

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PROŽÍVANÁ PRACOVNÍ ZÁTĚŽ PERSONÁLU DĚTSKÉ ONKOLOGIE

THE PERCEIVED WORKLOAD BURDEN OF PEDIATRIC
ONCOLOGY STAFF



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Ivo Černík**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

Olomouc

2023

Poděkování:

Děkuji vedoucímu této magisterské práce, doc. PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D., za vstřícnost, lidský přístup a odborné vedení. Velké díky patří též respondentům, bez jejichž ochoty a otevřenosti by tato práce nemohla nikdy vzniknout. Děkuji své rodině a přátelům, kteří mi byli při psaní této práce oporou, a za to, že jsou mi každodenní inspirací. V neposlední řadě děkuji všem lékařům, sestřám a psychologům na odděleních dětské onkologie za boj, který každý den svádí. Vaše práce je nedocenitelná a Vaši pacienti ji nikdy nezapomenou.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Prožívaná pracovní zátěž personálu dětské onkologie“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31.3.2023

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH	.....	- 3 -
ÚVOD	.....	- 7 -
TEORETICKÁ ČÁST	.....	- 8 -
1 Onkologická léčba dětí	.....	- 9 -
1.1	Úvod do dětské onkologie.....	- 9 -
1.2	Biologie nádor onemocnění.....	- 12 -
1.3	Nejčastější onkologické diagnózy dětského věku	- 13 -
1.4	Základní léčebné přístupy	- 17 -
1.5	Majoritní metody léčby dětské onkologie.....	- 18 -
2 Specifika péče o dětského onkologického pacienta	.....	- 23 -
2.1	Psychicky nejnáročnější aspekty průběhu léčby pro pacienty.....	- 23 -
3 Organizace systému práce na dětské onkologii	.....	- 28 -
3.1	Shrnutí práce na dětské onkologii.....	- 28 -
3.2	Skladba personálu dětské onkologie	- 29 -
3.3	System vzdělávání v dětské onkologii	- 32 -
3.4	Přijímací řízení na oddělení	- 34 -
4 Zátěž systémového fungování pediatrické onkologie	.....	- 35 -
4.1	Vnímané nároky na pracovní výkon	- 35 -

4.2	Problematika časové zátěže	- 37 -
4.3	Kontext práce na dětské onkologii mimo pracoviště.....	- 38 -
5	Interpersonální spolupráce na pracovišti	- 40 -
5.1	Osobnostní profil personálu	- 40 -
5.2	Komunikace na pracovišti	- 40 -
6	Významné situace psychické zátěže personálu	- 45 -
6.1	Sdělování diagnózy.....	- 45 -
6.2	Ošetřování pacientů se somatickými komplikacemi	- 46 -
6.3	Rozhodování o ukončení kurativní léčby.....	- 47 -
6.4	Sdělování infaustní prognózy a ukončení kurativní léčby	- 48 -
6.5	Práce s umírajícím pacientem.....	- 48 -
6.6	Prožívání pacientovi smrti	- 49 -
6.7	Práce s rodiči po smrti pacienta.....	- 50 -
7	Vyrovňování se s psychickou zátěží	- 51 -
7.1	Dopady psychické zátěže na pracovníka	- 51 -
	PRAKTICKÁ ČÁST	- 55 -
8	Výzkumný problém.....	- 56 -
8.1	Cíle výzkumu	- 56 -
8.2	Výzkumné otázky	- 57 -
9	Aplikovaná metodika	- 58 -
9.1	Metody tvorby dat.....	- 59 -

9.2	Charakteristika zkoumané populace a popis výzkumného souboru..	- 60 -
9.3	Realizace výzkumného šetření.....	- 61 -
10	Etická stránka výzkumu	- 62 -
11	Metoda zpracování dat	- 63 -
12	Výsledky výzkumu	- 68 -
12.1	Výsledky tematicko-obsahové části analýzy.....	- 68 -
12.2	Centrální témata	- 108 -
12.3	Představený model teoretického fungování	- 115 -
13	Diskuze	- 117 -
14	Závěry	- 126 -
15	Souhrn	- 128 -
LITERATURA		- 132 -
PŘÍLOHY		- 141 -

ÚVOD

Onkologická onemocnění a jejich léčba jsou v současné době jedním z největších témat medicíny. Nejinak je tomu v i případě pediatriké onkologie, kdy se navzdory mílovým vědeckým pokrokům v této oblasti, stále jedná o jedno z nejnáročnějších onemocnění.

Onkologická léčba představuje obrovskou psychickou zátěž nejen pro pacienta a jej doprovázející rodinu, ale také pro jeho zdravotnické pečovatele, bez kterých by jeho léčba nebyla možná. Nemocniční personál prožívá pacientovu léčbu od úvodní diagnostiky a sdělení léčby, přes nejtěžší komplikace, až po návaznou dlouhodobou péči nebo jeho doprovázení na konci života.

Nabízí se proto otázka, jak se pečuje o ty, kteří zachraňování životů druhých zasvětili svůj profesní život? Navzdory náročnosti, kterou sebou onkologická léčba dětí a mladistvých přináší, je v současnosti pracovní zátěži personálu v tomto medicínském oboru věnována jen velmi malá akademická pozornost.

Cílem mé magisterské práce je proto odhalit hlavní faktory prožívané pracovní zátěže, se kterou se personál pediatriké onkologie každodenně setkává a porozumět vnitřním mechanismům, které je dělají takto náročnými. Teoretická část proto prezentuje základní kontext onkologické léčby a ty nejdůležitější oblasti zátěže, na které poukázaly dosavadní výzkumy. Praktická část následně představuje uskutečněný kvalitativní výzkum v duchu Zakotvené teorie, jejíž východiskem je teoretický model procesního fungování zátěže na pracovišti. Výzkum částečně navazuje na mou předchozí práci věnovanou bývalým onkologickým pacientům léčeným v adolescenci, a to především v první kapitole teorie.

Motivací pro tuto práci mi byla snaha upozornit na náročné aspekty práce na dětské onkologii. Především vyzdvihnout jejich důležitost pro personál, otevřít diskuzi nad možnostmi řešení a alespoň částečně tak přispět ke zvýšení kvality pracovního života těch, kteří z něj tolik dávají pro druhé.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Onkologická léčba dětí

První teoretická kapitola této práce je věnována kontextu léčby onkologicky nemocných pacientů. Je zde ve stručném přehledu popsáno to nejdůležitější z organizačního fungování dětské onkologie v České republice, podstaty onkologického onemocnění a jeho léčby. Zvýšená pozornost je věnována taktéž psychosociálním okolnostem pacientovi léčby, díky čemuž je čtenáři nabídnuta možnost porozumět ze strany pacientů jevům, se kterými se personál dětské kliniky ve své každodenní práci setkává.

1.1 Úvod do dětské onkologie

Dětská onkologie je u nás relativně mladý medicínský obor. Jeho počátky jsou spjaty zejména se jménem prof. MUDr. Josefa Kouteckého, DrSc., který se u nás v 60. letech minulého století zasloužil o vznik prvního samostatného onkologického oddělení pro dětské pacienty a zavedení specializovaných postupů pro jejich léčbu (Koutecký, 2008).

Do této doby vystihuje Koutecký (2008, s. 59) pěti slovy: *„O onkologicky nemocné dítě se staral kdekdo a všude, či spíše nikdo nikde.“* Šance na přežití pacienta v té době byly pouhá 3 %, zatímco dnes se doba přežití pět let od stanovení diagnózy dožívá více jak 85 % dětí (Bajčiová & Štěrbá, 2014). Dětská onkologie je u nás tak odvětvím medicíny, které za velmi krátkou dobu urazilo obrovský vědecký a personální pokrok. I v současnosti je oborem, který se neustále progresivně vyvíjí a na jehož personál jsou tak kladeny nároky neustálého vzdělávání a zvládnání rychle se měnícího systému (Ko Woonhwa, 2016). Novodobá dětská onkologie je u nás tak na velmi vysoké úrovni srovnatelné s nejlépejšími zeměmi světa (Štěrbá, 2011).

Vysoká úspěšnost základní kurativní léčby dle Kepáka et al. (2007) tak nyní umožňuje stále větší přesun pozornosti odborníků na kvalitu života pacientů po ukončení léčby a vyrovnávání se i s jejími nežádoucími psychosociálními účinky.

1.1.1 Základní statistiky dětské onkologie

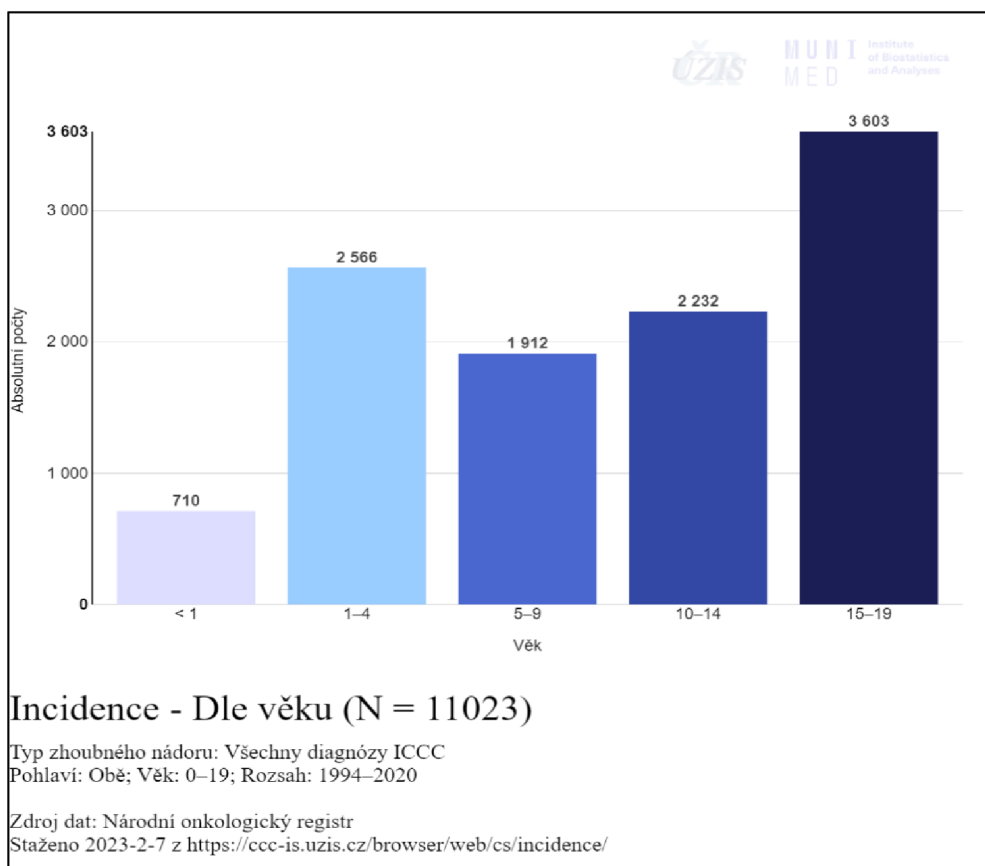
Bajčiová et al. (2011) označují jako všeobecně uznávanou definici nádorového onemocnění dětí a dospívajících takovou, při které dochází k diagnostice jakéhokoliv maligního onemocnění před dvacátým rokem věku.

V České republice je každoročně diagnostikováno přes 60 000 nových případů zhoubných typů onkologického onemocnění, z tohoto počtu pak dětská onemocnění tvoří přibližně 0,5 % (Štěrbá, 2008).

Dle Krejčího et al. (2023) v České republice mezi lety 1994 až 2016 onemocnělo 9 435 dětí ve věku od narození po 19 let¹. Meziročně u nás dle Národního onkologického registru (NOR) onemocnělo mezi roky 1994 – 2020 přibližně 400 dětí a dospívajících. Nejčastější období vzniku onemocnění byla mezi 1. až 4. rokem (2 566 pacientů) a mezi 15. až 19. rokem (3 603 pacientů). Tyto údaje potvrzuje Bajčiová et al. (2011), kdy uvádí v období věku adolescence a mladé dospělosti existenci vyššího rizika vzniku nádorů, než u dětí ve věku do 15 let. Personál oddělení se tak musí vyrovnávat s širokou paletou pacientů, kdy musí zvládat jak více rodičovský přístup k práci s velmi mladými dětmi, tak více rovnocenný k dospívajícím. Ze získaných statistik (NOR, 2023) dále vyplývá, že výrazně častěji v dětském věku onemocní chlapci (6 019) než dívky (5 004). Vývoj incidence v České republice napříč věkem pacientů dobře znázorňuje obrázek č. 1.

¹ Pozn: Zdravotní pojišťovny hradí léčbu na oddělení dětské onkologie až do završení 19. roku věku, personál se proto v práci může setkat i s mladými dospělými (Bajčiová et al. 2006).

Obrázek 1: Vývoj incidence v České republice



Přes veškerou dostupnou kvalitu současné lékařské péče se i nadále u 10-15 % nemocných dětí nepříznivý stav zvrátit nepodaří a dochází k jejich úmrtí. I přesto, že šance na onemocnění onkologickou diagnózou počítá v řádech jedna ku desetitisícům, řadí se dnes tato onemocnění dle Karabové (2014) mezi nejčastější příčiny úmrtí v dětském věku, a to na druhém místě po úmrtí způsobenými úrazy. Bajčiová et al. (2011) dále uvádí odlišnou statistiku, kdy se nádorová onemocnění řadí jako čtvrtá nejčastější příčina za úrazy, sebevraždami a vraždami. S jistotou se však jedná o nejčastější příčinu úmrtí dětí mezi nemocemi (Štěrba, 2008).

Z tohoto důvodu je také neméně důležitý rozvoj dětské paliativní péče, která umožňuje pacientům dožít jejich život v co nejlepších podmínkách. V České republice je paliativní péče nejčastěji formou dětských hospiců či tzv. home care, kdy je nemocné dítě propuštěno z nemocnice domů, kde jej navštěvuje specializovaná sestra či lékař pro onkologickou péči (Bajčiová & Štěrba, 2014).

1.2 Biologie nádor onemocnění

Laicky lze dle Dienstbiera & Stáhalové (2009, s. 15) vystihnout rakovinatvorné onemocnění následovně:

„Rakovinu lze definovat jako soubor nemocí, jejichž společným znakem je nekontrolovatelný růst buněk, který se vymyká koordinačním dějům v živém organismu. Odborně se mluví o zhoubných nádorech. Buňky primárního nádoru se šíří do okolí a utlačují sousední tkáně, prorůstají do cévního a lymfatického oběhu a zakládají nová ložiska ve zdravých tkáních.“

Nádory se podle své povahy dělí na **benigní** (nezhoubný) nebo **maligní** (zhoubný), jak uvádí například Křivohlavý (2002), který v jejich základní charakteristice dále uvádí:

- Benigní typ nádoru roste ve většině případů pomalejším tempem a zůstává na jednom místě, tedy nemetastázuje. I v těchto případech však může být nádor smrtelný.
- Maligní nádor se oproti tomu vyvíjí abnormálně rychle, v určité fázi přestává být ohraničený a rozšiřuje se skrze krevní řečiště či lymfatický systém do okolních částí těla, kde vytváří sekundární ložiska, tzv. metastáze.

Nádorové onemocnění dle Nezu et al. (2004) pak ve své podstatě působí v těle nemocného jako cizopasník, který na úkor hostitele vstřebává neúměrné množství živin. Autoři dále uvádí, že se však nejedná o stav symbiotický, nýbrž zhoubný, neboť jediným východiskem existence maligního nádoru je neschopnost zasažených orgánů vykonávat své funkce, vedoucí tak k pacientově smrti.

Kvůli své rychle rostoucí povaze a expanzivnímu šíření má při nálezů maligního nádoru a stanovení odpovídající diagnózy ve svém těle (mikro) metastázy již okolo 70 % dětí (Koutecký, Kabíčková & Starý, 2002). To vytváří zvýšený tlak na onkologické lékaře pro spolupráci s obvodními pediatry, kdy je včasné odhalení onemocnění jedním z hlavních faktorů úspěšné léčby pacienta (Spurná, 2011).

V praxi je bohužel kvůli nespécifickým příznakům u rychle se vyvíjejícího dětského těla pro pediatry mnohdy problém onemocnění správně diagnostikovat i po řadě rutinních vyšetření. Jejich vzdělávání v dětské onkologii je tak důležitou složkou celé léčby, byť je mimo vliv ošetřujícího personálu, který je za léčbu zodpovědný.

1.2.1 Etiologie nádorových onemocnění

Navzdory veškeré vědecké snaze o poznání příčin vzniku rakoviny nám i v současné době zůstává ve většině případů tohoto onemocnění jeho jednoznačný původ skrytý (Štěrbá, 2008).

Přestože jsou, i v kontextu nejasné příčiny, tato onemocnění i nadále považována za multifaktoriální, byla vědeckými týmy identifikována řada faktorů, které k jejich vzniku mohou přispět. Jak uvádí například Klíma et al. (2016), takovéto faktory zpravidla dělíme na vnitřní a vnější. Autoři mezi nejvýznamnější **vnitřní příčiny** řadí nevyzrálou imunitního systému, příliš rychlý růst organismu, neadekvátní diferenciaci tkání, ale také věk či pohlaví. Bajčiová et al. (2011) dále zmiňuje vrozenou genetickou vadu, která může zapříčinit vyšší předpoklady vzniku nádorového onemocnění.

Vliv **vnějších faktorů** oproti dospělé populaci autoři shodně považují u dětské onkologie za nesignifikantní a nepřímý (Karabová, 2014; Štěrbá, 2008). Mezi nejvýznamnějšími činiteli zde můžeme najít určité typy mutagenních virů, jako je Epstein-Barrův virus (Klíma et al., 2016) či ionizační záření (Koutecký & Cháňová, 2003). Obecně můžeme pozorovat trend, kdy čím mladší dítě, tím více převažují možné vnitřní faktory, zatímco u dospívajících hraje již významnější roli psychosociální kontext jejich života.

1.3 Nejčastější onkologické diagnózy dětského věku

V rámci České republiky jsou onkologická onemocnění klasifikována dle platných norem ICC² – Mezinárodní klasifikace nádorů dětského věku, která udává dvanáct

² International Classification of Childhood Cancer

hlavních skupin (Krejčí et al., 2023). Jejich incidenci v dětské populaci napříč roky 1994-2020 dobře ilustruje *tabulka č. 1*.³

Tabulka 1: Incidence napříč diagnostickými skupinami

Typ zhoubného nádoru	Absolutní počty
I. Leukémie	2 592
II. Lymfomy	1 793
III. Nádory CNS a různé intrakraniální a intraspinální nádory	1 954
IV. Neuroblastom a jiné nádory buněk periferních nervů	594
V. Retinoblastom	185
VI. Nádory ledvin	388
VII. Nádory jater	124
VIII. Zhoubné nádory kostí	557
IX. Sarkomy měkkých tkání a jiné extraoseální sarkomy	679
X. Nádory ze zárodečných buněk, nádory trofoblastu a novotvary pohlavních orgánů	705
XI. Jiné maligní epiteliální novotvary a maligní melanomy	1 414
XII. Jiné a nespecifikované maligní novotvary	38

Pro větší přehlednost je zde uvedeno, i v návaznosti na tyto statistiky, rozdělení Kepáka et al. (2011), kdy autoři dělí v rámci organizace a praktičnosti lékařské péče dětské nádory do trojice diagnostických skupin: Nádory centrální nervové soustavy; hematologické malignity (lymfomy a leukemie) a solidní extrakraniální nádory. Z hlediska lékařské péče dle autorů tyto skupiny dobře sdružují diagnózy s podobnými biochemickými vlastnostmi nádorů a jejich umístěním, vhodnými přístupy léčby a přetrvávajícími pozdními následky. V rámci struktury klinik se tyto skupiny onemocnění často léčí na odlišných odděleních (neuroonkologie, hematoonkologie) a personál se tak setkává s péčí o pacienty jednotného typu diagnóz (Kepák et al., 2011).

Pro lepší porozumění práce personálu s pacienty jsou zde stručně uvedeny onkologické diagnózy s největší incidencí a hlavní úskalí při práci s nimi.

³ Získáno 21.1.2023 na adrese: <https://ccc-is.uzis.cz/browser/web/cs/incidence>

1.3.1 Leukemie

Leukemická onemocnění stojí v České republice přibližně za třetinou z celkového počtu onemocnění dětí a jsou tak nejčastějším typem zhoubného nádoru u nezletilých (Kolenová, 2015; Starý, 2022).

Muntau (2014, s. 265) uvádí definici leukemie následovně: „*Leukémii lze definovat jako onemocnění hematopoetického systému z nedostatečné diferenciací a neregulovaného šíření nezralých progenitorových krvetvorných buněk.*“ Podstatou tohoto onemocnění je napadení tkáně kostní dřeně skrze leukemické blasty⁴, odkud se dále šíří, a kde způsobuje nedostatek erytrocytů, granulocytů a trombocytů (Bajčiová & Štěrbá, 2014).

Dle způsobu průběhu onemocnění můžeme leukemii rozdělit na akutní nebo chronickou (Muntau, 2014). Jak uvádí Starý (2022), nejčastějším typem leukemie je akutní lymfoblastická leukemie (ALL), která tvoří 80 % všech leukemických onemocnění a 25 % z celkového počtu nádorů u dětí, a dále akutní myeloidní leukemie (AML) zapříčiňující okolo 15 % leukemických onemocnění.

Z vnějšku se toto onemocnění nejčastěji projevuje bledostí, zvýšenou únavou, nechutenstvím, horečkami a bolestmi kloubů, které však mohou být kvůli své nespecifické povaze okolím často přehlíženy (Koutecký & Cháňová, 2003). Uvnitř organismu pak dochází ke zvětšení mízních uzlin a jater, krvácení z tělních dutin a extrémně snížené imunitě, kdy se i banální infekce může projevit jako životu nebezpečná (Kolenová, 2015).

1.3.2 Nádory centrální nervové soustavy

Jak uvádí NOR (2023) a dokládá Pavelka & Zitterbart (2011), nádory CNS jsou dnes po leukémii druhým nejčastějším typem nádorového onemocnění dětí, a také nejčastější skupinou solidních nádorů. Kvůli své komplexnosti a obtížnému léčení mají tyto nádory patrně nejnepříznivější prognózu, a jsou to tak právě ony, díky

⁴ Porušené krevní buňky, které se množí i přes svou neschopnost dozrávat.

kterým jsou u nás nádorová onemocnění jednou z nejčastějších příčin úmrtí nezletilých. Nejvyšší incidence dosahují v období okolo 5. a 10. roku věku (Krejčí et al., 2023).

V rámci této kategorie nádorů nalézáme velké množství různorodých typů onemocnění, které jsou velice pestré jak ve své lokalizaci, tak stavbě a symptomatologii. Systematicky (a také dle frekvence onemocnění) je přesto můžeme rozdělit na nádory **primární**, expandující z mozkové tkáně a přilehlých struktur, a na **sekundární**, které vnikají mimo CNS ve formě mozkových metastáz (Churáčková, 2008).

Kvůli své pestrosti mohou tyto nádory nabývat mnoha různých symptomů od abnormálního fungování vegetativní soustavy až po poruchy vyšších mozkových funkcí (Sumerauer, 2009). Mezi nejčastější **specifické příznaky** onemocnění patří poruchy vidění, zvracení bez nechutenství, poruchy vědomí, příznaky připodobňující zánět mozkových plen (Pavelka & Zitterbart, 2011).

Nespecificky se následně projevují ve formě změn chování či osobnosti, nadměrnou únavou, zhoršeným prospěchem ve škole, poruchami psychomotoriky a různorodými bolestmi hlavy (Sumerauer, 2009). Autor dále také upozorňuje na častý výskyt křečí a záchvatů připodobňujících status epilepticus, poruch čítí a řeči, psychomotorické problémy a ztrátu již naučených dovedností skrze poškození procedurální paměti.

1.3.3 Lymfomy

Maligní lymfomy jsou v rámci dětského věku třetím nejčastějším nádorovým onemocněním postihujícím přibližně 10 % pacientů (Krejčího et al., 2023). V rámci epidemiologie jsou dle autorů maligní lymfomy nejčastějším typem dětského nádorového onemocnění ve věku od 15 do 20 let, a to více u chlapců než dívek.

Vokurka (2008, s. 51) nabízí definici lymfomů jako: „*nádory, které vycházejí z nekontrolovatelného bujení lymfatických buněk zodpovědných za imunitu a postihující nejen lymfatické uzliny, ale i kterékoliv jiné orgány*“. Jedná se dále o

heterogenní skupinu nádorů, které patří mezi nejrychleji rostoucí a nejvíce metastázující (Starý, 2022).

Mezi základní dělení maligních lymfomů patří rozdělení na Hodgkinův lymfom a Nehodgkinův lymfom (Koutecký et al., 2002). Prognóza u tohoto typu onemocnění je u většiny pacientů příznivější a šance na vyléčení se u všech typů lymfomu pohybuje okolo 80 % (Starý, 2022).

Kvůli zpočátku nespécifickým příznakům bývá v prvních fázi onemocnění (lokalizovaném stádiu) diagnostikováno pouze 50 % dětí (Starý, 2022). Při pokročilejším stádiu dochází k rozšíření nádoru zejména pod bránici, a do dalších mízních uzlin a přilehlých orgánů, jako jsou například slezina, játra, kosterní soustava či plíce (tamtéž). Nádorové buňky povahou připomínají své leukemické protějšky, na rozdíl od nich ale primárně nepostihují kostní dřev (Klíma et al., 2016).

Vnější základní příznaky taktéž odpovídají těm u pacientů s leukemií. V rámci vysoké rychlosti bujení se ale dle Starého (2014) v pozdějších fázích onemocnění projevuje zejména horečkami nad 38 °C, nočním pocením, zvětšením lymfatických uzlin v oblasti krku, třísel a podpaží, váhovým úbytkem, a pocity závratí, dušností a sevřením způsobeným utlačováním postižených orgánů expandujícími nádory.

1.4 Základní léčebné přístupy

Onkologická léčba dětských pacientů je v mnoha aspektech velmi specifická a ke každému pacientovi je proto potřeba přistupovat značně individuálně. Tento přístup se projevuje také u stanovených cílů různých typů a fází onkologické léčby. Následující typologie léčebných přístupů vychází z rozdělení, které uvádí Bajčiová et al. (2011):

- **Kurativní léčba** je primární složkou, která má za cíl pacienta zbavit všech nádorových buněk v jeho těle a minimalizovat riziko návratu onemocnění. Způsob této léčby je velmi agresivní a spojený se značným množstvím nežádoucích účinků, kdy je starost o pozdější následky a kvalitu života po nemoci často odsunuta do pozadí. Zde má hlavní úlohu chirurgická léčba,

chemoterapie, radioterapie a případná transplantace. Vzhledem k vyššímu riziku relapsu považuje Nezu et al. (2004) většina lékařů za úspěšnou kurativní léčbu takovou, kdy nedošlo k opětovnému výskytu nádorových buněk po dobu pěti let od ukončení původní léčby.

- **Neo-adjuvantní léčba** má za cíl připravit pacientovo tělo na kurativní léčbu. Může se tak jednat například o zmenšení nádoru chemoterapií před jeho chirurgickým odstraněním.
- **Adjuvantní léčba** slouží ke zefektivnění již použité hlavní léčebné metody jako její doprovodná složka. V praxi se často jedná o kombinaci chemoterapie a radioterapie, aby se zajistilo zničení možných mikrometastáz, které by primární léčba nemusela zachytit (Koutecký & Cháňová, 2003).
- **Symptomatická léčba** zajišťuje úlevu od vedlejších projevů onemocnění a také nežádoucích účinků kurativní léčby. Například se jedná o léky od bolesti, léčbu zánětů či odvodňování pacienta.
- **Paliativní léčba** je zahájena v takových případech, kdy u pacienta nedošlo k úspěchu kurativní léčby a neočekává se zlepšení jeho zdravotního stavu. Hlavními cíli jsou zde zmírnění dopadů progresu onemocnění a udržení co nejvyšší kvality života pacienta po co nejdelší dobu.

1.5 Majoritní metody léčby dětské onkologie

Proces onkologické léčby představuje pro dětské tělo extrémní zátěž. Pro lepší porozumění každodenní práce personálu budou v následující podkapitole představeny nejčastější typy léčby, jejich podstata, nežádoucí účinky a úskalí, se kterými se u pacientů personál musí vyrovnávat.

V současnosti je onkologická léčba postavena na několika terapeutických metodách, které jsou vzájemně komplementární, jedná se tak o tzv. multimodální terapii (Bajčiová et al., 2011). Dle mechanismu působení můžeme jednotlivé metody rozdělit na **lokální** (chirurgická a radioterapeutická léčba) a **systémové** (chemoterapie, imunoterapie, biologická léčba), jak uvádí například (Koutecký & Cháňová, 2003). V praxi se přitom dle autorů personál nejčastěji setkává s chirurgickou léčbou, radioterapií a chemoterapií.

Jak uvádí Kolenová (2015), aplikace těchto metod se řídí podle přesně stanovených **mezinárodních protokolů**, kdy je terapie rozdělena do bloků rozpočítaných na jednotlivé dny léčby. Při nutnosti přerušení, například z důvodu i běžně minimálně rizikové infekce se léčba pozastaví a následně obnoví opět ve stejném bodě (Novotný, 2007). Délka léčby se dle Starého (2017) pohybuje okolo 2 let, přičemž se dělí na fázi intenzivní léčby⁵ (8-10 měsíců) a fázi udržovací⁶ (14-16 měsíců).

Dle Novotného (2007) a Kepáka et al. (2007) je krom maximalizace kurativního cíle kladen důraz také na minimalizaci negativních následků a kvalitu života po léčbě. Realizace těchto protokolů je finančně i technicky velmi náročná.

1.5.1 Chirurgická léčba

Tento typ léčby je vůbec nejstarší léčebnou metodou a je také tou, která může v případě onkologie přinést pacientovo vyléčení nejrychleji. U mnoha nemaligních typů nádorů je chirurgický zákrok často jedinou požadovanou léčbou. U maligních nádorů má dle Kouteckého & Cháňové (2003) operace zpravidla dvojí cíl, a to odebrání vzorku nádoru⁷, na základě kterého je následně stanovena diagnóza, a nebo operativní odstranění nádoru, kdy je z těla vyříznuta jeho největší možná část⁸.

Nejvýznamnější přínos chirurgického zákroku je tedy jeho síla a okamžitá účinnost, která je ale zároveň i jeho největší slabinou. Na lidské tělo je při něm v krátkém čase vyvinut značný tlak, se kterým se musí následně bez postupné přípravy vypořádat. Dle Bajčiové et al. (2011) je nutná precizní příprava a spolupráce týmu lékařů, kteří umožní co nejvyšší efektivitu zákroku, ale zároveň

⁵ Terapie probíhá výhradně v nemocnici při vysokých nitrožilních dávkách.

⁶ Terapie přechází do orální podoby ve formě prášků, pacient se pomalu vrací do života.

⁷ Tzv. biopsie.

⁸ Tzv. resekce.

minimalizují jeho nežádoucí následky⁹, které patří svou povahou k nejzávažnějším psychologickým dopadům onkologické léčby.

Za zmínku stojí také chirurgický zákrok v podobě zavedení centrálního žilního katetru. Ten umožňuje snadnější aplikaci chemoterapie díky vyššímu nitrožilnímu tlaku a rychlejšímu rozptýlení po těle. Lze se díky tomu vyhnout nekrotickým „*flekům*“ na těle dítěte. Pacienti ale na jeho existenci z počátku mohou reagovat značně negativně a jedná se o jednu z psychicky náročnějších stránek léčby (Černík, 2020).

1.5.2 Chemoterapie

Jak uvádí Vorlíček et al. (2013), obecně můžeme za chemoterapii označit každou takovou léčbu, při které dochází k nasazení léků s cytotoxickými účinky, tzv. cytostatik. Hlavní vlastností těchto léků je jejich neselektivnost ve vztahu k buňkám lidského těla, a tedy nerozlišování mezi zdravými, mrtvými či nádorovými buňkami. Působení cytostatik pak spočívá v zastavení buněčného dělení a narušení makromolekulárních struktur, nejpodstatněji kyseliny nukleové, vedoucí k rozpadu a smrti buňky (Bajčiová et al., 2011). Kvůli její neselektivnosti se před touto léčbou nedokáží nádorové buňky ukrýt tak, jako je tomu v případě ostatních forem terapie. Tato největší síla chemoterapie je ale zároveň její největší nevýhodou, kdy dochází ke značnému poškození zdravých buněk lidského organismu a tím k celé řadě nežádoucích komplikací (Vorlíček et al., 2013).

Štěrbá (2008) uvádí na léčbu rezistentní místa, jako jsou kosti, chrupavky, svaly či játra, pro které je společným znakem tkáň se sníženou nebo téměř žádnou schopností dělení buněk či CNS¹⁰. Naopak nejúčinněji působí cytostatika na tkáň s intenzivní látkovou přeměnou či rychlou regenerací buněk, jako jsou buňky kostní dřeně, vlasy a další kožní deriváty, a sliznice trávicího ústrojí (Vorlíček et al., 2013).

⁹ Například ve formě amputací či poruch mozkové činnosti.

¹⁰ CNS – Centrální nervová soustava – Zde je chemoterapie zavedena injekcí do páteřního kanálu, tzv. lumbální punkcí.

Z těchto důvodů patří mezi akutní léčebné komplikace dle Bajčiové et al. (2011) například: poškození nebo úplné zničení kostní dřeně (vedoucí k poruchám krvetvorby), močových cest, plic, ledvin, buněk srdce, vlasových cibulek (vedoucí k vypadávání vlasů), sliznice trávicího traktu (projevující se neschopností vstřebávat pro organismus esenciální živiny, častými nevolnostmi, zvracením, průjmem a zácpami), zavodňování a celkové vyčerpání organismu.

Významné riziko zde dle Vorlíčka et al. (2013) představují velmi nízké hodnoty leukocytů a vysoké riziko infekce, nejčastěji mukózního původu. Z těchto důvodů jsou na odděleních velmi striktní bezinfekční podmínky, zpravidla s několika bariérovým přístupem, kdy zde pacienti musí kvůli vysokým rizikům mnohdy zůstat kontinuuálně i několik měsíců.

Pozdní následky chemoterapeutické léčby jsou mezi pacienty široce variabilní, z časového hlediska mohou u pacientů vymizet ihned po ukončení chemoterapie nebo přetrvávat dlouhé měsíce i roky Bajčiové et al. (2011). Dlouhodobě bývají nejčastěji poškozeny plíce, játra, ledviny, srdce, kostní dřeň, celková imunitní obranyschopnost organismu, a vaječníky či varlata, kdy dochází k neplodnosti (Vorlíček et al., 2013). Autoři dále uvádí, že některé druhy cytostatik mohou způsobit druhotný vznik nádorů, ke kterému však může dojít až několik let po ukončení původní léčby.

1.5.3 Radioterapie

Princip této léčby spočívá v užití elektromagnetického nebo částicového záření (Koutecký & Cháňová, 2003). Samotné záření má na lidské tělo podobné účinky jako chemoterapie, kdy dochází k rozpadu struktur zasažených buněk a jejich následné buněčné smrti. Podle zdroje umístění se dle Adama et al. (2011) jedná o:

- **teleterapii**, kdy je zdroj záření od těla pacienta ve vzdálenosti několika desítek centimetrů.
- **brachyradioterapii**, kdy je přímo na povrchu kůže nebo je vpraven do nemocné tkáně či tělních dutin.

Dříve byla radioterapie nejčastější léčebnou metodou, kvůli extrémní zátěži pro organismus ale dnes pravidla pro její indikaci podléhají mnohem přísnějším kritériím a její užití je tak značně méně časté (Koutecký & Cháňová, 2003). I přes signifikantní rizika a negativní účinky má tato metoda však i nadále nezastupitelnou roli v léčení zejména nádorů CNS (tamtéž). Oproti chemoterapii nabízí přesnější lokalizaci a koncentraci síly dopadu na specifické místo, kdy lékaři dokáží přesně zasáhnout prostor o velikosti špendlíkové hlavičky a minimalizovat tak poškození okolních zdravých tkání (Bajčiová et al., 2011).

I nadále se však jedná o pro organismus velice náročný zákrok, kdy není možné celkovou potřebnou dávku pro vyléčení nádoru podat jednorázově. Z tohoto důvodu probíhá léčba obvykle v několikadenních cyklech po dobu několika týdnů (Koutecký & Cháňová, 2003).

Akutní léčebné komplikace jsou při tomto druhu léčby podobně jako u chemoterapie velmi variabilní a často nespecifické. Jak uvádí Bajčiová & Štěrba (2014) nejčastěji se jedná o nechutenství, nevolnost, zvracení, pocení, bledost či naopak zarudnutí kůže v místě ozařování, malátnost, spavost, a při zasažení CNS také bolesti hlavy a vypadávání vlasů.

Mezi nejčastější chronické následky ozařování u dětí patří poškození mazových a potních žláz, trvalá epilace, atrofie kůže, porucha růstu nehtů, sterilita, snížený růst dlouhých kostí, hypoplazie ozářených svalů, porucha myelinizace neuronů, narušení rostoucích zubů a hypoplazie prsu (Adam et al., 2011; Koutecký & Cháňová, 2003).

Pro jejich minimalizování je mimo jiné také doporučeno během léčby a v době několika týdnů po jejím ukončení chránit dítě před přímým slunečním zářením, nosit volné prodyšné oblečení, pacientovu kůži pravidelně promašťovat, při koupání jej pouze sprchovat, a to bez využití mýdla či obdobných prostředků (Bajčiová et al., 2011).

