

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

COPINGOVÉ STRATEGIE U  
ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ NA  
ONKOLOGICKÝCH PRACOVIŠTÍCH

COPING STRATEGIES IN HEALTH CARE  
PROFESSIONALS IN ONCOLOGY DEPARTMENTS



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Lucie Rudolfová**

Vedoucí práce: **Mgr. et Mgr. Martina Friedlová**

Olomouc

2019

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. et Mgr. Martině Friedlové za podnětná doporučení, odborné rady, vstřícnost a trpělivost při vedení mé bakalářské diplomové práce. Také děkuji všem participantům za jejich ochotu zapojit se do výzkumu a sdílet své zkušenosti a životní příběhy. Rovněž děkuji své rodině a blízkým přátelům za podporu.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Copingové strategie u zdravotnických pracovníků na onkologických pracovištích“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne .....

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	<b>ÚVOD.....</b>	<b>5</b>
	<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>Zátěžové faktory ve zdravotnictví .....</b>	<b>7</b>
1.1	Definice stresu, zátěže .....	7
1.2	Specifické stresové faktory ve zdravotnictví.....	8
1.3	Stres u zdravotnického personálu .....	10
1.3.1	Zátěže v práci lékaře a jejich příčiny.....	10
1.3.2	Zátěže v práci zdravotní sestry a zdravotnických asistentů .....	11
1.3.3	Stresory na onkologických pracovištích.....	11
1.4	Syndrom vyhoření .....	12
1.4.1	Příznaky a průběh syndromu vyhoření.....	12
1.4.2	Prevence syndromu vyhoření .....	13
<b>2</b>	<b>Diagnóza a léčba nádorových onemocnění jako specifický typ zátěže pro zdravotníky a komunikace s pacienty .....</b>	<b>14</b>
2.1	Onkologická onemocnění a jejich postupy léčby .....	14
2.2	Přídavná práce na onkologii .....	15
2.3	Komunikace s pacienty a sdělení onkologické diagnózy .....	16
2.4	Komunikace.....	16
2.5	Komunikace v pracovním kolektivu a zdravotnictví.....	17
2.6	Komunikace s pacientem.....	17
2.6.1	Komunikace se základními typy pacientů.....	18
2.7	Sdělení onkologické diagnózy a komunikace s onkologicky nemocným .....	20
2.8	Komunikace s rodinnými příslušníky.....	20
<b>3</b>	<b>Copingové strategie .....</b>	<b>22</b>
3.1	Strategie zvládání .....	22
3.1.1	Volba strategie.....	22
3.2	Zvládání zaměřené na emoce .....	23
3.3	Zvládání zaměřené na problém .....	23
3.4	Strategie zvládání stresu na pracovišti .....	24
3.4.1	Strategie zvládání stresu na onkologických pracovištích.....	24
3.5	Strategie zvládání stresu u zdravotnického personálu a zdravotních sester .....	24
3.6	Další koncepty zvládání zátěže .....	25
3.6.1	Relaxace .....	25
3.6.2	Resilience a odolnost.....	26
3.6.3	Nezodolnost.....	26

3.6.4	Vnímání smyslu.....	27
3.6.5	Odolnost onkologických pracovníků a zdravotníků obecně .....	27
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>		<b>28</b>
<b>4</b>	<b>Oblast výzkumu a Výzkumný problém.....</b>	<b>29</b>
4.1	Cíle výzkumu.....	29
<b>5</b>	<b>Metodologický rámec.....</b>	<b>31</b>
5.2	Metoda analýzy a postup zpracování dat.....	32
5.3	Etika výzkumu .....	33
5.4	Výzkumný soubor a populace .....	34
5.5	Výzkumný soubor a jeho popis .....	35
5.6	Výzkum a jeho průběh.....	36
<b>6</b>	<b>Prezentace výsledků .....</b>	<b>37</b>
6.1	Charakteristika výzkumného souboru .....	37
6.2	Okruhy a jejich prezentace .....	41
6.2.1	Stresové faktory.....	42
6.2.2	Copingové strategie .....	44
6.2.3	Vliv profese na život .....	46
6.2.4	Komunikace s pacienty a faktory, které ji usnadňují .....	47
6.3	Odpovědi na výzkumné otázky .....	49
<b>7</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>51</b>
<b>8</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>55</b>
<b>9</b>	<b>Souhrn .....</b>	<b>57</b>
<b>LITERATURA.....</b>		<b>60</b>
<b>PŘÍLOHY.....</b>		<b>66</b>

# ÚVOD

Tématem této práce jsou stres a strategie jeho zvládnání u zdravotníků pracujících na onkologických pracovištích. Toto téma jsme si vybrali, protože nás zajímaly způsoby vyrovnávání se se zátěžovými situacemi na onkologii z pohledu odborníků, kteří zde pracují.

Autorka působí jako dobrovolnice v dobrovolnické organizaci Amelie, z.s., která poskytuje podporu onkologicky nemocným a jejich blízkým. Z toho důvodu jsme se dostali blíže k této tematice a do prostředí onkologické kliniky. Vyrovnávání se s onkologickou nemocí je poměrně časté a zkoumané téma, avšak především z pohledu pacientů a jejich vnímání zkušenosti s nemocí. Rozhodli jsme se proto zaměřit se na tuto problematiku z pohledu profesionálů, kteří na onkologii pracují. Zajímá nás jejich vnímání a prožívání stresu, který je způsoben jejich profesí, a práce s ním.

V teoretické části se zaměříme na stres a strategie zvládnání stresu, dále na stručné vymezení onkologie a komunikaci s pacienty, která na zdravotníky také nějak působí a ovlivňuje jejich prožívání. Cílem praktické části je popsat subjektivní zkušenosti a vnímání této problematiky z pohledu onkologických zdravotníků. Zajímá nás, jaké stresory vnímají ve své praxi jako nejvíce zátěžové a jak se s nimi vyrovnávají. Na výzkumné otázky odpovídáme na základě rozhovorů.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 ZÁTĚŽOVÉ FAKTORY VE ZDRAVOTNICTVÍ

První kapitola je věnována definici stresu, jeho projevům, stresu ve zdravotnictví, stresu u zdravotnického personálu a stresovým faktorům na onkologii. Následuje syndrom vyhoření, jeho příznaky a prevence.

