě u žen, jiné poněkud překvapivé, jako nižší pocit frustrace u mužů. Celkově se muži jeví v konfrontaci s obtížným povoláním jako stabilnější a trpělivější. Společenské situace (např. vystoupení na veřejnosti) či kritiku zvládají pravděpodobně o něco lépe než ženy. Určité rozdíly mezi pohlavími v podílu extrémně skórujících jedinců (medičky vykazují méně extrémních nežádoucích vlastností a postojů než medicí, a zároveň i méně, než by bylo možné očekávat u jiných souborů s normálním rozložením) naznačují, že ženy v našem souboru zvolily svou profesní dráhu přiměřeněji k požadovaným vlastnostem, viz tab. 2.

Při hledání trendu vývoje byly nalezené výsledky zřejmě pouze náhodné – v současnosti nižší schopnost relaxace u žen a naopak nižší pocit frustrace u mužů se dá obtížně vysvětlit. Není pravděpodobné, že by další explorační v tomto směru přinesla vysvětlení.

Zhodnocení naměřených osobnostních údajů mediků je třeba vztáhnout k potřebě profese lékaře. Pokud bychom považovali lékaře za člověka, který táhne nemocného, ať už spolupracuje či ne, směrem ke zdraví a dobrému životnímu pocitu, předpokladem by bylo, aby nemocnému rozuměl. Aby toho byl dobře schopen, neměl by se ve svých osobnostních vlastnostech příliš lišit od průměru obecné populace. Jinak řečeno, neměl by být ani příliš ideální, ani příliš podléhající slabostem a nectnostem. Neměl by být ani příliš stabilní, aby nechápal úzkosti jiných, ani příliš úzkostný, aby nedokázal vzít na sebe odpovědnost. Neměl by být ani extrémně altruistický až k sebezničení, ani se nezajímat jen o peníze či slávu. Výsledky naměřené v souboru 2682 mediků v předposledním ročníku studia tomuto předpokladu potěšitelně odpovídají: mají lepší průměr v stabilitě osobnosti, trpělivosti a schopnosti relaxovat, v ostatním bez podstatného rozdílu proti běžné populaci. Zároveň studie ukázala, že v průběhu 14 let sledování nedošlo ke změnám chování a postojů budoucích lékařů, a to ani při zásadní změně životních a politických podmínek. Medicí v r. 2003 nemají jinou motivaci ke studiu medicíny a službě pacientům než měli jejich kolegové v r. 1989: chování typu A není frekventovanější, medicí nejsou hostilnější ani iritovanější. Znamená to také, že přes ekonomické tlaky a zdůrazňování vlivu tržních mechanismů se pro pečující povolání stále rozhodují převážně jedinci s dobrým vztahem k lidem.

Limitem nepochybně je, že výsledky získané při výuce 5. ročníku 1. LF UK v letech 1989 – 2003 a jejich porovnání s obecnou populací se vztahují pouze na tuto populaci mediků. Protože se však jednotlivé ročníky od sebe téměř nelišily a zkoumané osobnostní vlastnosti jsou relativně stále rysy, můžeme s velkou pravděpodobností soudit, že i studenti jiných lékařských fakult v České republice by vykazovali podobné vlastnosti i s podobnými vztahy k hodnotám neselektované české populace. Způsob a organizace výuky nemají na psychosociální rysy a chování vliv.

Logickým vyústěním studie vlastností budoucích lékařů by mělo být sledování úspěšnosti, subjektivní či semiobjektivní, našich respondentů v lékařské praxi. Korelace úrovně osobnostních rysů studentů medicíny a jejich pozdější životní spokojenost a přítomnost podpůrných faktorů v jejich životě jako je rodina, přátelé, kultura, sport, záliby, by mohly pomoci zpřesnit profesní přípravu lékařů. Na základě těchto nálezů by přijímací řízení ke studiu mohlo lépe vybrat kandidáty s vhodnou osobnostní výbavou a předcházet tak pozdějším zklamáním. Naše skupina mediků však poskytla pouze skupinové výsledky, protože vyplňování dotazníků bylo anonymní a mělo spíše výukový charakter.

Tato studie se nezabývala dalšími riziky, která lékaře ohrožují při výkonu jejich profese: přestože jsou podle literatury fyzicky zdravější než průměrná populace, jsou na druhé straně psychicky zranitelnější a náchylnější než průměrný jedinec k depresi, alkoholismu a zneužívání léků (Schattner, Davidson, Serry, 2004). Pocit neustálé odpovědnosti, zklamání z neuskutečněných a neuskutečnitelných představ či frustrace z neúspěchů mohou vést až k syndromu vyhoření (Spickard, Gabbe, Christensen, 2002). Traduje se, že až 60 % lékařů někdy během své profesní dráhy uvažovalo o opuštění medicíny. V extrémních případech je stres řešen i sebevraždou; podle nálezů studie Torre et al (Torre et al., 2005) je sebevražda jedinou příčinou smrti, kde je pro lékaře větší riziko než pro obecnou populaci, pro ženy opět větší než pro muže. Podle australské studie (Markwell, Wainer, 2009) jsou stresem zvláště ohroženou skupinou mladí začínající lékaři. Je proto třeba mediky končící studium připravovat na reálné podmínky praxe, učit je správnému pracovnímu i životnímu stylu, učit je komunikaci a zvládání stresu.