2 Specifika péče o dětského onkologického pacienta

Personál dětské onkologie se při své práci setkává s velmi různorodými skupinami pacientů a spolu s nimi také s jejich značně specifickými potřebami. Od práce s bolestí dětí v batolecím věku, přes vyvíjející se vnímání smrti dětí staršího školního věku, až po témata vlastní identity či psychosexuálního vývoje u dospívajících. Kvůli své komplexnosti je prožívání pediatrického pacienta a jím prožívaný vliv léčby významnou složkou možné pracovní zátěže, se kterou se personál musí vyrovnávat. Následující stránky jsou proto věnovány základním aspektům, které do vztahu s personálem přináší v průběhu léčby samotný pacient.

V rámci zacílení diplomové práce je zde cílem spíše nastínění komplexnosti problematiky pacienta. Nebudou zde proto detailněji rozebírána jednotlivé vývojové období a jejich specifika v důsledku onkologické léčby.

K pediatrickému pacientovi zajisté není možné přistupovat pod heslem „*Dítě je malý dospělý.*“ Důležité vývojové mezníky jsou zde v mnohem kratších intervalech, kdy se v průběhu dvou let léčby pacient vyvíjí významně nejen na rovině své zkušenosti s léčbou, ale též v rámci standardních vývojových úkolů. Stejně jako u odlišné indikace dávek léků je proto potřeba respektovat vývojovou fázi dítěte, a s ní spojený psychosociální vývoj (Koutecký et al., 2002). Ten je do značné míry pozměněn vlivem léčby a to v tak komplexní podobě, kdy se dle Blažkové (2017) u pacienta můžeme ve stejném období setkat s výrazným mentálním regresem (typicky v procesu osamostatnění se) a vývojovým prekocismem (přebírání zodpovědnosti za emoce rodičů).

2.1 Psychicky nejnáročnější aspekty průběhu léčby pro pacienty

Onkologická léčba, především první půlrok akutní fáze představují pro pacienta neustále zvýšenou míru psychické zátěže. V současnosti je nicméně doložena řada specifických prožitků, které pacienti z léčby reflektují jako nejnáročnější.

Sdělení diagnózy

Začátek onemocnění představuje pro pacienta a jeho okolí extrémní stresovou zátěž. V krátké době se mění téměř všechny aspekty jeho života, přichází do neznámého prostředí, kde se setkává s množstvím nepříjemných zákroků. Důraz je kladen na přípravu pacienta na nadcházející zákroky, nikoliv na jeho plné porozumění situace. I u dospívajících pacientů se můžeme setkat s upřednostňováním konzultace s rodiči, kdy jsou pacientovi sděleny pouze základní informace o jeho onemocnění a spíše je pozornost dána stručnému popisu, co jej teď čeká (Černík, 2020). Neměl by zde být nicméně opomíjen fakt, že už děti mladšího školního věku jsou v určité formě velmi dobře schopné porozumět svému onemocnění, jeho důsledkům, a vhodně zvolená strategie komunikace je proto zásadní (Blažková, 2017). Sami pacienti mohou sdělení diagnózy reflektovat jako rychlou záležitost, která pro ně představuje pouze menší téma léčby, a to v kontrastu faktu, že se jedná o zkušenost, kterou dokáží pacienti nejdetailněji popsat (Černík, 2020).

Bolest a přidružené somatické komplikace

Fyzická bolest a nežádoucí komplikace léčby jsou pacienty vnímány jako jedny z nejsignifikantnějších příčin psychické zátěže, negativních emocí a frustrace v průběhu léčby (Černík, 2020; Kuttner, 2010). Nejčastěji je tomu ve formě vpichů jehel, bolestivých aftů znemožňujících příjem potravy, nevolnosti, zvracení, či průjmů (Vorlíček & Adam et al., 2004).

Prožívaný strach

S bolestí a náročnými zákroky se pro pacienty pojí prožívání strachu a zvýšené úzkosti (Černík, 2020). Tyto stavy se nejčastěji objevují před operacemi, dávkováním chemoterapie/radioterapie, neočekávaným prodloužením léčby a při uvědomění utrpení/smrti dalšího pacienta (Blažková, 2017).

Stud

Zejména u starších pacientů dochází k prožívání studu, a to dle Černíka (2020) nejčastěji při **ztrátě samostatnosti** (potřeba pomoci s převlékáním, koupáním, vyprazdňováním) a nebo při **fyzických změnách** (ztráta hmotnosti, jizvy, ztráta vlasů – významně u žen).

Konec léčby a možný posun

Vidina konce léčby je pacienty vnímána jako jeden z nejdůležitějších zdrojů naděje a psychické síly. O to důležitější je zde správná komunikace personálu a rodičů, neboť čím větší očekávání pacienta, tím větší psychickou újmu mohou časté byť nezbytné, posuny v léčbě zapříčinit (Blažková, 2017). Takové situace jsou pacienty reflektovány mezi nejdůležitějšími stresory průběhu léčby (Černík, 2020). Samotný konec léčby navíc vytváří tlak jak pro pacienta, tak jeho rodiče, kdy do té doby jasný systém protokolu je nahrazen nejistotou čekání, zdali byla léčba úspěšná a nedojde k remisi (Koutecký & Cháňová, 2003).

Vnímání dalších pacientů

Navzdory tomu, nebo možná i právě proto, jak efektivní se ukazují copingové strategie při zvládnání vlastní zátěže v průběh léčby, selhávají tyto mechanismy při konfrontaci s prožíváním dalších pacientů (Černík, 2020). Zážitky utrpení druhých představují enormní psychickou zátěž a to včetně toho na zpracování nejtěžšího, kterým je smrt dalšího pacienta (Woodgate, 2006). Pro mnohé je to často vůbec první zkušenost se smrtí blízkého. Pacienti prožívají pocity hněvu, nespravedlnosti, lítosti, bezsmyslnosti a konfrontace s vlastní smrtelností (Černík, 2020).

Depresivita

V důsledku výše popsaných témat je nepřekvapivé, že jednou z nejčastějších negativních emočních reakcí dítěte na léčbu je depresivita (Komárkové et al., 2013). V takovém případě přechází do pasivní role příjemce léčby, místo její aktivní složky, ztrácí zájem o její průběh, bývá utlumené a bez zájmu (Černík, 2020). Tento stav

může personálu ztěžovat komunikaci s pacientem, naplňování jeho potlačených potřeb či snižovat míru kompliance dítěte (Blažková, 2017).

Navzdory těmto zjištěním existuje dle Komárkové et al. (2013) signifikantní skupina pacientů, kteří si v průběhu léčby dokáží udržet optimistické emocionální nastavení. I pacienti samotní léčbu až překvapivě často reflektují jako emočně pozitivní období života (Černík, 2020). V této oblasti by mohlo být velmi zajímavé srovnání diagnostických výsledků a vlastních reportů emocionality pacientů během léčby. Je však potřeba vzít v úvahu a diagnosticky odlišit útlum, který přichází v důsledku aplikace léčby.

Prožívání léčby okolím

I navzdory vlastní psychické zátěži je dle autorů (Blažková, 2017) opakovaně prokazována schopnost pacientů vnímat a reflektovat zátěž prožívanou jejich okolím, zejména rodiči. Ta pro ně samotné představuje jeden z nejvýznamnějších zdrojů zátěže, a to často i výraznější, než jejich vlastní zvládnání léčby (Černík, 2020). Pacienti mají v důsledku dle Komárkové et al. (2013) tendenci reagovat předstíráním pozitivního přístupu, ujišťováním rodičů a personálu, prožíváním viny a přebíráním zodpovědnosti za prožívání okolí.

Salutoprotektivní činitele v průběhu léčby

V rámci zvládnání léčby pacientů je potřeba zmínit také pozitivní zdroje psychické síly, kdy se ve výzkumech opakovaně jako nejvýznamnější objevují přítomnost personálu a rodičů (Blažková & Koutná, 2015), humor a dobré jídlo (Černík, 2020), a pozitivní a odlehčený přístup k léčbě (Komárkové et al., 2013). Z rešerše literatury nicméně vyplývá, že v současnosti není mnoho výzkumů, které by se zabývaly úspěšností konkrétních odborných intervencí.

2.1.1 Copingové strategie pacientů

Jak naznačila předchozí kapitola, psychické prožívání léčby pacienty je značně variabilní, kdy existují signifikantní rozdíly mezi reflektováním vlastního léčebného procesu pacienty a tím, jak vnímaly své okolí (Černík, 2020). Dosavadní výzkumy

v této oblasti (Kepák et al., 2011; Komárková et al., 2013) nabízí jako vysvětlení těchto jevů přítomnost represivně-adaptivního stylu zvládání. V této formě copingu převažuje využití obran založených na popření, kdy dítě prožívanou zátěž disociuje a snižuje tak akutně prožívanou zátěž.

Z výzkumů vyplývá, že je tento mechanismus živěn nejen psychikou dítěte, ale je podporován i jeho okolím, kdy rodina a personál více podporují ty projevy zvládání nemoci, které se jeví jako více optimistické (Černík, 2020). Adaptivní stránka tohoto copingu dozajista napomáhá pacientům zvládat extrémní zátěž léčby a udržet si psychickou sílu při náročném fyzickém zvládání.

Negativní stránkou může být vytváření nechtěného tlaku, aby dítě své negativní projevy schovávalo, snaha držet za každou cenu pozitivní nadhled, prožívání pocitů viny pacientem za smutek okolí, či vývojový prekocismus v přebírání zodpovědnosti za rodiče (Blažková, 2017).

Longitudinálních výzkumů je v této oblasti značný nedostatek a pro přesnější poznatky je potřeba systematictějších výzkumů. Některé dosavadní (Blažková, 2017) nicméně naznačují, že při neopuštění tohoto stylu copingu po konci léčby může jeho přetrvávání způsobovat přílišnou kompliaci v partnerských vztazích, pracovním kolektivu či dalším autoritám. Mladí dospělí více inklinují k potlačování vlastních potřeb, upřednostňování prožívání druhých a vyšší podřízenosti.

Je nicméně otázkou, zdali by benefity prolomení tohoto copingu ve snaze o zdravější přístup zvládání během léčby převážily rizika zvýšené psychické zátěže v její nejintenzivnější fázi.

3 Organizace systému práce na dětské onkologii

V dětské onkologii stejně jako v jiných medicínských oborech můžeme pozorovat rostoucí trend snahy o centralizaci lékařské péče pro zvýšení efektivity jak organizace, tak poskytované léčby pacientů. V současnosti existuje v České republice 8 pracovišť realizující léčbu dětských onkologických pacientů. Během konce minulého století se mezi těmito dle Bajčiové et al. (2011) ukotvila dvě ústřední spádová centra. Těmi jsou pražská Fakultní nemocnice v Motole a Dětská nemocnice v rámci Fakultní nemocnice Brno (Štěrbá, 2008). Tyto centra mají díky svému rozsahu a personálnímu zázemí úroveň samostatné kliniky, která se následně dělí na další specializovaná oddělení. Díky tomu mohou poskytovat léčbu i pro velmi vzácné diagnózy, u kterých se incidence pohybuje v rámci republiky na úrovni jednotek. Meziročně zde léčbu celkově podstupuje mezi 150–200 pacienty (Bajčiová et al., 2011), což vytváří více anonymizovaný kolektiv jak pacientů, tak personálu.

Mimo tato zaštiťující centra fungují pro větší dostupnost onkologické péče a komfortnost dětských pacientů a jejich rodin také specializovaná pracoviště v Českých Budějovicích, Hradci Králové, Olomouci, Ostravě, Plzni a Ústí nad Labem (Starý et al., 2019). Ty spadají pod zaštiťující pediatrickou kliniku a zpravidla jde o smíšená oddělení, například hematoonkologie. Počet onkologicky hospitalizovaných pacientů se zde meziročně pohybuje pouze okolo 5–15 může zde tak dojít k vytvoření mnohem bližších vztahových vazeb, kdy zde pacienti tráví kontinuálně více času, a kdy poměrově velká část pacientů udržuje s personálem bližší kontakt i po ukončení léčby.

3.1 Shrnutí práce na dětské onkologii

Středobodem existence dětské onkologie je i současnosti primárně léčba somatické nemoci pacienta s cílem maximalizace vyléčení. Úspěchy kurativní medicíny nicméně umožňují v posledních desetiletích věnování stále větší pozornosti pacientově léčbě jako komplexní přesahové problematice. Na pracovišti tak dochází k rozšiřování

interdisciplinární spolupráce, která sjednocuje medicínské, sociální, psychologické i spirituální aspekty a s tím spojené odborníky (Berger & Shuster et al., 2013).

Dle Kepáka et al. (2007) a Blažkové (2017) navíc dochází k postupné proměně paradigmatu cíle dětské onkologie, kdy se vzhledem k rostoucímu počtu přeživších, dnes přes 10 000 (Kepák, 2011) věnuje rostoucí zájem také problematice přeživších a dlouhodobému životu s následky protinádorové terapie. Tento trend můžeme vidět například v existenci dispenzární onkologické ambulance při Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně, která se specializuje na práci s dospělými, kteří se léčili v dětském věku a mají odlišné životní následky než jejich protějšky léčené v dospělosti¹¹.

3.2 Skladba personálu dětské onkologie

Pro naplnění širokého spektra potřeb onkologicky nemocných dětí funguje v rámci pracoviště dětské onkologie různorodá paleta odborníků. Od lékařů různých specializací a dětských sester zajišťujících medicínskou stránku léčby, přes klinické psychology, nemocniční klauny a sociální pracovníky zajišťující lepší psychické zvládnání léčby, až po nemocniční učitelky pomáhající dětem udržet kontakt s běžným životem (Koutecký a Cháňová, 2003). Pro kontext této práce byly jako nejvýznamnější skupiny stanoveni **lékaři**, **zdravotní sestry** a **nemocniční psychologové**, kteří napříč republikou přichází do nejužšího kontaktu s pacientovou léčbou a jsou tak nejvíce ohroženi pracovní zátěží z ní vyplývající.

Lékaři jsou na pracovišti primární nositelem kurativní léčby o pacienta. I v rámci kliniky existuje mezi lékaři víceúrovňová hierarchie, a to nejen mezi vedoucími pracovníky v podobě přednosta kliniky a primáře oddělení, ale také atestovanými lékaři a sekundárními lékaři. (Bajčiová, 2011). Napříč těmito pozicemi se navíc prolínají procesní diagnostické skupiny lékařů zodpovídající za léčbu konkrétních typů nádorů. Zvláštností dětské onkologie u nás je (Starý et al., 2019) neexistence institutu ošetřujícího lékaře, dítěti a jeho rodině tedy není přidělen

¹¹ Dostupné na <https://www.fnusa.cz/pro-pacienty-a-navstevy/pracoviste/dispensarni-onkologicka-ambulance/>

stabilní lékař. Střídá se u něj proto řada odborníků, kdy každý sděluje odlišné aktuální informace o léčbě (Koutecký et al., 2002). Kombinací těchto faktorů jsou tak lékaři při své práci značně heterogenní skupinou se zvýšenými požadavky na interpersonální komunikaci mezi jednotlivými skupinami.

Mezi **hlavní pracovní náplň lékařů** patří diagnostika nádorů, zvolení vhodného typu léčebného protokolu, sledování vývoje léčby, její úprava podle zhoršujícího se stavu pacienta, a také rozhodování mezi pokračováním kurativní léčby a přechodem na paliativní péči (Bužgová & Sikorová et al., 2019). Mimo to je jejich nelehkým úkolem také sdělování diagnózy pacientově rodině a jemu samotnému, komunikace o komplikacích léčby, sdělování infaustní prognózy, ale také administrativa s léčbou spojená, komunikace s pojišťovnami, řešení právních otázek, publikační činnost a vzdělávání nové generace lékařů (Ro et al., 2008). Jejich pracovní náplň je tak velmi různorodá a dalece přesahující primárně kurativní léčbu, na kterou jsou během studií majoritně připravováni.

Jsou-li lékaři tvůrcem léčebného plánu pacientů, pak jsou to **zdravotní sestry**, které jsou jeho nejaktivnějšími realizátorkami. V rámci pracoviště mají oproti lékařům méně hierarchické fungování, kdy se v základu dělí na vedení tvořené ze staniční sestry a vrchní sestry a dále řadové sestry (Vorlíček, Abrhánová, Vorlíčková et al., 2012). Procesně se pak mohou dělit podle širokého typu specializací a odpovídajících vzdělávacích rekvalifikací jako jsou specializace dětské sestry, ARIP (sestra pro intenzivní péči) či výcvik komplexní krizové intervence. Oproti lékařům se nicméně jedná o interpersonálně více homogenní kolektiv.

Primárním **úkolem zdravotní sestry** je poskytování ošetrovatelské péče a podílení se na preventivní, diagnostické, léčebné či paliativní péči (Zákon č. 201/2017 Sb.). V péči o pacienta je také nezastupitelnou edukátorkou, poradkyní, komunikátorkou, pacientovou advokátkou, manažerkou a výzkumnicí. (Vorlíček et al., 2012). V rámci nemocničního týmu je sestra tím, kdo tráví s pacientem a jeho rodinou nejvíce času (Pohlová & Pohlová, 2011). Je ve své práci pod mnohdy neustálým drobnohledem rodiče pacienta, kdy musí pečovat o celý rodinný systém, tím také nejvíce přichází do kontaktu s bolestí, strachem a obavami, které spolu

s nimi prožívá (Vorlíček et al., 2012). Její práce proto klade obzvláště zvýšené nároky nejen na profesní vědomosti, ale také empatii, psychické zvládnání a komunikační dovednosti. Mimo to musí také zvládat práci s rychle se měnící zdravotnickou technikou. Ošetřovatelství je tedy v rámci oddělení velmi rozmanité povolání, kdy musí sestry zvládat nejen široké spektrum úkolů, ale také sociálních rolí (Vorlíček et al., 2012).

Nejmladší a stále významově rostoucí složkou personálu oddělení jsou **nemocniční psychologové**. Ti, byť jsou početně ve velmi malém zastoupení, tvoří nezastupitelnou roli v psychosociální péči o pacienta a jeho rodinu (Wiener & Pao, 2012). V rámci nemocnic fungují nejméně hierarchicky, kdy je jejich práce do značné míry autonomní i vůči vedoucímu psychologovi na úrovni nemocnice. Je tomu tak zejména skrze nízký počet pracovních míst, kdy se v rámci obou spádových center věnují většině ze 400 pacientů pouze 8 psychologů. V případě menších oddělení je většinou přidělen pouze jeden psycholog, který ale nemá na starosti pouze onkologické pacienty, ale celou dětskou kliniku včetně ambulantní péče a diagnostiky. Onkologickým pacientům zde tak může věnovat péči pouze minimálně.

Naplň práce psychologa je na pracovišti převážně psychosociální podpora rodiny, řešení krizových situací a práce s obtížnými pacienty. Sekundárně pak diagnostika, pakliže je potřeba psychiatrické konzilium a publikační činnost (Wiener, & Pao, 2012). Psycholog tak do kontaktu s pacientem a jeho rodinou přichází poměrově nejčastěji v zátěžových situacích, neboť je pro ně pracovníkem první volby a krizové situace tak v jeho práci oproti dalším skupinám tvoří nejpodstatnější složku (Sisk et al., 2018). Na rozdíl od lékařů či sester se ve své práci taktéž nemůže opřít o sílu medicíny, která může do značné míry z pracovníků snést psychickou zátěž (například v léčbě bolesti), ale je s pacientem a jeho rodinou v první linii jejich prožívání, ve kterém může díky svému vzdělání jít dále a nejvíce pomoci. (Wiener & Pao (2012).

V neposlední řadě vstupuje do fungování pracoviště řada **sekundárních pracovníků**, nejčastěji sociální pracovníci, pomáhající rodinám zvládat náročnou změnu stylu života, nemocniční pedagogové, nemocniční klauni, hospicovní

pracovníci či lidé z rozličných nadací, které se do dětské onkologie často zapojují. Interpersonálně se tak jedná o velmi pestrou práci, kdy personál každý den přichází do kontaktu s mnoha skupinami a jejich požadavky vůči péči o pacienta (Koutecký & Cháňová, 2003).

3.3 Systém vzdělávání v dětské onkologii

Vzdělání před nástupem na oddělení

Pro vykonávání své práce prochází personál dětské onkologie rozličným **systémem vzdělávací přípravy**. Pro lékaře je nezbytné studium obecného lékařství a následné předatestační přípravy. Pro sestry je to studium střední zdravotní školy a vysoké školy ať už univerzitní či odborné. U psychologů magisterské studium jednooborové psychologie a následná pětiletá předatestační příprava. Ani v jednom z těchto studií se budoucí personál nesetkává s problematikou dětské onkologie více než pouze okrajově. V rámci povinného vzdělávání před nástupem tak neexistuje systematicky zaměřená příprava na výkon této práce (Vorlíček et al., 2012).

Dle Vorlíčka et al. (2011) se tak značné části své pracovní náplně personál učí až v průběhu nástupu na pracoviště, což vytváří **zvýšené nároky na školitele**. U staršího personálu je navíc zvykem věnovat se mladším kolegům i nad rámce své standardní práce, čemuž se systém nikterak nepřizpůsobuje, ani tuto práci navíc nedoceňuje (tamtéž). Nastupující kolegové se tak mohou setkat s nepříjemným přístupem kolegů, pro které jsou zátěží navíc a u kterých se nedostatek prostoru pro zaškolování dlouhodobě ukazuje jako jeden z významných zatěžujících faktorů jejich práce (Chalupová, 2016).

Vzhledem k různorodosti své práce je podstatnou otázkou, na kolik vzdělávací systém personál připravuje na další aspekty jejich práce mimo vlastní somatickou medicínu. Jsou to přitom tyto faktory (administrativa, interpersonální komunikace, psychické zvládnání), které se ve výzkumech pracovní zátěže ukazují jako podstatnější, než zvládnání somatické péče (Girgis et al., 2009; Ro et al., 2008). Možnost kauzality je zde nasnadě.

Personál sám opakovaně reflektuje nedostatečnou přípravu v péči o vlastní psychické zdraví, vyrovnávání se s pracovní zátěží a nedostatečnou adaptační dobu nástupu (Aycock & Boyle, 2009). Nejvíce ji přitom popisuje práci s umírajícími pacienty, komunikaci s nimi a jejich rodinou, a řešení emočně vypjatých situací, kde vnímají sníženou míru kompetentnosti (O'Shea & Mager, 2019).

Jako jeden z možných přístupů přípravy vychází dle Rosenzweig et al. (2007) využití standardizovaných pacientů, tedy realizace workshopů s herci v roli pacientů, které jsou nácvikově zaměřené. Dle zkušenosti autorů jsou studenti po úvodní nejistotě takovéto formě i nejvíce otevření, jelikož rozbíjí stereotyp teoretické výuky.

Vzdělávání v průběhu praxe

Vzhledem k náročnosti pokrytí pracovních požadavků standardní vzdělávací přípravou je pro personál o to důležitější princip **celoživotního vzdělávání**. Systematicky se můžeme dle Vorlíček et al. (2012) setkat s formou atestací či nástavbovým specializovaným vzděláváním, jako je obor dětské sestry či ošetrovatelská péče v onkologii. Dále pak formou individuálních kurzů, kdy personál nejčastěji využívá kurzy krizové intervence a komunikace v paliativní péči, jako je například Espero¹².

V rámci pracoviště personál vnímá jako významný profesní posun možnost **účastnění se náročných situací** jako doprovod staršího kolegy a učení se tak z reálných situací (Andersson et al., 2016). Personál dále uvádí význam vlastní zkušenosti pomocí systematické reflexe prožívaných situací s kolegy jako signifikantní zdroj vnímané vyšší kompetentnosti (Zander et al., 2013). Oproti tomu vystavení se krizové situaci bez možnosti předchozího zácviku a opory staršího kolegy vychází jako významný stresor začínajících zdravotníků (Sisk et al., 2018).

¹² <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/espero>

Jako efektivní možnost profesního rozvoje se zde ukazují možnosti **supervizí**, které zvyšují nejen kompetentnost výkonů ve vztahu k pacientovi (Venglářová, 2013), ale také profesní kompetenci v pracovních vztazích (Michková, 2008).

3.4 Přijímací řízení na oddělení

Skrze náročnost a široký záběr práce na dětské onkologii se nabízí, aby byli uchazeči o tyto pozice podrobeni komplexnímu výběrovému řízení, které otestuje nejen jejich profesní znalosti, ale také jejich interpersonální dovednosti, osobnostní předpoklady a schopnost odolávat psychické zátěži. V praxi tomu tak nicméně není a navzdory vnímané prestiži tohoto oboru je přijetí na pracoviště dle Pohlové & Pohlové (2011) primárně otázkou volného místa na dané pozici. Uchazeči jsou tradičně v průběhu výběrového řízení posuzováni na základě standardního životopisu a následného pohovoru s vedoucími pracovníky pracoviště, jak uvádí. Zde se probírá především motivace, profesní zkušenosti a zdravotnické znalosti uchazeče. Nedochozí zde ale ke komplexnější výběrové diagnostice, která by o uchazečích nabídla prospektivní informace, jak budou danou pozici výkonově zvládat. Dle Vlčkové (2018) je tomu tak především v důsledku nedostatku zdravotnického personálu, kdy je na odděleních vítána každá možná posila, v případě sester často i bez dřívější specializace dětské sestry.

4 Zátěž systémového fungování pediatrické onkologie

4.1 Vnímané nároky na pracovní výkon

Práce na onkologii je v obecné rovině vnímána zdravotnickým personálem jako jedna z nejtěžších (Girgis et al., 2009; Ro et al., 2008). Jako hlavní faktory této skutečnosti se nabízí práce s rizikovými látkami, technická náročnost práce, ale také vnitřní strach z nemoci s mnohdy neočekávaným vznikem, nejistou prognózou a především náročností péče o umírajícího pacienta a jeho rodinu (Ko Woonhwa, 2016). Na vnímané zátěži se nicméně podílí řada dílčích faktorů, kdy jsou v této podkapitole ve stručnosti představeny ty nejpodstatnější z nich.

Práce ve směnném provozu

Práce zdravotníků je ze své podstaty neodmyslitelně spjatá s prací ve směnném provozu, kdy je potřeba zajištění non-stop kontinuální péče o pacienta. Režim mnohdy náročných nočních směn je pro obzvláště sestry fyziologicky zatěžující a představuje významné psychosociální riziko, zejména pro matky mladších dětí, které může v některých případech vést až k odchodu z pracoviště (Chalupová, 2016).

Fyzická zátěž

Skrze konstituci pacientů se může dětská onkologie jevit jako méně náročné zaměření nemocniční péče, do tohoto typu zátěže však nezapadá pouze fyzické ošetřování pacienta ale i řada dalších faktorů, které jsou v této práci neméně přítomné. Těmi nejpodstatnějšími jsou dle Jobánkové et al. (2003) a Komačekové (2009) hluk, osvětlení, nepravidelný spánek a stravování, nedostatečný pitný režim, statické či dynamické zatížení a riziko infekce.

Náročnost technické specializace

Jakožto experimentální obor patří dětská onkologie mezi kontinuálně měnící se oblasti zdravotnictví. To sebou přináší rychlý vývoj kurativních možností léčby, ale i

odpovídající zvýšení nároku na personál při učení konstantně měnícím se technologiím a postupům. Neustálá **potřeba technického vzdělávání** se ve výzkumech objevuje spíše jako zátěžový faktor střední úrovně (Chalupová, 2016). V rámci dostupnosti vybavení patří dětská onkologie v naší zemi navzdory nízkému počtu pacientů mezi ty nejlépe vybavené (Starý et al., 2019).

Různorodost práce

Někteří autoři (Grunfeld et al., 2005) nabízí i pozitivní úhel pohledu na technologický rozvoj, kdy personál může v relativně kratším čase vidět posun svého oboru a řada technologií každodenní rutinu značně ulehčovat. I díky této proměnlivosti a pestrosti práce reflektují pracovníci onkologie svou práci jako různorodou a **zátěž monotónnosti** se dle Židkové (2005) ukazuje být spíše nízkým zdrojem prožívané zátěže.

Prožívaná autonomie

V hierarchicky uspořádaném zdravotnictví může při spolupráci řady funkčně odlišných skupin docházet k překrývání jejich působnosti, kdy například sestry realizující léčbu plánovanou zaštiťujícími lékaři či zastupování psychologa lékařským personálem. Dle některých autorů (Kebza, 2012; Sisk et al., 2018), tak může část personálu prožívat nízkou míru autonomie, kdy jsou pod přílišným drobnohledem kolegů nebo je jejich práce těmito kolegy přímo přebírána. Špatné rozdělení práce a vnímaná nízká autonomie může přispívat od narušených interpersonálních vztahů až k vnitřním krizím jako je syndrom vyhoření (Trufelli, 2008).

Finanční ohodnocení

Jen málo systémových témat ukazuje přístup zdravotnického personálu ke své práci tak, jako vnímání vlastního finančního ohodnocení. To, navzdory prožívané vysoké zátěži při práci, vychází v řadě výzkumů (Grunfeld et al., 2005; Kebza, 2012) konzistentně mezi nejméně zatěžujícími faktory jejich práce.

4.2 Problematika časové zátěže

Od personálu dětské onkologie se mimo samotnou léčbu pacientů očekává řada dalších povinností, jako je zvládnání administrativní práce s ní spojené, zaškolování mladších kolegů či studentů, publikační činnost či dobrovolnické angažování se nad základní pracovní dobu. Zaměstnanci jsou tak v neustálém boji s časovou tísní, která se dlouhodobě ukazuje jako významný zdroj prožívané zátěže.

Grunfeld et al. (2005) za hlavní příčiny časové tísně označují nedostatek zdravotnického personálu, rostoucí nároky na administrativu a s tím prodlužující se pracovní dobu narušující soukromý život. Trufelli et al. (2008) ji dále uvádí jako jeden z hlavních rizikových faktorů rozvoje syndromu vyhoření, snížené kvality péče a rizika odchodu personálu z pracoviště.

4.2.1 Nedostatek personálu

České zdravotnictví se dlouhodobě potýká s nedostatkem personálu jak v případě lékařů, tak zdravotních sester. Dle Vlčkové (2018) se od roku 2012 počet ošetrovatelského personálu konstantně snižuje a na zbývající personál tak vzniká rostoucí časová, fyzická i psychická zátěž. V jejich práci tak narůstá míra vnímané nedostatečnosti odvedené práce, fyzického vyčerpání a prožívané nespokojenosti z fungování oddělení.

4.2.2 Dostatek času na jednotlivé pacienty

Významnou prioritou personálu při léčbě je poskytování dostatečného času pacientům a jejich rodinám (Koutecký & Cháňová, 2003), v důsledku řady nežádoucích faktorů jsou ale jejich možnosti omezovány a v praxi se tak často stává, že se u pacientů více personálu střídá a není možnost kontinuální péče od dedikovaných pracovníků. Tento přístup může figurovat u části pracovníků jako významný zdroj frustrace, jak uvádí například McManus, Keeling & Paice (2014) jelikož se jedná o přímé narušení jejich primárního cíle ve své práci.

4.2.3 Administrativní nápor

Trend rostoucí snahy o centralizaci lékařské péče a úspěšnější spolupráce nemocnic s pojišťovnami přináší mimo řady benefitů také nechtěnou komplikaci, již je rostoucí administrativní zátěž zdravotnických pracovníků. Ta se ve své plíživé náročnosti stala v posledních letech výrazným pracovním stresorem, a to zejména pro lékaře (Girgis et al., 2009; Truffeli et al., 2008), kde stojí na předních příčkách reflektované pracovní zátěže.

Rozsáhlá studie (n= 2439) zabývající se administrativní zátěží lékařů (Einhorn et al., 2002) zaznamenala zhoršení kvality péče o pacienta v jejím důsledku u 40 % respondentů a u 77 % z nich nechtěné prodloužení pracovní doby. Překvapivým zjištěním autorů bylo vnímání administrativní zátěže částí respondentů jako více stresující faktor než vyrovnávání se s umíráním svých pacientů.

Řada autorů (Einhorn et al., 2002; Grunfeld et al., 2005; Truffelli et al., 2008) proto doporučuje zavedení pomocné administrativní síly pro pracoviště mimo zdravotnický personál jako efektivní faktor snížení této zátěže.

4.3 Kontext práce na dětské onkologii mimo pracoviště

Spolupráce s odborníky mimo pracoviště

Péče o onkologické pacienty ve své komplexnosti dalece přesahuje hranice onkologického oddělení. Pro kvalitní péči je vyžadována expertíza řady odborníků napříč medicínskými obory ať už v nemocnici, formou transplantačních jednotek, chirurgie či radiologie, nebo mimo její zdi v podobě obvodních lékařů, kteří by měli být první zachytnou jednotkou pacientovi léčby (Koutecký & Cháňová, 2003). Kvůli nespecifičnosti onemocnění je ale tato spolupráce pro personál onkologie mnohdy náročná a může být zdrojem frustrace a zbytečnosti, jelikož řada nově nemocných navštěvuje obvodní lékaře opakovaně a na dětskou onkologii se dostávají až v pozdějších stádiích onemocnění (Spurná, 2011).

Důležitou oporou jsou pro personál různorodé služby mimo primární nemocniční systém, zejména v oblasti paliativní péče ve formě hospiců či Centra

provázení. Díky těmto organizacím dochází k velkému rozkvětu paliativní péče, která má možnost probíhat v pacientově domově, nikoliv nemocničním prostředí a smrt se tak ve velké míře postupně odsouvá z očí jak dalších pacientů, tak personálu mimo pracoviště (Bajčiová & Štěrba, 2014).

Vnímané ocenění personálu

Podstatnou otázkou pro každý pracovní kolektiv je jeho ocenění ze strany kolegů. Onkologická onemocnění sebou i v současné době nesou stigma strachu, které se přenáší i na nositele jejich léčby. Ve studiích (Spurná, 2011) autorka naráží na odstup či znevažování práce onkologů dospělých pacientů ze strany dalšího personálu nemocnice, a to zejména kvůli vysokým nákladům léčby a mnohdy neúměrně prodloužené délce a kvalitě života.

Přístup veřejnost

Obdobný trend jako v případě zdravotnické obce může pozorovat i u širší veřejnosti. Zatímco dospělácká onkologie se mnohdy setkává se strachem a odstupem (Spurná, 2011), její pediatrický protějšek má dobrou pověst, kdy systémově funguje řada charitativních kampaní (Dobrý Anděl), jednorázových akcí (Den dětské onkologie), a personál tak má možnost aktivně se setkávat s doceněním své práce zvenčí. Prožívané docenění práce se dle Pohlové & Pohlové (2011) ukazuje jako jeden ze signifikantních dlouhodobých zdrojů prevence syndromu vyhoření, nízké míry pracovního uspokojení a vysoké míry frustrace.

5 Interpersonální spolupráce na pracovišti

Při výkonu své práce přichází personál pediatrické onkologie každý den do kontaktu s pestrou řadou pacientů, jejich rodin a vlastních kolegů, kdy jako kolektiv musí funkčně zvládat psychicky značně vypjaté situace. Jsou na ně kladeny vysoké nároky na efektivní komunikaci, sociální dovednosti a udržování adekvátních pracovních vztahů, které mohou být výrazným salutoprotektivním činitelem, ale při nezvládnutí také výraznou psychickou zátěží. Následující kapitola proto ve stručnosti představuje nuance mezilidského fungování pracovního kolektivu a zvýšené nároky na jeho interpersonální dovednosti ve vztahu k pacientovi a jeho rodině.

5.1 Osobnostní profil personálu

Sociální fungování je do značné míry podmíněné vnitřními charakteristikami jedince, pro porozumění komplexnosti vztahů na pracovišti je proto důležité porozumění typu mentality, kterou na něj personál přináší.

Autoři McManus et al. (2004) realizovali na přelomu tisíciletí rozsáhlou (n=1668) longitudinální studii pracovního vyčerpání a osobnostních predispozic u zdravotnického personálu. Na základě zjištění autorů můžeme zdravotnický personál charakterizovat rámcově jako zvýšeně svědomitý až perfekcionista, se zvýšenou sebekritičností spojenou s rizikem depresivity, vyšší mírou neuroticismu a nižší schopností přijetí chvály a ocenění. Spurná (2011) dále osobnostní nároky v kontaktu s pacientem, kdy má personál být empatický, ale zároveň si udržet objektivní odstup od utrpení pacienta. Mimo to zmiňuje tendenci personálu přehlížet své vlastní zdravotní problémy, kdy se očekává, že se o jejich případnou léčbu dokáží postarat sami, aby se mohli opět co nejdříve věnovat pacientům.

5.2 Komunikace na pracovišti

Jako zásadní složka efektivní spolupráce na pracovišti dětské onkologie se dále jeví snaha o empatickou komunikaci a otevřené poskytování informací, které se v metaanalýze studií (Sisk et al., 2018) ukázaly jako hlavní faktory pro zvládnutí

každodenní výkonů, náročných emocí při práci a snižování prožívané nejistoty při plánování léčby pacientů.

5.2.1 Profesní role personálu

Od personálu se očekává, že dokáže s pacientem navázat úzký terapeutický vztah a nabídnout jim empatický, otevřený přístup, kdy má za cíl vytvořit prostředí, které jim bude v průběhu léčby co nejpozitivnějším „*druhým domovem*“ (Koutecký & Cháňová, 2003). Na druhou stranu má ale udržovat profesní odstup, kdy dokáže ustát své vlastní emoce v kontaktu s těmi od pacienta a jeho rodiny (Zacharová, 2017). Balancování těchto přístupů a udržování profesních hranic se tak může stát přidanou psychickou zátěží a to zejména v krizových situacích, kdy je na pracovníka vyvíjen tlak ze strany jak pacienta, tak dalšího personálu.