## 1.1 Definice stresu, zátěže

Stres je stav organismu, který je psychickou, kombinovanou nebo tělesnou reakcí na výrazně působící zátěž (Vokurka, Hugo a kol., 2008). K psychickým reakcím na stres patří úzkost, vztek a agrese, deprese, zoufalství, zvýšená vzrušivost nebo naopak útlum, křečovitost, nesoustředěnost, neschopnost uvolnit se psychicky i fyzicky, netrpělivost, narušení plynulosti myšlenek. Ke kombinovaným reakcím patří chybné úkony, roztržitost, přeskakující a jinak znějící hlas, zvracení, průjem a nutkání k močení (Nakonečný, 2013).

Ne každý stres je považován za nepříjemný. Rozlišujeme distres a eustres. Distres je negativní stres, při němž člověk prožívá nepříjemnou situaci a negativní emoce, například při zůstávání v nefunkčním manželství. Eustres je naopak příjemný, vybízí nás k výkonům a v mnoha situacích nám pomáhá. S eustresem se můžeme setkat například při svatbě či při narození dítěte (tamtéž).

Fyziologicky organismus na stres reaguje typickými odpověďmi, které byly dříve nutné pro přežití a pro mobilizaci sil k útoku nebo úteku. Tyto mobilizační stresové reakce se však mohou dostavovat i při neadekvátních podnětech. Nejsou potom reálně uplatnitelné, a naopak působí v organismu chaos a nadměrnou zátěž v psychické i somatické sféře. Dochází k aktivaci sympatického systému, dřeně i kůry nadledvin, produkuje se více hormonů hypofýzy a štítné žlázy. Následkem je zrychlení krevního oběhu a činnosti srdce, zvýšení krevního tlaku, zrychlení látkové výměny, prohloubené dýchání, změna elektrické vodivosti kůže, vyplavení sacharidů a tuků ze zásoby, maximalizace svalové síly a minimalizace vnímání bolesti (Dostálová, 2016).

Kanadský fyziolog H. Selye popsal tři fáze reakce na stres. Nejprve nastupuje alarmová reakce, kdy organismus mobilizuje tělesné obranné mechanismy. Následuje

rezistence vůči stresu a pokus o adaptaci. Pokud stres dále pokračuje, nastává třetí fáze, kdy se dostavuje vyčerpání organismu až smrt (Selye, 2016).

Stresory jsou negativní vlivy působící ve stresových situacích, které mohou mít fyzickou, sociální a psychickou povahu. Ke stresorům fyzické povahy patří například úraz, znásilnění, nemoc nebo zranění. Příkladem sociálních stresorů je ztráta manželského partnera, rozvod nebo potíže s nadřízenými. Mezi psychické patří změna návyků, životní krize, životní změny a běžné každodenní potíže (Nakonečný, 2013).

Po stresující události, jejíž zvládnutí přesahuje adaptační možnosti jedince, může nastat posttraumatická stresová porucha, což je úzkostná porucha. Příkladem takové stresující události může být přírodní katastrofa, přepadení, havárie a jiné traumatizující události. Člověk trpící posttraumatickou stresovou poruchou se stále vrací k tragické události, ať už ve vzpomínkách, snech či každodenních činnostech. Bývá ostražitý, napjatý a nervózní. K léčbě slouží antidepresiva a psychoterapie (Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus, & Wagenaar, 2012).

## **1.2 Specifické stresové faktory ve zdravotnictví**

V této kapitole budou popsány obecné stresové faktory, které provázejí pracovníky ve zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník se setkává s každodenním stresem. Existují typické stresové faktory a situace, které se v této pracovní oblasti vyskytují častěji než v jiných. Patří mezi ně hlavně profesionální náročnost, vědomí velké zodpovědnosti za pacienty i za chod zdravotnického zařízení a nezbytná individualizace při práci s každým pacientem jako člověkem. Zdravotníci jsou také vystaveni většímu zdravotnímu riziku než ostatní profesionálové. Setkávají se totiž často s chorobami a jejich původci (Ptáček, Čeledová a kol., 2011).

Psychickými a sociálními stresory jsou absence pozitivního myšlení, nesplněná očekávání, nesplněné cíle, problémy v osobních vztazích a nejistá profesní perspektiva. Dále se zde vyskytují fyzikální, chemické a ekologické stresové faktory jako jsou práce s chemickými látkami, radioaktivními a dalšími nebezpečnými látkami. Zdravotníci jsou často vystaveni nadměrnému hluku a světlu. Mezi fyziologické a biologické stresové faktory patří nedostatek pohybu, špatný zdravotní styl, přetěžování zad a kloubů a nedostatek odpočinku (Venglářová a kol., 2011).



Mezi stresové faktory se dají zařadit také současné společenské aspekty jako je nevyvážené pracovní zastoupení zdravotníků v regionech České republiky. V některých oblastech je výrazný nedostatek těchto profesionálů. V roce 2014 bylo zjištěno, že se jedná se o pohraniční oblasti, Tachov, Valašsko, Jeseník a jižní Moravu (Helšusová, 2014). Nadále však trvá nedostatek zdravotníků hlavně v pohraničních oblastech. V roce 2018 chyběly zdravotní sestry v Karlovarském kraji (Garkisch, 2018). Takový deficit pak působí značné přetížení stávajících zdravotníků v těchto oblastech. V důsledku jejich nedostatku je pracovní doba podstatně delší a náročnější, včetně přidáných služeb.

Podle prezidenta Lékařské komory MUDr. Milana Kubka jsou ve zdravotnictví značné problémy. Uvádí, že práce zdravotníků včetně lékařů je finančně podhodnocena, přesto vykonávají svou profesi kvalitně. Může tak docházet k nízké motivaci a pocitu nedostatečného ohodnocení odvedené práce. Velkým problémem je již zmiňovaný nedostatek zdravotníků. Úbytek se prohlubuje, pracující lékaři stárnou a nemocnicím chybí personál. Zdravotníci jsou poté přetížení a mohou mít pocit, že jsou na ně naloženy nadměrné nároky (Kubek, 2018).