ZÁVĚR

Soubor mediků 5. ročníků 1. lékařské fakulty UK se lišil od srovnávané neselektované populace v pozitivním smyslu a vykazoval ve větší míře vlastnosti požadované na lékaři – stabilitu, trpělivost a nízkou míru pocíťované frustrace. Dobré výchozí předpoklady studentů je vhodné podpořit přípravou na obtížné podmínky lékařské praxe výcvikem k udržení integrity osobnosti a radosti z práce a ze života.

LITERATURA

- Bendapudi, N., Berry, L., Frey, K., Parish, J., Rayburn W. (2006): Patients' perspectives on ideal physician behaviors. *Mayo Clinic Proceedings*, March 2006, 81, 338-344.
- Bortner, R. (1969): A short rating scale as a potential measure of pattern A behaviour. *J Chron Dis*, 22, 87-91.
- Horváth, M., Frantik, E., Kožená, L. (1953): Brief self-report on response to psychosocial risk factors (based on Bortner scale). *Activ Nerv Sup*, 25, 229-231.
- Horváth, M., Frantik, E., Hoňková, M., Kopřiva, K., Kožená, L., Slabý, A. (1992): Mental work stress and health promotion: Fifteen years follow-up. *Proceedings of the twelfth international symposium of the University of Tokyo (Today) on Behavioral Sciences: Their role in health science and policy*, Tokyo, Japan, 5-7 July, 1991.
- Manuál prevence v lékařské praxi. I. Prevence poruch a nemocí. Národní program obnovy a podpory zdraví. Státní zdravotní ústav 1994.
- Markwell, A. L., Wagner, Z. (2009): The health and wellbeing of junior doctors: insights from a national survey. *Med J Australia*, 191, 8, 441-444. [Vyhledáno 23.7.2010 na http://www.mja.com.au/public/issues/191_08_191009/mar11478_fm.html]
- Miglierini, B., Vonkomer, J.: *Eysenckov osobnostný dotazník – EOD*, příručka. Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1979.
- Schattner, P., Davidson, S., Serry, N. (2004): Doctors' health and wellbeing: taking up the challenge in Australia. *Med J Australia*, 181, 7, 348-349 [Vyhledáno 23.7.2010 na <http://www.mja.com.au/public/>]

issues/181_07_041004/sch10547_fm.html]
Spickard, A., Gabbe, S. G., Christensen, J. F. (2002): Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*, 288, 12, 1447-1450.
Torre, D. M., Wang, N-Y. Meoni, L. A. et al. (2005): Suicide compared to other causes of mortality in physicians. *Suicide Life Threat Behav*, 35, 146-153.

SOUHRN

Cíl. Posoudit vybrané osobnostní rysy a postoje budoucích lékařů, ovlivňující jak úspěšnost v lékařské práci, tak subjektivní prožívání stresů s touto prací spojených.

Soubor a metody. Na základě zkušeností s jinými typy kvalifikované duševní práce byly vybrány dotazníky (Eysenckův osobnostní dotazník EOD-A a Bortnerův dotazník) pro srovnání mediků 5. ročníku 1. LF UK (N = 2682, z toho 1565 žen) s referenční skupinou neselektované populace v průběhu 14 let.

Hypotéza. Medici by se neměli lišit od srovnávané neselektované populace, případné odchylky by se měly jevit ve směru vlastností požadovaných na lékaři

Statistické analýzy. Popisné charakteristiky souboru (průměry, směrodatné odchylky), t-test, neparametrický Man-Whitneyův U test.

Výsledky. Medičky měly nižší typ chování A:

-4,63 (SD 21,46) oproti populaci, medicí se příliš nelišili: -3,92 (SD 22,18). Hostilita: medičky byly hostilnější: -9,88 (SD 17,69), stejně tak medicí: -7,86 (SD 18). Iritabilita: medičky měly nižší hodnoty: -4,21 (SD 13,44), medicí podobně: -5,95 (SD 14,13). Neschopnost relaxace: medičky i medicí relaxovali lépe: -6,86 (SD 15,07), respektive -7,29 (SD 15,64), podobně měli lepší výsledky v interpersonální senzitivitě: medičky +5,08 (SD 15,31), medicí +3,33 (SD 14,32). Frustrace byla také nižší: medičky -6,3 (SD 16,00), medicí -7,82 (SD 15,87). Statisticky významné rozdíly podle pohlaví jsme našli u neuroticismu (muži méně), hostility (muži více), iritability (muži méně) a frustrace (muži méně). Při porovnání počátečního období sledování (1989-1995) s dalším (1998-2003) se statisticky významný posun ukázal jen u medicek v neschopnosti relaxace (zhoršení) a u mediků ve frustraci (zlepšení). Při srovnání podílu extrémně skórujících jedinců v nežádoucích vlastnostech se ukázalo, že mezi medičkami je jich méně než by se dalo očekávat u souboru s normálním rozložením, a mezi mediky přibližně stejně, s výjimkou chování typu A (méně často extrémní). Celkově měli sledovaní medicí podle obou testů dobré psychosociální předpoklady pro své budoucí povolání.
Omezení studie. Výsledky se týkají jen uvedených dotazníků a populace mediků jedné lékařské fakulty.