I mezi personálem je proto důležité balancování profesní hranice, kdy se střetávají role kolegy, přítele a často opozičního názoru. Personál dětské kliniky mnohdy vytváří úzký kolektiv, kdy spolu tráví čas i nad rámec pracovní doby. Pracovníci proto musí umět rychle přepnout z přátelského do hierarchického stavu a umět tyto přechody zpracovat tak, aby se nemísili jejich osobní a profesní vztahy s kolegy (Sisk et al., 2018).

5.2.2 Rovnocennost vztahů

Smíšené kolegiální a přátelské vztahy na pracovišti přichází do kontrastu s jeho hierarchickým uspořádáním, kdy má každá skupina odlišnou míru kompetencí a odpovědnosti za průběh léčby pacienta. Důležitou otázkou je tak udržování zdravé rovnocennosti vztahů mezi těmito skupinami, jelikož se partnerský vztah dlouhodobě ukazuje jako nejefektivnější forma spolupráce při pacientově léčbě (Sisk et al., 2018). Prožívané nerovnoměrné rozdělení moci a postavení se u personálu ukazuje jako jeden z častých zdrojů konfliktů (Venglářová, 2011).

5.2.3 Personální konflikty na pracovišti

Skrze náročnost personálního fungování může mezi pracovníky často docházet ke konfliktům různé povahy a rozsahu. Spurná (2011) uvádí nedostatečnou komunikaci a neshodu při diskuzi o diagnóze či prognóze jako významné zdroje interpersonální zátěže. Dále se může jednat o nejednotnou komunikaci vůči pacientovi a jeho rodině, kdy mohou být v důsledku střídání přiděleného personálu informace sdělovány opakovaně či v rozporu (Sisk et al., 2018). Podle Vévody (2013) jsou pro vznik konfliktů významnými rizikovými faktory pracovní přetížení, vypjaté emoční situace a nedostatečná možnost diskuze nad léčebným postupem.

5.2.4 Komunikace s pacientem

Jednou z nejpodstatnějších a také potenciálně nejnáročnějších částí práce na dětské onkologii je primární kontakt s pacientem. Podoba komunikace je ovlivněna řadou faktorů, jako je věk, pohlaví, ale i typ diagnózy, přístup k léčbě a přítomnost rodičů (Souza et al., 2013). Pacient navíc prochází v průběhu léčby různorodě náročnými stavy, ať už se jedná o bolest, poškození ústní dutiny či viditelné somatické komplikace, které komunikaci dále ztěžují. Může tak docházet k řadě nedorozumění a menších konfliktů, na které není personál v žádné formě systematicky připravován (Sisk et al., 2018).

Souza et al. (2013) vyzdvihuje důraz na otevřenou komunikaci, jelikož dítěti umožňuje mít pocit aktivního účastníka na léčbě, aktivně pokládat otázky, vyjadřovat své obavy a strach, a celkově lepší pochopení kognitivně náročné situace. Dle Gårdling et al. (2015) je důležitou otázkou **rovnováha mezi emočním a informativním přístupem** personálu, kdy musí mít pacient potřebné informace, ale zároveň by mu mělo být co nejméně narušeno emoční zvládnutí léčby. Autoři (Gårdling et al., 2015; Souza et al., 2013) v tomto shodně preferují otevřený partnerský přístup, kdy kladou zvýšený důraz na vysvětlení a detailní popis procedur, které pacienta čekají, jelikož snaha o jeho nevystrašení může vést k významnějším nežádoucím důsledkům. Důležité je samozřejmě veškeré informace upravovat vhodně dle věku dítěte, přičemž jak uvádí Nordén et al. (2014), rozhodující je oproti chronologickému spíše věk mentální.

Věk je v mnoha oblastech rozhodujícím faktorem pro formu komunikace s pacientem, který je v rámci pediatrie navíc značně variabilní. Personál proto musí umět jednat rodičovsky s dětmi útlého věku formou imaginací, metafor, haptiky (Gårdling a kol., 2015) až po partnerskou komunikaci s adolescenty (Kupka, 2014).

Mimo rozumovou domluvu vystupuje jako velmi náročná oblast pro personál také **práce s pacientovými emocemi** (Chong & Abdullah, 2015), které mohou přecházet od úzkostného pláče, depresivního smutku až po záchvaty hněvu. Tyto emočně náročné situace se ve výzkumech opakovaně ukazují jako významný zdroj psychické zátěže personálu (Trufelli et al., 2008).

Specifickou situaci představuje **komunikace s adolescenty**, jejichž komunikační dovednosti vyžadují partnerský přístup, emocionálně se však v průběhu léčby více podobají dítěti mladšího věku (Chong & Abdullah, 2015; Nordén et al., 2014). Autoři Slaughter & Griffiths (2007) proto doporučují při práci s náročnými emocemi pacienta přítomnost terapeuta, a to zejména v případě úzkostí, depresí či prožívané agresivity. Neúspěšná komunikace s pacientem je zatěžujícím faktorem pro personál do takové míry, že je dle Trufelli et al. (2008) jedním z nejčastějších příčin rozvoje syndromu vyhoření.

Nezávisle na věku vyplývá z výzkumů (Andersson et al., 2016; Carlsson et al., 2008; Woodgate, 2006) jako nejnáročnější oblast **komunikace o náročných tématech pacienta**, jako je strach ze smrti, proces umírání, prožívání viny za onemocnění či jeho vliv na okolí nebo smysl svého utrpení. Pro lékaře a sestry se tyto situace jeví jako extrémně psychicky zatěžující, kdy vnímají velmi nízkou oporu své vzdělávací přípravy (White et al, 2011). I z toho důvodu jsou právě tyto situace, které jsou delegované na nemocniční psychology a kde mají skrze své zaměření nejvýraznější možnost pomoci.

5.2.5 Komunikace s rodinou pacienta

Dalším významnou složkou v komunikaci na oddělení tvoří rodiče pacienta, kteří v rámci pediatrie působí nejen jako doprovázející osoby, ale i jako jeho právní zástupci. Míhal (2003) představuje řadu důvodů, proč i přes sebelepší somatickou

péči o pacienta ji nelze považovat za optimální, pakliže do péče nejsou aktivně zapojeni i rodiče pacienta. Personál proto musí zvládat vhodné předávání informací a spolupráci i s touto skupinou, neboť jak uvádí Souza et al. (2013), pakliže mezi zdravotníky a rodinou pacienta vznikne pozitivní vztah, léčba pacienta je signifikantně efektivnější a méně bolestivá. Stejně tak pro zdravotnický personál je dobrá spolupráce s rodiči důležitým salutoprotektivním činitelem, který jim usnadňuje náročnost práce s pacientem a zpřístupňuje další zdroj ocenění vlastní práce (Gårdling et al., 2015).

Dosažení pozitivního vztahu s rodinou nicméně podle Kain (2013) není otázka pouze míry společně stráveného času, ale především otevřené empatické komunikace (tamtéž) a vytvoření pocitu bezpečného prostředí (Nordén et al., 2014), byť dle Chong & Abdullah (2015) existuje určitá míra času, která je pro splnění těchto podmínek potřeba. Personál sám reflektuje dosažení emoční pohody rodičů jako důležitý faktor úspěšného interpersonálního fungování na pracovišti (Klassen et al., 2012).

Při nenaplnění těchto potřeb rodičů se výrazně zvyšuje riziko interpersonálních konfliktů, které personál reflektuje jako značně zatěžující (Plante & Cyr, 2011), a to do takové míry, kdy je náročná komunikace s rodiči dle Trufelli et al. (2008) jedním z hlavních příčin vzniku syndromu vyhoření. Jako nejnáročnější složky komunikace s rodinou pacienta reflektuje personál panické stavy a agresivitu a nedostatečnou schopnost rodiče v krizi psychicky podpořit (Papadatou et al., 2002). Komunikace s rodiči je pro personál náročná do takové míry, kdy ve výzkumu autorů Plante & Cyr (2011) uvedlo více než 50 % dotázaných sester (n=101) poskytování emocionální podpory rodině umírajícího pacienta jako značně náročnější stránku práce než péči o samotného pacienta v kritickém stavu. Existence úspěšného pracovního terapeutického vztahu se zde nicméně jeví jako klíčový faktor, kdy v kontrastu s předchozím výzkumem, ve studii Klassen et al. (2012) sestry uváděly jako odměňující, když mohl rodinu doprovázet celým procesem léčby, pakliže se takový vztah podařilo utvořit.

6 Významné situace psychické zátěže personálu

Práce na pracovišti dětské onkologie je ze své podstaty péče o smrtelně nemocné pacienty velmi náročná. I v rámci této práce ale existuje řada specifických situací, které personál ve výzkumech označuje za významně náročnější než standardní pracovní zatížení. Následující kapitola se proto věnuje těm nejnáročnějším oblastem, se kterými se personál při své práci setkává a to chronologicky ve vztahu k péči o pacienta a jeho rodinu.

6.1 Sdělování diagnózy

První zátěžová situace, se kterou se personál setkává nastává již v úvodní fázi léčby. Pacientovi a jeho rodině je potřeba sdělit diagnostikované onemocnění, jeho rizika, proces léčby a náročnou změnu stylu života, kterou sebou léčba přináší. Personál pro sebe v těchto situacích má oporu zkušeností a statistik kdy ví, že být je onkologická léčba nesmírně náročnou zkušeností, ve většině případů přináší uzdravení pacienta. Pacienti a jejich rodiče ale tento nadhled mít nemohou a sdělení diagnózy je pro ně tak mnohdy tragickou událostí (Parkes et al., 2007).

Sdělování diagnózy rodičům a pacientům probíhá zpravidla odděleně, jelikož by bylo nevhodné pacienta zatížit bezprizorním setkáním se s reakcemi rodičů. Je proto lepší jim diagnózu sdělit jako prvním a nechat je mít v okamžiku sdělování dítěti počáteční šok alespoň částečně zpracovaný. Jejich reakce mohou být od popíravého odmítnutí diagnózy a racionalizaci až po impulzivní výbuchy pláče či hněvu (Hrdličková, 2019). Autorka dále uvádí, že se mohou objevovat též pocity viny a to namířené jak vůči sobě, tak vůči personálu. Ten se tak musí vyrovnávat s širokou škálou reakcí, kdy neexistuje možnost univerzálního postupu pro takovéto setkání. O to více lékaři vyzdvihují nutnost empatické stránky a důležitost dostatku času a vhodného prostoru (Vymětal, 2003). Tyto podmínky jim nicméně při sdělování diagnózy nejsou mnohdy dány a v praxi tak může docházet k tomu, že je diagnóza rodičům sdělována na chodbě oddělení, kde ji může kdykoliv narušit další personál či rodiče (Spurná, 2011).

Takovéto komplikace jsou o to náročnější, že rodiče i pacienti mnohdy v záplavě emocí, úzkosti a nejistoty prožívají zrychlené vnímání událostí, kdy i hodinová konzultace může působit jako krátký okamžik (Spurná, 2011). Skrze zvýšenou sympatickou aktivitu si navíc ze setkání v paměti často odnáší jen zlomek informací, který jim personál sdělil, což klade zvýšený tlak na jejich strukturovanost a cykličnost (Kaye et al., 2018). V kontrastu se špatnou kognitivní vybavností ale ve výzkumu (Sato et al., 2015) reflektovali velmi dobrou vybavnost chování lékaře a s jakou mírou empatie při sdělování diagnózy postupoval.

Sato et al. (2015) vyzdvihují důležitost otevřené komunikace už v prvním kontaktu s rodiči pacienta. Rodičům by dle autorů měly být v přiměřené míře informace předávány upřímně, na jejich otázky odpovídáno věcně, s důrazem na možnost uzdravení dítěte, pokud to prognóza umožňuje. V tomto kontextu lékaři ve výzkumu (Spurná, 2011) reflektovali náročnost sdělování realistického a nadějného stavu pacienta, tedy hledání balance, kdy podpora pacientovi zvýší šance kurativní léčby, a kdy už snižuje efektivitu paliativní péče. Je též důležité domluvit komunikační přístup rodičů s pacientem, neboť mají dle Sato et al. (2015) někteří rodiče sklony informace zdržovat ve snaze ochrany dítěte před zátěží a v důsledku tak nechtěně snižovat efektivitu léčby.

6.2 Ošetřování pacientů se somatickými komplikacemi

Jak bylo popsáno v první kapitole této práce, pacient prochází v průběhu své léčby řadou **nepříjemných somatických komplikací**, které mohou být svou podobou či vyžadovanou péčí pro personál náročné na ošetřování. Jedná se zejména o práci při průjmech, zvracení či rozpadající se nekrotické tkáni. Ve výzkumech (Berger et al., 2013) tyto faktory nicméně respondenti reflektovali jako jedny z méně náročných, kdy se tento typ práce s pacienty očekává a pro personál tak není nadstandardní zátěží.

Jako mnohem významnější se pro personál ukázala **práce s bolestí dítěte** (Kalousová et al., 2008; Vorlíček & Adam et al., 2004) které může být při léčbě značná a v průběhu hospitalizace opakovaná. Berger et al. (2013) uvádí vnímané utrpení dítěte jako signifikantní zdroj psychické zátěže pro personál.

Lékařská stránka léčby bolesti je v současnosti na velmi vysoké úrovni (Vorlíček & Adam et al., 2004), mimo medikaci uvádí Kalousová et al. (2008) také důležitost využívání **systematických technik**, jako například imaginace. Navzdory těmto možnostem nicméně představuje bolest i nadále neoddelitelnou součást léčby pacientů (Kuttner, 2010).

Jako poslední významnou složku zátěže v této oblasti reflektovali zdravotníci (Spurná, 2011) práci s pacientem po **mutilizaci**, ke které dochází nejčastěji při těžkých mukozitidách, nádorech kostí či jako forma léčby bolesti při paliativní péči. Dle Grunfeld et al. (2010) je pro zdravotníky velmi náročné vnímat mutilizaci dítěte, byť kurativně nutnou, neboť představuje nejzávažnější formu dlouhodobých následků léčby.

6.3 Rozhodování o ukončení kurativní léčby

Dětská onkologie je navzdory pevně stanoveným protokolům i nadále oborem spojeným s řadou těžkých rozhodnutí. Navzdory veškerým pokrokům moderní medicíny i v současné době u 10–15 % pacientů není léčba úspěšná, kdy meziročně umírá okolo 50 z nich (Krejčí, 2023), k těmto pacientům je navíc potřeba připočítat ty, kteří se při léčbě dostali na absolutní hranici svých možností, ale léčbu zdárně dokončili. Personál se u těchto pacientů nevyhnutelně dostává do bodu, kdy musí rozhodnout, zdali má smysl pokračovat v kurativním záměru léčby, který může být v této fázi často značně bolestivý a extrémně poškozující pro pacientovo tělo, a nebo snahu o záchránění života vzdát a přistoupit na paliativní léčbu (Feraco et al., 2018; Vymětal, 2003).

Proces takového rozhodování je dle Vymětala (2003) značně náročný po odborné i psychické stránce, kdy se v realitě musí rozhodovat na základě relativně nízkého počtu informací a uskutečnit konsenzus mezi řadou odborníků, kdy následky takového rozhodnutí jsou nevratné. Pro lékaře navíc takovéto rozhodnutí znamená setkání s vlastními limity a pocity selhání při naplňování jejich primárního poslání, vedoucí mnohdy k prožívání bezmocnosti a zoufalství (Spurná, 2011).

6.4 Sdělování infaustní prognózy a ukončení kurativní léčby

Po náročném procesu interpersonálního rozhodování nemá ale personál odpočinku, kdy je potřeba své doporučení sdělit pacientovi a jeho rodině spolu s adekvátním vysvětlením všech aspektů s ním spojených. Rodiče zde mohou procházet obdobnou kaskádou emocí jako při zjištění diagnózy (Hrdličková, 2019). Personál se zde dle Klassen et al. (2012) může rovněž setkat s popíravou reakcí rodičů, kdy se rodiče snaží o vydobytí si pokračování kurativní léčby, ačkoliv takový postup již nemůže vést k uzdravení a je pro pacienta v terminálním stádiu příčinou řady zatěžujících komplikací. Toto vnitřní přesvědčení rodičů je často inkongruentní, kdy ve výzkumu Kamihara et al. (2015) řada respondentů reflektovala rozpor v přesvědčení o naději v plné uzdravení svého dítěte a možnosti úspěšné léčby. Na pacientovi je selhávání léčby mnohdy značně viditelné a rodiče si tuto skutečnost uvědomují.

6.5 Práce s umírajícím pacientem

Rozhodnutím o ukončení kurativní léčby práce personálu na dětské onkologii nekončí, naopak se rozjíždí zcela jiný léčebný přístup formou paliativní péče, která může trvat měsíce i roky a má za cíl naplnění zcela jiných potřeb pacienta (Bajčiová et al. (2011). Z hlediska ošetrovatelské péče je dle Bužgové et al. (2019) primárním úkolem odstranění veškerých bariér pro možnosti co nejdůstojnějšího dožití pacienta. V plnění těchto potřeb a úkolů podporuje personál na pracovišti i specializovaný paliativní tým (Ratiborský, 2012).

V návaznosti na markantní růst možností paliativní péče u nás je systémem vyvíjena maximální snaha o přesun pacientů do domácího prostředí formou péče mobilního hospice a personál se tak s umíráním pacientů na oddělení setkává v posledních letech značně méně (Ratiborský, 2012).

S pacientem v paliativní péči je velmi důležitá vhodná komunikace, neboť pacienti si svůj stav mnohdy uvědomují, byť ve značně různorodé podobě související s kognitivní vyzálostí (Carlsson et al., 2008). Jak dále uvádí Kupka (2014), pacienti mohou mít vůči rodičům i personálu řadu náročných otázek či potřeb. Autor proto vyzdvihuje důležitost upřímné, jasné komunikace, přiměřené věku s dostatkem

možností pro vyjádření připomínek. Bužgová et al. (2019) dále doplňuje důležitost pacienta do takového rozhovoru nenutit, ale zároveň, pokud se pro ni sám rozhodne důležitost personálu jej v takovéto chvíli podpořit a sdílení těžkých témat s ním ustát.

Personál zde musí taktéž pracovat i s rodiči pacienta, neboť se nezdá, že sami mají problém těžkou situaci ustát a ve snaze dítě chránit k němu nejsou zcela upřímní, čímž komplikují ošetrovatelskou a psychologickou péči o něj (Chong & Abdullah, 2015; Klassen et al., 2012). Dle Montgomery et al. (2017) je proto základem vhodná edukace rodičů, například i v rámci konečných stavů, jako je předsmrtná euforie mnohdy následovaná bezvědomím.

Navzdory zkušenostem, vzdělání a pokrokům péče zůstává proces umírání pacienta jednou z nejnáročnějších částí práce na pediatrii (Ko Woonhwa, 2016). Jako nejnáročnější část doprovázení udávali respondenti ve výzkumu White et al. (2001) komunikaci s pacientem a jeho rodinou o smrti, konkrétně jejím smyslu a očekávání, jaké to bude. V této oblasti dle Feudtner et al. (2007) reflektovali respondenti nejmenší míru kompetencí a udávali tuto část práce jako náročnější než samotné umírání pacienta. Naopak nejkompetentněji reflektoval personál zvládnutí somatické péče (tamtéž). V obou těchto oblastech by personál nicméně výrazně ocenil další vzdělávání (White et al., 2001).

6.6 Prožívání pacientovi smrti

Okamžik smrti pacienta není náročný pouze pro jeho rodinu, ale také personál, kdy jeho zvládnutí reflektují jako velmi obtížné (Kebza, 2012), mnohdy doprovázené reakcemi hlubokého smutku, hněvu či agresí. Ty jsou spojené často s pocity nespravedlnosti z pacientova krátkého života naplněného nepřiměřeným utrpením (Klassen et al., 2012).

U personálu se může objevovat řada těžkých témat, kdy mezi těmi nejvýznamnějšími jsou dle Spurné (2011) prožívání viny, odpovědnosti a pocitu bezmocnosti. Ve studii Gårdling et al. (2015) respondenti poukázali také na osobní

rovinu, kdy si umírání a smrt pacienta spojovali se strachem o vlastní děti či vnoučata stejného věku.

6.7 Práce s rodiči po smrti pacienta

Jak uvádí Parkes et al. (2007), pozůstalí nejsou v blízké době po smrti pacienta mnohdy adekvátně rozeznat, do jaké míry zvládnou zármutek sami a je proto úkolem personálu nabídnout jim vhodnou psychologickou podporu. Poskytování této podpory vyplývá z výzkumů (Papadatou et al., 2002; Plante & Cyr, 2011) jako pro personál významný zdroj zátěže, a to mnohdy i náročnější, než samotný proces umírání pacienta. V kontrastu s tímto tvrzením udává řada autorů (Plevová et al., 2011) okamžik smrti jako méně dramatickou událost, než je proces umírání, kdy rodiče mají čas se se smrtí dítěte smířit a mnohdy ji považují za vysvobuzující.

7 Vyrovnávání se s psychickou zátěží

Jak dokládají předchozí teoretické kapitoly, práce na pediatrické onkologii je po mnoha stránkách značně psychicky náročná. Pro doplnění druhé strany rovnice nabízí tato kapitola stručný přehled nejdůležitějších důsledků, které na personál tato zátěž má, a jak se s touto zátěží personál vyrovnává.

7.1 Dopady psychické zátěže na pracovníka

I díky pandemii covidu-19 se problematika přetížení zdravotnického personálu dostala do širšího povědomí veřejnosti. Relativně málo významu se přikládá vlivu, který toto přetížení má na samotné fungování zdravotního systému. Britské ministerstvo zdravotnictví (Department of Health, 2010) realizovalo rozsáhlou studii napříč lékaři všech zaměření a na základě svých zjištění představila data, kdy v důsledku psychických a psychosomatických problémů lékařského personálu dochází meziročně k přímé ztrátě více jak 1,7 miliard liber (tedy přibližně 50 miliard korun). Tato částka pak připadá na více než deset milionů dní, což odpovídá zhruba 4,5 % celkové roční pracovní kapacity britských lékařů. Nejčastějším zdrojem absence (45 %) jsou dle studie nemoci opěrné a pohybové soustavy. Dále se statisticky významněji objevovala vyšší míra úzkosti, nadměrné užívání alkoholu či drog (10 % lékařů) a kožních onemocnění. Souhrnně pak data označila skupinu povolání zdravotníků jako tu, kde jsou pracovní nejčastěji nemocní z celého veřejného sektoru.

Ukazuje se, že přílišné zatížení zdravotnického personálu představuje významnou celospolečenskou problematiku a je důležité se blíže věnovat konkrétním projevům této zátěže na zdravotnících.

7.1.1 Zvýšená stresová reakce

Jako základní reakce zdravotníků na zvýšenou psychickou zátěž se jeví dlouhodobě zvýšená hladina stresových hormonů. Tu Malý (2009) uvádí jako jednu z nejčastějších příčin onemocnění souvisejících s prací, v jejichž důsledku je stresem zaviněno až 70 % absence v zaměstnání z důvodů pracovní neschopnosti. Současně

je dle autora také významným zdrojem úrazů, selhání lidského činitele při práci a signifikantní míry chybovosti v pracovních úkonech. Grunfeld et al. (2005) přitom za nejvýraznější stresory označuje narušování soukromého života přesčasy, nedostatek personálu, nemožnost poskytování adekvátní péče a příliš vysoký objem práce. Sováriová et al. (2013) jako nejčastější pozorovatelné projevy stresu uvádí zvýšenou emoční reaktivitu, jakou je úzkost, podrážděnost a psychosomatický neklid. Tyto výsledky jsou v souladu i se studii dalších autorů (Obročníková et al., 2015; Zálešáková & Bužgová, 2011).

Jako častým důsledkem psychické zátěže se mezi onkologickým personálem projevují také **psychosomatické potíže**, jak ve svém výzkumu dokládá Kebza (2012). Spurná (2011) jako nejčastější projevy zmiňuje bolesti hlavy, žaludeční problémy a bolesti pohybové soustavy.

7.1.2 Syndrom vyhoření

Velmi významným projevem psychické zátěže onkologických pracovníků se při rešerši ukázal syndrom vyhoření. Trufelli et al. (2008) realizovali systematické review a metaanalýzu deseti výzkumů s celkovým počtem 2375 onkologických lékařů z řady zemí (Velké Británie, Kanady, Portugalska, Itálie, Brazílie a Španělska). Sjednocujícím faktorem studií bylo použití **Inventáře vyhoření Maslachové** (MBI), který se ukazuje jako prověřeným a spolehlivým nástrojem měření míry syndromu vyhoření. Inventář pracuje se třemi dimenzemi – emoční vyčerpání, depersonalizace, a osobního uspokojení v práci.

Výsledky studie autorů (Trufelli et al., 2008) dokládají průměrnou prevalenci 36 % emočního vyčerpání, 34 % depersonalizace a 25 % pocitu osobního uspokojení, což potvrzuje statisticky vyšší míru přítomnosti syndromu vyhoření a prožívané snížené kvality života. Jako nejvýznamnější příčina autoři uvádějí snížení společenských aktivit, problémy ve vztahu lékaře a pacienta, komunikaci s pacientovou rodinou a nedostatek volného času. Tyto výsledky potvrzuje řada dalších výzkumů, například Girgis et al. (2009), Grunfeld et al. (2005) či Zálešáková & Bužgová (2011).

Nejčastějšími důsledky syndromu vyhoření jsou krom snížené kvality života dle Trufelli et al. (2008):

- klesající kvalita odborné péče a zvýšené riziko odchodu z pracoviště, což dále podporuje například Grunfeld et al. (2005),
- signifikantní negativní úměra poklesu pracovní spokojenosti, výkonnosti a motivace,
- signifikantní korelace s prožíváním monotónnosti při práci, což odpovídá zjištěním Obročníkové et al. (2015) a
- vysoká prevalence depresivity a suicidálních tendencí, na což upozorňují také Ro et al. (2008).

7.1.3 Využívání psychologické podpory

Navzdory významně rizikovým psychosociálním důsledkům popsaným v této kapitole se ochota zdravotnického personálu o psychologickou intervenci jeví dlouhodobě jako velmi nízká Trufelli et al. (2008). Zdravotníci v tomto ohledu místo systematické psychologické pomoci preferují vlastní sebepéči, a to dle Zander et al. (2013) a Poulsen et al. (2014) nejčastěji pomocí sdílení svých zkušeností a trápení mezi kolegy. Dlouhodobě se ale tato sebepéče ukazuje jako nedostatečná v oblasti emocionálního zvládnání, vyrovnávání se se zátěžovými situacemi a adaptací na náročné změny (Aycock & Boyle, 2009).

Otázka vhodné motivace personálu pro vzdělávání v sebepéči o své psychické zdraví je proto velmi aktuální. S nedostatečným zájmem se ve své studii setkali Ro et al. (2008), kdy lékaři (n=185) zapojení do výzkumu řešili cíleně dlouhodobé psychické vyčerpání až v bodě, kdy je k tomu donutili kolegové či riziko legislativních problémů. Autoři nabízí ukázkou možného řešení, kdy bylo v rámci jejich studie cílem snížení míry syndromu vyhoření a emočního vyčerpání. Jimi zavedená intervence se skládala ze skupinového poradenství a individuálních psychoterapeutických sezení. Výsledky studie ukázaly statisticky významné snížení úrovně emočního vyčerpání z 35 % na začátku studie na 6 % při jejím zakončení. Ukazuje se tak, že může být od psychické zátěže zdravotníkům značně ulehčeno, pakliže se rozhodnou tyto

problémy aktivně řešit. Foster (2015) v tomto ohledu doporučuje vyhledání terapeutického odborníka či systematickou supervizní podporu.

7.1.4 Vliv psychické zátěže na pracoviště a osobní život

Dopady psychické zátěže na pracoviště mohou se dle rešerše zdají být nejvýraznější v interpersonální komunikaci. Dle Spurné (2011) mohou náročné situace na klinice zapříčinit výrazně vyšší přítomnost konfliktů. Dále se mohou projevovat v prohlubování odstupů mezi jednotlivými pracovními skupinami a prožívané nerovnosti na oddělení (Venglářová, 2011).

Rešerše literatury poukázala na řadu očekávatelných negativních vlivů pracovní zátěže na **soukromý život**, jako je nedostatek volného času na rodinu (Trufelli et al., 2008) a v důsledku stresu narušené rodinné vztahy (Zálešáková & Bužgová, 2011). Mezi těmi méně explicitními ale odhalila podstatné téma vztahu rodičů zdravotníků a jejich dětí. Ve výzkumu Gårdling et al. (2015) respondentky uvedly, že vynakládají více úsilí do práce s dětmi, jelikož jim připomínají své děti či vnoučata stejného věku. Negativní stránkou tohoto přenosu je ale dle autorů častá úzkostná obava žen o příbuzné dětského věku, kdy strach o onkologické děti projektují na ně. Tyto výsledky odpovídají i výzkumným zjištěním dalších autorů (Gomez et al., 2013).

PRAKTICKÁ ČÁST

8 Výzkumný problém

S rozvojem pediatrické onkologie a zvyšujícími se šancemi přežití pacientů je v současné době stále větší fokus tohoto oboru zaměřen na zvyšování kvality života pacientů v průběhu léčby a po jejím skončení. Na zdravotnický personál jsou proto kladeny zvýšené nároky, kdy již nestačí poskytování maximální možné kvality medicínské péče, ale také té psychosociální. Jak dokládá teoretická část této práce, péče o onkologické pediatrické pacienty je značně komplexní a náročnou problematikou, kdy je personál nucen vyrovnávat se s řadou těžkých situací a jimi způsobenou pracovní zátěží.

Navzdory zátěži, kterou tito zdravotníci při své práci podstupují je této skupině personálu věnována v naší zemi pouze minimální výzkumná pozornost. Komplexnost zatěžujících aspektů tohoto povolání je do značné míry akademicky nepodložená a nejnáročnější faktory neznámé. Tento stav proto představuje **aktivní výzkumný problém**, kdy byla snaha o jeho řešení primárním motivem realizace předkládaného výzkumu.

8.1 Cíle výzkumu

Na základě stanoveného výzkumného problému se primárním záměrem studie stala snaha o porozumění prožívání zátěže, kterou při své práci pediatričtí zdravotníci podstupují. V souladu se zvolením metody Zakotvené teorie jako vhodného analytického přístupu byly pro naplnění tohoto záměru stanoveny následující dílčí **výzkumné cíle:**

1. Poskytnout komplexní kvalitativní vhled do náročnosti práce na dětské onkologii.
2. Popsání nejvýznamnějších faktorů prožívané zátěže, které zdravotnický personál ve výzkumném souboru reflektuje.
3. Představení základních procesů napříč těmito faktory a mechanismy jejich fungování.

4. Vytvoření v datech ukotveného teoretického modelu, který bude hlavní získané poznatky integrovat do jednoho funkčního celku.

8.2 Výzkumné otázky

Na základě uvedených cílů výzkumu bylo vytvořeno několik výzkumných otázek, jejichž zodpovězením by měly být tyto cíle cyklicky zodpovězeny. V souladu s doporučením autorů (Charmaz, 2006; Řiháček et al., 2013) byly otázky pokládány široce a otevřeně s možností pozdější úpravy v rámci rozvíjejícího se analytického procesu. Díky jejich obecnému metodologickému zaměření nicméně dostatečně pokryly potřeby rozvíjející se teorie a jsou zde tak prezentovány ve své původní podobě.

V návaznosti na výzkumné cíle byly stanoveny tyto základní **výzkumné otázky**:

- Výzkumná otázka č. 1: Jaké nejvýznamnější faktory zátěže ve své práci reflektuje personál pediatrické onkologie?
- Výzkumná otázka č. 2: Jaké vnitřní mechanismy procesně integrují tyto faktory zátěže?
- Výzkumná otázka č. 3: Jak provázané spolu tyto mechanismy vzájemně jsou?

9 Aplikovaná metodika

V návaznosti na stanovený výzkumný problém a jeho dílčí cíle byl pro realizaci této diplomové práce zvolen **kvalitativní přístup**. Ten byl vybrán pro povahu zkoumané oblasti a potřebě detailní explorace vnitřního prožívání jednotlivce. Dle Miovského (2006) je v něm s výzkumnými daty zacházeno jemněji, je zde snaha o hlubší pochopení a kontextuálnost každého z odhalených jevů. Primárním snahou v takovémto přístupu není přijmout či vyvrátit předem dané koncepce, ale dosáhnout vhledu, porozumění, a vytvoření nových poznatků (Ferjenčík, 2015).

Vzhledem ke stanoveným cílům práce, a sice vytvoření ústředního modelu, který by nabízel co nejplnější explikaci výzkumných zjištění, byla jako metoda analýzy dat v tomto výzkumu zvolena **metoda Zakotvené teorie** (Grounded theory). Za touto volbou stála především teoretická neprobádanost dané výzkumné problematiky a potřeba metodologického nástroje, který by byl flexibilní a umožňoval by průběžné rozšiřování rámce získaných dat a cyklické doplňování vyvstávající teorie. V souladu s přístupem autorů (Charmaz, 2006; Řiháček et al., 2013) se proto Zakotvená teorie stala metodou první volby.

Na tomto místě je uváděna z důvodu, kdy se nejedná pouze o způsob práce s daty, ale celkovému přístupu k výzkumu, kdy veškerá následující metodologie navazuje na toto rozhodnutí.

Jako **typ výzkumu** byla pro tuto práci vzhledem k povaze výzkumných otázek a použitého analytického rámce zvolena **vícepřípadová studie**. Ta dle Miovského (2006) nabízí dostatečnou flexibilitu při tvorbě výzkumného souboru a zároveň zachycení množství komplexních kvalitativních dat. V kontextu Zakotvené teorie tato forma umožnila selektivní zaměření na vynořující se data a souběžné únosné rozšiřování výzkumného souboru pro naplnění teoretické saturace.

9.1 Metody tvorby dat

Nástrojem získávání výzkumných dat byla zvolena metoda **polostrukurovaného rozhovoru** (viz příloha č. 4). Ten výzkumníkovi dává dle Miovského (2006) možnost se v průběhu interview doptávat na jemnější details, které nebyly součástí původní formy rozhovoru a neochuzuje se o klíčová témata, k jejichž objevení dochází nutně až v průběhu výzkumu. Jedná se o rozhovor vlastní konstrukce, kdy Zakotvená teorie vyžaduje v průběhu rozhovoru flexibilně proměnlivý nástroj získávání dat. Původně menší okruh se postupně rozšiřoval o další doplňkové otázky na základě potřeby rostoucí teorie, a také odlišných skupin respondentů ve snaze o triangulaci získaných dat.

V souladu s doporučením autorů (Charmaz, 2006; Řiháček et al., 2013) nebyly otázky tvořeny na základě rešerše dřívějších výzkumů. Literární review nicméně podpořilo spolu s dřívějšími zkušenostmi výzkumníka tvorbu rámcových okruhů, které měly za cíl v co nejširší míře pokrýt problematiku náročnosti práce na pediatrické onkologii. Těmito okruhy se staly:

- Období nástupu na oddělení
- Systémové fungování pracoviště
- Interpersonální spolupráce
- Přítomnost rodiče pacientů na pracovišti
- Péče o onkologicky nemocného pediatrického pacienta
- Prožívání a vyrovnávání se s psychickou zátěží
- Vzdělávání v psychosociální problematice

Jako doplňující metoda bylo použito též **pozorování**, které je ze své podstaty od osobního interview neoddelitelné. Největší pozornost byla věnována emočnímu doprovodu, neverbální komunikace a vnímání míry ochoty či neochoty ve sdílení specifických témat.

9.2 Charakteristika zkoumané populace a popis výzkumného souboru

Kritéria pro stanovenou výzkumnou populaci vychází z výzkumných cílů studie, kterým je primárně zjištění prožívané zátěže personálu pediatrické onkologie. Tento personál tvoří řada dílčích skupin, kdy byly pro svou blízkost k pacientovi a nejužší interpersonální kontakt **stanoveny 3 hlavní skupiny**: pediatričtí lékaři; zdravotní sestry; nemocniční psychologové. Do výzkumu nebyly zahrnuty sekundární skupiny, mezi které můžeme zařadit sociální pracovníky, nemocniční učitele či pracovníky nadací, a to zejména pro větší koherenci výzkumu a jejich procesně odlišnou podobu zapojení do fungování pracoviště pediatrické onkologie.

V rámci výzkumu se nepodařilo dohledat přesné počty pracovníků výběrových skupin napříč všemi osmi pracovišti republiky, a to kvůli internosti těchto informací pod ochranou osobních údajů. Vzhledem k povaze Zakotvené teorie se nejedná o významnou překážku, kde je podstatná teoretická saturace dat, nikoliv populační reprezentativnost. Obecně můžeme nicméně říci, že pediatrická onkologie představuje velmi malý medicínský obor pohybující se početně v rámci nižších stovek zdravotníků, v případě psychologů přibližně dvou desítek.

Stanovenými **kritérii pro zařazení** do výzkumného souboru byla příslušnost k některé ze tří zkoumaných skupin a probíhající práce na pediatrické onkologii trvající déle než jeden rok. Mezi kritéria naopak nepatřila výběrovost mezi menším oddělením a onkologickým centrem, kdy bylo záměrem srovnat zkušenosti odlišných forem pracovišť, a pohlaví, kdy jsou pro úzkost populace v souboru zastoupeny jak ženy, tak muži.

Výzkumný soubor při uzavření sběru dat tvořilo **deset respondentů** ze tří různých pracovišť, kdy byla v souladu s přístupem autorů (Charmaz, 2006; Řiháček et al., 2013) při posledním z nich stanovena vyhovující saturace dat pro potřeby výzkumu a utvoření vhodného teoretického modelu.