V současnosti také existují rizika, která práci ve zdravotnictví provázejí. Jedná se o kybernetické riziko, což je v americkém zdravotnictví hodnoceno jako nejkritičtější. Přesun informací do elektronické podoby tak umožňuje kybernetické zločiny a omyly. Zmiňovaným rizikem je také telemedicína, což je poskytování odborných rad po telefonu. Tento způsob sice urychluje poskytnutí informací, nejedná se ale o přímý kontakt s pacientem, a tak zde hrozí různá nedorozumění a chyby z důvodu nedostatečné saturace informací, což může způsobovat stres všem zúčastněným stranám. Dalším rizikem je možná nákaza infekcemi při poskytování zdravotní péče. Zdravotnická zařízení se rovněž nevyhnou násilným incidentům, při nichž jsou ohroženi pacienti i personál. Dalším problémem je alarmová únava, kdy jsou zdravotní sestry i ostatní zdravotníci nadměrně často vystaveni upozorňování a signalizaci různých monitorovacích přístrojů a zařízení (ACE Group, 2015). Tyto výsledky analýzy rizik jsou sice převážně převzaty z amerického zdravotnictví, ale vzhledem k celosvětovému propojení se s nimi můžeme setkat na všech zdravotnických pracovištích. Ohrožují nejen pacienty, ale i personál, který by s nimi měl počítat a musí se jim přizpůsobit.

## 1.3 Stres u zdravotnického personálu

Zdravotníci se obecně setkávají s každodenním stresem v míře odpovídající konkrétní pozici, kterou vykonávají. V této kapitole budou uvedeny specifické stresové faktory, které provázejí práci lékaře, zdravotní sestry, zdravotnických asistentů a ošetrovatelů a obecně pracovníků na onkologických pracovištích.

### 1.3.1 Zátěže v práci lékaře a jejich příčiny

Lékař se nevyhne zátěžím, které jeho profesi provázejí. Rozdělují se na psychické, osobní a fyzické. Stres také přináší vysoká míra zodpovědnosti, profesní nároky a nepravidelná životospráva (Ptáček a kol., 2011).

Profesionální náročnost práce lékaře tkví hlavně v jeho vůdčí zodpovědnosti za stav pacienta. Musí často jednat v časové tísní, jeho rozhodování však musí být plně erudované. Musí zvládnout komunikovat s ostatním personálem i s pacienty. Lékař je tedy současně i manažerem v přidělování instrukcí a úkolů ostatním zdravotníkům, za něž do vysoké míry zodpovídá. Náročnost samotné lékařské profese obecně ve smyslu přesčasů, nočních služeb a s tím související nepravidelné životosprávy a biorytmů může být také významným stresujícím faktorem. Navíc se lékař musí stíhat i neustále teoreticky vzdělávat, absolvovat semináře a školení. Potom může přehlédnout vlastní zdravotní diskomfort nebo jej velmi zběžně zaléčit. V důsledku výše uvedeného má také velmi omezený prostor pro vlastní rodinu a volnočasové aktivity, tudíž zde hrozí konflikt rolí (Nešpor, 2007).

Největší spouštěče stresu se rozdělují na psychické, osobní a fyzické zátěže. K psychickým spouštěčům patří vysoké pracovní tempo a nároky na výkon, zodpovědnost, nutnost pružných reakcí, kontakt s utrpením a smrtí, nutná komunikace s rodinou pacienta, nedostatečné ohodnocení a nízká podpora profesního růstu, časté organizační změny, profesní nejistota, přílišná administrativa a v neposlední řadě nároky týmové práce. K osobním příčinám se řadí nedostatek odpočinku, nedostatek času na rodinu a volnočasové aktivity, omezené sociální kontakty a také profesní selhání, ať už se jedná o selhání skutečná nebo pouze domnělá. Mezi fyzické zátěže patří nepravidelnost spánkového i stravovacího režimu, dlouhé stání, kontakt s léky a chemikáliemi a možnost nákazy (Ptáček a kol., 2011).

Zdravotnická legislativa a administrativa společně s časovým tlakem jsou faktory, které lékařům působí nejvíce stresu. K této stresové zátěži přispívají hlavně časté změny (Pešek & Praško, 2016).

### **1.3.2 Zátěže v práci zdravotní sestry a zdravotnických asistentů**

Zdravotní sestra je v nejčastějším a nejbližším komunikačním kontaktu s pacientem i jeho rodinnými příslušníky. Poskytuje nemocnému pomoc při běžných úkonech a každodenní péči. Časté vystavení faktu případné neúspěšné léčby s úmrtím pacienta a následnou nutnou komunikací s jeho blízkými vede k hromadění zármutku, který může vyústit do chronické deprese (Zálešáková & Bužgová, 2011).

Mnohdy si pacienti ke zdravotní sestře dovolí více než k lékaři. Zároveň se od ní očekává pružné a přizpůsobivé řešení situací a plnění zadaných úkolů. Častou zátěží je i konflikt rolí, kdy musí skloubit profesi s rodinným životem. Zanedbatelné není ani fyzické přetížení způsobené zátěží při manipulaci s pacienty, stlaní a přípravě lůžek (Bartošíková, 2006).

Zdravotní sestra i zdravotní asistent jsou častým komunikačním kanálem mezi personálem a pacienty, pacientům některé informace vysvětlují, případně opakují, zároveň se setkávají s rodinnými příslušníky nemocného. Jsou na ně kladeny výše uvedené profesionální nároky a zároveň je po nich požadován ochotný, milý a přátelský přístup.

### **1.3.3 Stresory na onkologických pracovištích**

Prostředí onkologického pracoviště je specifické několika rysy, které zmíníme v této kapitole.