Tabulka 2: Přehled výzkumného souboru

	POZICE	POHLAVÍ	ROKŮ PRAXE	PRACOVISTĚ
RESPONDENT 1	Lékař	Žena	5	Menší pracoviště
RESPONDENT 2	Lékař	Žena	6	Menší pracoviště
RESPONDENT 3	Lékař	Žena	7	Centrum
RESPONDENT 4	Lékař	Muž	25	Centrum
RESPONDENT 5	Sestra	Žena	12	Centrum
RESPONDENT 6	Sestra	Žena	25	Menší pracoviště
RESPONDENT 7	Sestra	Žena	29	Menší pracoviště
RESPONDENT 8	Psycholog	Žena	11	Menší pracoviště
RESPONDENT 9	Psycholog	Žena	4	Centrum
RESPONDENT 10	Psycholog	Muž	7	Centrum

Výzkumný soubor byl, mimo **příležitostný výběr** formou oslovení vedení všech pracovišť, kvůli své nízké dostupnosti získáván primárně **metodou sněhové koule**, kdy se díky úvodnímu kontaktu otvírala cesta k dalším respondentům ochotných zapojení se do výzkumu.

9.3 Realizace výzkumného šetření

Respondenti byli před vstupem do výzkumného šetření seznámeni s jeho výzkumnými cíli, dobrovolností své účasti, možnostmi odstoupení od výzkumu a jeho předpokládaným průběhem, jako je časová náročnost a okruhy otázek. Před začátkem rozhovorů byli požádáni o udělení informovaného souhlasu (viz příloha č. 3) a byly jim zodpovězeny jakékoliv dotazy ohledně výzkumu.

Rozhovory byly realizovány v nestandardizovaném prostředí, a to nejčastěji v prostorách jednotlivých oddělení napříč republikou nebo online formou (3 rozhovory) pro větší časový komfort respondentů. Průměrná délka rozhovoru byla 79 minut. Participantům nebyla za jejich účast dána systematická odměna. Z realizovaných rozhovorů byl pořízen audiozáznam nahraný na diktafon, který byl následně použit jako zdroj přepisu získaných dat.

10 Etická stránka výzkumu

Před každým rozhovorem byla s účastníky výzkumu vedena krátká konverzace, která měla za cíl nastolit větší důvěru při spolupráci s výzkumníkem a zajištění větší lidskosti setkání. Následně byli respondenti informováni o účelech výzkumu, jeho cílech, průběhu, způsobu práce a nakládání s jimi poskytnutými daty. Každý z nich byl seznámen s dobrovolnou povahou své účasti ve výzkumu a s právem z něj kdykoliv v průběhu odstoupit.

Po přistoupení na podmínky šetření byl respondenty dán **informovaný souhlas** účasti ve výzkumu, jehož struktura je k práci přiložena jako příloha č. 3.

Nahrávání rozhovoru bylo pořízeno na vlastní diktafon, který byl také použit jako zdroj přepisu rozhovorů. Ten byl uskutečněn anonymizovanou formou, kdy došlo k odstranění identifikačních údajů osob a míst v respondentově vyprávění.

Veškeré digitální záznamy byly také umístěny pouze na fyzické úložiště, které bylo společně s výzkumnou dokumentací na adekvátně bezpečné místo. Byla tak minimalizována možnost, že se v průběhu výzkumu či po jeho skončení s citlivými údaji setká někdo jiný než samotný výzkumník.

S přihlédnutím k možné emoční náročnosti výzkumné problematiky byla respondentům reflektována možnost nenutnosti sdílení informací, které by jim byly nekomfortní. Zde se respondenti ve výzkumném souboru ukázali jako velmi podporující a sdílně, často nad požadovaný rámec, odpovídali na veškeré otázky interview.

11 Metoda zpracování dat

V souladu se způsobem sběru dat i následná analytická práce s těmito daty probíhala dle doporučeného formátu Zakotvené teorie autora (Charmaz, 2006) a jeho výkladu českých autorů (Řiháček et al., 2013). Je potřeba zdůraznit, že přístup Zakotvené teorie se od svého vzniku značně rozvinul a v současnosti existuje několik hlavních proudů. V rámci tohoto výzkumu je s daty nakládáno primárně v souladu s přístupem Charmaz (2006).

Prvním krokem při úpravě získaných dat ve formě nahrávky interview byla jeho přímá transkripce za pomoci automatického přepisu a následné korektury v programu Transcribe¹³, který nabízí rychlou a efektivní možnost přetvoření nahrávky do kvalitní textové podoby. Následně byl tento přepis exportován do programu Atlas.ti 9, který se opakovaně ukazuje jako neocenitelná opora při analytické práci s kvalitativními daty.

Postup analytické práce s daty dle doporučení autorů probíhal v následujících hlavních krocích:

0) Sebereflexe výzkumníkova přístupu k tématu výzkumu

Před zahájením realizace výzkumu a prvních setkání s respondenty byla provedena výzkumníkova sebereflexe vztahu ke zkoumanému tématu. Dle autorů je zásadní pro uvědomění si motivace pro práci s daným tématem, a vlastních prekonceptí, které mohou narušovat objektivitu procesu vyvstávající teorie. Sebereflexe byla provedena formou vnitřního dialogu a zaznamenáváním klíčových bodů možného subjektivního zkreslení. Zde se jako hlavní ukázal autorův přístup k personálu jakožto jejich dřívějšího pacienta a studium oboru psychologie, díky kterému má kvalitativně odlišný vhled do problematiky práce psychologů na pracovišti.

¹³ Dostupný na adrese: <https://transcribe.wreally.com/>

1) Otevřené (in line) kódování a selektivní kódování

První přímou analytickou prací byla tvorba otevřených kódů, kdy byly zaznamenávány významové celky napříč rozhovory. Vzhledem k rozsáhlému objemu dat (přibližně 250 normostran při 10 rozhovorech) se ale čistě takovýto přístup ukázal již po analýze úvodních tří rozhovorů jako značně nerealistický, jelikož by bylo potřeba vytvořit vyšší stovky kódů. Došlo tedy k cyklickému propojení s následující selektivní fází kódování, kdy se výzkumník zaměřuje pouze na cílená data.

Přepis rozhovoru byl v programu **Atlas.ti** selektivně rozdělen na tematické celky (nástup na oddělení, vzdělávání, rodiče v krizi), které umožnili základní kategorizaci textu. Pro vyšší efektivitu této strategie byly první tři rozhovory realizovány více otevřeně explorativní formou s jedním zástupcem každé skupiny v rámci výzkumné populace. Jednotlivé rozhovory byly vždy analyzovány před setkáním s dalším respondentem, aby mohly být počáteční tematické kódy upraveny, rozděleny či sjednoceny podle vyvíjení těchto témat napříč rozhovory.

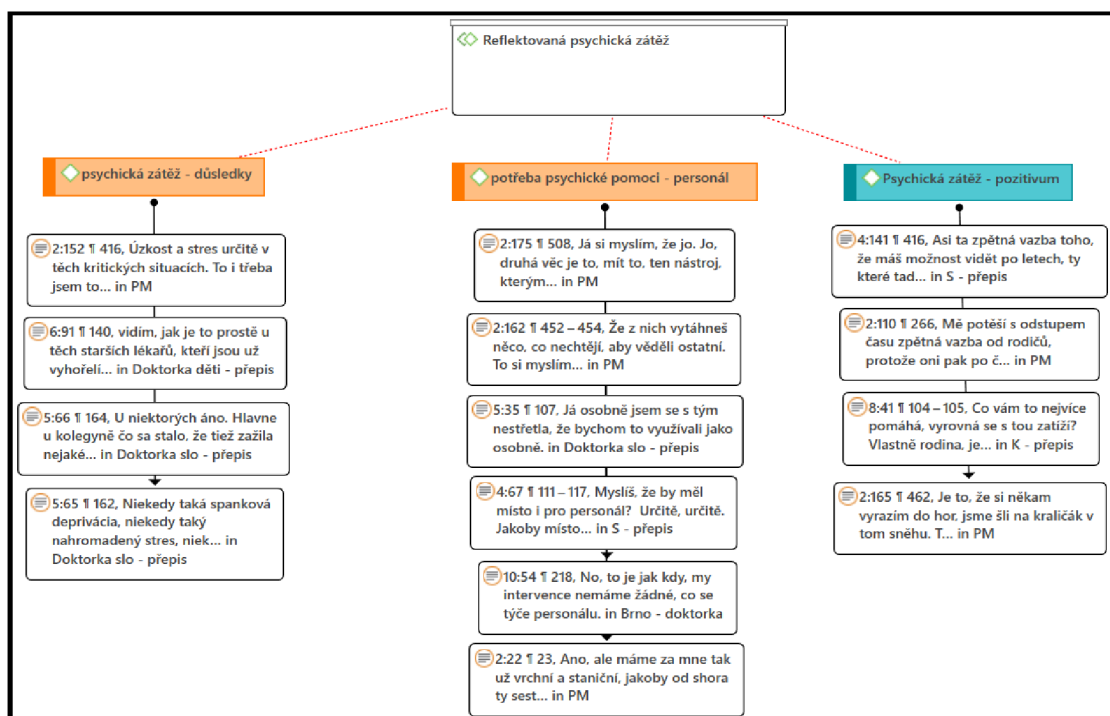
Na konci všech deseti rozhovorů bylo takovýchto kódů tematických oblastí 70. Jejich seznam výzkumníkovi následně značně usnadnil opětovné analyzování všech deseti rozhovorů, základní rozdělení jejich textu a přitom zachování dostatku cross-referencí v jejich překrývání, aby nedošlo ke ztrátě vztahů mezi tématy. Výsledkem tohoto procesu bylo tedy 70 tematických celků a k nim přiřazených úryvků textů, kdy finální počet vyznačených citací dosáhl 1 169.

Obrázek 2: Ukázka otevřeného/selektivního kódování v programu Atlas.Ti 9.

<p>81 Je něco, co bys řekla, že je v rámci fungování oddělení pro tebe nejnáročnější?</p> <p>82</p> <p>83 Nejnáročnější? No je. Řekla bych, že interpersonální vztahy. Ty tě tak jako ubíjí, hlavně ve smyslu, když mám nějakou utěžkou intervenci a potřebuju....ale to já řeším pokaždé se svou psycholožkou...potřebuju to přepnut si, už nejsi intervent, už jsi jako sestra. A ty jdeš s nějakým očekáváním, že všichni budou chápat, že sis teď něčím prošla. Že jde o takové...že tě hloupost rozhodí. Jindy bys nad tím mávl rukou, že se rozlilo kafe. To teď hodně zveličuji. Tak tohle. Potom mne docela ubíjí, ale snažím si rozumově vysvětlit. Takové rychlé soudy toho personálu. Třeba na způsob výchovy nebo chování toho dítěte, které je týden hospitalizovaný a už mají tendence hodnotit, jakým způsobem ho maminka vychovává. To mi vždycky přijde jako taková morální ajajaj. No a samozřejmě jsou to ty špatné stavy, ty smutné stavy. Že po roce znáš dítě, znáš rodinu, znáš historii. A vlastně jsou takové situace, třeba slavení předčasných narozenin, protože víš, že se jich nedožije. Takže ve srovnání s tímhle, to rozlité kafe, ty interpersonální malichernosti jsou úplně zbytečné. A ještě bych řekla, že to co ovlivňuje jakoby někdy ty interpersonální konflikty je, že opravdu zdravotnictví stárne. Ta ošetřovatelská linie stárne. Že jsme stálý kolektiv. My teď máme 3 nové sestřičky. Ale až mi za těch 10-12 let začneme odcházet do důchodu, tak nás odejde 7 zároveň. Tak vlastně toto.</p>	<p>2:47 Nejnáročnější? No je. Řekla bych, že interpersonální vztahy. Ty tě tak...</p> <p>2:49 Potom mne...</p> <p>2:50 No a sa...</p> <p>2:51 Tak...</p> <p>2:52 A ještě byc...</p>
--	---

V této fázi došlo k opětovnému návratu k otevřenému kódování, nikoliv pouze uvnitř 70 tematických celků, ale v rámci 7 výzkumných oblastí, vytvořených na základě rešerše literatury v kombinaci s významovým propojením tematických celků. V rámci těchto výzkumných oblastí byly následně otevřeným kódováním

Obrázek 3: Ukázka hierarchického třídění do tematických celků

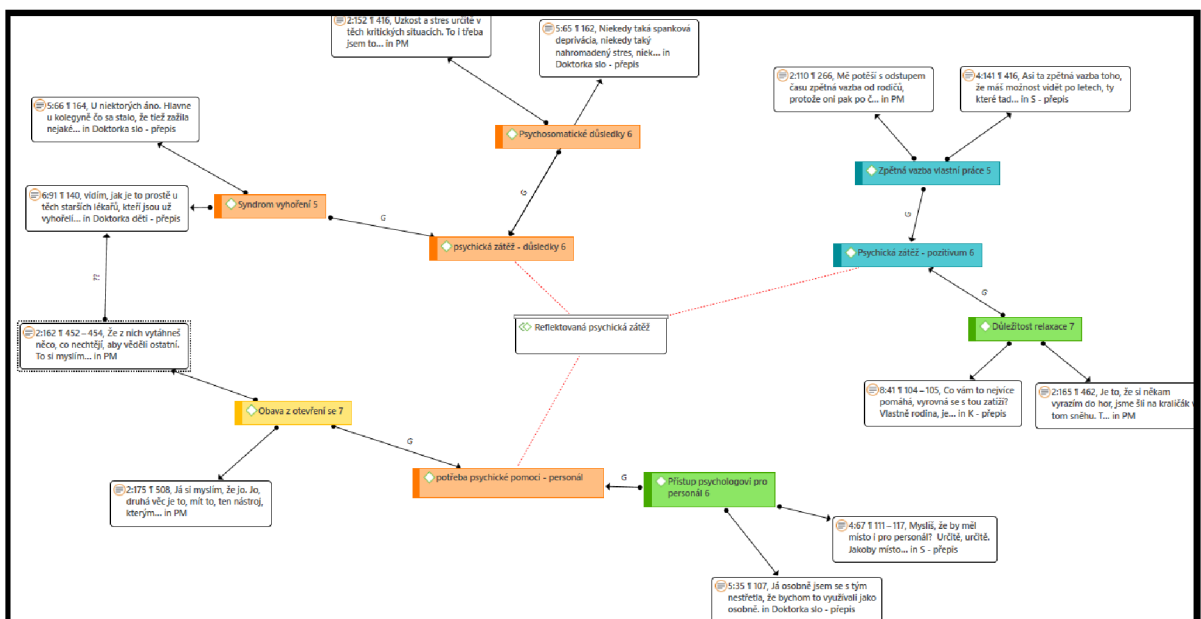


hledány hlubší vztahy a významy. Na základě tohoto procesu vzniklo finálních 148 kódů a do nich rozdělených úryvků rozhovorů.

2) Tvorba konceptuálních kategorií

V této fázi došlo k odklonu od hierarchického uspořádání, kdy byly kódy vzhledem ke snaze o odhalení centrální zátěže přeskládány do kruhového zobrazení. To umožnilo přehlednější pochopení závažnosti daného kódu (dle přiřazených výpovědí) vůči ostatním v dané oblasti. Toto odstupňování závažnosti bylo znázorněno proxemikou ke středu oblasti a usnadnilo hledání vztahů a propojení mezi jednotlivými kódy.

Obrázek 4: Schematická ukázka tvorby konceptuálních kategorií



148 kódů bylo napříč výzkumnými oblastmi následně na základě obsahové a procesuí podobenosti seskupováno do 20 nadřazených konceptuálních kategorií, kdy tyto clusterly pomohly rozkrýt další vnitřní mechanismy dané výzkumné oblasti. Grafické znázornění výsledku této analytické práce nabízí obrázek č. 5a) a 5b) na straně 69 – 70.

3) Průběžná tvorba memos

Na základě doporučení autorů byl dodržován klíčový proces tvorby „*memos*“, tedy výzkumných konceptuálních poznámek. Tento podpůrný analytický proces provázel tvorbu jak úvodních tematických oblastí, jednotlivých otevřených a selektivních kódů, tak i konceptuálních kategorií. Zajišťoval udržení analytických myšlenek napříč výzkumnou prací a ukázal se jako důležitá složka prevence ztráty dat. Zároveň sloužil jako hlavní popisný podklad prezentace těchto obsahů v kapitole výsledků výzkumu.

4) Hledání vztahů napříč konceptuálními kategoriemi

Po dostatečném datovém ukotvení jednotlivých konceptuálních kategorií nastala fáze hledání procesů, které tyto kategorie vzájemně propojují a nabízí pochopení, proč pro výzkumný soubor představují danou intenzitu pracovní zátěže. Byly znovu pročítány jednotlivé citace respondentů a odpovídající memos kódů ve snaze najít propojující sjednocující prvek. Těmito integrativními procesy se ukázaly centrální témata „komunikační zvládnání“ a „odsun konfrontace psychologické zátěže“ detailněji popsány v druhé části kapitoly výsledků.

5) Tvorba teoretického modelu

Poslední fází analytické práce bylo vytvoření z dat vycházejícího teoretického modelu, který sjednocuje všechny úrovně výzkumné činnosti do jednoho funkčního celku. Model sám majoritně vychází z propojení centrálních témat a ve svém grafickém i textovém znázornění je blíže popsán v závěrečné části kapitoly výsledků (str. 115 – 116).

12 Výsledky výzkumu

Kapitola prezentuje výsledná zjištění analytické práce s daty. Jejich prezentace, v souladu s doporučeními autorů (Charmaz, 2006; Řiháček et al., 2013) následuje postupný vývoj Zakotvené teorie. Je proto rozdělena na tři části prezentující různé fáze tvorby teoretického modelu.

První podkapitola představuje obsahovou stránku získaných dat, kdy jsou kombinací kódů, konceptuálních kategorií a odpovídajících memos prezentovány jednotlivá témata, vystihující závažnost zdrojů prožívané zátěže či opory.

Druhá podkapitola je věnována prezentaci dvou centrálních témat, která se ukázala jako hlavní procesuální faktory souborem prožívané zátěže na pracovišti.

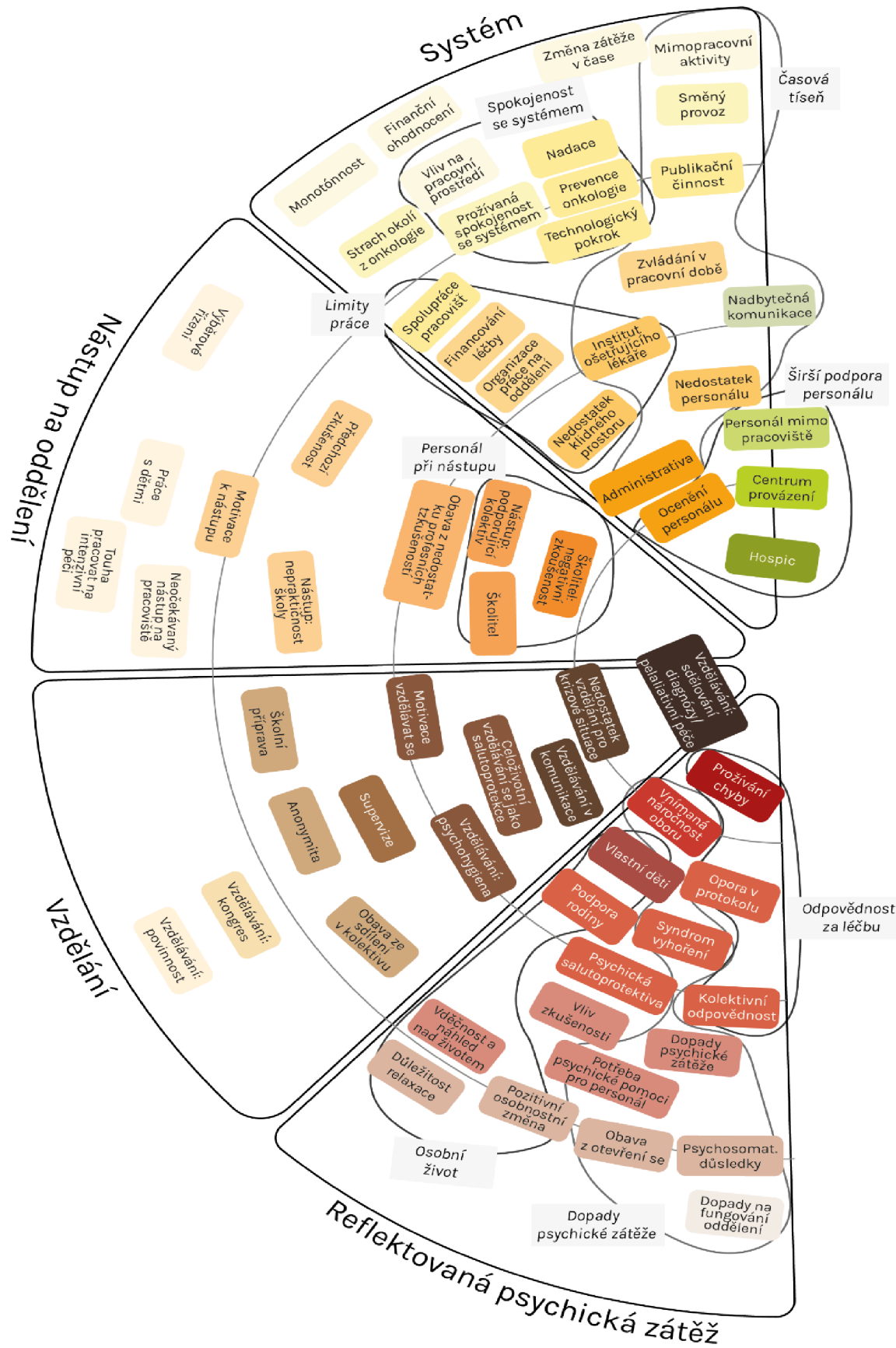
Poslední podkapitola představuje z dat vystupující teoretický model a spolu s ním hlavní výzkumná zjištění analytické části výzkumu.

12.1 Výsledky tematicko-obsahové části analýzy

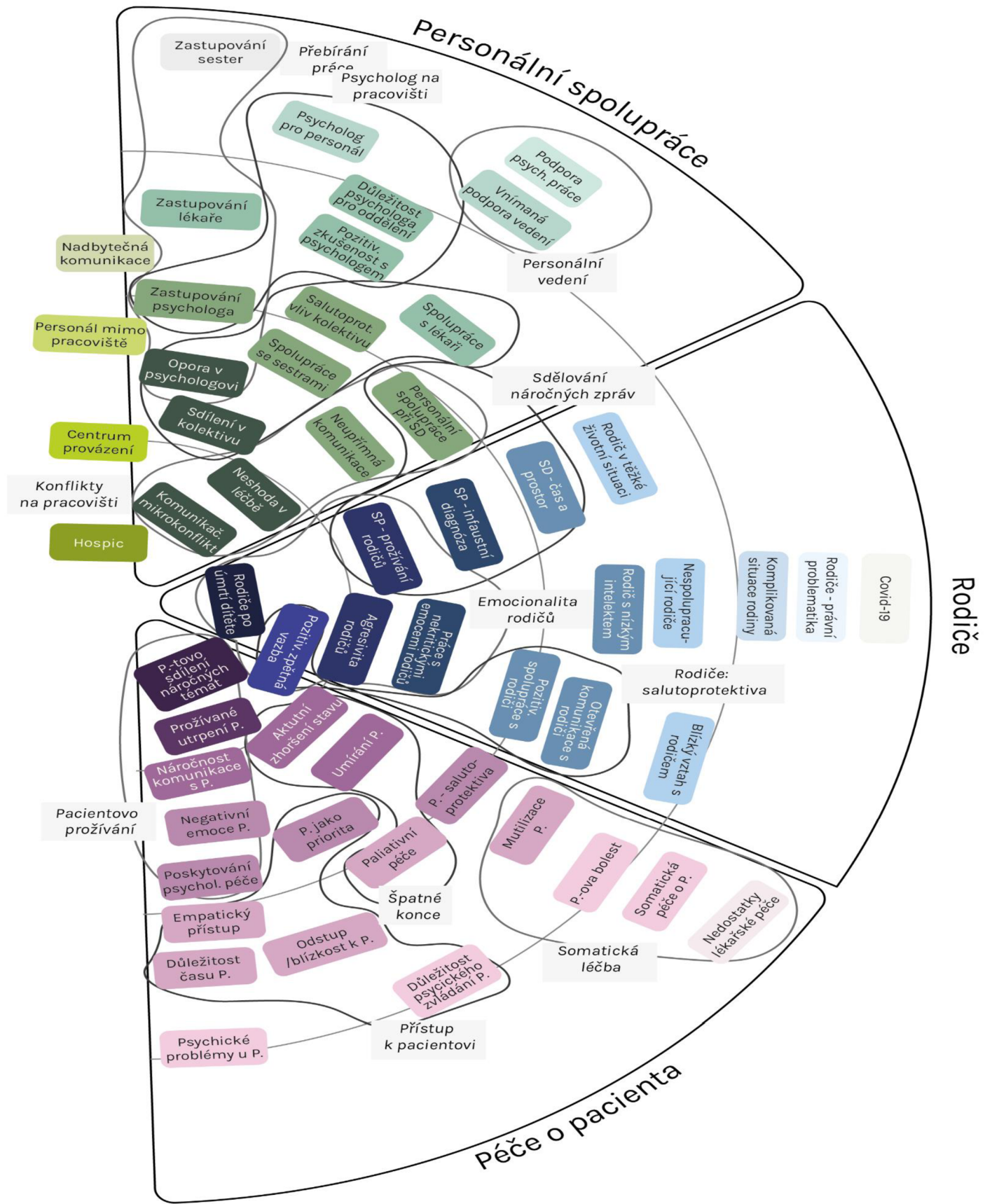
Tato část výsledků představuje jednotlivá témata prožívané zátěže/opory souborem a jejich zastřešující koncepční kategorie. **Výzkumné oblasti** jsou řazeny od nejméně po nejvíce zatěžující, mimo „reflektované psychické zátěže“, které ze své podstaty významově propojuje předchozí oblasti a nabízí plynulý přechod z obsahové stránky do procesuální. U každé **konceptuální kategorie** je ve stručnosti představena její podstata a vnitřní fungování, následované prezentací **jednotlivých témat** od méně závažných po ty pro soubor nejvíce důležité. U každého tématu jsou též vhodně doplněné **úryvky rozhovorů**, které dokládají ukotvení popisovaných zjištění v datech a nabízí čtenáři vhled do prožívání dané problematiky souborem.

Graficky organizaci témat, kategorií a jejich důležitost v rámci prožívané zátěže/opory znázorňuje rozsáhlý obrázek č. 5a) a 5b). Zde je **proxemikou** ke středu znázorněna jejich důležitost pro soubor. **Liniovým ohraničením** rozsah kategorií, a provázanost jednotlivých témat jejich **vzájemnou distancí** uvnitř i napříč výzkumnými oblastmi. Pro lepší přehlednost je doporučeno zobrazení na dvoustraně.

Obrázek 5a: Grafické znázornění faktorů zátěže/opory při práci



Obrázek 5b: Grafické znázornění faktorů zátěž/opory při práci



12.1.1 Období nástupu na oddělení

Specifickou oblast témat tvoří období před a v době půl roku po nástupu na oddělení. Cílem tohoto okruhu bylo nastínit těžkosti, s nimiž se personál setkává při svém počátečním kontaktu s pracovištěm a poskytnout kontext, na jehož podkladu stojí dlouhodobá zátěž na pracovišti. V rámci rozhovorů se jednalo o izolovaný okruh témat, k němuž se respondenti při svém vyprávění znovu nevraceli, přesto ve svém nejvýznamnějším okruhu „*Začlenění do kolektivu*“ naznačuje trend důležitosti vztahů na pracovišti, jak dobře znázorňuje obrázek č. 5a) a 5b).

Kategorie témat **motivace personálu** pro práci na pracovišti představuje jejich profesní cestu, díky které se rozhodli pro toto zaměření. Ta se ukázala jako značně nehomogenní, kdy i v rámci jednotlivých skupin respondentů byly osobní pohnutky téměř bez výjimky zcela odlišné. Nejvýznamnější roli proto sehrával **faktor náhody**, kdy primárně záleželo na existenci aktuálně volného místa na pracovišti. Jako menší zdroje motivace se ukázala **touha práce s dětmi** nebo **spojení pracoviště s intenzivní péčí**. V kontextu **předchozí pracovní zkušenosti** se pro větší část (7) jednalo o první a jedinou pracovní zkušenost, kdy pouze jedna respondentka uvedla záměr pracovat na dětské onkologii už během své přípravy na budoucí profesi.

Sestra: „Ono to pak jako nevypadalo, že bych se na jipku dostala, takže mne nabídlí tady na resuscitační jipku a tam to byla úplně náhoda.“

Sestra: „To byla náhoda. Nevím, že by to byla motivace. Já jsem třeba k dětem vůbec nechtěla, takže v podstatě to vzniklo tak, že když jsem končila střední školu a chtěla jsem pokračovat, tak jsem vycházela z toho, co se ten rok otvírá.“

Na základě dat z odpovědí participantů **není přítomen systematický faktor**, který by mohl určit bližší charakteristiky cílové skupiny uchazečů a umožnil tak pracovišti lépe komunikovat s potenciálními kolegy před jejich zařazením do výběrového řízení.

Samotný **proces výběrového řízení** byl u respondentů minoritní téma, kdy bylo potřeba pouze zaslání životopisu a následné výběrové interview s vedoucími

pracovníky. V rámci výzkumného souboru se nikdo nesetkal s komplexnějšími metodami výběru zaměstnanců a respondenti sami reflektovali tento proces jako nezatěžující.

Sestra: „*Myslím si, že to zatím moc nefunguje, protože těch sester je tak málo, že se přihlásíš a dostaneš nabídky. A ty si zvolíš podle toho, na co se cítíš.*”

Prvním tématem, které se v tomto okruhu ukázalo pro personál výrazněji zatěžujícím bylo **nepraktické zaměření vzdělávacího systému**, který je sice připravil po teoretické rovině, ale nikterak v náročnosti fungování oddělení, zejména administrativy, interpersonálního fungování a komunikace s různými skupinami na pracovišti.

Sestra: „*Na komunikaci. To nejmíň, nejmíň, vlastně vůbec nepřipravila. Oni tě odborně připraví.*”

V návaznosti na nedostatečný pocit opory ve svém vzdělání a dosavadní zkušenosti uvedlo několik respondentů (4) jako nejtěžší část nástupu vnitřní pocit **obavy z nekompetentnosti** danou profesí na pracovišti zvládat. Pouze menší část (3) uvedla jako součást těchto obav psychické zvládání.

Lékařka: „*Já jsem se obávala, protože česká medicína není stavěna tak, že člověk nastoupí a umí rozepisovat léky a takovéto věci. Takže asi tohoto, jak to budu zvládat. Navíc ještě chemoterapie, kterou se vlastně neučíme na té medicíně.*”

Nejvýznamnější problematikou nástupu bylo pro většinu respondentů (6) **začlenění se do kolektivu** a to jak v pozitivním, tak negativním směru. Nejednalo se o téma, které by pro respondenty bylo podstatné před nástupem na oddělení, záhy se však dle výpovědí stalo klíčovým do takové míry, kdy upozadilo fyzické i psychické zvládání práce. **Podporující kolektiv** se ukázal jako faktor, který několik respondentů (4) označilo za primární důvod, proč se rozhodli na pracovišti dlouhodobě zůstat. Stejně tak jako velmi významný salutoprotektivní faktor při zvládání zátěže nové práce a to nejvíce ve formě zodpovědného školitele.

Sestra: „*A to si myslím, že mě asi ovlivnilo. Kolektiv, to, jak se k tobě, ke studentovi, chovají, protože ty rozdílů jsou ohromný.*”

Nevhodně přidělený školitel byl naopak značnou částí respondentů (5) reflektován jako zdroj nejvýznamnější psychické zátěže po nástupu na oddělení a oblastí, kterou by si přáli nejvíce změnit. Reflektovali zde pocity opuštění, bezradnosti, zvýšené nekompetentnosti a rychlého vyhoření, kdy ve dvou případech zvažovali i přestup na jiné oddělení.

Lékařka: „*Není to úplně tak, že by se nám teda věnovali, ono to úplně v tom procesu nejde, ale kdybychom asi chtěli, tak jako máme se na koho obrátit.*”

Sestra: „*Já jsem dostala strašnou ludru. Já jsem prvních 14 dnů chodila domů s brekem, že to tady nezvládnou. Takže tohohle jsem se bála.*”

Ze získaných dat vyplývá, že ač může ohledně nástupu na oddělení panovat mnoho nejistot a práce může být značně náročná, **sociální vliv kolektivu je majoritním faktorem**, který určuje, zdali tuto zkušenost zpětně vnímají jako pozitivní, či negativní. / v jakém světle tuto zkušenost i po letech reflektují.

12.1.2 Vzdělávání při práci na dětské onkologii

Na základě získaných dat se pro respondenty jako nejméně zatěžující ukázala problematika **vzdělávání v psychologické problematice**.¹⁴ Zátěž se zde objevuje pouze minimálně v okrajových tématech, naopak se jedná o oblast, kde projevil výzkumný soubor největší nadšení a optimismus, což dobře znázorňuje obrázek č. 5a) a 5b). Zde je primárně patrný zájem souboru o vzdělávání se v oblastech, kde vnímají největší nedostatky, kterými jsou komunikace obecně a specificky sdělování náročných zpráv.

Jako nejméně významnými faktory se v této oblasti ukázala **povinnost vzdělávání se** a čas strávený na odborných **kongresech**. Výzkumný soubor

¹⁴ Vzdělávání je zde myšleno v kontextu psychosociální práce na pracovišti, nikoliv v rámci somatické medicíny.

reflekoval vzdělávání souhrnně jako pozitivní příležitost, nikoliv jako povinnost, která by je v rámci práce zatěžovala. Možnost účastnit se profesních kongresů pro ně byla pozitivní zkušeností, kdy mají možnost předávat své znalosti a zároveň zlepšit kvalitu vlastní práce. Systémově mimo somatickou medicínu další vzdělávání respondenti nařízené nemají.

Sestra: „*Ne, nemáme žádné vzdělávání povinné, je to dobrovolné, ale účastním se.*”

Lékařka: „*Skor tak, ako že na nejakom kongrese, že sa bavíme o tých pacientoch a sa bavíme o nich, akože keď sú spoloční, že ako to riešia oni, ako je na tom.*”

Znovu se zde promítnulo téma **školní přípravy**, kdy soubor reflektoval neexistenci specializovaného vzdělávání pro svou práci na oddělení před nástupem, a to krom lékařů, kteří měli pouze okrajové znalosti fungování chemoterapie. Participanti uváděli zájem mít možnost lepší přípravy pro obor již při studiu. V návaznosti na náhodnost nástupu na oddělení ale nevidí možnost, jak by toho systém mohl docílit.

Psycholog: „*No. (Směje se.) Vzdělávání kromě běžné vlastně průpravy v rámci studia psychologie, tak si troufám říct, že jsem vlastně do té doby neměl... co se týká vzdělávání...já jsem byl už v té době v předatestační přípravě v rámci dětské psychologie, ale tam specificky se tady toto téma neobjevilo.*”

Sestra: „*Opravdu, když jsem se tu objevila, tak jsem vůbec netušila, já jsem byla úplně nepolíbená....Ale nevím, jak to udělat jinak, když nevíš, kam vlastně půjdeš.*”

Polarizující oblast představoval zájem respondentů o kolektivní vzdělávání, a to nejvíce formou **supervizí**. Zde by významná část (4) ocenila možnost zkušenějšího kolegy, se kterým by mohli sdílet své zkušenosti a trápení. Jako specifická zátěž se zde objevila obava respondentů (5) ze **sdílení zkušeností před kolektivem** pracoviště a spojený **požadavek na anonymitu**. Výpovědi se ale napříč souborem lišily, kdy pouze část (5) uvedla tyto obavy a více by ocenila anonymní sdílení napříč republikou. Druhá část (3) by naopak preferovala sdílení na pracovišti, přičemž několik respondentů (2) by rádo využilo obě varianty.

Psycholog: „*Určitě jako podpora supervizní a nástroje tohoto typu, tak považuju za velmi přínosné.*“

Sestra: „*Tak si myslím, že ty holky taky mají strach, že by se vyvalilo něco, nebo vypustilo, nebo že by se to pak řešilo, že by to věděla celá klinika, že by neměli asi ten bezpečný prostor, nebo neznalost, nevědomost toho.*“

Sestra: „*A je pravda, že chvílku trvá, než oni se jako by do toho vtáhnou a jsou ochotní cvičit. To by muselo být úplně, víš, jako anonymní.*“

Motivace vzdělávat se byla sama o sobě pro respondenty (7) důležitým tématem, které vnímali jako důležitý znak profesionality sebe a svých kolegů, kdy napříč rozhovory opakovaně zdůrazňovali důležitost rozšiřování svých znalostí.

Doktorka: „*Já myslím, že kdyby to bylo nějakou dobrou formou udělané, takže by to pro nás byl docela benefit. Mně by se to třeba líbilo, ale ne formou, že se udělá seminář a budou se nám tady překlíkávat nějaké obrázky. Seminářů máme dost odborných a to už nikdo nevnímá. Musel by se to udělat takovou formou interaktivní.*“

Při otázkách zaměřených na vlastní psychické zvládnání práce větší část respondentů (5) projevila zájem o větší možnosti **vzdělávání v oblasti psychohygieny**, konkrétně práci se stresem a schopnosti oddělit pracovní/soukromý život. Dle výpovědí by uvítali možnosti kolektivního vzdělávání formou co nejvíce praktických workshopů. Zajímavostí je také fakt, že tento zájem projevili všichni čtyři oslovení lékaři.

Sestra: „*A ty, no, lebo se mi strašně líbilo, když jsme měli na psychiatrii, jsme měli ty autogenní tréninky a tak, to bylo fakt, jakože dobré. Tak něco takového by bylo fajn, že bychom to měli v nemocnici, ale to tak nefunguje.*“

Doktorka: „*To by bylo, myslím si, že fajn, kdybychom to tak měli. I, jako, taková fakt psychohygienu a tyhle ty, to nemáme to.*“

Ze získaných dat dále vyplývá vnímání **celoživotního vzdělávání jako podstatného zdroje salutoprotekce** před prožívaným stresem, stagnací a

syndromem vyhoření. Část respondentů (4) toto zjištění přímo reflektovala a vyzdvihovala vzdělávání se jako jeden ze světlých bodů své práce na oddělení.

Doktorka: *„A chodíte a komunikujete s tými ostatnými doktormi, či už ako chodí na tie kongresy alebo aj tie také osobní rozvoj, čo sa týka týchto kurzov. Že to je veľmi prínosné, že nezostať iba na tom svojom pracovišti.“*

Nejpodstatnější témata v oblasti psychologického vzdělávání byla pro výzkumný soubor spojená především s komunikací s pacientem a jeho rodinou. Zde udávali respondenti (5) jako významně zatěžující téma **nedostatek vzdělání pro krizové situace**, kdy nevěděli co říci, nedokázali pracovat s emocemi pacienta, či se cítili nekompetentně ve snaze konverzaci vést s jasným záměrem a cílem. V návaznosti na toto téma uváděli respondenti (4) možnost **vzdělávání se v komunikaci** jak vůči pacientovi a jeho rodině, tak kolegům, jako významný zdroj opory, díky které mohou náročné situace kompetentněji zvládat. Větší část (6) souboru nicméně projevila pouze teoretický zájem o takové vzdělávání a zatím s ním neměla dřívější praktickou zkušenost.

Sestra: *„Na komunikaci. To nejmíně, nejmíně, vlastně vůbec nepřipravila. Oni tě odborně připraví.“*

Doktorka: *„Ja osobne moc dobre nie. Snažím sa na tom pracovať, či už nejakými, že ja navštevujem nejaké kurzy na komunikáciu, aby som sa to naučila.“*

Doktorka: *„Mňa to dosť zaujíma. Myslím si, že je to dôležité a že mi to aj pomáha. Určite, ako keď je na to priestor, vnímam to, že je to niekedy náročné sa vôbec uvoľniť na takýto kurz. Takže pokiaľ by bolo na to väčší priestor, ja by som na to bola určite rada.“*

Specificky by vzdělávání nejvíce ocenili v oblasti **sdělování náročné prognózy či paliativní péči**, které vyplynuli jako oblasti komunikace, pro které se po nástupu cítili nejméně kompetentní a vnímali skrze další vzdělávání nejvýznamnější profesní a osobnostní rozvoj. Výzkumný soubor shodně udával, že by takovéto vzdělávání doporučil maximu svých kolegů, neboť se dle něj jedná o

jednu z nejvýznamnějších opor, které může pracovník na dětské onkologii ve své práci mít.

Doktorka: „*Jo, ale to je vyloženě moje iniciativa. To jsou kurzy, co jsem si zařídila, protože mě zajímá, a to bylo pod záštitou paliativního centra v Praze, protože mě trošku zajímá paliace. Tam je to hlavně důležité pro to sdělování těch nepříznivých zpráv a prognóze a tak. Takže to je vyloženě moje iniciativa, ale že bychom měli pravidelné školení, tak to ne.*”

12.1.3 Systémová problematika

První ze signifikantně zatěžujících oblastí analýzy tvoří systémová témata spojená s organizací a procesním fungováním pracoviště. Mezi významnými kategoriemi vyvstala časová tíseň jako nejvíce zatěžující aspekt systému a naopak jako nejvíce podporující se ukázala vnímána širší podpora personálu z dalších částí nemocnice.

Jako téma s nejmenší mírou závažnosti se ukázalo **finanční ohodnocení**, kde soubor jednotně reflektoval adekvátnost a prožívanou spokojenost, byť s prostorem pro zlepšení. A dále **monotónnost**, kdy svou práci respondenti označovali za různorodou a stále se vyvíjející. V rámci tohoto vývoje jsou pro ně některé oblasti (technické zázemí) více podporujícími, jiné naopak výrazněji zatěžujícími (administrativa), celkově ale **pracovní zátěž napříč roky praxe** hodnotil soubor shodně jako konstantní.

Sestra: „*Myslím si, že jsme poplacení velmi dobře. Už dneska je to takové adekvátní té náročnosti práce.*”

Doktorka: „*Není to monotónní, každé dítě je jiné. Každý rodič, každá ta situace je úplně jiná.....Že vlastně to vede k té různorodosti. Nemůžeš to bagatelizovat, hele dobrý.*”

Sestra: „*Nee, nezměnila.. Ted' jsme mnohem dál, oddělení, to je luxusní pro nás. Máme centrální monitory. To se výrazně zlepšilo, tak o 200 %. Co se nezměnilo, to jsou ty komplikace chemoterapie. Nebo jsou někdy i horší. Nebo specifitější.*”

Respondenti (6) taktéž uváděli nízkou zátěž spojenou s **reakcemi širšího okolí** na jejich práci na onkologii, kdy se v negativním směru nejčastěji setkávají s nevěřičností vůči zvládnutí své práce. Mnohem častěji se setkávají s pozitivním uznáním, díky kterému vnímají dobré ocenění dětské onkologie širší veřejností. Specificky nicméně reflektovali respondenti (5) **strach části dalšího personálu** z pracoviště, byť i tento fakt pro ně nebyl příliš významný.

Doktor: *„Ze strany veřejnosti, tak kamkoliv přijdeme, tak teď myslím jako zástupci dětské onkologie, tak to ocenění. Obecně ten obor je určitě velmi vypjatý a myslím si, že společnost ho oceňuje dostatečně verbálně.“*

Sestra: *„Ale u nás je to ještě specifický, že všichni mají strach z hemačku. Hlavně ne na hemačku moji studenti, hlavně ne na hemačku.“*

Spokojenost se systémem

První kategorií témat se na základě analýzy v této oblasti stala prožívaná spokojenost se systémem. Ta byla pro soubor celkově méně významnou oblastí, přesto pomohla odhalit několik menších zdrojů opory. Mezi těmi data poukázala na **technologický pokrok**, nejčastěji (3) zmíněný v zavedení centrálních monitorů usnadňujících dohled nad pacientem. Celkově respondenti (5) vnímají dostatečnou možnost **prosazení se při potřebě zavedení změn** na pracovišti, byť reflektují spíše strukturální než interpersonální limity toho, jak rozsáhlé takové změny mohou být. V neposlední řadě reflektuje personál jako podporné složky systému existenci **nadací**, které dle souboru umožňují bližší kontakt s pacienty a poskytování nadstandardní péče, které by pracoviště samotné nemohlo.

Sestra: *„Vybavení oddělení, to je luxusní pro nás. Máme centrální monitory. Máš špatný dítě, dáš ho na monitor, sedíš si tam, potřebuješ si chystat léky, přímo vidím na monitor, co se děje. To je bezvadný. Tady to vybavení, to je super. To se výrazně zlepšilo, tak o 200 %. Nebo ta dostupnost těch materiálů.“*

Lékařka: *„myslím si, že to, co je potřeba pro ty děti, že relativně asi dokážeme nějak do větší míry ovlivnit, samozřejmě díky tomu, že máme xxx nadaci.“*

Část respondentů reflektovala **prožívanou spokojenost se systémem** i explicitně ve svých výpovědích, byť v pozdějších částech rozhovoru doplňovala řadu nedostatků. Z dat můžeme tuto spokojenost vidět nejvíce v tématu **preferenze dětské onkologie**, kdy svou práci soubor souhrnně označil za přínosnou a neměnil by ji.

Doktorka: „*Celkově vlastně to slovenské a české zdravotnictví je úplně někde jinde. Takže fakt já jsem, za mě, jako za mě, vybavení nemocnice, dostupnost, vyšetření, laboratoř, všechno za mě perfektní.*”

Sestra: „*Stalo se to, že za tři měsíce po mém nástupu za mnou přišla staniční z resuscitační jipky, že si tak jako sbírá po oddělení sestřičky, ale já jsem tu její nabídku odmítla, že už chci zůstat tady.*”

Limity práce

Středně závažnou problematikou byly pro soubor limity vlastní práce, kde jako specificky zatěžující prvky reflektovali respondenti (5) frustraci z **nedostatečné spolupráce jednotlivých pracovišť**, ať už ve sdílení zkušeností, prožívané rivalitě v péči o pacienty, či neshodách v léčebném postupu. Dále uváděli (4) limity ve **financování léčby**, kdy základní léčbu pojišťovny až na výjimky plně pokrývají, je ale potřeba žádat o proplacení pobytu rodičů a dalších sekundárních potřeb dětí. Jako limitující byla uváděna také **organizace kliniky**, kdy by respondenti (3) ocenili lepší dělbu práce mezi personálem a efektivnější spolupráci napříč odděleními.

Lékařka: „*Často je potřeba žádat dá. Většinou to teda projde. Já si pamatuji asi jednu, dvě, co se muselo vyložit nějak přes soud, ale jinak to jde. Ale je to prostě s velkým vypětím nervů.*”

Sestra: „*Ve spolupráci mezi jednotlivými odděleními, my jsme tři, dvě jipky a standard s jipkovými lůžkama Takže jednotlivý oddělení, překlady špatných dětí, děti těžší stavy nejdou na jipku, že jí zůstávají u nás a na jipce jsou děti lepší, které by měly být víc na standardu a potom komunikace mezi lékaři a sestrami.*”

Nejvýznamnějším zdrojem zátěže v reflektovaných limitech oddělení je na základě dat **nedostatek klidného prostoru**, kdy na některých pracovištích neexistuje možnost zajištění klidného místa pro krizové intervence rodičů. Mnohdy se proto stává, že lékaři či psychologové v souboru sdělovali diagnózu na chodbě, v kuchyňkách či jiných místech, kde byli rušeni dalším personálem či rodiči.

Lékař: „*To, co mě přijde důležité a to, co je obecně platné, je nejde ani o to, jaký slova člověk zvolí, jako spíš to prostředí, ve kterém se sdělování těch závažných zkušeností děje a ten čas, který tomu věnujeme. Pokud tyto podmínky jsou splněny, tak je to dobré.*”

Psycholog: „*No a nebyl na to prostor, kancelář mám ve vedlejší budově a ti rodiče nechtějí odcházet, takže jsem s tou maminkou musela být tam v kuchyňce a chodili tam i další rodiče.*”

Časová tíseň

Jako nejbohatší kategorie dat a témat se v systému pracoviště ukázala problematika časové tísně, která figuruje jako příčina zátěže v řadě dílčích témat. Respondenti souhrnně reflektují dlouhodobý nedostatek času pro přidělenou práci, kdy je personál pod neustálým tlakem a často musí dávat práci více, než by formálně měl.

Mezi méně zátěžové faktory respondenti (6) uváděli **mimopracovní aktivity** spojené s dětskou onkologií, například angažování v neziskových projektech. Dále **směnný provoz**, kdy je personál mnohdy kapacitně přetížen, a **publikační činnost**, pro kterou je poskytované studijní volno značně nedostatečné, kdy se výzkumu věnují ve svém volném čase a bez finančního ocenění.

Sestra: „*No to jak kdy, práci domů si vzít nemůžeme, ale zůstáváme v práci třeba po směně dýl s tím, že se nám to započítá na dohodě.*”

Lékařka: „*Neměla jsem to ani zaplaceno, ale udělala jsem to prostě článek, když jsme dělali studii. Zatěžuje mne to tehdy, když si to musím brát domů.*”

Celkově **zvládnutí v pracovní době** participanti (5) uváděli jako středně zatěžující, i když popisovali řadu instancí, kdy zůstávají dlouhé hodiny po skončení

práce, či vnímají zvýšený stres z nestíhání. U specifického pracoviště byla za významný zdroj zátěže identifikována **nadbytečná komunikace**, kdy tamní respondenti (3), projeví značnou frustraci z nadbytečných porad a konzultací, které významně braly od času stráveného léčbou pacienta.

Lékař: „*Jako mladý doktor, ne, to je normální, že odcházíme v osm z práce. A ještě nad tím doma přemýšlíme, jak pak ten systém uděláme.*”

Lékařka: „*Tak to jediné, jakože zefektivní tu práci, protože my se na těch poradách vždycky hrozně zasekáváme a pak nestihám práci do konce směny.*”

Jako ústřední příčina časové tísně se dle analýzy jeví **nedostatek personálu**, který byl souborem v plné míře reflektován (8). Všechny skupiny respondentů napříč zapojenými pracovišti zmiňovaly nízké personální stavy. Výraznou zátěží je tento nedostatek pro lékaře, kteří musí věnovat velkou část své pracovní doby administraci, komunikaci s pojišťovkami a dalšími institucemi, kdy není prostor pro efektivní přidělení specializovaného pracovníka. Nejčastěji tuto situaci reflektovali psychologové, kteří mají čas pouze na ty nejněžnější pacienty, kdy na menších odděleních není možnost dedikovaného zaměstnance pouze pro oddělení dětské onkologie, ale mají na starost v několika lidech celou pediatrickou kliniku.

Sestra: „*Myslím si, že to zatím moc nefunguje, protože těch sester je tak málo, že spíš se přihlásíš a dostaneš nabídky. Jakože tam, tam, tam a ty si zvolíš podle toho, jak si asi myslíš, na co se cítíš.*”

Specifickým tématem onkologického centra byla **neexistence institutu ošetřujícího lékaře**. Zatímco na menších odděleních reflektovali lékaři (2) dostatek času na jednotlivé pacienty, na větším pracovišti podléhala péče o pacienta lékaři, který byl přítomný na směně a měl k dané diagnóze zaměřením nejbližší. Respondenti (5) zmiňovaly náročnost komunikace, kdy jsou pacientovi a rodině předávány informace opakovaně či protichůdně, a problematické vytvoření důvěrného vztahu.

Lékařka: „*Je to náročný, máme takový systém, že u nás neexistuje úplně ošetřující lékař. My se střídáme u těch dětí, takže můžeme mít na starosti jiného pacienta v*

pondělí, jiného v úterý. Což je takové na jednu stranu fajn, že se přenesse, jakoby ta odpovědnost, ale není to dobrý si v tom vést toho pacienta kontinuálně, jako medicínsky. A že musíme dělat prostě práci, strašně moc papírové práci."

Jako časově nejvíce zatěžující se na základě analýzy ukázala **administrativa**. Zatímco oslovené sestry vnímaly administrativní zátěž rostoucí, ale stále úměrnou, další dvě skupiny nad tímto tématem projevovaly značnou dávku frustrace a bezesmyslnosti. Respondenti (8) poukázovaly na zastaralý informační systém, nadbytečnou dokumentaci vý konů a neefektivní komunikaci s pojišťovkami při vykazování práce.

Lékařka: *„Pro mě to je administrativní zátěž. Já se nemůžu tady s tímto prostě dlouhodobě sžít, že mě ta klinika baví. Přejde mi úplně nesmyslná, abychom po šesti letech medicíny dělali papíry. Administrativa je extrémně zatěžující.“*

Širší podpora personálu

V kontrastu časové zátěži se jako významná salutoprotektivní kategorie ukázala širší podpora personálu dalšími složkami nemocnice, jejichž podporu respondenti považovali za velmi důležitou a opakovaně se k ní v rozhovoru vraceli. Řada témat se zde překrývá s oblastí interpersonální spolupráce a vytváří jejich plynulý přechod.

Výzkumný soubor shodně reflektoval **spolupráci s personálem mimo pracoviště** jako pozitivní a vyjma mikrokonfliktů o zdroje nemocnice vnímá své postavení v rámci nemocnice jako velmi dobré. Konkrétně vyzdvihli existenci **peers skupin**, kdy mohou mít zaměstnanci přiděleného staršího kolegu na sdílení těžkostí práce a **nemocničních kaplanů**, kteří nabízejí oporu v oblasti spirituality. Celkově respondenti reflektovali nadstandardní **ocenění personálu onkologie** od odborné i širší veřejnosti.

Sestra: *„Tak vlastně jim nabídne buď píra nebo prostě sezení kaplana a už se to osvědčilo.“*

Jako nejvýznamnější zdroje podpory od pracovníků mimo oddělení udávají **Centrum provázení** a existenci mobilních hospiců. Od sociálních pracovníků centra

nejvíce oceňují psychosociální péči o rodiče pacienta, kdy částečně přebírají z týmu tuto povinnost. Jedna respondentka nicméně reflektovala nedostatečnou terapeutickou hloubku takovéto psychologické intervence. Dále zmínila krizové situace, kdy sociální pracovníci naráží na své limity a přivolávají psychologa, který ale nemá potřebně vybudovanou blízkost jelikož péči o tyto rodiče do té doby pod svá křídla vzalo centrum.

Psycholog: *„No a je tam Centrum provázení. Oni jsou fajn, že těm rodičům pomáhají, že to pak lékaři nemusí tolik řešit, ale občas je to takové....že s nimi narážíme v té spolupráci, od čeho tam kdo je.“*

Přítomnost **mobilních hospiců** reflektoval výzkumný soubor shodně jako významně pozitivní, kdy díky jejich zavedení může probíhat paliativní péče o pacienta doma. Dle respondentů se smrt pacientů do značné míry z oddělení odsunula, kdy se s ní nyní setkávají jen výjimečně, kdy krizový stav pacienta nedovoluje jinak. V takových případech je dle výpovědí pacient umístěn na jednotku intenzivní péče a na standardním oddělení se tak značná část personálu a rodičů se smrtí již neseťkává.

Sestra: *„Tím, že je mobilní hospice, tak to v podstatě hodně ustupuje, že z toho oddělení to jde pryč. Což je hrozně dobře jak pro ty rodiče, tak další pacienty. To kdo tady zažije, tak na to jinak nezapomene.“*

12.1.4 Interpersonální spolupráce

Systém personálního fungování na pracovišti a schopnost pracovníků být si vzájemně oporou při zvládnání krizových situací se na základě analýzy dat ukázaly jako významné zdroje prožívané zátěže či podpory před ní. Ani jedno z odkrytých témat se v této oblasti neukázalo jako kritické. Většina se drží při střední až vyšší úrovni vnímané zátěže, jak lze vidět z obrázku č. 5a) a 5b). Zdroje zátěže i podpory jsou zde vyrovnané, kdy se nejpodstatnější témata týkají komunikace jejich psychického zvládnání.

Personální vedení

Jako nejméně výrazná byla v personální spolupráci pro soubor témata spojená s organizačním vedením, ať už v rámci pracoviště či na celonemocniční úrovni. Respondenti (5) reflektovali funkční spolupráci, která v datech vyvstala ve formou **vnímané podpory od nadřízených pracovníků**, se kterými jsou schopni komunikovat své potřeby a mají možnost potřebných změn či intervencí. Specificky ocenili **podporu psychologické péče**, kdy od vedení vnímají možnost konzultace s peers, poskytnutí krizových interventů či dalšího psychologického vzdělávání. Poněkud ironicky nejmenší podporu a shodu reflektovali psychologové (3), kteří uváděli minimum opory ve vzdělávání, předatestační přípravě a prosazování inovací pracoviště.

Sestra: *„Já mám takový vztah k tomu vedoucímu pracovníkovi, že vždycky bych využila. Cokoliv potřebovala, ale stejně tak určitě by mě nenapadlo obejít, jako tu staniční sestru, vždycky bych za ní šla, protože ty vztahy fungovaly.“*

Psycholožka: *„Jsem tu už dva roky a pořád nemám stabilního školitele. On to nikdo v nemocnici dělat nechce a není pro to moc ochota, aby se to měnilo.“*

Přebírání práce napříč skupinami

Jako jednou z pestrých kategorií témat se ve výzkumu ukázalo přebírání práce napříč skupinami. Zatímco zastupování lékaře či psychologa představovalo pro další personál střední míru zátěže, **zastupování sester** představovalo nulovou vnímanou zátěž, kdy soubor shodně uváděl práci sester jako nenahraditelnou a nezastupitelnou.

Lékařka: *„Za sestry určitě ne. My to ani moc neumíme. Nebo není to úplně dobrý lézt jim do té práce.“*

U lékařů se situace ukázala komplikovanější, kdy sestry ve výzkumu (3) reflektovali částečné **přebírání práce za lékaře** a „krytí“ jejich pracovního vytížení. Sestry nicméně tuto práci navíc nevnímaly jako výrazně zatěžující, nad situací ukazovaly smíření a nízkou míru frustrace, kdy od lékařů nevnímaly jakoukoliv míru

zneužívání svého postavení. I lékaři v souboru (3) si této skutečnosti byly vědomi a výrazně oceňovali podporu, kterou v sestřích na pracovišti mají, a to zejména při nástupu, kdy se od nich mohli sami nejvíce naučit a reflektovali je jako často větší mentory než další lékaře.

Sestra: *„Tak to víš, že jim kryjeme záda. No jasně, ale tak to je asi všude. To bere takhle, že oni jsou opravdu přetížení, takže to není, že bys nějak... Tak asi funguje standardně.“*

Jako problematické se ukázalo **zastupování psychologa** na pracovišti, které shodně uváděli jak lékaři (4), tak sestry (3). Ti reflektovali časté vykonávání „psychologické práce“ a to nejčastěji sdílením těžkých témat s pacientem, emocionální podporou rodičů či mediací krizových situací. V otázkách zaměřených na přebírání práce reflektovali nízkou míru zátěže, kdy jsou pro ně tyto oblasti běžnou součástí výkonů práce. Vznikl tak zajímavý kontrast s jinými oblastmi, jak dokresluje další podkapitoly, kdy personál reflektoval nenáročnost přebírání práce za psychologa ale zároveň v jiné části rozhovoru uváděl tyto situace jako ty, ve kterých se cítí nejméně kompetentně.

Sestra: *„Doktor sdělí, co se děje, co se bude dít. A pak se pracuje, pak jako není prosto. A najednou je večer a, ten rodič se prostě zůstane v tom pokoji sám s těma myšlenkama. Víš, tak někdy ty rozhory jsou hodně hluboké.“*

Psycholog na pracovišti

Téma přebírání práce psychologa nabízí plynulý přechod k další významné kategorii témat, kterou se ukázala přítomnost psychologa na pracovišti. Zde se jako nejméně podstatná ukázala **potřeba nemocničního psychologa pro personál**. Respondenti shodně reflektovali takovou možnost jako pozitivní, zároveň ale dodávali, že by ji personál ve významnější míře pravděpodobně nevyužíval. Jako příčina zde byla vícekrát (4) opakována obava z dekompenzace a otevření příliš citlivých témat.

Sestra: *„Jo, vnímám, že by se hodil i pro nás. Některý ty holky tady by to potřebovaly. Ale nechce se jim do toho no.“*

V kontrastu s vlastní potřebou vyzdvihoval medicínský personál **důležitost psychologa pro oddělení**, kdy jej shodně reflektoval jako velmi pozitivní jak pro děti, tak jejich rodiče. Za zavedení psychologa na oddělení jsou vděční, a to nejvíce z důvodu opory při náročných intervencích, více popsanych v dalších podkapitolách.

Lékařka: „*Určitě je super, že jsou tady. Ono to pro ty rodiče a děti je hodně potřeba. V některých věcech nám to docela ulehčilo.*”

Výše zmíněné téma dokládá také shodná reflexe **pozitivních zkušeností s psychologem**, kdy si sestry a lékaři tuto spolupráci pochvalují jak na interpersonální úrovni, tak profesní, kdy kolegy psychology považují za kompetentní při zvládání svých úkolů. Výjimku tvořila pouze jedna sestra, a to z důvodů nedostatečného fungování psychologa na pracovišti. Paradoxně sami psychologové shodně udávali pocit nedostatečného ocenění ze strany personálu, kdy reflektovali spíše odstup a nenadšení. Zároveň poukazovali na odsunutí psychologické péče na postranní kolej, kdy se s ní příliš nepočítá do harmonogramu a jakákoliv další výkony mají přednost.

Lékař: „*Myslím, že velmi dobře spolupracujeme. Role Psychologů nás je velmi náročná, protože interagují s lékaři. Je to od diagnostiky, krizových intervencí až po rodinnou terapii a zároveň management nějakých konfliktů, které můžou být i mezi personálem a rodiči. Obecně svoje roly zvládají obstojně dobře.*”

Jako nejpodstatnějším se v tomto okruhu témat nicméně shodně ukázala vnímaná **opora v psychologovi**, kdy lékaři i sestry shodně reflektovali velmi pozitivní zkušenosti s psychologem při zvládání krizových situací, jako jsou zhroucení rodiče, pacientovo sdílení těžkých témat či intervence rodičů po úmrtí dítěte. V případě menších pracovišť bylo velkým přáním možnost stabilně vyčleněného psychologa pro pracoviště, u většího centra pak možnost více psychologického personálu, kdy vnímají jeho extrémní vytížení a nemožnost být k dispozici, když je nejvíce potřeba. Tento důvod udávali jako jednu z významných příčin tendence přebírat na sebe psychologickou práci, jako je podpora při sdělování náročných zpráv, rodičů v krizi a jiných. K tomu nejčastěji docházelo sestrami

s výcvikem v krizové intervenci, kdy má oddělení možnost čerpat krizové interventy přímo z řad vlastního personálu.

Sestra: „*ale pak tam máš ty zhroucený rodiče a teď prostě víš, že na ně nemáš čas, takže tady ten moment, než prostě přiběhne psycholog, nebo kdo by se postaral o ty rodiče, tak to tě trápí.*““

Sestra: „*Takže na psychiatrický konzilium čekáš, na psychologa čekáš a velkou nevýhodu já vidím v tom, že ten psycholog, který dochází sem, tak je tak nezná. To by bylo úplně jiné, kdyby tady byl jeden konkrétní člověk.*“

Pozitivní vlivy v kolektivu

V rámci analýzy zátěže interpersonální spolupráce vzniklo několik salutoprotektivních témat, které byly souhrnně shrnuty do kategorie pozitivních vlivů v kolektivu.

Data jako relativně polarizující téma ukázala **spolupráci s lékaři**, kdy ji sestry reflektovali jako obecně velmi dobrou a psychologové jako uspokojivou s rezervami ve vnímání důležitosti psychologické péče o pacienta. Jako nejvíce náročnou ji hodnotili sami lékaři, kdy mezi sebou signifikantně více neshod než s dalšími typy kolegů. Nejčastěji uváděli neshody v léčbě, neefektivní délku konzilií a nejednotné předávání informací pacientovi či rodině. Celkově ale soubor vyjadřoval vůči lékařům explicitně značnou úctu, a to jako primárnímu tvůrci léčby pacienta a také vůči zvládnutí zátěže, kterou na ně klade systém. Všechny sestry v souboru oceňovaly jejich profesionalitu, kompetence, a vyjadřovaly obavu o obor po odchodu stávající generace lékařů.

Psycholožka: „*My tu máme dobré profesionály. Jde fakt vidět, že umí, a že se snaží dát těm pacientům maximum. Občas je vidím, jak je to hodně trápí a nosí si to.*“

Přátelský kolektiv sám byl souhrnně respondenty reflektován jako velmi podstatný zdroj psychické energie, kdy se ukázal jako jedním z nejsignifikantnějších motivátorů, proč část souboru (3) v práci zůstává.

Sestra: „*No a ten kolektiv, to dělá fakt hodně. To jestli jdeš ráno do práce a hned tam nejsou všichni naštvaní. Že se umíme i tak podržet a trávíme spolu čas i mimo.*”

Spolupráci se sestrami odhalila data jako další téma, ve kterém měli respondenti jednoznačný, velmi pozitivní názor. Jak již naznačovalo téma „zastupování sester“, mezi souborem panoval vysoká spokojenost vůči jejich práci, kterou explicitně vyjadřovali všichni oslovené lékaři. Ti sestry uváděli jako partnery, na které se mohou spolehnout a díky kterým vnímají ve své práci silnou oporu.

Lékař: „*No a naše sestřičky, ty jsou zlaté. Bez těch bychom nemohli nic a ony to moc dobře ví.*”

Jako nejvýznamnější oporou oblasti interpersonálního fungování při zvládnání psychické zátěže se ukázalo téma **sdílení v kolektivu**, která zaznívalo v jednotlivých rozhovorech frekventovaně a napříč různými okruhy. Pro soubor představuje jeden z primárních zdrojů vyrovnávání se s psychickou náročností práce. Na základě jejich výpovědí personál jen minoritně vyhledává pomoc zvenčí, ať už osobní či systémovou a raději se opře o kolektivní sdílení se svými spolupracovníky.

Sestra: „*No a když se něco stane, tak si potom večer sednem a pobavíme se o tom mezi sebou. Není to tak, že by se to nějak víc řešilo. Nevím o tom, že by někdo chodil venku za psychologem.*”

Konflikty na pracovišti

Jako se funkční přátelské vztahy na pracovišti ukázaly jako významným zdrojem opory při zátěži, analogicky se interpersonální konflikty ukázaly jako tím nejvíce zatěžujícím faktorem. Kategorie proto shrnuje témata, ve kterých se komunikace personálu ukázala jako nejméně efektivní a která se stala významným zdrojem frustrace při práci.

Nejméně zastoupeným (4) a přesto svou prožívanou vážností důležitým, data ukázala téma **neupřímné komunikace**, kdy se jednotliví kolegové obcházejí, ať už při péči o pacienta nebo řešení interpersonálních konfliktů s vedením. V tomto

kontextu shodně větší část souboru (6) opakovaně oceňovala upřímnou komunikaci, kdy připomínala důležitost řešení konfliktů co nejdříve a to přímo mezi dotyčnými.

Lékařka: „*Můžu to možná popsat jako falešnou kolegiálníitu mezi lékaři a stejně tak falešnou kolegiálníitu mezi sestrami. Když dneska slouží ten, tak ho tam nebudeme překládat, protože by toho měl moc, asi tak.*”

Sestra: „*Tady není prostor na nějaký zatajování. Když se takhle něco, tak já jdu rovnou za tou dotyčnou a řešíme to spolu mezi čtyřma očima.*”

Respondenti dále jako konfliktní téma uváděli **personální spolupráci při sdělování diagnózy**, kdy se výrazně liší názory na konkrétní postup, co vše a za jakých okolností říkat. K tomuto rozkolu dle nich dochází především mezi lékaři a psychology. Jako velmi zajímavým se ukázal fakt, kdy respondentka (sestra) zmiňovala systémové pravidlo, aby lékař diagnózu nesdělával sám, jiný lékař z daného pracoviště ale reflektoval, že k tomu často dochází. Obdobná situace se ukázala napříč všemi zapojenými pracovišti a poukazuje na vzájemnou neznalost a neutvořenost systému pro sdělování diagnózy.

Psycholožka: „*No a my trochu narážíme s těmi lékaři, protože nás volají, až když se ta situace pokazí k těm horším případům a tam je potom mnohem těžší je z toho dostat, než kdybychom tam mohli být od začátku.*”

Specificky pro lékaře vystoupilo z dat téma **neshody v léčbě**, kdy vnímali jako velmi zatěžující, pakliže se napříč pozicemi a specializacemi lékařů nedokáže dojít ke shodě v přístupu k pacientovi, kdy se nakonec prosadí ten, který jej má dle specializační skupiny primárně na starosti. Zejména respondenti (2) z řady sekundárních lékařů uváděli vyšší míru frustrace nad nezohledňováním jejich názorů. Data v této oblasti naznačují více hierarchické fungování lékařského kolektivu, což sami respondenti explicitně potvrzují. Nejedná se přitom dle výpovědí o začátek léčby, kdy uvádí striktní řízení protokolem, ale spíše komplikované stavy či rozhodování o konci kurativní léčby.

Doktorka: „*Bude nějaká situace a vím, že jeden kolega se na to bude dívat tak a druhý kolega se na to bude dívat tak. A já jsem ten sekundář mezi těma mlýnskýma*”

kamenama, tak to jsou taky nejobtížnější situace. Tak bych řekla, to není příjemná věc."

Jako nenápadným tématem a přesto reflektovaně nejvíce zatěžujícím se ukázaly **komunikační mikrokonflikty**. Ty shrnují situace, kdy nedocházelo k vyescalovaným konfliktům, ale spíše pasivní agresi, cílené nespolupráci či filtrování negativních emocí. Přesto, že se nejedná o krizové situace, přítomnost takovýchto jevů udával soubor shodně jako dlouhodobě velmi vyčerpávající a snižující motivaci v práci pokračovat.

Sestra: „No a když přijdeš a hned je zase něco špatně, to je hrozně unavný. To, že se hrozně řeší každé rozlité kafe. A možná i pomluvy. Že to řeší za tvými zády, než aby přišli přímo za tebou."

12.1.5 Rodiče na pracovišti

Jednou z nejvýznamnějších složek práce výzkumného souboru se ukázala problematika rodičů pacientů na pracovišti. Byť bylo tomuto okruhu věnováno malé množství výzkumných otázek, byl respondenty zmiňován opakovaně napříč všemi okruhy a to ve spojení s řadou náročných témat. Na obrázku 4. 5a) a 5b) můžeme vidět většinu témat soustředěných v úzkém clusteru vyšší až velmi signifikantní prožívané zátěže. Všechny tři daty ukázané kategorické celky (sdělování diagnózy, emocionalita rodičů, salutoprotektiva) mají napříč svými tématy jako sjednocující faktor situace s náročnou komunikací, a to zejména komunikací emocí.

Jako hraničními tématy se ukázaly **situace v rámci pandemie covid-19** a s tím provázaná **právní problematika u rodičů**. Tyto okruhy nevychází z původně připravených otázek a byly respondenty (6) reflektovány spontánně. Ve svých výpovědích toto období označili jako náročnější, ale úspěšně zvládnuté s funkčním zapojením rodičů. Nejnáročnější byla nemožnost puštění rodiče k umírajícímu dítěti a zvýšený počet komplikací v důsledku dřívějšího prodělání covidu pacienty. Právní rizikovitost si soubor uvědomuje, zejména skrze občasné pořizování videozáznamů rodiči, nevnímá ji ale jako kritickou, kdy by zažil pochybení ze strany personálu.

Sestra: „Během covidu to bylo dobré, to jsme dobře spolupracovali, nám tatínčí všechno vozili, vždycky jsme to celé dezinfikovali a tak. Ale občas je to těžší, že víš, že musíš být víc ten profesionál, protože by se to mohlo řešit. Je to nepříjemný, že si tě ti rodiče i občas natačej.“

Jako více vyčerpávající se pro respondenty (5) ukázalo téma **komplikované rodinné situace**, a to zejména při rozvedených rodičích s odlišnými jmény, dalšími částmi rodiny dožadujících se informací o pacienty a vnitřně nespolupracující rodinou. Zejména lékaři (3) zde vyjadřovali frustraci nad neefektivností komunikace, kdy pro ně opakované sdělování informací velkému počtu představuje výraznou časovou zátěž.

Lékař: „Ale třeba za poslední dobu občas řešíme takové věci, jakože jsou rodiče rozvedení. Jeden nemá právo na sdělování informací, dožaduje se informací, pak jsou opakované telefonáty a to už taky člověk musí hlídat, aby něco neřekl, nebo co může říct. Může to být použité proti němu, jako právnicky.“

Zajímavou otázkou byla především sestrami reflektovaná diskuze nad vhodnou **blízkostí vztahu s rodičem**. Zatímco někteří respondenti (5) uváděli důležitost důvěrných vztahů s rodiči provázeného tykáním či společným čase u, i mimo pacienta, a udržováním kontaktu po skončení léčby, pro část respondentů (3) bylo důležitější udržení většího profesního odstupu. Jako výhoda bylo reflektováno utvoření blízkého podporujícího vztahu, jako nejvýznamnější nevýhoda narážení při krizových situacích, kdy rodiče nedokázali odlišit stránku přítele a profesionála ve vztahu k personálu.

Sestra: „No, to je otázka. Ta se s věkem i ze zkušenostma mění. Na začátku, když jsem byla tady pár let, tak bylo tykáni, že? A teď s odstupem s tím, jak stárnu, jak to mám odžito, zažito tady, tak si opravdu dodržuju to, že už si s rodiči netykám.“

Jako téma střední zátěže se ukázalo **vnímání rodiče v těžké životní situaci**, tedy spoluprožívání jeho bolesti, vnímání jejich utrpení a smutku napříč všemi situacemi léčby. Dále **nespolupracující rodiče**, které respondenti (6) reflektovali jako ojedinělé, ale velmi zatěžující, pakliže svými hygienickými návyky,

zdravotní morálkou či zanedbáváním péče komplikovali pacientovu léčbu. Specificky problémovými se zde ukázaly situace spolupráce s **rodiči nízkého intelektu**, kdy personál často narážel na komunikační hranice, musel za rodiče přebírat část péče a být v ní více direktivní.

Lékařka: „*To je asi náročné pro každého, takže se jim snaží takzvaně jako vyhnout, že? Ale jednou za čas prostě na té směně ty lidi jako mi mít musíš. Většinou jsou konfliktní lidi opravdu takový ty sociálně slabí. Tak tam prostě nevymyslíš nic. Jako pokud má IQ 80 tak jako tam to musíš jako s nima přežít.*”

Salutoprotektivní faktory spolupráce s rodiči

První zaštiťující kategorii v oblasti spolupráce s rodiči vytvořili témata podpory při zvládání zátěže, které soubor od rodin pacientů vnímá. Zde se, shodně s přístupem souboru k interpersonální komunikaci, projevila **potřeba otevřené komunikace**, kdy byla opakovaně (6) připomínána důležitost upřímné, jasné a strukturované komunikace s rodiči, jako významné prevence před vznikem krizových situací.