Zdravotníci pracující na onkologických odděleních mají pacienty v péči většinou dlouhodobě, což znamená, že se z komunikace s pacientem dozvědí osobní informace o pacientovi a zároveň se seznámí s jejich rodinnými příslušníky.

Mezi nejvýraznější stresory na onkologii patří velké pracovní nároky a pracovní přetížení ve smyslu léčby závažných a prognosticky nejistých stavů, nedostatek personálu a s tím spojeným navýšením služeb zbylému personálu, potřeba dalšího profesního rozvoje, vysoká zodpovědnost a narušení soukromého života (Böhmová, 2016).

Na výzkumném souboru 69 onkologických polských lékařů bylo v roce 2015 zjištěno, že nejvíce stresu působí nadměrná byrokratizace, přepracování, spěch a subjektivně pocíťované rozdíly mezi úsilím a kompenzací. Dalšími stresory byly nedostatek materiálu, zastaralá zařízení a pocit bezmocnosti při přímém kontaktu s utrpením a smrtí. 51 % respondentů připustila, že problémy, s nimiž se setkávají v práci, měly negativní dopad na

jejich osobní život, nejvýrazněji pak na sport, odpočinek a rodinné a sociální vztahy (Nowakowski, Borowiec, Zwierz, Jagodzinski, & Tarkowski, 2017).

Australský výzkum prováděný na 71 onkologických zdravotnicích jako nejvíce stresující prokázal velké zatížení zdravotníků pacienty, špatnou komunikaci s nadřízenými, frustraci z prostředí nemocnice a nemocničního systému, rigidní hierarchii v nemocniční administrativě, přesčas a úzkostnost pacientů a jejich strach z léčby (Poulsen, Poulsen, Baumann, McQuitty, & Sharpley, 2014).

## **1.4 Syndrom vyhoření**

Syndrom vyhoření je často spojován se zdravotnickou profesí a stresem, proto se v této kapitole bude vyskytovat jeho popis, příznaky, průběh a jeho prevence.

Stav celkového vyčerpání se nazývá syndrom vyhoření neboli syndrom burnout. Jde o psychický stav, který je charakterizovaný vyčerpáním včetně snížené pracovní výkonnosti. Syndromem vyhoření jsou ohroženy hlavně osoby, které jsou vystaveny dlouhodobému a intenzivnímu stresu a osoby, které pracují s lidmi (Pešek, Praško, 2016). Ohroženy jsou osoby, které se tak intenzivně zabývají svou prací, až z ní nakonec ztrácejí nadšení (Černá & Kožíková, 2004).

Mezi skupiny, které tímto syndromem trpí nejčastěji, patří zejména lékaři, zdravotní sestry, pracovníci záchranné služby, policisté, kriminalisté, právníci, psychologové, úředníci, ale i vrcholoví sportovci a studenti. Z lékařských profesí se pak jedná hlavně o onkology a psychiatry. Syndromem vyhoření trpí až 45 % lékařů, 70 % lékařů se jím cítí ohroženo a zhruba u jedné třetiny se projevují známky tohoto syndromu. (Ptáček, Raboch, & Kebza, 2013). Obecně jsou tedy ohroženy osoby, které pracují s lidmi, pečují o ně a musí nést odpovědnost, což je nedílná součást onkologických zdravotníků.

### **1.4.1 Příznaky a průběh syndromu vyhoření**

Průběh syndromu vyhoření je vysoce individuální, u každého člověka může být spuštěn něčím jiným a trvat různě dlouhou dobu. Existují však určitá stadia, která syndrom má. Nelze je přesně ohraničit, mohou se střídát, opakovat či neobjevit vůbec. Prvním stadiem je idealistické nadšení, kdy je člověk profesí nadšený a chce se do ní ponořit a pomáhat co nejvíce. Druhým stadiem je stagnace, při níž dochází ke střetu s realitou. Původní očekávání bylo jiné než nynější realita. Pracovník se soustředí na to, aby si v práci zajistil klid, některé

úkoly může ignorovat a nechce se předřít. Jedná se o fázi, kdy je vhodné se zamyslet nad svými postoji a začít je měnit. Následuje totiž apatie, kdy se jedinec stahuje sám do sebe a dělá jen to, co je skutečně nutné. Onkolog v této fázi se bude vyhýbat náročnějším klientům a bude rád, pokud pacient vůbec nedorazí. V této fázi se člověk nemá chuť bavit o pracovní náplni, může mít více absencí v zaměstnání a mohou se u něj objevit psychosomatické problémy (Pešek & Praško, 2016).

Poslední fází je syndrom vyhoření. Je to úplné emoční vyčerpání a je často doprovázen depresivními stavy. Zdravotník v této fázi odchází ze zaměstnání, vyhořelý zůstává nebo přechází na jinou pracovní pozici ve stejné organizaci. Syndrom vyhoření má negativní důsledky nejen na zasaženého člověka, ale i na spolupracovníky a celou organizaci, v níž daný jedinec pracuje. Syndrom vyhoření se totiž projevuje emocionálně, tělesně, ale chováním, které má vliv na ostatní (tamtéž).

#### **1.4.2 Prevence syndromu vyhoření**

Negativním důsledkům stresu je snazší předcházet, než je později řešit a odstraňovat. V rámci této prevence se vyplatí dodržovat základní zásady, kterými jsou dostatečný odpočinek, zdravý životní styl a celková rovnováha mezi prací a odpočinkem (Ptáček a kol., 2011). Ve zdravotnické profesi, stejně jako v ostatních, je důležité uvědomění si vlastních priorit a vlastního životního rytmu, který by se neměl skládat pouze z práce. Odpočinek a relaxace jsou důležitou součástí života. Jednorázový odpočinek však nestačí, důležitá je pravidelnost i v tomto případě. Podle výzkumu, který se uskutečnil na libanonských lékařích, vyšlo najevo, že již po třech dnech po návratu z dovolené do práce, se míra syndromu vyhoření vrátila na stejnou úroveň, jako tomu bylo před dovolenou (Ashakar, Romani, Musharrafieh & Chaaya, 2010). Proto je důležité zásady prevence dodržovat dlouhodobě, a ne pouze nárazově.