Doktorka: „*Komunikace. To je takové asi jako, protože každý má takový svůj základ a jakože vykomunikovat to s těmi rodiči, vybudovat si tu důvěru, že když nám už věří potom a důvěra komunikace no.*”

Úspěšná pozitivní spolupráce s rodiči představovala pro soubor téma zadostiučinění z dobře odvedené práce a samotná přítomnost takovýchto rodičů pro ně byla podporujícím faktorem i napříč zvládáním léčby pacienta, interpersonální komunikace či dalších témat explicitně nevycházejících z kontaktu s rodiči.

Psycholožka: „*Ale když s tím rodičem vybudujeme dobrý vztah, tak to hrozně pomáhá. Jednak s tou péčí a jednak i na tom oddělení je to veselejší, že tam je a je to takové povzbuzující pro ten kolektiv.*”

Za nejvýznamnější zdroj podpory zde respondenti souhrnně označili rodiči **vyjadřované ocenění své práce jako kvalitní**. Tato pozitivní zpětná vazba pro ně měla zvláště vyšší význam, pakliže se mohli s rodiči setkat i po skončení léčby. Při kontrolách či komunitních setkáních vzpomenuť práce respondentů a její

zreflektování jako kvalitní, ať už v péči o pacienta či mezilidské komunikaci, respondenti udávali jako jedny z okamžiků největšího naplnění a malého vítězství ve své každodenní práci.

Sestra: „*No a ta možnost vidět se s nimi po letech. To, že se potkáte, oni si tě pamatují a řeknou ti děkuju, že ta tvá práce byla dobrá. To dělá strašně moc.*”

Sdělování náročných zpráv

Jako velmi komplexní kategorií témat se v této oblasti ukázala problematika sdělování náročné prognózy pacientovi a jeho rodičům. Z obrázku č. 5a) a 5b) lze vidět toto téma blíže interpersonální spolupráci a nikoliv okruhu péče o pacienta. Tato zajímavá skutečnost je zapříčiněna faktem, kdy při řadě otázek a témat spojených se sdělováním náročných zpráv ani jeden z respondentů nerefletoval tento okruh ve vztahu k pacientovi. Téma vždy stočili k podmínkám intervence či spolupráci personálu nebo rodičů.

Téma **personální spolupráce při sdělování** bylo představeno v předchozí podkapitole, ve spojení s ním zde respondenti souhrnně reflektovali význam **vhodného prostoru a času** na intervenci. Lékaři a sestry v souboru shodně uváděli komunikaci s rodiči při sdělování diagnózy jako nenáročnou, pakliže byly tyto základní podmínky splněny. Daty ukázaný odsun od vnímané zátěže komunikace naznačuje vyšší sebedůvěru lékařů a sester v efektivní sdělení diagnózy, a to především díky zkušenosti a zaměření se na pozitivní šance léčby.

Doktor: „*To, co mě přijde důležité a to, co je obecně platné, je nejde ani o to, jaký slova člověk zvolí, jako spíš to prostředí, ve kterém se sdělování těch závažných zkušeností děje a ten čas, který tomu věnujeme. Pokud tyto podmínky jsou splněny a není to nějaká rychlá informace na chodbě. Jinak tam nevidím žádná úskalí.*”

Vzhledem k nemožnosti optimistického vývoje léčby se jako výrazně zatěžující situací ukázalo **sdělování infaustní prognózy**. To bylo souborem shodně reflektováno jako mnohem náročnější na komunikaci a zvládání reakce rodičů. Ti dle výpovědí mnohdy přecházeli do prudkých emočních reakcí (pláč, úzkostné ataky,

hněv) či popření, kdy za jakoukoliv cenu nechtěli přistoupit na přechod do paliativní péče.

Lékařka: „*No to je hodně těžký. Oni někdy trochu tuší, ale nikdy to nechtějí slyšet. Občas i fakt naléhají, že se zkusí ještě něco ale...ty situace jsou náročné. Tak to s nimi ustát a nějak rozumně tam pro ně být.*”

Nejnáročnějším aspektem sdělování prognózy se dle dat ukázalo **emoční prožívání rodičů**. Lékaři a sestry (5) zde uváděli vysokou náročnost takovou situaci ustát a vnitřní nejistotu, jak během ní postupovat, kdy mnohdy nabízeli dle svých slov primárně „*lidskou oporu*“. Z výpovědí dále nevyplývá na zapojených pracovištích existence systémově standardizovaného postupu. Rodičům často zprávu sdělí lékař a následně musí čekat až desítky minut, než se k nim dostane psycholog, krizový intervent či jiný externí pracovník, který jim může poskytnou potřebnou intervenci.

Sestra: „*Občas ti rodiče reagují fakt hodně zničeně a to je pro nás těžký. To voláš psychologa, interventky, kohokoliv. My se tam pro ně vždycky snažíme být, dát nějakou tu lidskou oporu. Ale někdy to nestačí a prostě se z toho musí vyplakat.*”

Emocionalita rodičů

Emoční prožívání při sdělování diagnózy dobře nastiňuje pro soubor nejvýznamnější složku zátěže tohoto okruhu, jíž je právě reflektovaná emocionalita rodičů. Kategorii až na výjimku pozitivních emocí při zpětné vazbě tvoří veskrze zatěžující témata, kdy můžeme vidět posun náročnosti úměrný situacím a intenzitě emocí rodičů.

I pokud se nejedná o krizovou situaci, **práce s emocemi rodičů v obecné rovině** představovala pro soubor významné zatížení, kdy respondenti (5) reflektovali problémy tyto negativní emoce ustát. Nejčastěji se jednalo o neshody rodičů, déletrvající depresivitu rodiče či hněv nad nespravedlností nemocí jejich dítěte.

Sestra: „*No, tak já je zvládnout musím. No...snažím se jim být oporou. Nelhat jim. A to, že prostě nám občas ukápnou slzy je asi lidský. Je lidský být naštvanej, je*

lidský být nešťastnej. Takže usměřňovat je nějakým takovým směru, který je v tu danou chvíli podstatný pro to dítě."

Ve spojení se sdělováním nepříznivých zpráv se jako nejvíce zatěžující složka stala **agresivita rodičů**. Tu soubor shodně reflektoval s minimální frekvencí, přesto extrémně zatěžující, pakliže k ní dojde. Jako vysvětlení zde respondenti (4) udávali nepřipravenost na takovouto situaci. I z tohoto důvodu jsou k těmto situacím primárně volání psychologové a krizoví intervenenti. O poznání horší nicméně respondenti (5) udávali svou reakci, pakliže zaznamenali jakoukoliv agresivitu rodiny vůči pacientovi, zde je personál dle výpovědí velmi direktivní, a to i za cenu rizika právní konfrontace.

Doktorka: „A čo vlastne je v rozpore s tým, čo si myslíme, že je dobre pre toho pacienta, tak hlavne s touto rodinou takoutou, simplexnejšou, idú do konfliktu, až taká agresia. Takže to bolo náročné potom. Často, ak je to náročné, tak mám také psychické ťažkosti. Mala som už i taký fyzický strach, že by mohla odvojit' k tomu útoku."

Jako nejvíce zatěžující téma této kategorie i výzkumné oblasti odhalila data **práci s rodiči po úmrtí dítěte**. Ta se ukázala napříč celým realizovaným výzkumem jako druhý nejvýznamnější zdroj psychické zátěže, předčený pouze pacientovým sdílením existenciálních témat. I navzdory tomu, že soubor reflektoval smrt na oddělení jako minimální, i ojedinělá intervence rodičů po smrti jejich dítěte představuje zkušenost, kterou si ponесou na celý život. Soubor reflektoval strach, vyhýbavost a bezradnost s rodiči v takovéto situaci jednat a poskytnout jim svými slovy dostatečnou oporu. Tato skutečnost je dle výpovědí (5) spojena s faktem, kdy na odděleních umírají primárně děti v kritickém stavu, které nemohli zemřít doma, či ty, u nichž došlo k prudkému zhoršení v rámci hodin. Agresivní zhroucení rodičů či nespolupráce při přijetí pohřební služby se ukázaly jako nejnáročnější alternativy pro personál už tak extrémní situace.

Lékařka: „A potom ten moment, když ten černý Petr vyjde na tebe, že ti to vyjde na směnu a vykomunikovat závěr s tím rodičem. To je hodně těžký a to tak bylo

vždycky. I když máš ty rodiče rád, možná i proto tam nechceš chodit. Že to je těžký už tak i pro tebe."

Sestra: „S vozíkem čekají na to tělo, a ona zase úplně vážně, prostě ne, já tady s ním budu, řekni jim, ať jedou pryč, já ho prostě nedám. A ležela na tom mrtvým děcku, a ty nevíš, jestli to bylo 5 minut, 10, ty pohřebáci samozřejmě ukázněně stáli, tak jako přehodíš tu kompetenci prostě na doktora."

12.1.6 Péče o pacienta

Tato podkapitola výsledků shrnuje témata prožívané zátěže v oblasti péče personálu o své pacienty. Vizualní znázornění této problematiky nabízí obrázek č. 5a) a 5b), dle kterého lze pozorovat seskupení témat do čtyř různorodě zatěžujících clusterů. Jedná se o oblast, kde soubor mluvil nejméně o podporujících aspektech své práce a výrazněji se zaměřoval na ty negativní. Dle množství témat vyšší míry zátěže lze odvodit tuto oblast spolu se spoluprací s rodiči pro personál jako psychicky nejvíce zatěžující.

Somatická stránka léčby

Jako nejméně zatěžující se pro respondenty ukázala oblast somatické péče o pacienta, kterou napříč všemi skupinami popisovali jako kvalitní, plně dostačující a případné komplikace dobře podchycené. To dobře dokazuje hraniční téma **nedostatků lékařské péče**, kdy byla souborem shodně popisována jako velmi dobrá.

Sestra: „Ta zdravotnická péče je dobře podchycená, to cokoliv se stane, tak my víme co a jak s tím. V tom si myslím, že máme jak obor fakt špičku toho, co jde."

Lékaři a sestry v rámci souboru shodně udávali nízkou míru zátěže při **somatické péči o pacienty**, specificky ošetřování zánětů, průjmy, zvracení či nekrotické tkáně. Tuto oblast reflektovali jako tu, kterou před nastoupením nejvíce anticipovali, a ve které vnímají největší kompetentnost. Pro psychology (3) byly vedlejší somatické účinky občasnou komplikací komunikace, nerelektovali ji ale jako významně zatěžující.

Sestra: „*To tak nebereš, to k té práci prostě patří, od toho seš tam pro ně.*”

Psycholožka: „*A když mají ti mukozitidy nebo jiné komplikace, tak se s nimi dá těžko mluvit, tak se domluvíme nějak jinak, že si to píšeme nebo přijdu jindy.*”

Obdobně nenáročnou uváděl soubor práci s **pacientem v bolestech**, kterou reflektoval vhodně podchycenou, kdy je vždy možnost zajistit podmínky, aby dítě bolestí netrpělo. Navzdory ošetření problematiky z medicínského hlediska část respondentů (4) vyjadřovala lítost nad dítětem prožívanou bolestí a chvíle před zajištěním analgetik reflektovali jako zvýšeně psychicky zatěžující. Obzvláště tomu bylo v případech, kdy byla bolest spojována s léčebným zákrokem a respondenti byli jejím přímým původcem, a to i navzdory uvědomování si nezbytnosti takového postupu.

Lékařka: „*Tu práci máme dobře podchycenou, samozřejmě tě to mrzí, když ho tak vidíš, ale vždy se dá zavolat konciliář, co mu namíchá ten správněj koktejl, aby ho to nebolelo. Ale když je to nějaký zákrok a děláš to přímo ty, tak to je horší.*”

Za nejnáročnější složku somatické péče ukázaly data situace spojené s **mutilizací pacienta**. Část respondentů (4) prožívala při následné péči vyšší míru lítosti a úzkosti, a to i navzdory reflektované nezbytnosti takového zákroku. Jako nejnáročnější udaly dvě respondentky amputace z důvodů úlevy od bolesti při paliativní péči, kde nebyla pozitivní vidina možné záchrany života v důsledku zákroku. Většina souboru se s touto problematikou nicméně setkala jen výjimečně či vůbec a proto se pro něj jako celek v současnosti nejeví zásadně zatěžující.

Sestra: „*My se s tím nesetkáváme často, ale je. Je to těžký. Hlavně, když ho znáš, tak ti ho je líto, že to má na furt.*”

Lékařka: „*Spíš je to horší u těch paliativních stavů, kdy to je fakt jen od té bolesti a ví se, že to stejně dlouhodobě moc nepřinese, jen to víc ukazuje, kam to směřuje.*”

Přístup k pacientovi

Specifickou kategorií témat v rámci výzkumu představuje problematika přístupu k pacientovi, která se stala do značné míry diskuzní a názorovou. Nabízí vhled do způsobů, jakým personál na pacienta nahlíží a jak k němu při své práci přistupuje.

Při otázce **důležitosti psychického zvládnání léčby pacientem** ji soubor reflektoval jako velmi důležitou, přičemž nejvíce explicitní byli v tomto názoru lékaři. Respondenti se shodovali v otázce vlivu psychiky na úspěšnost somatické léčby a sice, že subjektivně vnímali významnou korelaci. Lékaři proto vyzdvihovali nutnost pacienta být v co nejvyšší psychické pohodě a důležitost zajištění takovýchto podmínek.

Lékařka: „*Velká. To na nich fakt jde vidět, kdo bojuje a kdo ty vzdá. I ta somatika, ví se, že rány se hojí rychleji a tak. Na tom tělu to jde vidět.*”

V návaznosti na předchozí téma se pro soubor ukázala důležitá také otázka **empatického přístupu** v komunikaci s pacientem. Vhodné nacítění se na pacientův stav, pochopení jeho potřeb a působení přátelským dojmem zdůrazňovali respondenti (6) jako klíčové pro vytvoření funkčního terapeutického stavu.

Lékařka: „*Určitě ano, pořád jsou to děti a ony to na tobě poznají. Takže taková snaha sednou si na tu jejich vlnu, být jim tam blíž. Ono to potom pomáhá i při té spolupráci jak s ním, tak s rodičem.*”

V kontrastu s tématem empatie se v rozhovorech opakovaně objevovala problematika vhodné **hranice odstupu či blízkosti vůči pacientovi**. Respondenti reflektovali potřebu být pacientovi dostatečně blízko pro vytvoření vzájemné důvěry, zároveň naráželi na potřebu chránit vlastní emoční prožívání a udržení v kontaktu s dítětem potřebnou míru profesionality. Překračování této hranice reflektovala část souboru (4) do okamžiku úmrtí prvního pacienta, kdy si od této zkušenosti již nedovolují vytvářet s aktivně léčenými pacienty blízké pouto v takovém rozsahu.

Lékařka: „Pretože sa mi stalo už aj, že som ešte na začiatku mala takú ťažkú pacientku, dost som jej venovala čas, aj tak ako osobne, že som jej darovala nejaký darček a tak na Vánoce a ona potom tesne po novém roku zomrela. Takže to som dost' zle znášala, odtedy som si povedala, že nebudem také dary alebo nějakéto takéto veci dávať, aby vlastne nedošlo úplne k takej citovej väzbe.“

Jako stredne zatěžujícím se v této kategorii ukázala **důležitost dostatečného času na pacienta**, kdy část respondentů (5) uváděla jeho nedostatek, díky kterému zažívali pocity nedostatečně odvedené práce. Dle výpovědí k tomu dochází zejména při práci na ambulanci či kvůli rychlému střídání vyššího počtu pacientů v rámci onkologického centra. Kritický nedostatek času udávali psychologové v souboru (3), kdy považují za nutnou výrazně vyšší časovou dotaci, než jakou jim systém umožňuje.

Psycholožka: „My na ně máme strašně málo času, jak jich je hodně a pořád se točí, tak ta spolupráce je taková nárazová, plus k tomu ještě dlouhodobý klienti, papírování. Určitě bych si přála moci jim dávat víc.“

Jako nejzásadnější téma postojů v souboru se ukázalo **vnímání pacienta jako priority**. Toto téma prostupovalo napříč řadou okruhů rozhovoru, kdy lze vidět například v přesčasech respondentů, prioritizování potřeb pacientů vůči požadavkům rodiny, vyjednávání s pojišťovnami, a obecnému projevení vysokého nasazení, kdy respondenti jak profesně, tak lidsky, dělají maximum pro zvýšení pacientových šancí. A to i mnohdy nad rámec svých standardních pracovních povinností.

Lékař: „A jsme tam my, jako advokáti toho dítěte, takže pokud je to namířené proti nám, tak to je dobré, ale když to někdy stočí k tomu dítěti, tak to tak nemůžeme nechat být.“

Sestra: „A když víš, že to potřebuje a nestíhá se, tak tam prostě zůstaneš dýl. Nebo když s tebou chce o něčem mluvit tak prostě neskončíš jen tak směnu a neřekneš mu, mám padla jdu domů.“

Jako samostatné téma se v této oblasti ukázaly vnímaná **salutoprotektiva při práci s pacientem**. Navzdory předchozí kategorii témat, kdy personál aktivně diskutoval témata empatie či blízkosti k pacientovi, se reflektování pozitivních aspektů ve vztahu k pacientovi objevovalo v rozhovorech jen zřídka. Respondenti, až na výjimku jedné psycholožky, při otázce na největší zdroj podpory při péči o pacienta uváděli jako nejvýznamnější oporu somatické medicíny či strojovou techniku, pozitivní vztah s pacientem, menší prožívané radosti, pozitivní zážitky během léčby a podobné zkušenosti ale nezmiňovali, a to ani v jiných částech rozhovoru.

Psycholožka: *„A byl strašně uplakaný a rodiče moc nebyli, tak jsme jej vzali do kočárku a šli jsme ven. Bylo hrozně hezky, tak to bylo takové pěkné. Taková ta světlá chvílka, co ti zůstane.“*

Opačná situace se dle dat ukazuje po ukončení léčby pacientem, kdy dochází k navázání na hraniční téma **pozitivní zpětné vazby**, tentokrát ze strany pacientů. Zde respondenti (7) uváděli jako velmi důležitý zdroj podpory ve své práci, pokud měli možnost se s pacienty setkat po skončení akutní fáze léčby, a to preferovaněji mimo nemocnici než v rámci ambulance. Moci sdílet s nimi radosti jejich života po léčbě a slyšet ocenění vlastní práce z úst těch, kteří jsou jejím centrem, soubor shodně hodnotil jako jednu z nejvíce podporujících zkušeností, které může při své práci zažít.

Lékařka: *„Jen to, že je můžeme vidět, jak jsou zdraví, dospívají. To pro mne vždycky moc znamená. Nebo když se třeba i vrátí k nám, to je hrozně hezké. V tom je fajn ta nadace, že jezdíme v létě na pobyty.“*

Špatné konce

Výrazněji zatěžující kategorií témat se na základě analýzy ukázala problematika špatných konců, kdy tento název vychází přímo z často voleného pojmenování respondenty. Shrnuje situace, kdy se kurativní léčba pacienta nejeví účinná a záchrana jeho života možná. Kategorie nicméně nedosahuje nejvyšší míry reflektované zátěže. Data naznačují, že byt' se jedná o pro soubor náročnou oblast,

přístupují k ní většinou se smířením a dostatečným vyrovnáním se, alespoň na základě explicitních výpovědí.

Jako nejméně zatěžující se v této kategorii ukázala **péče o pacienta v paliativní léčbě**. Jak bylo představeno v tématu hospice, výzkumný soubor a jím reflektovaný personál poskytuje paliativní péči na oddělení pouze minimálně. Ti, kteří tuto zkušenost mají (4) ji reflektují jako pro pacienta vysvobozující a zmiňují nadhled nad smutnou podstatou své práce, kdy se zaměřují na zajištění co nejdůstojnějšího konce pacienta.

Sestra: *„To si tak nesmíš brát. Ty tam jsi pro něj, aby byl v co největším komfortu a ta tvá práce pořád dělá rozdíl. Ono když je vidíš v tom stavu, tak si občas říkáš, do jaké míry je to....tak jako lidský.“*

Psycholožka: *„Nesetkáváme se s tím. Já jsem zažila jednou, že by mne volali takto k rodičům.“*

Lékařka: *„Stává se to jen výjimečně, když ta rodina si na to doma netroufne. Jinak děláme maximum, aby mohli být tam.“*

V kontrastu s předchozím tématem, kdy vykonávanou prací spojenou s paliativní péčí vnímali participanté jako méně zatěžující, emoční prožívání **přítomnosti umírajícího dítěte** se pro ně ukázala významnou zátěží. Byť respondenti (5) v mnoha částech rozhovoru udávali zajištění maximální možné péče i častou nekomplikovanost procesu umírání, z emočního doprovodu jejich odpovědí byla prožívaná náročnost znatelná.

Sestra: *„A ty mu všechno zajistíš, je o něj takhle postaráno, ale stejně on to ví a ty to vidíš na něm. My se můžeme postarat o tu péči o tělo, ale mít ho tam takhle. To je těžký no.“*

Specificky náročnou variantou smrti pacienta se ukázalo téma **akutního zhoršení stavu**, které soubor shodně vnímal jak pro personál, tak pro rodiče jako signifikantně více zatěžující, než postupný odchod pacienta v souladu s plánem paliativní péče. Několik respondentů (4) reflektovalo tyto stavy i jako soukromou

zátěž, kdy se ve svém volnu opakovaně informovali o vývoji pacientova stavu. Časové hledisko se tedy na základě dat ukazuje jako významný faktor prožívané zátěže v důsledku smrti pacienta. Signifikantněji hůře v případech, kdy se pacientova prognóza zdá být dobrá a k jeho rychlému konci dojde na základě komplikací, nikoliv primární léčby.

Lékařka: „*Horší jsou ty, co se zhorší hodně rychle. Že nevíš a najednou ti odchází někdo, kdo by neměl. To se nesmí stát. Pak máš víkend a stejně voláš. I pro ty rodiče je to hrozný, když se nemůžou rozloučit. Protože ono se pak zaintubuje a už s ním nemůžou mluvit.*”

Pacientovo prožívání léčby

Výrazně zatěžujícími se oproti ostatním tématům oblasti ukázaly ty shrnuté do kategorie pacientova prožívání léčby, ať už se jedná emocionální či komunikativní stránku. Z obrázku 5a) a 5b) je patrné, že až na outliera v podobě tématu **psychických problému u pacienta**, které jsou zatěžující, ale minimálně časté, jsou tyto témata v oblasti vysoké míry reflektované zátěže.

Mezi méně náročná témata kategorie patří zvládnání **negativních emocí pacienta**. Ty personál reflektuje jako menší komplikaci své práce, ale jako výraznější emoční zátěž, kdy se musí vyrovnávat s pacientovým hněvem, depresivitou či úzkostí. Dále byl zmiňován pláč, který se dle výpovědí (2) jeví jako specificky náročnější u adolescentů než u menších dětí. Na problematiku je přímo navázané téma **poskytování psychologické péče**, kdy respondenti udávají poskytování opory, útěchy a menších intervencí jako náročnější část své práce v kontrastu s její somatickou složkou.

Sestra: „*No a ty se tam pro něj snažíš být, ale je to těžký. Někdy ty směny jsou náročnější, že třeba skrz mukozitidy víš, že ten a ten pokoj je naštvanej. To je nepříjemný. Ale víš, že oni za to nemůžou.*”

Psycholožka: „*Když jsou tam déle kolem těch dvou měsíců tak to už na nich jde hodně vidět, depresivita, to emoční odpojení.*”

V rámci poskytování psychologické péče z dat vystoupilo jako specificky závažnější téma **náročnost komunikace s pacientem** a jeho sdílení náročných témat, kterému je věnován závěr tohoto okruhu. Respondenti (5) uváděli nejistotu, jak daného pacienta podpořit, a neznalost vhodného procesu a cíle, ke kterému by takovýto rozhovor měl vést. Téma shrnuje jejich bezradnost a frustraci, kdy by participant pacientovi mnohdy při jeho depresivních či úzkostných stavech chtěli nabídnout potřebnou oporu, nedokáží to ale do míry, jakou by si přáli.

Sestra: „Občas, když nejsou rodiče, tak tam s nima sedíš a je to těžký, at' už skrz komplikace nebo že je mu psychicky zle. A ty bys chtěl nějak pomoci, ale nevíš moc kam. Nějak jej podpoříš, ale jestli to mělo nějaký vyšší směr, to už tak není.“

Napříč tématy okruhu je znatelné, že vnímání pacientova stavu a jeho prožívání léčby pro soubor důležité. Ve své nejvíce zatěžující podobě jsou tyto tendence shrnuty v tématu **prožívání pacientova utrpení** personálem, které se dle jednotlivých výpovědí ukazuje významně zatěžujícím. Respondenti se při snaze k pacientovi přistupovat co nejempatičtěji vystavují silnému přenosu sdílených emocí a spoluprožívání jejich mnohdy zbídačených stavů. Na základě dat tak vyplývá, že navzdory rokům praxe si na zátěž spojenou s viditelným utrpením dítěte soubor nedokázal efektivně zvyknout a je i nadále významně emočně zatěžující.

Sestra: „Že si říkáš, bože, chudáci. Taková ta beznaděj, vybavuju si třeba jako slečnu jednu, která byla zrichtovaná. Jestli už řekneš, jestli je to etický. Byla to kočenka, která se skrz celkové stav musela dát do umělého spánku. Za tu dobu se stala spousta věcí, musela projít několik operací, takže se probudila s vývodem na břichu, celá taková poničená, po jizvená. Už to nebyla malá holčička, byla to jedenáctiletá slečna, která si samozřejmě ten svůj stav plně uvědomovala. Ta mamka nad ní stála, ona ji takhle šudlala ten krk, a vždycky říká mami, proč zrovna já, proč se to stalo mně a slzy jak hrachy, a jestli byla zlá, jestli někomu ublížila. A teď si říkáš, že co ta mama ji odpoví. Ona netlačila na mě, ale tlačila na tu mamu. Tak to mně vždycky přišlo, že fakt na to nemáš ani co říct, to prostě stojíš a mlčíš, říkáš si, to jsou jako perdy.“

Nejzatěžujícím tématem oblasti i celkové analýzy se ukázala **pacientova potřeba sdílení existenciálních témat**. „*Bude to bolet?*“, „*Mám strach.*“, „*Ještě nechci umřít, bojím se toho.*“, „*Co bude až umřu?*“, jsou úryvky témat, ve kterých dle výpovědí mohou zejména adolescenti vyžadovat od personálu podporu. Z výpovědí respondentů (6) ale napříč souborem vyplývá značná nepřipravenost personálu taková témata řešit, kdy reflektují od kolegů snahu se takovýmto situacím maximálně vyhnout. Na některých odděleních dle výpovědí panují tiché dohody, kdy se o ošetřování takovýchto pacientů starají pouze specifictí zdravotníci, nejčastěji s výcvikem krizové intervence či jinými psychologickými kurzy. V žádném jiném tématu napříč realizovaným výzkumem se neukázalo rozbití odhodlání personálu pomoci či reflektování vyhýbavé tendence. I z tohoto důvodu se okamžiky takto náročné komunikace ukazují dle analýzy, spolu s doprovázením rodičů po neočekávané smrti pacienta, jako dvě nejnáročnější situace, kterými může být personál pediatrické onkologie vystaven.

Sestra: „*Takže nejnáročnější situace, když vám do dítě řekne, že ano, já vím, že umřu, ale nechci. Moc jich není. Ale to potom fakt je taková chvíle, kdy vám řekne tohle, a vy sednete k nim a sedíte a jen tak neodejdete.*“

Lékařka: „*Nejdeme do těch konverzací. Nejdem. Volá se psycholog. Pokud to není čas, kdy se ví, že nedejde, tak do toho nejdem. Na otázku odpovím upřímně, ale sama to neinicuju.*“

Sestra: „*Ale jsou kolegyně, které třeba k těmhle dětem nechtějí chodit. To jsou víceméně mladí dospělí. Takže některé kolegyně tam nechtějí chodit, nechtějí se o ně starat. Je to z toho strachu, že třeba by řekly něco špatného. Takže my se tak domluvíme a někdo tam prostě nechodí.*“

12.1.7 Reflektovaná psychická zátěž

Poslední analytickou oblast představují ty témata, ve kterých soubor přímo reflektoval vlivy prožívané psychické zátěže, jejich důsledky na svou práci a soukromí život. Témata zde můžeme vidět sdružena do třech koncepčních kategorií, jejichž pestrost a hloubku závažnosti schematicky znázorňuje obrázek 5a) a 5b).

Osobní život

V rámci vlivu oboru na život mimo pracoviště respondenti opakovaně zdůrazňovali **důležitost relaxace** ve formě sportu či jiných zájmů jako hlavního zdroje kompenzace náročnosti práce. Sami na sobě přitom **reflektovali malé osobnostní změny** v důsledku práce na oddělení, kdy se vesměs vyjadřovali o pozitivním vlivu. Ten nejvíce vnímají v **osobnostním růstu**, například ve vyšší míře zodpovědnosti a především prožívanou vděčností za zdraví sebe a dětí ve svém okolí. Respondenti (6) explicitně popisovali **náhled nad životem**, kdy je díky práci trápení v životě mnohem méně maličností a vnímají větší resilienci vůči životním stresorům.

Psycholožka: „*Taková ta relaxace doma. Že vyrazím někam do hor a nemusím nic na víkend řešit.*”

Sestra: „*Určitě člověk má takový náhled asi objektivnější než spousta, třeba jakoby lidí obecně, že si tak dokáže rozlišit víc, co je kravina a co už je průšvih, jako obecně do života, že pak neřešíš malichernosti. Vážíš si prostě hezký věci, dokážeš poděkovat za hezký den, za to, že se máš dobře.*”

Dále participanti (5) vyzdvihovali důležitost **podpory rodiny**, kdy soubor shodně reflektoval stabilní rodinné zázemí a spolu s časem pro relaxaci jej uváděl jako nejvýznamnější zdroje opory mimo práci. Zajímavou problematikou se zde ukázalo téma **vlastních dětí**, kdy zejména respondentky (4) opakovaně zmiňovali asociace dětí v rodině a svých pacientů, kdy pojmenovávaly vyšší míru úzkostnosti.

Psycholožka: „*Já mám doma věci takhle funkční, tak to mne hodně drží. Že se mám z té práce kam vrátit.*”

Doktorka: „*Právě toho přenosu domů, že uvidím ty děti, tak to je takové těžké, když to je čtyřleté dítě. Jako když to porovnávám, i to říkám, že jo, já mám doma taky čtyřletou holčičku.*”

Kategoricky nezařazené téma z analýzy vyplynul **vliv zkušenosti**, kdy řada participantů (5) reflektovala lepší zvládnání psychické zátěže, komunikace a zvládnání

emocí s větším počtem prožitých situací. Mezi **salutoprotektivní zdroje** nabízející největší psychickou oporu respondenti dále explicitně zařadili: možnosti dalšího vzdělávání, oporu kolektivu, pozitivní zpětnou vazbu a mimopracovní relaxaci.

Sestra: „*A samozřejmě ta zkušenost, to se projevívá. Jako nezvykneš si, jak ti někdo říká. Nezvykneš si nikdy. Ale některé ty věci jsou s časem snazší.*”

Sestra: „*Mne tu hodně drží ten kolektiv. To jaká jsme dobrá parta, že se dokážeme podržet.*”

Dopady psychické zátěže

V otázkách na projevy psychické zátěže nabízeli respondenti řadu odpovědí. **Dopady zátěže na fungování oddělení** reflektovali jako minimální, kdy nejčastěji (5) udávali vyšší přítomnost mikrokonfliktů mezi personálem. V tématu **vnímaných dopadů psychické zátěže** udával soubor shodně nízkou míru vlivu, kdy nereflekoval významnou přítomnost zvýšeného stresu, úzkostí či depresivních symptomů mezi kolegy. Obdobně hodnotil **psychosomatické důsledky**, které mezi kolegy nevnímá jako výraznou zátěž. Často (7) bylo nicméně uváděno, že se v této problematice personál příliš nesvěřuje a vzájemně o svých vnitřních problémech mnoho neví.

Lékařka: „*Asi tím zvýšeným stresem. Ono to jde potom vidět na té komunikaci, hlavně se staršími kolegy, tak tam vidím ten odstup. Že ty domluvy jsou náročnější.*”

Sestra: „*Neuvědomuji si, že by tu někdo nějak trpěl na deprese. Nebo i ta psychosomatika. To ne. Ale druhým do hlavy nevidíš a my se o tom tolik nebavíme.*”

Tomu dle dat nasvědčuje i blízkost tématu **obavy z otevření se**, kdy se napříč tématy supervize, podpory kolektivu, vyhledávání psychologické pomoci a vnímaných dopadů na oddělení, opakovaně (5) objevovala reflexe vnímané nejistoty kolegů o náročných tématech hovořit. Data poukazují na nízký zájem zdravotníků o aktivní řešení psychické zátěže, kdy mimo supervize psychologů pouze jedna sestra zmínila využívání psychologické pomoci. V kontrastu s touto obavou nicméně sestry i lékaři shodně zmiňovali **vyšší potřebu psychologa pro personál**. Reflektovali

nicméně, že by musel využít vhodných možností intervence, protože o přímé sezení, workshopy či organizované teambuildingy vnímají motivaci personálu jako velmi nízkou.

Doktorka: „*Tak myslím, že ano. Ale neviem, ale úplne, že či by sme mali úplne zaujem takto kolegovia, to riešiť s niekým z tej práce. Ak aj máme chodiť k nějakým psychologom, tak väčšinou vyhladávame mimo práce. Že je to taká osoba nestrannejšia pre sa, ako keď niekto je do toho zainteresovaný.*”

Psycholožka: „*Nechtější o tom s námi moc mluvit. I když to na nich jde fakt vidět, tak to raději řeší trochu mezi sebou nebo si to berou domů. A my je zase nemůžeme nutit se nějak zapojovat a sdílet to s námi.*”

Významnou ukázala data problematiku **syndromu vyhoření**, kde soubor shodně reflektoval jeho přítomnost. Práci s takovými kolegy hodnotili respondenti (4) jako velmi zatěžující, kdy byla situace nejčastěji řešena delší dovolenou či odchodem dotyčných. Míru prožívané zátěže práce soubor shrnul v otázce **celkové náročnosti oboru**, kdy ji udával jako velmi vysokou. Při pomocném hodnocení škálou nejčastěji stupněm 9, kdy výrazněji zatěžující reflektoval pouze obory intenzivní medicíny.

Lékařka: „*Ano, setkala. Ono to jde na těch starších kolezích dost vidět. Pak ta komunikace je dost náročná, když ten člověk si to nepřipouští. Ale pokud má trochu soudnosti, tak tu pozici změní.*”

Sestra: „*Devítka. Jako pokud by to ARO bylo 10, tak my jsme určitě 9. Nemícháš tu antibiotika a není to sranda.*”

Odpovědnost za léčbu

Polarizující kategorií se na základě analýzy dat stala problematika odpovědnosti za léčbu. Část respondentů ji uváděla jako značnou (4), a druhá (3) v kontrastu pouze minimální. Jako vnitřní mechanismu participantí sami nabídli **oporu v protokolu**, kdy se do značné míry zdravotníci řídí přesným plánem, a **kolektivní odpovědnost**, kdy je každá změna v tomto plánu dílem shody řady odborníků. Na

jednotlivce dle jejich vysvětlení může padat menší míra zodpovědnosti. Téma nicméně dokládá, proč je neshoda v léčbě vnímána výrazněji konfliktní oblastí mezi personálem.

Lékařka: *„Já ten tlak odpovědnosti tak neberu vzhledem k tomu, že ta léčba má přísný pravidla a v podstatě je daná. Ta diagnóza má fakt šablonovou strukturu. Tam není na výběr. Je potřeba dodržet ten postup, který tam je.“*

Lékařka: *„Tak není to, jakože zodpovědnost je, ale je to takový teambuilding, že je nás víc a fakt ty zásadní velké věci, že jestli pokračujeme v chemoterapii, nebo zastavíme v rámci regenerace nebo antibiotika, tak rozhodujeme se v týmu. Tak tam je to dobré.“*

Jako nejzávažnější téma oblasti se ukázalo **prožívání chyby** respondenty. S tím se dle svých výpovědí setkávali velmi ojediněle a pokud k tomu došlo, neneslo to v rámci souboru nikdy vážné následky. Navíc jsou dle participantů rizikové procedury často podrobovány kontrole a jejich přípravu má na starosti několik členů personálu. Prostor pro vážnou chybu reflektují jako velmi malý, přesto je u nich strach z takového pochybení výrazný a reflektují na sebe zvýšený tlak, aby k takovému omylu nedošlo.

Sestra: *„To desítka, to je prostě to svědomí, aspoň u mě teda. No toho bych se nechtěla dožít. Tam skrz tu kontrolu ten prostor moc není. A že bych fakt někoho, ať už spíš neúmyslně měla poškodit, to by byl průšvih. Že by mě to třeba vyřadilo tady z té profese.“*

12.2 Centrální témata

Na základě analýzy získaných témat respondentů, jejich koncepční kategorizaci a podrobnějšímu popisu z memos vyvstali napříč těmito celky integrující procesuální vzorce, díky kterým bylo možné popsat vnitřní dynamiku a přičinnost prožívané zátěže souboru. Těmito centrálními tématy se stala **komunikační zvládnání** a **odsun psychologického prožívání**. Následující podkapitola výsledků nabízí

stručný popis jejich fungování a jakým způsobem vytváří komplexní vzorce napříč jednotlivými výzkumnými okruhy.

12.2.1 Komunikační zvládnání

Nejrozsáhlejším procesem, který prostupoval 18 ze 23 témat vnitřního okruhu vyšší vnímané zátěže se ukázala její komunikační složka. Ve zbývajících převládala emoční složka. Tento proces je v datech dobře pozorovatelný napříč předchozí podkapitolou. Nejvýznamněji je přitom patrný v oblasti interpersonální spolupráce, rodičů na pracovišti, péče o pacienta a v pozitivním směru vzdělávání, kdy propojuje plně všechna témata, která soubor uváděl jako nejnáročnější.