## 2 DIAGNÓZA A LÉČBA NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ JAKO SPECIFICKÝ TYP ZÁTĚŽE PRO ZDRAVOTNÍKY A KOMUNIKACE S PACIENTY

V této kapitole jsou shrnuty určité obecné pojmy z oblasti onkologie. Zdravotník na onkologii se setkává s určitými specifiky, která jej ovlivňují, protože je s nimi ve styku každý den. Proto je vhodné se těmto specifickým věnovat. Nejprve bude popsána onkologická nemoc, včetně dělení nádorů, druhů léčby a přídatné práce na onkologii. Následuje komunikace s onkologickými pacienty a sdělování onkologické diagnózy.

### 2.1 Onkologická onemocnění a jejich postupy léčby

Nádor je interní protivník těla. Jedná se o náhodný a nekontrolovaný růst neobvyklých buněk, které vznikají kvůli špatné či slabé funkci tělních mechanismů, jež mají regulovat dělení a množení buněk v těle. Nádory tedy vznikají ze stejných stavebních prvků jako tkáně, které jsou tělu prospěšné, avšak jejich množství či forma narušují vnitřní prostředí. Pokud se proti nádorovým buňkám nezasáhne, mohou k sobě přidávat další buňky, a tak může vzniknout útvar, který je schopen zapříčinit kolaps celého organismu (Weinberg, 2007). Nádorová buňka tedy vzniká genetickou změnou původní zdravé buňky. Zda se nádor vyvíjí z jediné nebo více takto přeměněných buněk však zatím není známo (Konopásek & Petruželka, 2003).

Základní dělení nádorů je na maligní a benigní. Maligní jsou zhoubné, to znamená, že z jedné nádorové buňky se namnoží další a vytvoří mateřské ložisko, které nemusí růst pouze na jednom místě, ale vytváří i dceřiná ložiska na jiných místech, což jsou metastázy. Benigní jsou nezhooubné nádory, které vytvoří překážku v jednom místě organismu (Konopásek & Petruželka, 2003).

U onkologických pacientů se vždy jedná o závažné určení diagnózy, v mnohých případech s nutností velmi náročné a zatěžující léčby, kdy není zcela jasná prognóza. Tato náročnost a nejednoznačnost budoucího vývoje nemoci znamená zátěž jak pro pacienta samotného, tak i pro zdravotníka. Zdařilá léčba s možností dalšího kvalitního života pacienta

se vyvozuje z pětiletého přežití od ukončení stávající léčby (Vorlíček, Abrahamová & Vorlíčková, 2012). Zdravotníci jsou tedy vystaveni takto zátěžovému prostředí závažných nemocí s nejistou prognózou, což se odráží na jejich životech a vnímání zátěže.

Onkologická léčba je léčba proti vlastním buňkám. Léčení může zapříčinit zhoršení kvality života pacienta, kteří mají z těchto kroků pochopitelně strach. Čím dříve se nádor začne léčit, tím lépe. Zdravotníci se tedy setkávají s pacienty, kteří mají obavy z léčby a dalšího možného průběhu nemoci a negativních dopadů léčby. Léčbu dělíme na kurativní, jejímž cílem je nemoc zcela vyléčit, dále na neoadjuvantní, jejímž cílem je zmenšit primární ložisko a metastázy, další možností je léčba operační, léčba adjuvantní, která je volena po těžkém operačním zákroku. Nekurativní léčba nemoc neléčí, ale zpomalí její průběh. Symptomatická léčba zmírňuje příznaky a paliativní je podpůrná léčba v posledních fázích života. Chemoterapie je léčba léky s cytotoxickým účinkem a radioterapie ozařuje řetězce DNA s následnou smrtí buňky. Pomocí biologické léčby jsou podávány látky tělu vlastní, které podporují imunitní procesy, jsou jimi například látky podporující růst kostní dřeně (Vorlíček a kol., 2012).

Zdravotníci na onkologii se tedy setkávají s pacienty, které čeká většinou dlouhodobá a náročná léčba, navíc s nejistou prognózou. Musí nést vysokou zodpovědnost a pacienti v nich hledají oporu.

## **2.2 Přídavná práce na onkologii**

Zdravotníci na onkologii se neseťkávají pouze se svou specializací, ale mají mnoho dalších úkolů. Mezi ty nejhlavnější patří nutná administrativa, telekomunikace a komunikace s rodinnými příslušníky, která je zmíněna v další kapitole.

Veškerá fakta ohledně pacienta musí být pečlivě zdokumentována a zaevidována. Evidence je vedena v elektronické i listinné formě. Listinná forma se vyskytuje v ambulantních i lůžkových zařízeních formou zdravotní karty pacienta. Tato zpráva podle Vyhlášky o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb. obsahuje konečnou diagnózu, návrh dalšího léčebného postupu, záznam o rozsahu poskytnutých nebo vyžádaných zdravotních služeb, záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu a další záznamy týkající se pacientova stavu včetně minulých stavů (Vyhláška o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb.).

Velkou zátěž také znamená již zmiňovaný nedostatek pracovních sil, a tudíž přetěžování zbývajících pracovníků s minimální možností odpočinku, který je přesunován spíše na osobní život (Böhmová, 2016).

## **2.3 Komunikace s pacienty a sdělení onkologické diagnózy**

V následujících podkapitolách je popsána komunikace zdravotníků s pacienty a mezi sebou. Nejprve budou probány základní poznatky o komunikaci, dále komunikace v pracovním kolektivu a zdravotnictví, probereme zákonitosti rozhovoru s různými typy pacientů. Poté bude popsáno sdělení diagnózy a komunikace s onkologicky nemocným a komunikace s rodinnými příslušníky pacienta, kteří jsou, zvláště na onkologii, důležitým aspektem péče.

## **2.4 Komunikace**

Člověk je sociální bytost, která se řečí, mimikou, gesty a pohyby dokáže dorozumívat a sdělovat myšlenky. Komunikace je složitý proces, který závisí na psychice jednotlivce, jeho inteligenci a vzdělání a na individuálních a sociálních zkušenostech (Linhartová, 2007).

Slovo komunikace pochází z latinského *communicare*, což znamená dělat něco společného, sdílet něco, svěřovat se někomu s něčím (Pražák, Novotný, & Sedláček, 1984).

Komunikaci dělíme na verbální a neverbální. Verbální komunikace se děje prostřednictvím slov. Může být mluvená i psaná. Neverbální komunikace je mimoslovní, patří do ní mimika, gesta, výraz očí, výraz ve tváři, úprava zevnějšku, vzdálenost mezi komunikujícími, dotyk, držení těla, zacházení s časem a další informace, kterými člověk hovoří beze slov. Neverbální komunikací člověk vyjadřuje emoce a sám sebe, protože se jedná o řeč těla. Komunikovat se dá také činem, který někdy řekne více než slova. Komunikace také může být přímá a nepřímá. Přímá komunikace je tam, kde jsou jedinci, či celá skupina, přítomni na místě tváří v tvář. Při nepřímé komunikaci jsou osoby vzdáleny a dorozumívají se písemně, telefonicky nebo elektronicky. Zdravotničtí pracovníci tak musí pracovat s mnoha faktory komunikace a uvědomovat si, že podstatná je veškerá komunikace včetně neverbální, na níž jsou obzvláště pacienti citliví (Venglářová & Mahrová, 2006).



## 2.5 Komunikace v pracovním kolektivu a zdravotnictví

Kolektiv v rámci zdravotnického pracoviště považujeme za pracovní kolektiv, který se vyznačuje určitými problémy, principy, ale i možnými doporučeními. Kolektiv většinou představuje více jedinců, tedy individuálních přístupů a jejich vlastní způsoby komunikace. Komunikace v něm může být složitá, protože někdo komunikuje příliš a jiný zase minimálně. Méně sdílní členové pak mají vlažnější vztah ke kolektivu než ti, kteří mají v komunikaci pocit sebeuplatnění. Vlastnosti, které jsou výhodné pro komunikaci v kolektivu, jsou otevřenost, diskrétnost, snaha pomoci v nesnázích, velkorysost, laskavost, trpělivost, pochopení situace druhého, uznání svých chyb, zdvořilost a schopnost omluvit se. Vlastnosti ztěžující komunikaci v kolektivu jsou nadměrná soutěživost, předstírání, nesnášenlivost, zkreslování skutečnosti, předkládání nereálných přání, používání neetických praktik, snaha druhého ponížovat a přezírat, pomluvy a lhaní (Dostálová, 2016).

Při komunikaci občas mezi některými členy kolektivu nastanou šumy či nesoulady. Je vhodné se na takové nedostatky připravit a přijmout je, případně si uvědomit vlastní chyby. Pokud se nejde domluvit a konfrontační situace je neunesitelná, Dostálová (2016) doporučuje kolektiv opustit a změnit práci (tamtéž).

Kvalitativní studie z Německa, prováděná na lékařích, zdravotních sestrách a klinických psychologích pracujících na onkologii prokázala, že i přesto, že jsou s německou zdravotní péčí spokojeni, vidí určité nedostatky v komunikaci. Těmito nedostatky jsou hlavně komunikace mezi různými dvěma poskytovateli zdravotní péče (např. mezi lékařem a zdravotní sestrou). Těžkosti v komunikaci jsou způsobeny i přetížeností těchto odborníků, protože jich je nedostatek. Jako podstatný vidí také nedostatek psychoonkologické podpory, respektive vnímají nedostatek psychologických rad pro komunikaci s onkologicky nemocnými pacienty a cítí se nedostatečně vzdělaní v komunikaci s těmito pacienty. V neposlední řadě je problémem jazyková bariéra. Dotazovaní jako vhodné vidí posílení vzdělání v komunikaci a v psychoonkologické péči, aby se mohla zlepšit péče o onkologicky nemocné (Steven, Lange, Schulz, & Bleich, 2019).

## 2.6 Komunikace s pacientem

Setkání a komunikace s pacienty je základní pracovní náplní každého zdravotníka v aktivní pracovní sféře. Při tomto setkání se vždy potkají s individualitou, protože každý pacient je jiný. Někteří pacienti si s personálem rádi povídají, jiní v mluví méně v důsledku

nemoci, pocitu odloučení od rodiny a blízkých, vlivem smutku či stresu a v neposlední řadě nemožnosti pokračovat v každodenním životě, například v práci.

Navíc se každý pacient může k pečujícím osobám chovat jinak, v závislosti na tom, jak moc závislým se na nich stává (Farkašová, 2006). To vyžaduje jistou dávku pochopení, empatie a trpělivosti od všech zúčastněných. Téměř každý pacient nicméně vyžaduje, aby mu někdo s láskou a péčí naslouchal, a proto je komunikace s pacienty pro personál důležitá a zároveň nelehká oblast působnosti (Kutnohorská, 2007).

V komunikaci s pacientem rozlišujeme tři druhy komunikace. Sociální rozhovor je běžná komunikace personálu s pacientem. U sester nastává například při jejích běžných povinnostech, jako je péče o pacienta. Specifická (strukturovaná) komunikace poskytuje sdělování důležitých informací pacientovi, například plánované léčebné postupy. Terapeutická komunikace pak probíhá formou rozhovoru a zvyšuje působení a účinek léčebných postupů (Venglářová & Mahrová 2006).

Pacient má právo vědět vše o svém zdravotním stavu natolik, nakolik si přeje znát pravdu. Zároveň potřebuje promlouvat se svým lékařem či sestrou, věřit jim a mít možnost u nich žádat o pomoc či ochranu. Lékař by měl vždy s pacientem mluvit tváří v tvář a v soukromí, pomalu a používat co nejméně odborných termínů. Pacient očekává pozitivní přístup a odbornost. Každý člověk na svou nemoc reaguje jinak a je vhodné s ním jinak jednat. Základní typy pacientů rozvádějí autorky Kelnárová a Matějková (Kelnárová & Matějková, 2014). Uvádějí vhodné cesty, jak s těmito pacienty komunikovat. Mezi tyto typy autorky řadí agresivní, depresivní, úzkostné, neurotické, narcistní pacienty, dále pacienty pod vlivem alkoholu a drog, pacienty s narušenou komunikační schopností a umírající pacienty (Kelnárová & Matějková, 2014). Způsoby komunikace s těmito typy pacientů jsou uvedeny v následující podkapitole.