Obecně na základě dat vyplývá proces, kdy čím více komplexní komunikační situace na pracovišti je, tím náročnější je její zvládnání souborem. Analyticky je tomuto meta-tématu blízko taktéž **proces zpracovávání emocí**, jeho komunikační složka se ale z přímých výpovědí respondentů ukázala jako zásadnější, než samotné spoluprožívání emocí. Součástí procesu komunikačního zvládnání je řada jak negativních, tak pozitivních témat, které dokládají uvědomování si souborem této zátěže a snahu o její efektivnější zpracování.

V **oblasti nástupu** je tento proces podtrhnut vnímáním podporujícího kolektivu jako nejvýznamnější složky zátěže či podpory, kdy obdobně v **systémové oblasti** soubor nejvíce oceňoval umožněné zapojení podporujících složek dalšího personálu, kde je jejich největší přínos dle dat patrný právě v usnadňování komunikace či zcela přebírání části této práce za personál. Tím plynule propojuje tuto oblast s **interpersonální spoluprací**, kde tvoří majoritu signifikantních témat. Nejpodstatněji ve dvou kategoriích a to přítomnosti psychologa a interpersonálních konfliktech. V kontextu psychologa na pracovišti jeho nejzásadnější přínos soubor reflektoval v usnadňování komunikace pro něj kritických situací (rodiče po smrti pacienta; pacientovo sdílení existenciálních témat). V kategoriích konfliktů na pracovišti netvořila jádrovou složku názorová či postojoyá nesouhra, ale komunikační nedostatky, kdy soubor s frustrací reflektoval neschopnost své potřeby efektivně sdílet s kolegy.

Sestra: „*Tam dělá nejvíc ten školitel. Někdo, kdo ti fakt ukáže, jak věci chodí, jak se domluvit s lékaři, rodiči.*”

Lékařka: „*A je super, že u nás funguje ten mobilní hospic a ty konečně stavy neprobíhají na oddělení. Mít tu ty rodiče je potom hodně těžký. Ustát to s nimi a dát jim nějakou podporu.*”

Lékařka: „*Psycholog hodně pomáhá v těch krizových situacích. Nebo i interventy. Že to s nimi nemusíme řešit my.*”

Psycholožka: „*A ta komunikace s doktory je někdy náročná, že se na něčem domluvíme a pak to tak není.*”

V oblasti **spolupráce s rodiči** představovaly komunikační bariéry hlavní zdroje zátěže ve zvládnání napjatých situací, jak znázorňuje přítomnost tohoto procesu v kategorii sdělování náročných zpráv a emocionality rodičů. Soubor reflektoval méně zatěžující přítomnost těžkých emocí na pracovišti a jejich uvědomování si na rodičích, oproti potřebě s nimi vstupovat do kontaktu a o těchto emocích adekvátně hovořit. Méně výrazný byl tento rozdíl v oblasti **péče o pacienta**, kdy byla přítomnost těžkých stavů dítěte vnímána jako rovnoměrně zatěžující s potřebou o nich s pacientem komunikovat. Výjimku zde tvořila tendence adolescentů sdílet náročná témata v průběhu léčby, jak ukázala předchozí podkapitola. Zde se naplno projevily limity personálu v komunikaci a jeho tendence se takovým situacím vyhnout.

Sestra: „*Snážíš se je nějak podržet a lidsky tam pro ně být, tak to s nimi odsedíš. Nemůžeš je tam nechat, než někdo přijde. Ale úplně nevíš no.*”

Sestra: „*A nejdou do toho ty holky no. Nechtějí na ty pokoje k těm starším. Ti pak řekne, že se bojí, že nechce aby to bolelo a co mu na to chceš.*”

Méně nápadně se mechanismus projevilo v **reflektovaných dopadech psychické zátěže**, kdy soubor sdílel obavu z otevření se před kolegy a náročnost komunikace svých úskalí s psychologickým odborníkem. Obdobně tomu bylo při přítomnosti kolegy se syndromem vyhoření, kdy respondenti uváděli jako kolektiv

nedostatečnou znalost vhodné komunikace tohoto problému. Za pozitivní východisko analýza ukázala uvědomování si této problematiky v **oblasti vzdělávání**, kde soubor reflektoval vzdělávání v lepších komunikačních dovednostech souhrnně jako jednoho z nejvýznamnějších ulehčení psychické zátěže na pracovišti.

Sestra: „*Myslím, že se toho holky bojí, proto je ta motivace nízká. Že se bojí, že se to rozkřikne po klinice. Že z nich bude někdo tahat něco, co nechtějí.*”

Lékařka: „*A vzdělávat se. Uvědomit si, že školou to nekončí a že zrovna tady v tom je to fakt potřeba. To je i něco, co v té situaci může i nejvíce podržet. Já jsem byla na ESPERO a byla to velká zkušenost. Jak s nimi o tom mluvit, co a jak říkat.*”

Souhrnně na procesní úrovni můžeme na základě dat stanovit následující hierarchii (od nejmenší po největší) zátěže:



- Naplňování primárních zdravotnických povinností personálu
- Přítomnost krizových situací
- Emocionální prožívání
- Nutnost adekvátní komunikace v zátěžových situacích

12.2.2 Odsun konfrontace psychologické zátěže

Druhým značně méně nápadným ale o to zásadnějším mechanismem se napříč výzkumem ukázala tendence personálu o odsun systematizovaného psychologického vyrovnávání se z pracoviště. Tento proces byl zachycen jak díky psychologům, tak lékařům a sestřím, skrze signifikantně odlišné vnímání pracovních situací a vnímané úrovni vzájemné spolupráce. Tato podkapitola nicméně nabízí odlišný náhled a představuje vnitřní, mnohdy neuvědomovaný, rozkol v přístupu k významu odborné psychologie na pracovišti.

Stejně jako je podstata tohoto mechanismu v rozporuplné spolupráci personálu, jeví se jako vhodná forma prezentace této části teorie ukázání existujícího rozkolu přímo v daných analytických celcích. Témata proto nebudou

představována v typickém sledu okruhů, ale spíše v jejich logické posloupnosti od mikrosituací po celo-systémový přístup.

Nejvíce reflektovaná pospolitost psychologické práce je v situacích prožívané nejvyšší zátěže (rodiče po úmrtí dítěte, pacientovo sdílení existenciálních témat, krizové situace s rodiči), zde se personál nejčastěji opírá o podporu psychologů a jsou primárními pracovníky volaným k takovýmto situacím. **Méně koherentní spolupráce** je v poskytování nekrizové psychologické péče, jako je podporování pacienta či rodiny při prožívání náročných emočních stavů. V této problematice medicínský personál reflektuje zvýšenou psychickou zátěž, což podtrhuje náročnost balancování osobních hranic vůči pacientovi a snaha o sebezáchovné udržení odstupů. Zároveň ale dle výpovědí personál do značné míry cíleně přebírá úloha psychologa ve snaze o zvládnutí těchto momentů, a pokud nekrizovost situace umožňuje, snaží se jeho zapojení vyhnout.

Sestra: *„Když tam máš takhle ty rodiče, tak voláš psychologa. Snažíš se tam pro ně nějak být, ale je to hodně těžký. Tak voláš tu další pomoc.“*

Lékařka: *„Za sestry ne a za psychology. Mně přijde, že musíme být do nějaké míry psychologové. Být tam pro ty druhé. Zároveň on je problém je často sehnat nebo to trvá, tak to řešíme sami.“*

Na základě dat můžeme do skupiny méně koherentní spolupráce zařadit i **situace sdělování diagnózy/prognózy**, kdy se prvotního sdělení účastní výhradně lékaři a sestry. Navzdory reflektované důležitosti psychické stránky těchto momentů a projevanou sebedůvěru medicínské části souboru v jejich zvládnutí, data z interpersonální části naznačují, že napříč personálem neexistuje jednotný postup, jak by takovéto intervence měly vypadat, a kdo by se jich měl účastnit.

Sestra: *„Většinou to sdělují lékaři nebo lékař, sestra. Vždycky se chodí s někým. Jednou jsem zažila, že by skrz to volali psychologa.“*

Lékařka: *„Často tam chodím sama, ale ty rodiče to už do velké míry tuší. Když se tomu dá dostatek času a prostoru, zaměříme se na ty pozitivní šance, tak to jde dobře.“*

Obecný přístup k psychologii medicínské části souboru se z odpovědí respondentů jeví jako značně kladný. To lze pozorovat v důležitosti psychického zvládnání pacienta pro úspěšný vývoj somatické léčby, prevenci syndromu vyhoření personálu či reflektované důležitosti psychologa na oddělení. Ve svých explicitních odpovědích tito respondenti opakovaně uvádí důležitost opory psychologa také pro personál. Na základě kolektivních dat nicméně vyplývá, že byť soubor vnímá vyšší potřebu psychologické péče pro personál, obává se jejího nízkého využití a strachu z otevření se. To potvrzují psychologové v souboru, kdy reflektují velmi nízký zájem personálu o jakoukoliv systematizovanou psychologickou péči.

Lékařka: *„Ano, určitě by to bylo nějakou neformální podobou fajn, kdyby něco připravili (psychologové). Něco na stmelení toho kolektivu.“*

Sestra: *„Myslím, že by to bylo hodně potřeba pro některé kolegyně. Že jim to hodně dává a neuvědomují si to. Pak většinou skončí. Ale nechtějí to takto otevírat. Že kdo ví, co by v sobě člověk našel.“*

Psycholožka: *„Nechtějí o tom mluvit. I když jim to nabízíme, tak nechtějí. Většinou to nějak přejdou.“*

Na **interpersonální úrovni** jde odlišný postoj k psychologické práci vidět nejzřetelněji, kdy medicínský personál reflektoval spolupráci s psychology jako velmi dobrou a do chodu pracoviště integrovanou. Psychologové z těchto pracovišť své začlenění v kontrastu reflektovali jako nedostatečné a možnosti práce značně limitující. Data proto naznačují signifikantně odlišný postoj ve vnímání míry dostačující psychologické spolupráce mezi sestrami a lékaři, a psychology. **Systémově** existuje na základě dat dále trend, kdy je snaha psychology na oddělení v co největší míře zastupovat, ať už přímo dalším vzděláváním personálu, či delegováním psychologické péče na Centrum provázení a další sociální pracovníky. Navzdory reflektované důležitosti psychologa na oddělení a vyjadřování potřeby mít ji více dostupnou se dle výpovědí personál zároveň snaží spoléhat na co nejvíce jiných zdrojů, než právě psychology.

Lékař: „Myslím, že na oddělení fungujeme dobře, ta spolupráce s psychology běží, když je něco potřeba, tak se domluvíme. A že své úkoly plní adekvátně.“

Psycholožka: „Nejdou nám v tom naproti, ta komunikace je hodně těžká. Není tu moc prostor, že třeba mám intervenci a někdo přijde na kontrolu a nerespektuje to. Nebo, že jsem musela kvůli nedostatku místa intervenovat na chodbě a dostala jsem před tou maminkou zdrba, proč to dělám tam.“

Psycholožka: „Občas narážíme i s těmi sociálními pracovníky. Že tam přijdu a rodiče řeknou, že už za nimi někdo byl. Oni to nazývají jako intervenci, ale když to pak vidíte, tak se baví o životě, o všem možném. Ale není to to, na co jsme se připravovali my.“

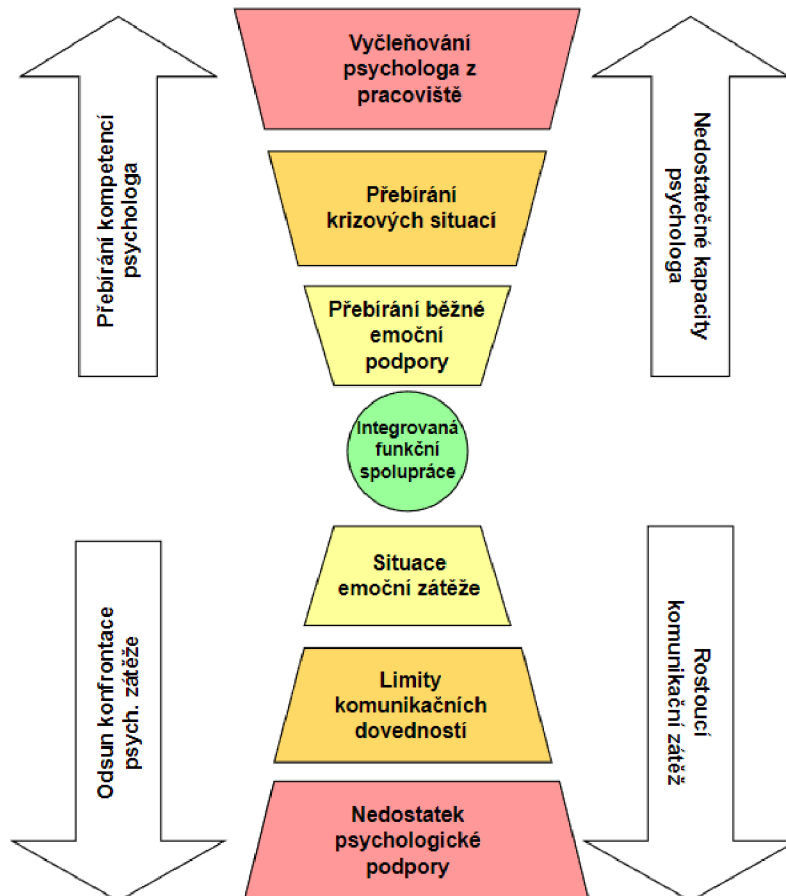
Významným faktorem se dle dat ukazuje také **osobnostní otevřenost k psychologickému prožívání personálem**. Navzdory pozitivním vyjádřením k psychologii vyplynula z analýzy řada témat (psycholog pro personál, obava ze sdílení, zastupování psychologa, sdílení v kolektivu,...), kdy soubor ukazuje odměřenost ve vlastní snaze o konfrontaci a cílené zpracovávání prožívané zátěže. Reflektují personálem minimální využívání systematické psychologické pomoci a spoléhání více na ne hluboké sdílení v kolektivu, mimopracovní aktivity a rodinu. Na základě dat tak není aktivní práce na vnitřních tématech součástí pracovní kultury pediatrické onkologie, naopak je patrná snaha o minimalizaci situací, které by k ní mohli nabádat a její odsun mimo život na pracovišti.

Sestra: „My tam takové věci spolu moc neřešíme. To je každého osobní věc. Záleží na povaze a jak se s tím kdo vypořádá v soukromí po svém.“

12.3 Představený model teoretického fungování

Na základě provedené kvalitativní analýzy optikou zakotvené teorie, zjištěných témat náročnosti práce a integrujících procesů došlo analytickou prací k vytvoření následujícího modelu.

Obrázek 6: Model teoretického fungování



V rámci dosavadního vývoje teorie můžeme říci, že prožívaná pracovní zátěž personálu dětské onkologie je ve svých nejkritičtějších oblastech do značné míry ovlivňována přítomností náročných komunikačních intervencí a pracovní kulturou personálu tuto zátěž zvládat s minimalizací zapojení psychologických pracovníků.

Na základě nesouladu výpovědí respondentů **existuje odstup v postavení a spolupráci lékařů a sester s psychology**, kdy není pozice psychologického pracovníka na odděleních pediatrické onkologie etablovaná natolik, aby mohl

dostatečně plnit svou úlohu řešitele psychologické zátěže pacientů, rodičů a zdravotnických kolegů.

Skrze provedenou analýzu se nabízí **explanace ve výrazném nedostatku a vytížení psychologického personálu**. Vytváří se bludný kruh, kdy nedostatek psychologů znemožňuje ukázání vyššího přínosu komplexnější psychologické práce, což vede k tendencím medicínského či pomocného personálu k přebírání těchto kompetencí na sebe. Tím je vytvářena pracovní kultura, kdy je potřeba zapojení psychologa vnímána jako méně nutná a tudíž není prioritou zvyšování jejich personálního zastoupení.

V souladu se získanými daty a současnou úrovní teoretického modelu se motivace a systémové možnosti personálu pediatrické onkologie tyto procesy změnit jeví jako nízké a nelze tak predikovat blízkou změnu současného statusu quo.

13 Diskuze

V rámci této kapitoly budou prezentovány širší interpretace jednotlivých výzkumných zjištění a jejich srovnání s vědeckou literaturou představou v teoretické části práce. V úvodu kapitoly je zhodnoceno dosažení výzkumných cílů a vytvořeného teoretického modelu. Dále je diskuze věnována zjištěným zdrojům prožívané zátěže a jejich reflexi. V závěru je uvedeno kritické shrnutí metodologického rámce studie, její limity, přínos a doporučení pro další výzkum.

Shrnutí studie ve vztahu k výzkumným cílům

1. Poskytnutí komplexního kvalitativního vhledu do náročnosti práce na pediatrické onkologii.

Čtenáři by měl být na základě rešerše a prezentovaných výsledků umožněn komplexní vhled do náročnosti práce pediatrického onkologického personálu, kdy práce může sloužit jako teoretický podklad pro další, například kvantitativní výzkumy. Získané poznatky se jeví dostatečně vhodné pro úspěšné splnění primárního výzkumného cíle studie.

2. Popsání nejvýznamnějších faktorů prožívané zátěže, které zdravotnický personál ve výzkumném souboru reflektuje.

Výzkum odhalil širokou řadu zdrojů zátěže a opory při práci výzkumného souboru, stejně jako jejich vnitřních mechanismů a procesů je spojujících. Naplnění cílů popsání nejvýznamnějších faktorů prožívané zátěže se proto jeví jako zdárné.

3. Představení základních procesů napříč těmito faktory a mechanismy jejich fungování.

I na procesuální úrovni se úspěšně podařilo nalézt propojující centrální témata, která umožňuje bližší pochopení rozdělení zátěže napříč oblastmi práce souboru.

4. Vytvoření v datech ukotveného teoretického modelu, který bude hlavní získané poznatky integrovat do jednoho funkčního celku.

Na základě výzkumných zjištění se úspěšně podařilo vytvořit z dat vycházející teoretický koncept, který zastřešuje získané poznatky v jeden funkční celek a může sloužit jako teoretická opora budoucím výzkumům.

Diskuze nad představeným teoretickým modelem

Z dat vytvořený teoretický model současné fáze zakotvené teorie majoritně poukazuje na způsob vyrovnávání se souboru a širšího personálu s prožívanou zátěží na pracovišti. Navzdory explicitním výpovědím respondentů se problémovost nedostatečně vhodné komunikace na pracovišti ukazuje jednak jako významný zdroj zátěže pro personál a jednak jako bariéra ve zpřístupnění opory psychologů. To doplňuje výzkumná zjištění (Kain, 2013; Sisk et al., 2018) o důležitosti otevřené komunikace na pracovišti. Reflektovaný rozkol mezi složkami personálu poukazuje na širší problém tranzice západní medicíny, který ve své práci reflektuje taktěž (Bajčiová et al., 2006; Starý et al., 2019).

Výzkum sám neposkytuje přelomová heuristická zjištění, které by soubor ve své svých výpovědích nereflekoval jako obecně existující. Možná je to ale právě tento stav, kdy se o problémech nerovnoměrného postavení pracovníků v medicíně ví, aktivně se ale jeho řešení mnohdy nejde vstříct, o čemž hovoří i (Venglářová, 2011). Vytvoření prezentovaného modelu a pomyslného závěru zakotvené teorie se ukázalo jako efektivní forma, jak na tyto problémy systematicky poukázat. Nabízí personálu možnost vidět vztahy problémových oblastí jejich práce způsobem, který nemusí být z každodenního života zřejmý.

Za jeho největší slabinu lze považovat nižší validitu, kdy by pro jeho pevnější teoretické ukotvení bylo potřeba triangulovat současnou úroveň teorie s daty od rodičů, pacientů či sociálních pracovníků. Zvýšila by se tak jeho explanační síla a zaplnili možná slepá místa příčin bariér na osobní i interpersonální úrovni v kolektivním překonávání psychické zátěže na pracovišti.

Období nástupu na oddělení

V začátcích života na pracovišti reflektoval soubor jako nejproblematictější přípravu dosavadního vzdělávání, což odpovídá jeho kritice od White et al. (2001) a Vorlíčka et al. (2011), a v první řadě přítomnost nekvalitního školitele. Nepotvrdili se v tomto období tak výzkumná zjištění autorů (Ro et al., 2008; Girgis et al., 2009) označující za nejvýznamnější zdroj zátěže práci s pacientem a jeho rodinou. Dá se nicméně předpokládat nižší validita těchto zjištění kvůli tzv. „survivorship bias“¹⁵, kdy mohl být ze své podstaty výzkum realizován pouze s těmi, kteří tuto zkoušku úspěšně prošli. Soubor nicméně reflektoval kolegy, kteří práce v blízké době po nástupu vzdali, a kteří se jeví jako vhodné zdroje dat dalšího rozšiřování teorie.

Vzdělávání

V oblasti vzdělávání se jako nejvíce podstatná ukázala témata spojená se vzděláváním v oblasti komunikace a sdělování náročných diagnóz, kde respondenti v shodě se zjištěními (Papadatou et al., 2002; Trufelli et al., 2008) udávali nižší míru vnímaných pracovních kompetencí. V pozitivním smyslu zde ukazovali nadšení pro možnost dalšího vzdělávání, a to v souladu s tvrzením Rosenzweig et al. (2007), který doporučuje co nejvíce praktickou formu vzdělávání formou standardizovaných pacientů či workshopů. Oproti tomu reflektovali nižší míru zájmu dalšího personálu o supervizi, což odporuje názorům Michkové (2008) a Venglářové (2013). Soubor dále uváděl nízkou míru přípravy na zvládnání pracovní zátěže a péče o své psychické zdraví, což odpovídá závěrům Aycocock & Boyle (2009).

Navzdory těmto důkazům nedostatečné přípravy stojí za úvahu, zdali a v jaké formě je při velmi náročném studiu zdravotnického personálu možné požadovat i intenzivní osobnostní rozvoj, kdy by měly mít zpracovaná tak náročná témata, jako

¹⁵ Klam přeživších

je sdělování diagnózy, empatická komunikace, umírání pacientů, prožívání vlastní bezmoci či perfektní interpersonální fungování.

Systémové fungování pracoviště

Jako významná kategorie zátěže se v této oblasti ukázala časová tíseň, což podporuje závěry Truffelli et al. (2008), dle kterého je signifikantním rizikovým faktorem syndromu vyhoření a rizika odchodu personálu z pracoviště. V příčinách této časové tísně došel výzkum ke stejným faktorům jako Grunfeld et al. (2005). Těmi jsou do značné míry nedostatek zdravotnického personálu, což podporuje také Vlčková (2018) a rostoucí nároky na administrativu, kdy dochází k důsledku prodloužení pracovní doby. V rozporu s Grunfeld et al. (2005) ale soubor udával nízký vliv této zátěže na svůj soukromý život.

Specificky v administrativní zátěži se u lékařů a psychologů v souboru potvrdili závěry řady autorů (Grunfeld et al., 2005; Girgis et al., 2009; Truffelli et al., 2008), kdy je administrativní zátěž výrazným zdrojem pracovní zátěže a frustrace. Problém se ukázal závažným do takové míry, kdy v souladu s Einhorn et al. (2002) byla tato zátěž reflektována jako obdobná doprovázení umírajícího pacienta. Potvrzuje se tak zvýšená nutnost modernizace systému vykazování výkonů, komunikace s pojišťovnami a nutnost specializovaného administrativního pracovníka.

Interpersonální spolupráce

V oblasti interpersonální spolupráce se jako podstatné téma ukázala rovnocennost vztahů personálu na pracovišti, kdy byl reflektován blízký kolegiální vztah mezi lékaři a sestrami, ale byl také z dat vyplývající odstup ve spolupráci s psychology. Nebyly tak v souladu s Míhalem (2003) naplněny předpoklady nejlepší možné komplexní péče o pacienta a jeho rodinu. Přebírání práce napříč skupinami bylo v rámci souboru nejvíce patrné u zastupování psychologa, na rozdíl od závěrů Vévody (2013) a Venglářové (2011), ale nedocházelo ke vzniku konfliktů v důsledku nezamýšlené delegace této práce. Naopak vyplývaly nevyřešené konflikty

z nedostatečných možností psychologů jednat plně v rámci svých profesních kompetencí.

Za otevřené zdroje konfliktů byly v souladu se zjištěními Sisk et al. (2018) uváděny nedostatečně upřímná komunikace a neshody při diskuzi diagnostiky či prognózy. Stejně jako ve studii Vévody (2013) se pracovní přetížení a vypjaté emoční situace ukázaly rizikovým faktorem vyšší míry mikrokonfliktů, které soubor reflektoval jako značně zatěžující. V neposlední řadě zde dle výpovědí naráží v jednotné komunikaci s pacienty, kde ve shodě s dalšími autory (Sisk et al., 2018) dochází ke sdělování informací opakovaně či v rozporu. Ukázala se zde navíc nejednotnost systému sdělování informací, kdy personál sám napříč pracovišti nemá ucelenou jistotu, jak by takováto situace měla vypadat a kteří pracovníci jsou za ni do jaké míry zodpovědní.

Rodiče na oddělení

Existence rodičů na oddělení se ukázala jako velmi podstatnou složkou práce výzkumného souboru, kdy nejsou pouze pasivní složkou, ale aktivní součástí pacientovi léčby. Respondenti udávali pozitivní spolupráci s rodiči jako velmi důležitou při péči o pacienta a celkové spolupráci na oddělení, což podporuje dosavadní zjištění dalších autorů (Epstein, 2008; Gårdling et al., 2015; Souza et al., 2013). Stejně jako uvádí Sato et al. (2015) i napříč výzkumným souborem byla pozorovatelná maximální snaha o upřímnou a otevřenou komunikaci. Utvoření vhodného vztahu s rodičem pak v souladu s tvrzeními Klassen et al. (2012) dále fungovalo i jako významný zdroj salutoprotekce před zátěží prožívanou při náročných situacích léčby jeho dítěte.

Naopak krizové situace s rodiči tvořili jednu z nejvíce zatěžujících oblastí práce respondentů. Zde se jako hlavní faktory zátěže ukázalo prožívání těžkých emocí rodiči a jejich náročná komunikace ze strany personálu, kdy soubor reflektoval významné limity ve schopnosti rodiče podpořit. Obdobná zjištění uvádí i Papadatou et al. (2002). V souladu s výzkumnými závěry studie autorů Plante & Cyr (2011) se na základě analýzy ukázala podpora rodičů po úmrtí dítěte jako více zatěžující okamžik než samotné doprovázení pacienta.

Péče o pacienta

V rámci práce s pacientem lze z dat pozorovat trend rostoucí náročnosti při posunu ze somatické péče k psychologické. To potvrzuje výzkumné závěry (Berger et al., 2013; Feudtner et al., 2007), kteří uváděli somatickou péči o pacienta pro personál jako méně zatěžující.

V souladu s výzkumem autorů Gårdling et al. (2015) se i pro výzkumný soubor ukázala důležitá otázka balance profesionálního odstupu a emoční blízkosti k pacientovi. Respondenti dále vyzdvihovali otevřenou empatickou komunikaci, kterou stejně jako Souza et al. (2013) považovali za důležitou složku pacientovi léčby.

Jako pro personál výrazně náročná vyplývá z výzkum práce s pacientovými negativními emocemi, převážně, smutkem až depresivitou či hněvem. Ke stejnému závěru dospěli ve svých studiích Chong & Abdullah (2015) a Trufelli et al. (2008), na rozdíl od některých závěrů autorů se pro respondenty ale nejedná o faktory, které by významně přispívaly k výskytu syndromu vyhoření na pracovišti.

Jako nejvíce zatěžující složka práce personálu se z výzkumu nicméně ukázala problematika starších dětí a jejich snaha o komunikaci existenciálních otázek týkajících se smrti a umírání. Respondenti reflektovali značnou nepřipravenost na takovéto momenty a neochotu dalšího personálu do těchto situací vůbec vstupovat. Potvrdili se tak zjištění řady autorů (Andersson et al., 2016; Carlsson et al., 2008; Trufelli et al., 2008; Woodgate, 2006) kteří udávali neúspěšnou komunikaci s pacientem za velmi výrazný faktor zátěže onkologického personálu.

Kritické zhodnocení metodologického rámce studie

Metodologický přístup formou **Zakotvené teorie** dle výkladu autorů (Charmaz, 2006; Řiháček et al., 2013) se ukázal jako vhodný při naplňování výzkumných cílů. Doporučení autorů byla neocenitelná a vhodně prováděla celým analytickým procesem, kdy se v tomto výzkumu potvrdila Zakotvená teorie jako efektivní strategie při tvorbě zastřešujícího teoretického modelu. Typ výzkumu v podobě **vícepřípadové studie** se taktéž ukázal velmi vhodnou pro získávání potřebných

dat. Jedná se o dostatečně flexibilní a přitom strukturovaný rámce, který lze pro obdobné výzkumné designy vřele doporučit.

Jako problémovým se ukázalo **příliš široké rozpětí výzkumných oblastí** ve snaze pokrýt všechny aspekty práce respondentů. Nebylo proto během rozhovorů možná jít do větší hloubky, kterou by si některá témata zasloužila. Nejvíce se tento nedostatek projevil při analýze vnitřního prožívání a způsobů vyrovnávání se se zátěží souboru. Fungování copingových mechanismů personálu pediatrické onkologie je oblastí, která by si dozajista zasloužila více akademické pozornosti.

Úvodní **třídění dat do tematických celků** podle výzkumných oblastí se ukázalo jako dvousečná strategie, kdy na jednu stranu zpřehlednila analytický proces vytvořením několika defacto samostatných analýz, na druhou stranu nutně došlo ke ztrátě části dat ve formě méně hustých vztahových propojení napříč těmito oblastmi. Toto úskalí bylo částečně limitováno vytvořením obdobných kategorií (sdělování diagnózy – personál; sdělování diagnózy – rodiče), kdy mohlo dojít k propojení takto blízkých témat na vyšší úrovni zpracování. V plném využití potenciálu dat nicméně zůstaly rezervy.

Limity studie

V rámci výzkumného souboru došlo k přijatelné saturaci dat, kdy poslední dva rozhovory přinesly pouze minimum nových dat. Navzdory tomu, nebo možná právě proto, lze za největší limit studie považovat **nedostatečnou heterogenitu výzkumného souboru**, a to konkrétně v jeho přístupu k psychologickému prožívání.

Toto zkreslení je zapříčiněné zvolením výběru souboru formou metody sněhové koule, kdy se do něj přirozeně dostávali respondenti více otevřeně diskuzi svého prožívání a spolupráci na psychologickém výzkumu. Jako mnoho kvalitativních výzkumů tak studie **nese riziko nadsazování positivity a ochoty v přístupu** výběrového souboru. Tento fakt by mohl částečně vysvětlovat silně odlišné vnímání spolupráce medicínské části personálu a psychologů. Ti reflektovali spolupráci s více odměřenými kolegy, kteří jsou ze své podstaty pro takovýto typ výběru

nedostupnější. Jako efektivnější se proto jeví **systematický kvótní výběr** ve spolupráci s vedením jednotlivých klinik, který ale nebyl v možnostech realizátora této studie. Taktéž zahrnutí personálu, který z důvodů psychické zátěže pracoviště opustil, by mohlo přinést velmi důležitá data pro stávající teoretický model.

Druhým významným limitem studie je **nedostatečné pokrytí pracovišť** napříč republikou, kdy členové souboru zastupovali pouze tři z osmi existujících. Je potřeba reflektovat možnost získání zcela odlišných dat vůči existujícímu modelu při zařazení dalších pracovišť. Naplnění tohoto kritéria by vyžadovalo zapojení přibližně třiceti respondentů, což přesahovalo časové a analytické možnosti tohoto výzkumu.

Na základě kritického zhodnocení a limitů studie se proto jako **hlavní doporučení pro další výzkumníky** zabývající se touto oblastí nabízí:

- Zaměření se na užší výzkumnou oblast a její detailnější prozkoumání
- Spolupráce s respondenty na úrovni kliniky v procesu shora dolů
- Využití kvantitativních metod pro ověření kvalitativních poznatků
- Zapojení pracovišť napříč celou republikou

Přínos realizované studie

Za hlavní přínos výzkumu jde považovat realizaci **prvního akademicky kvalitativního šetření**, které se věnovalo personálu pediatrické onkologie jako širšímu celku. Mimo několika prací, věnujících se zdravotním sestřím v tomto oboru, nejsou v současné chvíli studie, které by reprezentovaly přístup lékařů a psychologů při zvládnání náročnosti této práce. Studie tak nabízí čtenářům unikátní pohled do pracovního života personálu tohoto medicínského oboru a jakou psychickou zátěž pro něj tato práce představuje. Autor doufá, že tato práce bude moci sloužit jako kvalitativní zdroj inspirace dalším výzkumům, které by na něm chtěly navázat například kvantitativním šetřením nebo vytvořením standardizovaného dotazníku zátěže.

Druhý zásadní přínos se týká samotného **personálu pediatrické onkologie**. Získaná data ukázala řadu situací, které respondenti udávali jako velmi těžké, kdy narážejí na své limity, a to především v dovednosti komunikovat

extrémně náročné situace s pacientem a jeho rodinou. Osobním přáním autora proto je, aby se personál nebál o těchto těžkých tématech více mluvit, účastnil se odborných reflexí s kolegy a podílel se či jinak šel naproti systematizovanému vzdělávání, které tolik kolegů označilo za velmi významný zdroj opory. Autor doufá, že tato práce a sdílení respondentů v ní pro to bude dobrou inspirací.

Posledním významný přínos výzkum nabízí v poukázání na **pracovní odstup**, který existuje mezi psychology a lékaři se sestrami. Řada velmi zatěžujících faktorů, které lékaři a sestry uváděli spadá do kategorie situací, ve kterým by jim jejich psychologičtí kolegové mohli být díky svým kompetencím významnou oporou, pokud by jim k tomu byly dány vyhovující podmínky. Medicína postmoderního světa dle reflexí samotných respondentů už dávno není pouze otázkou somatické léčby. Tento vývoj sebou nezbytně nese potřebu integrace odpovídajících profesionálů do týmu pracoviště. Stejně, jako byl udávaný partnerský vztah lékaře a sestry nezbytný pro zajištění kvalitní péče o pacienty, reflektovaná zátěž souborem ukazuje potřebu stejného přístupu i k psychologům. Pediatrická onkologie má díky svému specifickému místu na poli medicíny možnost být místem, kde se úspěšně překlene měnící se paradigma komplexního přístupu a uzavře se propast mezi somatickou a psychologickou stránkou medicíny.

14 Závěry

Kapitola je věnována shrnutí hlavních zjištění diplomové práce. Na základě výzkumného šetření a následné analytické práci došlo ve vztahu k výzkumným otázkám ke stanovení těchto hlavních závěrů:

Výzkumná otázka č. 1: Jaké nejvýznamnější faktory zátěže ve své práci reflektuje personál pediatrické onkologie?

- V **období nástupu** se jako majoritní faktor zátěže pro soubor ukázala přítomnost školitele, jehož přístup k mladšímu kolegovi do značné míry předurčoval, jaká pro něj tato zkušenost bude.
- **Vzdělávání** se ukázalo pro participanty nízkou zátěží, kdy jej zejména v oblasti komunikace při krizových situacích reflektovali jako významný zdroj salutoprotekce.
- V rámci **systemového fungování** se jako majoritní faktory zátěže ukázaly časová tíseň a v pozitivním směru opora v širším personálu nemocnice. Nedostatek času byl spojován primárně s nedostatkem personálu a administrativním zatížením. Respondenti zde nejvíce oceňovali existenci podpory sociálních pracovníků a mobilních hospiců, které do značné míry ulehčovali paliativní péči o pacienty.
- **Interpersonální spolupráce** byla pro soubor nejvíce zatěžující při komunikaci konfliktních situacích, jako byla neshoda v diagnostice, existence mikrokonfliktů či nejednotný přístup sdělování diagnózy.
- Při **spolupráci s rodiči pacientů** na pracovišti byly pro participanty nejvíce zatěžující práce s jejich emocemi a především komunikace s rodiči po smrti pacienta, kdy reflektovali nízkou míru vnímaných kompetencí.
- V **péči o pacienta** se výrazně zatěžující oblastí ukázalo jeho emoční prožívání. Specificky se ale nejzatěžujícím tématem této části práce i celého výzkumu ukázala tendence adolescentů sdílet svá existenciální témata ohledně umírání a smrti, na jejichž komunikaci soubor reflektoval značnou nepřipravenost.

- Při reflexi psychické zátěže uváděli participantů řadů jejích dopadů na život na pracovišti, i v jehož důsledku reflektovali svůj pediatrickou onkologii jako jeden z nejnáročnějších zdravotnických oborů. Specificky zatěžující se zde ukázalo prožívání chyby.

Výzkumná otázka č. 2: Jaké vnitřní mechanismy procesně integrují tyto faktory zátěže?

- Za nejvýznamnějšími procesy, které významově propojovaly nejvíce faktorů zátěže, analýza ukázala komunikační zvládnání a odsun konfrontace psychologické zátěže.
- Náročnost **komunikačního zvládnání** se ukázala zejména v souborem vnímaných limitech při intervenci rodičů po úmrtí dítěte a při snaze o vyhnutí se situacím, kdy adolescentní pacienti vyvíjí snahu o sdílení otázek ohledně umírání a smrti.
- **Odsun konfrontace psychologické zátěže** byl pozorován primárně v rozkolu důležitosti psychologické péče na oddělení a související spolupráci doktorů a sester s psychology. Sekundárně v osobnostním přístupu souboru, kdy dochází ke snaze o minimalizaci otevřeného prožívání zátěže mezi personálem na pracovišti.