### **2.6.1 Komunikace se základními typy pacientů**

Pokud se zdravotník setká s agresivním pacientem, je vhodné ho nechat mluvit, udržovat oční kontakt, naslouchat mu a zjistit důvod jeho emočního naladění. Podstatné je také myslet na svou bezpečnost a dodržovat bezpečnou vzdálenost. Vhodné je chovat se klidně a pevně, nenechat se strhnout k hrubému chování, mluvit jasně a stručně. Pokud se pacient neuklidní, je na místě, aby mu lékař podal zklidňující lék, popřípadě se za chybu zdravotníků omluvil (Kelnárová & Matějková, 2014).

Při komunikaci s depresivním člověkem je důležité, aby byl profesionál empatický a vážil slova, která řekne, protože pacient může být vztahovačný. Dále by neměl pacienta nabádat, aby nebyl smutný a neměl by mu vymlouvat smutek. Měl by mu věřit jeho utrpení a neodsuzovat ho. Na místě je doporučit zařízení, kde se deprese léčí a nabídnout pomoc při řešení problému. Pokud je pacient úzkostný, zdravotničtí pracovníci by měli být klidní, trpěliví, dávat si pozor na neverbální komunikaci, mít pro klienta dostatek času na rozhovor v soukromí, mluvit klidně, jasně a pomalu, opakovat sdělení, odpovídat na případné dotazy, podporovat klienta v jeho rozhodnutích a podporovat kontakt s rodinou, která může zmírnit jeho pocit opuštěnosti (tamtéž).

S neurotickým pacientem je vhodné opět mluvit klidně, empaticky, srozumitelně a jasně, dát mu prostor mluvit a uklidnit se, neskákat mu do řeči. Vhodné je pacienta na konci rozhovoru povzbudit, že situaci zvládne. U narcistního pacienta platí stejná doporučení, navíc mu zdravotník může dát pocit, že je středem zájmu a pokud se mu nemůže ihned věnovat, je dobré dát mu najevo, že o něm ví (tamtéž).

Vhodné je také ve všech případech poskytnout dost času na vyslechnutí, nespěchat, pokusit se o chápavý a povzbudivý pohled, vstřícnou mimiku a klidné tempo včetně klidného posedu a vyjadřování (Linhartová, 2007).

Pokud je pacient pod vlivem alkoholu nebo drog, je nutné chovat se profesionálně, zdravotník by měl zůstat klidný a emocionálně neutrální, hovořit jasně a konkrétně, podpořit motivaci ke změně chování a jednání. Vhodné je doporučit odbornou pomoc a nedovolit rozvinout agresivní chování, stanovit pacientovi jasná pravidla a neposkytnout mu prostor pro manipulativní jednání (Kelnárová & Matějková, 2014).

Pacienti s narušenou komunikační schopností jsou lidé s různými vadami řeči a sluchovými potížemi. Ať už se jedná o mutismus, symptomatické poruchy řeči jako je řeč s dětskou mozkovou obrnou, koktavost či jiné řečové problémy, je vhodné dát pacientovi dostatek času k vyjádření, být empatický, nezesměšňovat jeho projev a hovořit vlídně a přívětivě. V případě sluchových potíží je vhodné navázat oční kontakt a udržovat ho po celou dobu, zeptat se pacienta, zda preferuje komunikaci prostřednictvím mluvení, odezírání nebo psaní. Odborník by měl hovořit nahlas, ale nekřičet, raději se posléze zeptat, jestli pacient rozuměl sdělení. V případě setkání se s umírajícím pacientem by měl zdravotník respektovat jeho právo na pravdivé informace a nic mu nezatajovat. Veškeré informace o zdravotním

stavu však sděluje lékař. Pacientovi by měla být ponechána naděje na zlepšení stavu (tamtéž).

V této podkapitole byla uvedena doporučení pro komunikaci s různými typy pacientů. Ve všech výše uvedených příkladech je doporučená jasnost a stručnost sdělení, zároveň snaha o zachování klidné situace a snaha o empatii.

## **2.7 Sdělení onkologické diagnózy a komunikace s onkologicky nemocným**

Pro pacienta je podstatné znát pravdu o svém zdravotním stavu. Pokud se prodlužuje doba čekání na diagnózu, pacientovy obavy rostou. Pacienti, kterým není diagnóza sdělena, mají tendenci po ní pátrat a mohou se dobrat například k mylnému závěru. Diagnózu sděluje výhradně lékař, ale je vhodné, aby byla přítomna zdravotní sestra, která může některé informace doplnit. Dle přání a souhlasu pacienta může být také přítomen rodinný příslušník pacienta, vyloučen není ani psycholog. Lékař by měl diagnózu sdělovat přiměřeně pacientově chápání a seznámit pacienta s pravděpodobným průběhem nemoci včetně jejích osobních i společenských dopadů (Zacharová & Šimíčková-Čížková, 2011).

Prvním odborníkem, se kterým se onkologický pacient setká, bývá často praktický lékař. Ten se může stát spojovacím článkem mezi odbornými lékaři, ke kterým pacienta posílá k různým vyšetřením. Praktický lékař pak shromažďuje výsledky z těchto vyšetření, aby byly rychle k dispozici onkologovi (Gesenhues & Ziesché, 2006).

Při rozhovoru s onkologicky nemocným by měl lékař myslet na psychicky náročnou situaci pro pacienta a naplánovat si pro něj dostatek času, pozorně naslouchat a odpovědět na všechny jeho otázky, situaci vysvětlit pravdivě, srozumitelně a šetrně. Je vhodné zvážit, kolik informací je pacient ještě schopen přijmout, nepoužívat odborné termíny a neudávat časové prognózy, zdůrazňovat pozitivní aspekty situace, ale nedávat falešnou naději. Lékař ordinuje onkologickou léčbu pouze tehdy, když může zlepšit kvalitu života (tamtéž).