Výzkumná otázka č. 3: Jak provázané spolu tyto mechanismů vzájemně jsou?

- Zátěž komunikace krizových situací a odsun konfrontace psychologické zátěže se vzájemně jeví v cyklickém vztahu.
- Nemocniční personál do značné míry přebírá kompetence psychologů v zátěžových oblastech, kde současně reflektuje limity této snahy. Psychologové tudíž nemají možnost ukázat na pracovišti kvality hlubší psychologické práce, což zbývajícímu personálu snižuje motivaci jim tyto kompetenční oblasti přenechávat a zvyšuje jeho vlastní riziko psychické zátěže.

15 Souhrn

Předkládaná diplomová práce se zabývá tématem prožívané pracovní zátěže personálu dětské onkologie. Jejím primárním cílem je popsat hlavní faktory zátěže se kterými se zdravotníci při této práci setkávají a vytvořit ucelený teoretický model mechanismů jejich vnitřního fungování.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou uvedeny základní aspekty onkologického onemocnění dětského věku a stručný kontext oblastí pracovní zátěže, kterou zdravotníci tohoto oboru prožívají. V praktické části práce je prezentován realizovaný kvalitativní výzkum v souladu s přístupem Zakotvené teorie dle doporučení autorů Charmaz (2006) a Řiháčka et al. (2013) a to za dodržení všech metodologických a etických pravidel a požadavků.

První kapitola práce představuje kontext péče o onkologického pacienta jako podkladu pro porozumění náročným situacím, se kterými se personál každodenně setkává. Dětská onkologie je v České republice relativně malý medicínský obor, kdy je onkologické onemocnění meziročně diagnostikováno přibližně 400 dětem a dospívajícími (Krejčí et al., 2023). Nejčastějšími typy nádorů jsou v této oblasti leukemická onemocnění, germinální nádory a maligní lymfomy (Bajčiová et al., 2011). Existuje řada léčebných postupů, kdy mezi dominantní metody patří chirurgická léčba, chemoterapie a radioterapie (Bajčiová et al., 2004). Personál se tak každodenně setkává s prací s rizikovými látkami.

Pacienti trpí v důsledku léčby řadou vedlejších komplikací a to nejen somatických ve formě ztráty vlasů, bolestí, mukozitid ústní dutiny či rozvrácení trávicího traktu (Koutecký & Cháňová, 2003; Štěřba, 2008) ale také psychických. V této kategorii se nejčastěji objevuje depresivita či zvýšená emoční labilita (Bajčiová et al., 2011; Komárková et al., 2013), kognitivní deficit (Kepák et al., 2007) nebo vývojový regres (Blažková, 2017). Zdravotníci proto musí svůj přístup přizpůsobovat nejen širokému věku pacienta (0-19), ale také jeho mnohdy náročným psychickým stavům.

Druhá kapitola shrnuje organizaci systému dětské onkologie u nás, práci majoritních skupin personálu a jím prodělanému systémovému vzdělávání. Dále prezentuje výzkumy zabývající se reflexí náročnosti práce na dětské onkologii (Girgis et al., 2009; Ro et al., 2008) a specificky problematice časové zátěže. V té se jako nejvýznamnější zdroje zátěže ukázaly dle Grunfeld et al. (2005) a Einhorn et al. (2022) administrativa, nedostatek personálu a času na jednotlivé pacienty.

Třetí kapitola nabízí vhled do zákulisí interpersonálního fungování pracoviště, krátce představuje proces nástupu na oddělení a nejčastější oblasti komunikace na pracovišti. Zde se jako zatěžující ukázala problematika rovnocennosti vztahů (Spurná, 2011; Venglářová, 2011) či personálních konfliktů, jako jsou neshody v léčebném postupu (Vévoda, 2013) či bariéry v komunikaci (Sisk et al., 2018). Jsou zde také stručně uvedeny nejvíce zatěžující oblasti komunikace s pacientem, kde se jako nejtěžší ukázalo pacientovo sdílení témat v procesu umírání (Andersson et al., 2016; Woodgate, 2006). A v neposlední řadě komunikace s rodičem, kde řešerše za klíčové faktory zátěže ukázala jejich emocionalitu (Papadatou et al., 2002) a komunikaci po smrti dítěte (Plante & Cyr, 2011).

Čtvrtá kapitola představuje ty nejvíce zatěžující situace, se kterými se personál při práci setkává. Těmi dle doplněných autorů sdělování diagnózy či špatné prognózy (Hrdličková, 2019; Parkes et al., 2007), somatická péče o pacienta (Berger et al., 2013), rozhodování o ukončení léčby (Spurná, 2011) a práce s umírajícím pacientem (Bužgová et al., 2019).

Poslední kapitola teoretické části je věnována vyrovnávání se personálu s prožívanou psychickou zátěží. Jsou zde nastíněny nejčastější dopady, jako je zvýšená stresová reakce (Obročníková et al., 2015; Zálešáková & Bužgová, 2011) či syndrom vyhoření (Ro et al. 2008; Trufelli et al., 2008).

Praktická část práce představuje kvalitativní šetření formou vícepřípadové studie realizované s 10 respondenty, kdy bylo zastoupení 4 lékařů, 3 zdravotních sester a 3 nemocničních psychologů. Respondenti byli primárně získáni metodou sněhové koule, kdy byla výzkumná data vytvořena za pomoci polostrukturovaného rozhovoru vlastní tvorby. Data byla následně analyzována v souladu s postupem

Zakotvené teorie. Na základě této analýzy byly odhaleny souborem prožívané nejvýznamnější zdroje pracovní zátěže a vnitřní procesy, které tuto zátěž způsobují. Ty byly následně koncipovány do teoretického modelu který završil analytickou práci v rámci Zakotvené teorie.

12 kapitola představuje nejvýznamnější výzkumná zjištění napříč 7 hlavními oblastmi výzkumu. V období nástupu na oddělení se jako hlavní faktor prožívané zátěže ukázala přítomnost podporujícího kolektivu, především školitele, a to jak v pozitivním, tak negativním směru.

Přístup ke vzdělávání byl souborem uváděn jako velmi pozitivní, kdy jako významný protektivní faktor před pracovní zátěží udávali možnost dalšího vzdělávání v komunikaci a specificky komunikaci při sdělování diagnózy/prognózy.

V rámci **systémového fungování** se jako nejvýznamnější faktor zátěže ukázala časová tíseň, zejména v důsledku nedostatku personálu a administrativní zátěže, kdy se specificky v tomto oboru projevuje neexistencí institutu ošetřujícího lékaře. Nejvýznamnějším protektivním faktorem zde byla širší podpora personálu, zejména v podobě mobilních hospiců, díky kterým dochází ke smrti na pracovišti minimálně.

U **interpersonální spolupráce** se jako hlavní faktor zátěže projeví konflikty na pracovišti, specificky při neshodě v léčebném postupu a nesouladu postupu při sdělování diagnózy.

Ve **spolupráci s rodiči** soubor hodnotil jako nejzatěžující práci s jejich emocemi a jako nejnáročnější situaci udával doprovázení po úmrtí dítěte.

Při **péči o pacienta** bylo nejnáročnější složkou jeho emoční prožívání, především negativních emocí, vnímané utrpení a jeho sdílení témat ohledně umírání a smrti.

V **reflektované psychické zátěži** respondenti obecně udávaly svou práci jako jeden z nejnáročnějších medicínských oborů, kdy je pro ně obzvláště zatěžující práce s vlastní chybou.

Jako nejvýznamnější integrující procesy byly ve výzkumu identifikovány **komunikační zvládnání a odsun konfrontace psychické zátěže**. Komunikace se napříč většinou nejnáročnějších témat ukázala jako klíčová složka jimi způsobované zátěže pro personál. Vyhýbání se projevům psychické zátěže je nejvíce pozorovatelné na odstupě personálu od vlastního emočního prožívání a přebírání kompetencí psychologických pracovníků dalších zdravotníků, kteří zde nicméně naráží na své limity.

Centrální teoretický model propojuje tyto dva komunikační procesy, kdy reflektuje bludný kruh přebírání práce za psychologické pracovníky, která je v důsledku zdrojem hlavní prožívané zátěže personálu. Tím je také snižována vnímaná důležitost psychologů na pracovišti, což vede k jejich menšímu začlenění, výraznějšímu přebírání jejich kompetencí a opětovnému zvýšení prožívané zátěže.

Hlavními **limity prezentovaného výzkumu** jsou nedostatečné pokrytí pracovišť napříč republikou, v zastoupení 3 z 8, a nedostatečná heterogenita souboru, kdy byli skrze metodu výběru do šetření zařazeni primárně ti respondenti ochotní mluvit o své zkušenosti a podpořit psychologický výzkum.

Hlavním **přínosem studie** je, v českých podmínkách, první akademický kvalitativní výzkum zaměřující se na personál dětské onkologie jako celek. Dále popsání klíčových faktorů jím prožívané pracovní zátěže a vyzdvižení jejich příčin, zejména pracovního rozkolu mezi jednotlivými složkami personálu. V neposlední řadě také vytvořením teoretického modelu reprezentující současnou fázi zakotvené teorie, na kterou mohou navázat další výzkumníci v oblasti dětské onkologie.

LITERATURA

1. Adam, Z., Houdek, L., Vorlíček, J., & Krejčí, M. (2011). *Obecná onkologie* (1. vyd.). Praha: Galén.
2. Andersson, E., Salickiene, Z., & Rosengren, K. (2016). To be involved—A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Education Today, 38*, 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.026>
3. Aycock, N., & Boyle, D. (2009). Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 13*(2), 183–191. <https://doi.org/10.1188/09.CJON.183-191>
4. Bajčiová, V., Tomášek, J., & Štěrbá, J. et al. (2011). *Nádorová onemocnění adolescentů a mladých dospělých*. (1. vyd.) Praha: Grada.
5. Bajčiová, V., & Štěrbá, J. (2014). *Solidní nádory dětského věku*. Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
Získáno 18. února 2023 z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/lecba/vekova-specifika/solidni-nadory-detskeho-veku/>
6. Bajčiová, V., Štěrbá, J., Mužík, J., & Kocák, I. (2006). Co dlužíme dospívajícím a mladým dospělým s nádorovým onemocněním. Rezervy v komplexní onkologické péči o dospívající a mladé dospělé. In: *Sborník abstraktů XX. Brněnské onkologické dny a XX. Konference pro sestry a laboranty*, Brno.
7. Vlčková, B. (2018). *Personální kapacity a odměňování 2017*. ÚZIS. Získáno 24. února 2023 z: <https://docplayer.cz/user/186461373/>
8. Berger, A., & Shuster, J., L. et al. (2013). *Principles and practice of palliative care and supportive oncology*. (4. vyd.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
9. Blažková, T. (2017). *Ovlivňující faktory kvality života a zvládání u dětí a dospívajících po léčbě onkologického onemocnění* (Nepublikovaná disertační práce). Masarykova univerzita.
10. Blažková, T., & Koutná, V. (2015). Sociální opora u dětí a dospívajících po léčbě onkologického onemocnění. *Československá Psychologie, 59*(4), 346–358.

11. Bužgová, R., & Sikorová L. et al. (2019). *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada Publishing.
12. Carlsson, A. A., Kihlgren, A., & Sørli, V. (2008). Embodied suffering: Experiences of fear in adolescent girls with cancer. *Journal of Child Health Care, 12*(2), 129–143. <https://doi.org/10.1177/13674935080888550>
13. Chalupová, V. (2016). *Znalostní systém prevence rizik v BOZP - Rizikové faktory ve zdravotnictví*. Získáno 24. 1. 2023 z: <https://zsbozp.vubp.cz/pracovniprostredi/odvetvi/zdravotnictvi/266-rizikove-faktory-ve-zdravotnictvi>
14. Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications.
15. Chong, L., & Abdullah, A. (2017). Community Palliative Care Nurses' Challenges and Coping Strategies on Delivering Home-Based Pediatric Palliative Care: A Qualitative Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine 34*(2), 125–131. <https://doi.org/10.1177/1049909115607296>
16. Churáčková, M. (2008). Nádory centrálního nervového systému u dětí a mladistvých. *Onkologie 2*(4), 234-238. Získáno 16. 2. 2023 z: <https://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2008/04/07.pdf>
17. Černík, I. (2020). *Vybrané vlivy onkologického onemocnění na psychiku dospívajících* (Nepublikovaná bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
18. Department of Health. (5. Březen 2010). Invisible Patients, Report of the Working Group on the health of health professionals. Získáno 27. února 2023 z Department of Health: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20130123201334/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_113540
19. Dienstbier, Z., & Stáhalová, V. (2012). *Onkologie pro laiky* (2. vyd.). Liga proti rakovině.
20. Einhorn, L. H., Levinson, J., Li, S., Lamar, L., Kamin, D., & Mendelson, D. (2002). American Society of Clinical Oncology 2001 Presidential Initiative:

- Impact of Regulatory Burdens on Quality Cancer Care. *Journal of Clinical Oncology*, 20(24), 4722–4726. <https://doi.org/10.1200/JCO.2002.02.011>
21. Feraco, A. M., Manfredini, L., Jankovic, M., & Wolfe, J. (2018). Considerations for Cancer-Directed Therapy in Advanced Childhood Cancer. In J. Wolfe, B. L. Jones, U. Kreicbergs, & M. Jankovic (Ed.), *Palliative Care in Pediatric Oncology* (1) 95-101. Cham: Springer.
 22. Ferjenčík, J. (2015). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši* (1. elektronické vydání). Praha: Portál.
 23. Feudtner, C., Santucci, G., Feinstein, J. A., Snyder, C. R., Rourke, M. T., & Kang, T. I. (2007). Hopeful Thinking and Level of Comfort Regarding Providing Pediatric Palliative Care: *A Survey of Hospital Nurses. Pediatrics*, 119(1), e186–e192. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1048>
 24. Gårdling, J., Edwinston Månsson, M., Törnqvist, E., & Hallström, I. (2015). Caring for children undergoing radiotherapy treatment: Swedish radiotherapy nurses' perceptions. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 660–666. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.04.004>
 25. Girgis, A., Hansen, V., & Goldstein, D. (2009). Are Australian oncology health professionals burning out? A view from the trenches. *European Journal of Cancer*, 45(3), 393–399. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.09.029>
 26. Grunfeld, E., Zitzelsberger, L., Coristine, M., Whelan, T. J., Aspelund, F., & Evans, W. K. (2005). Job stress and job satisfaction of cancer care workers. *Psycho-Oncology*, 14(1), 61–69. <https://doi.org/10.1002/pon.820>
 27. Hrdličková, L. (2019). Sdělování závažných zpráv. In Bužgová, R. & Sikorová, L. et al., *Dětská paliativní péče* (1), 121-129. Praha: Grada Publishing.
 28. Jobánková, M. et al. (2003). *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. (3. vyd.) Brno.
 29. Kain, V. J. (2013). An exploration of the grief experiences of neonatal nurses: A focus group study. *Journal of Neonatal Nursing*, 19(2), 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2012.04.001>
 30. Kalousová, J., Rousková, B., Pachmannová, D., & Stýblová, J. (2008). Bolest u dětí: Hodnocení a některé způsoby léčby. *Pediatři pro praxi* 9(1), 7-11.

31. Kamihara, J., Nyborn, J. A., Olcese, M. E., Nickerson, T., & Mack, J. W. (2015). Parental Hope for Children With Advanced Cancer. *Pediatrics*, *135*(5), 868–874. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2855>
32. Karabová, Z. (2014). Onkologická onemocnění u dětí. *Sestra: Odborný Časopis Pro Nelékařské Zdravotnické Pracovníky*, *24*(1), 52-54.
33. Kaye, E. C., Snaman, J. M., Johnson, L., Levine, D., Powell, B., Love, A., ... Baker, J. N. (2018). Communication with Children with Cancer and Their Families Throughout the Illnes Journey and at the End of Life. In J. Wolfe, B. L. Jones, U. Kreicbergs, & M. Jankovic (Ed.), *Palliative Care in Pediatric Oncology* (1), 55-93. Cham: Springer.
34. Kebza, V. (2012). *Psychická zátěž, stres a psychohygienu lékařských profesích*. Praha: Grada.
35. Kepák, T., Blatný, M., Vičková, I., Navrátilová, P., Kárová, Š., Pavelková, K., & Hrstková, H. (2007). Následky léčby dětských nádorových onemocnění v oblasti neurokognitivních funkcí a jejich vliv na kvalitu života. *Pediatric pro praxi*, *8*(6), 353-357.
36. Kepák, T., Thótová, K., Blatný, M., Jelínek, M., Loubalová, S., & Slezáčková, A. (2011). Kvalita života po léčbě nádorů v dětství a adolescenci. Výsledky projektu Qolop. Získáno dne 15. února 2023 z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/kvalita-zivota-po-lecbe-nadoru-v-detstvi-a-adolescenci-vysledky-projektu-qolop/>
37. Klassen, A., Gulati, S., & Dix, D. (2012). Health Care Providers' Perspectives About Working With Parents of Children With Cancer: A Qualitative Study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, *29*(2), 92–97. <https://doi.org/10.1177/1043454212438405>
38. Klíma, J. (2016). *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada.
39. Kolenová, A. (2015). Akútna lymfoblastová leukémia. *Česko-Slovenská Pediatric*, *70*(2), 99-107.
40. Komačková, D. (2009). Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. (19), 7-8.

41. Komárková, I., Blatný, M., Jelínek, M., & Kepák, T. (2013). Absence symptomů deprese u dětí po léčbě nádorového onemocnění: Posttraumatický rozvoj, nebo represivně adaptivní styl? *Československá Psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii A Praxi*, 57(6), 542–553.
42. Koutecký, J. (2008). *Život mezi beznadějí a úspěchem*. (1. vyd.) Praha: Academia.
43. Koutecký, J., Kabičková, E., & Starý, J. (2002). *Dětská onkologie pro praxi* (1. vyd.). Praha: Triton.
44. Koutecký, J. & Cháňová, M. (2003). *Děti s nádorovým onemocněním I: Rady rodičům*. (1. vyd.) Praha: Triton.
45. Ko, W., & Kiser-Larson, N. (2016). Stress Levels of Nurses in Oncology Outpatient Units. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(2), 158–164. <https://doi.org/10.1188/16.CJON.158-164>
46. Krejčí D., Ščavnický J., Zapletalová M., Svobodová I., Karolyi M., Mužík J., ... Dušek L. (2023). *Czech Childhood Cancer Information System*. ÚZIS. Získáno 23. února 2023 z: <https://ccc-is.uzis.cz>
47. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
48. Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada.
49. Kuttner, L. (2010). *A child in pain: What health professionals can do to help*. Crown House Pub.
50. Malý, S. (2009). *Závěrečná zpráva projektu HR 176/08: Zpráva za rok 2009*. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Získáno 18. února z: [HR176_08-zaverecna_zprava.pdf](https://www.mpsv.cz/hr176_08-zaverecna_zprava.pdf)
51. McManus, I., Keeling, A., & Paice, E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine*, 2(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-29>
52. Michková, A. (2008). *Supervize*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
53. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

54. Míhal, V. (2003). Nemocné dítě a rodina, mění se úloha rodiny v péči o nemocné dítě? *Pediatric pro praxi* 4(5), 198-201.
55. Montgomery, K. E., Sawin, K. J., & Hendricks-Ferguson, V. (2017). Communication During Palliative Care and End of Life: Perceptions of Experienced Pediatric Oncology Nurses. *Cancer Nursing*, 40(2), E47–E57. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000363>
56. Muntau, A. C. (2014). *Pediatric*. Grada.
57. Nezu, A. et al. (2004). *Pomoc pacientům při zvládnání rakoviny*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
58. Nordén, C., Hult, K., & Engström, Å. (2014). Ambulance nurses' experiences of nursing critically ill and injured children: A difficult aspect of ambulance nursing care. *International Emergency Nursing*, 22(2), 75–80. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.04.003>
59. Novotný, J. (2007). *Specifika péče o mladé dospělé se zhoubnými nádory*. *Linkos*. Česká onkologická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Získáno 16. ledna 2023 z: <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/lecba/vekova-specifika/specifika-pece-o-mlade-dospele-se-zhoubnymi-nadory/>
60. Obročníková, A., Magurová, D., Majerníková, L., Kaščíková, M., & Harčariková, M. (2015). Psychological strain between nurses. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 6(4), 352–359. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2015.06.0027>
61. O'Shea, E. R., & Mager, D. (2019). End-of-life nursing education: Enhancing nurse knowledge and attitudes. *Applied Nursing Research*, 50, 151197. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151197>
62. Pavelka, Z., & Zitterbart, K. (2011). Nádory centrálního nervového systému u dětí: Tumors of the central nervous system in children. *Neurologia Pre Prax*, 12(1), 51- 57.
63. Papadatou, D., Bellali, T., Papazoglou, I., & Petraki, D. (2002). Greek nurse and physician grief as a result of caring for children dying of cancer. *Pediatric Nursing*, 28(4), 345–353.

64. Parkes, C., Relfová, M., Couldricková, A. (2007). *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
65. Plante, J., & Cyr, C. (2011). Health care professionals' grief after the death of a child. *Paediatrics & Child Health, 16*(4), 213–216. <https://doi.org/10.1093/pch/16.4.213>
66. Plevová, I. et al. (2011). *Ošetřovatelství I*. (1. vyd.). Praha: Grada.
67. Pohlová, A. & Pohlová, Z. (2011). O komunikaci a prestiži. *Sestra, 21*(9), 6.
68. Ratiborský, J. & Fendrychová, J. (2012). Ošetřovatelství v paliativní péči o dětské klienty. *Pediatric pro praxi 13*(4), 262-264 Získáno 17. února 2023 z: www.solen.cz/savepdfs/ped/2012/04/14.pdf
69. Ro, K. E. I., Gude, T., Tyssen, R., & Aasland, O. G. (2008). Counselling for burnout in Norwegian doctors: One year cohort study. *BMJ, 337*(3) <https://doi.org/10.1136/bmj.a2004>
70. Rosenzweig, M., Clifton, M., & Arnold, R. (2007). Development of communication skills workshop for oncology advanced practice nursing students. *Journal of Cancer Education, 22*(3), 149–153. <https://doi.org/10.1007/BF03174327>
71. Říhářek, T., Čermák, I., & Hytych, R. et al (2013). *Kvalitativní analýza textů: Čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
72. Sato, I., Higuchi, A., Yanagisawa, T., Mukasa, A., Ida, K., Sawamura, Y., Sugiyama, K., Saito, N., Kumabe, T., Terasaki, M., Nishikawa, R., Ishida, Y., & Kamibeppu, K. (2015). Parent's Perceived Provision of Information Regarding Diagnosis to Children with Brain Tumors. *Open Journal of Nursing, 5*(5), 451–464. <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.55048>
73. Sisk, B. A., Mack, J. W., Ashworth, R., & DuBois, J. (2018). Communication in pediatric oncology: State of the field and research agenda. *Pediatric Blood & Cancer, 65*(1) <https://doi.org/10.1002/pbc.26727>
74. Slaughter, V., & Griffiths, M. (2007). Death Understanding and Fear of Death in Young Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12*(4), 525–535. <https://doi.org/10.1177/1359104507080980>
75. Souza, L. F. de, Misko, M. D., Silva, L., Poles, K., Santos, M. R. dos, & Bousso, R. S. (2013). Dignified death for children: perceptions of nurses from an

- oncology unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 30–37.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100004>
76. Sováriová-Soosová, M., Sušinková, J., & Cenkerová, M. (2013). Stres v práci sestier v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. *Ošetrovatelství a porodní asistence* 4(3), 622-627 Získáno 26. ledna 2023 z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-03/4_sovariova_kol.pdf
77. Spurná, Z. (2011). *Kvalita života lékaře – onkologa*. Nepublikovaná disertační práce. Brno: Masarykova univerzita.
78. Starý, J. (2022). Leukemie v dětském věku. Získáno 15. března 2023 z: <http://www.linkos.cz/leukemie-c91-c95-1/leukemie-v-detskem-veku/>
79. Starý, J., Štěrbá, J., Krejčí, D., Dušek, L., & Šmelhaus, V. (2019). Současná dětská onkologie v České republice. *Česko-Slovenská Pediatrie*, 74(5), 261–264.
80. Sumerauer, D. (2009). Nádory CNS u dětí. *Vox Pediatrae*. 9(10), 25-28.
81. Štěrbá, J. (2008). *Podpůrná péče v dětské onkologii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
82. Štěrbá, J. (2011). *Úvod do problematiky dětské onkologie*. Brno: Klinika dětské onkologie LF MU a FN Brno.
83. Trufelli, D. C., Bensi, C. G., Garcia, J. B., Narahara, J. L., Abrão, M. N., Diniz, R. W., Da Costa Miranda, V., Soares, H. P., & Del Giglio, A. (2008). Burnout in cancer professionals: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.00927.x>
84. Venglářová, M. (2011). *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, lobbying, bossing*. (1. vyd.) Praha: Grada.
85. Venglářová, M. (2013). *Supervize v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada, 2013.
86. Vévoda, J. (2013). *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
87. Vokurka, S., & Svoboda, T. (2008). *Základní hemato-onkologická onemocnění a jejich charakteristiky*. Praha: Galén.
88. Vorlíček, J., & Adam, Z. et al. (2004). *Paliativní medicína*. (2. vyd.) Praha: Grada.

89. Vorlíček, J., Abrahámová, J., & Vorlíčková, H. (2012). *Klinická onkologie pro sestry*. (2. vyd.). Praha: Grada.
90. Vorlíček, J., Adam, Z., Volková, L., & Vorlíčková, H. (2013). *Chemoterapie a vy. Rady pro nemocné léčené chemoterapií*. Praha: Grada.
91. Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. (3. vyd.). Praha: Portál.
92. Wiener, L., & Pao, M. (2012). Comprehensive and Family-Centered Psychosocial Care in Pediatric Oncology: Integration of Clinical Practice and Research. In S. Kreitler, M. W. BenArush, & A. Martin (Eds.), *Pediatric Psycho-oncology: Psychosocial Aspects and Clinical Interventions* (2. vyd.), 7-17. Chichester: John Wiley & Sons.
93. White, K. R., Coyne, P. J., & Patel, U. B. (2001). Are Nurses Adequately Prepared for End-of-Life Care? *Journal of Nursing Scholarship*, *33*(2), 147–151. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00147.x>
94. Woodgate, R. L. (2006). The Importance of Being There: Perspectives of Social Support by Adolescents with Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, *23*(3), 122–134. <https://doi.org/10.1177/1043454206287396>
95. Zacharová, E. (2017). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. (2. vyd.). Praha: Grada Publishing.
96. Zander, M., Hutton, A., & King, L. (2013). Exploring resilience in paediatric oncology nursing staff. *Collegian*, *20*(1), 17–25. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2012.02.002>
97. Zákon č. 201/2017 sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Česká republika.
98. Zálešáková, J. & Bužgová, R. (2011). Psychická zátěž sester pečujících o onkologicky nemocné. *Pracovní lékařství*. *63*(3-4), 113-118. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/pracovni-lekarstvi-archiv-cisel>
99. Židková, Z. (2005). Monotonie v pracovním procesu. *České pracovní lékařství*. *6*(4).

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha č. 3: Informovaný souhlas účasti na výzkumu

Příloha č. 4: Forma polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Prožívaná pracovní zátěž personálu dětské onkologie

Autor práce: Bc. Ivo Černík

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D

Počet stran a znaků: 147, 252 420

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 99

Abstrakt: Cíli práce je identifikování hlavních faktorů zátěže prožívanou personálem dětské onkologie, jejich vnitřních mechanismů a vytvoření zastřešujícího teoretického konceptu. Výzkum byl realizován v kvalitativním přístupu formou vícepřípadové studie. Výzkumný soubor tvořilo deseti respondentů a zahrnoval pediatrické lékaře, zdravotní sestry a nemocniční psychology. Výzkumná data byla získána na základě polostrukturovaného interview a následná analýza byla realizována dle principů Zakotvené teorie. Míra prožívané zátěže se v souboru ukázala jako velmi vysoká. Za nejvýznamnější faktory analýza odhalila intervenci rodičů po smrti dítěte a psychologickou podporu pacienta při umírání. Propojujícími mechanismy nejzatěžujících faktorů bylo identifikováno nedostatečné komunikační zvládnání a odsun konfrontace psychologické zátěže. Nemocniční psychologové se ukázali jako nedostatečně integrovaní do chodu pracoviště a jejich absence jako hlavní systémová příčina vyšší pracovní zátěže při krizových situacích.

Klíčová slova: Zakotvená teorie, dětská onkologie, zdravotnický personál, pracovní zátěž, paliativní péče

ABSTRACT OF THESIS

Title: The perceived workload burden of pediatric oncology staff

Author: Bc. Ivo Černík

Supervisor: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

Number of pages and characters: 147, 252 420

Number of appendices: 4

Number of references: 99

Abstract: The aim of the study is to identify the main factors of workload burden experienced by pediatric oncology staff, their internal mechanisms, and to create an overarching theoretical concept. The research was conducted in a qualitative approach through a multiple case study. The research sample consisted of ten respondents and included pediatric physicians, nurses and hospital psychologists. Research data was collected based on semi-structured interviews and the subsequent analysis was conducted according with the principles of Grounded Theory. The degree of perceived workload in the sample was found to be very high. The analysis revealed interventions of parents after a death of a child and psychological support of a patient during dying as the most significant factors. Connecting mechanisms of the most burdensome factors were identified as inadequate communication handling and avoidance of confronting psychological stress. Hospital psychologists were found to be insufficiently integrated into the operation of the workplace and their absence as the main systemic cause of higher workload in crisis situations.

Keywords: Grounded Theory, pediatric oncology, medical staff, workload burden, palliative care

Příloha č. 3: Informovaný souhlas účasti na výzkumu

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci magisterské práce na

téma:

Prožívaná pracovní zátěž personálu dětské onkologie

Autor práce: Bc. Ivo Černík

Kontakt: cerniv04@upol.cz

Vedoucí práce: doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D

Cílem této práce je identifikování hlavních faktorů pracovní zátěže, se kterou se personál dětské onkologie ve své práci setkává a porozuměním jejich společných vnitřním procesům.

Podmínkou účasti ve výzkumu je realizace anonymního rozhovoru, a to včetně pořízení zvukového záznamu a písemných poznámek o jeho okolnostech. V rámci zpracování bude rozhovor doslovně přepsán, analyzován a získaná data následně interpretována. Výsledky budou zveřejněny v závěrečné verzi této práce a dalších případných vědeckých výstupech. Při prezentaci výsledků mohou být použity také doslovné citace částí rozhovoru.

Přepis rozhovoru bude důsledně anonymizován tak, aby nebyla možná identifikace respondenta ani jiných osob. Autor práce dále v maximální možné míře zajistí zabezpečení získaného materiálu, aby nemohlo dojít k jeho zneužití.

Prohlášení účastníka výzkumu:

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s cíli a podmínkami účasti na výzkumu „Vybrané vlivy onkologického onemocnění na psychiku dospívajících“, a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku této práce a její případné prezentaci pro akademické účely.

Rovněž беру на vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení a za zachování anonymity, plně odstoupit.

Dne :.....

Jméno a příjmení :

Podpis výzkumníka:.....

Tematické okruhy otázek

Demografické otázky

- Pohlaví
- Věk
- Typ oddělení
- Pozice
- Délka pracovních zkušeností

Motivace pro práci na onkologii a začátek praxe

- Jaká byla Vaše motivace k práci na dětské onkologii?
- Jak vypadalo Vaše vzdělávání pro práci na oddělení?
- Jak vypadalo výběrové řízení na oddělení?
- Čeho jste se před nástupem na oddělení nejvíce obával/a?
 - Co pro vás bylo nejtěžší po nástupu na oddělení?
 - Co vám nejvíce pomohlo při nástupu?

Systemová zátěž

- Jak svou práci vnímáte ohledně náročnosti požadavků na pracovní výkon?
- Jak jste spokojená s pracovním systémem/organizací na oddělení?
- Jak náročné je pro Vás učení se novým technologiím/pracovním postupům?
- Jak náročný je pro Vás pracovní režim na oddělení?
- Stačí Vám základní pracovní doba nebo je potřeba brát si práci i domů?
- Máte za Vás dostatek času na jednotlivé pacienty?
- Jak jste spokojeni se zázemím (prostorem pro soukromí, technickým zázemím)?
- Jak zvládáte administrativní nápor?
- Jaké je pro Vás zvládání práce skrze právní rizikovost?
- Jak zvládáte zátěž publikační činnosti?
- Za jak různorodou vnímáte svou práci?
- Do jaké míry vnímáte ve své práci pocit autonomie?
- Za jak dobré považujete finanční ohodnocení pozice?
- Jaké vnímáte limity své práce, co by za Vás mohlo být lepší?
- Řešíte finanční stránku léčby?

Spolupráce mezi personálem

- Jaký je za Vás kolektiv skupiny na pracovišti?
- Jaká je vaše zkušenost ve spolupráci s dalšími skupinami?
- Co je pro Vás při spolupráci s kolegy nejnáročnější?
- Objevují se mezi personálem konflikty?

- Jsou během Vaší práce situace, kdy do nějaké míry děláte práci za další skupiny?
- Jaký vnímáte přínos nemocničního psychologa pro oddělení?

Vnímané dopady zátěže

- Jak ovlivnila Vaše práce na dětské onkologii Váš život mimo oddělení?
- V čem vnímáte, že Vás práce na oddělení nejvíce osobnostně změnila?
- Jak vnímáte ocenění Vaší práce ze strany kolegů z dalších oddělení, veřejnosti, rodiny?

Psychické zvládnání práce

- Jak psychicky náročnou vnímáte práci na oddělení?
- Jak náročné je pro Vás ošetřování pacientů se somatickými komplikacemi - nekrózou, zápachem, hnisem.
- Jaké je pro Vás ošetřování pacienta po mutilizujícím zákroku?
- Kdybyste měl/a říct jednu pro Vás psychicky nejnáročnější situaci, se kterou jste se na oddělení setkal/a, která by to byla?

Práce s pacienty

- Které situace jsou pro Vás při práci s pacientem nejnáročnější?
- Jak náročný je pro Vás pocit odpovědnosti za průběh léčby pacientů?
- Jak je pro Vás náročná konfrontace s pocitem vlastní chyby při léčbě pacienta?
- Jak blízké vztahy s rodinou, pacientem jsou za vás v pořádku?
 - Jak se Vám daří držet tyto osobnostní hranice?
- Jakým způsobem sdělujete diagnózu?
 - Co je pro vás nejpodstatnější při sdělení diagnózy?
 - Co je pro vás nejtěžší? - Měl jste na to nějakou přípravu?
 - Jak zvládáte emoční reakce rodiny při sdělení diagnózy?
- Vnímáte emoční přístup personálu jako důležitou součást léčebného procesu?
- Jaký význam přikládáte psychickému zvládnání pacienta pro úspěšnost léčby?
- Jak zvládáte emoční projevy pacienta (pláč, úzkost, strach, deprese)?
 - Jak náročná je pro Vás práce s pacientem v bolestech?
- Mluvíte při práci s pacienty často o náročných tématech – negativní účinky léčby, mluvení o budoucnosti, která nemusí přijít, strach ze smrti?

Rodiče

- Jaká je pro Vás spolupráce s rodinou pacienta?
- Co je pro vás při spolupráci s rodiči nejnáročnější?
- Jaká je pro Vás spolupráce s rodinou, která svým přístupem komplikuje pacientovu léčbu?

Práce s umírajícím pacientem

- Jak prožíváte okamžik, kdy zjistíte, že je pacientova prognóza infaustní?

- Jak tuto zprávu sdělujete rodině a pacientovi?
- Jak vypadá paliativní péče a Vaše práce s umírajícím?
- V čem je pro Vás nejvíce náročná práce s umírajícím pacientem?
- Jak náročná je pro Vás spolupráce s rodiči dětí v paliativní péči?
- Jak prožíváte smrt pacienta?
- Jak vnímáte selhání léčby pacienta ve vztahu k sobě?
- Jak pracujete s rodinou po smrti pacienta?
- Měla jste nějakou speciální intervenci po úmrtí pacienta?

Vliv psychické zátěže na pracovníka

- Jak vnímáte, že se na personálu oddělení psychická zátěž práce projevuje?
- Registrujete na oddělení nějaké psychosomatické potíže (vředy, migrény, úzkosti)?
- Měl/a jste v rámci své práce na pracovišti zkušenost se syndromem vyhoření?
- Jak Vámi prožívaná psychická zátěž ovlivňuje Vaše vztahy na pracovišti?
- Jak ovlivňuje Vaše vztahy mimo práci?

Způsoby vyrovnávání se se zátěží

- Co jsou pro vás nejdůležitější vlastností sestry/lékaře/psychologa? Podle čeho nejlépe poznáte, že tu práci bude někdo dobře zvládat?
- Co je pro vás při zvládání situací psychické zátěže nejdůležitější?
- Když je pro Vás situace v práci náročná, mluvíte o tom s někým?
 - Využili jste sami někdy psychologické pomoci?
- Vnímáte podporu ve Vaší práci?
 - Které oblasti v soukromém životě Vás nejvíce podporují?
- Co vám osobně nejvíce doplňuje psychickou energii?
- Co by Vám nejvíce pomohlo, aby byla práce méně psychicky náročná?
- Co Vás v práci nejvíce podporuje?

Vzdělávání

- Jaké máte ve své práci další psychologické vzdělávání od nástupu na oddělení?
- Na jakou oblast práce se cítíte vzdělávacím systémem nejméně připravená? Na jakou vám vzdělání dalo nejvíce přípravy?
- Měl/a byste zájem o podpůrné programy/nácviky ve zvládání psychicky náročných situací?
- Kdybyste měl/a vzkázat svým budoucím kolegům něco, aby práci co nejlépe psychicky zvládali, co by to bylo?