## **2.8 Komunikace s rodinnými příslušníky**

Zdravotník, obzvláště na onkologii, se často setkává i s rodinnými příslušníky pacienta. Na onkologii je běžné, že sdělení diagnózy a průběh léčby vnímají rodinní příslušníci více zátěžově než samotný pacient. Jejich přítomnost je zde však hodnocena převážně kladně, jednak z důvodu opory pro pacienta a také z praktických důvodů. Pacient

totiž, obzvláště při sdělování diagnózy, nemusí některé informace postřehnout a rodinný příslušník mu je pak může připomenout (Zacharová & Šimíčková-Čížková, 2011).

Otevřená komunikace s rodinou pacienta je nedílnou součástí péče o onkologického pacienta. Komunikace s rodinnými příslušníky by měla být zdvořilá, empatická, asertivní, informativní ve srozumitelné podobě. Zdravotník by měl dát prostor pro případné dotazy a rodinné příslušníky zapojit do péče o nemocného v rámci jejich možností a kompetencí (Kelnarová & Matějková, 2014).

Lékař by měl s rodinou nemocného udržovat kontakt a poskytovat návod na péči o něj srozumitelnou formou. Je důležité rodině zdůraznit, aby měli pro pacienta pochopení, aby byli trpěliví a tolerantní. Pro pacienta je důležitá sociální opora, která je podpůrná pro jeho uzdravení (Gesenhues & Ziesché, 2006).

## 3 COPINGOVÉ STRATEGIE

V této kapitole jsou popsány strategie zvládání stresu a jejich zákonitosti. Definujeme copingové strategie a upřesníme zvládání zaměřené na problém a na emoce. Dále budou popsána specifika zvládání na pracovištích obecně a dále specifika zvládání na onkologickém pracovišti. Následují strategie zvládání stresu u zdravotníků a zdravotních sester.

Copingové strategie jsou strategie zvládání stresu. Coping je anglický ekvivalent, který znamená snahu něco zdolat či překlenout, s něčím se vypořádat nebo něco zvládat (Vavricová, 2013). Pojem pochází z řeckého slova kolaphos, které vyznačuje situaci, kdy boxer dává ránu svému protivníkovi. Daným soupeřem pak může být stresor, se kterým se snažíme vypořádat (Křivohlavý, 2002).

Podle Lazaruse a Folkmanové je coping permanentně proměnlivé kognitivní a behaviorální úsilí, které slouží ke zdolání vnějších či vnitřních požadavků, které jedinec vnímá jako nesnadné nebo přesahující jeho síly a možnosti (Lazarus & Folkman, 1984).

### 3.1 Strategie zvládání

Zvládání je snaha řídit, tolerovat, redukovat vnější a vnitřní požadavky, které jsou na člověka kladeny. Jedná se o požadavky, které jsou pro člověka příliš vysoké, namáhají a zatěžují ho (Křivohlavý, 1994).

Zvládání je proces, kterým se člověk snaží vyrovnat se stresovými stavy. Pokud se člověk dostane do stresové situace, musí se rozhodnout, jak s touto situací naloží.

V současné době se ke kvantitativnímu výzkumu copingových strategií využívá dotazník SVF 78, který pomocí 78 výroků zjišťuje, jak člověk reaguje v situacích, kdy je někým nebo něčím rozrušen (Švancara, 2003).

#### 3.1.1 Volba strategie

Existuje mnoho různých reakcí v závislosti na konkrétním jedinci a dané situaci. Každý jedinec inklinuje k různým reakcím a může se rozhodnout jinak. Rozlišujeme však dvě základní strategie, mezi kterými jedinec může volit při zvládání stresových situací. Toto

rozlišení zavedli Lazarus a Folkmanová. Jsou jimi zvládání zaměřené na emoce a zvládání zaměřené na problém (Lazarus & Folkman, 1984). Nejprve popíšeme zvládání zaměřené na emoce a poté zvládání zaměřené na problém.

## **3.2 Zvládání zaměřené na emoce**

Zvládání zaměřené na emoce je užitečné v případě, kdy je problém neřešitelný nebo jej jedinec jako neřešitelný vnímá. Jde o přehodnocení emocí, které stres vyvolaly. Toto zvládání člověk volí proto, aby se nenechal pohltit svými aktuálními emocemi a aby mohl řešit svou situaci. Strategie dělíme na adaptivní a maladaptivní. Mezi adaptivní patří například hledání opory u přátel, cvičení, pohyb nebo odložení problému stranou. Maladaptivní strategie jsou ty, které člověku působí ještě více stresu a potíží. Jedná se například o konzumaci alkoholu či jiných návykových látek (Nolen-Hoeksema a kol., 2012).

Zvládání zaměřené na emoce můžeme pozorovat například na malých dětech, které se maminky snaží utišit v náručí. V době dospívání se pak tvoří komplexnější strategie, jejichž příkladem může být relaxace (Křivohlavý, 2010).

## **3.3 Zvládání zaměřené na problém**

Jedná se o kognitivní strategie, protože k řešení problému využívají primárně myšlení (Křivohlavý, 2010). Jedná se o řešení nasměrovaná nejen na situaci, ale i na osobnost daného jedince, který například racionálně zpracuje stresující situaci, osvojí si nové dovednosti nebo si najde alternativní zdroje. Existuje několik druhů těchto strategií. Při postupu zvládání zaměřeného na problém nejprve definujeme daný problém, poté nalezneme jeho možná řešení, zvážíme důsledky těchto řešení, pro jedno řešení se rozhodneme a začneme podle něj jednat (Nolen-Hoeksema a kol., 2012).

Mezi příklady možných zvládání zaměřených na problém patří v první řadě výše zmíněné plánované hledání řešení problému, dále pak snaha vyhnout se stresové situaci a uniknout z ní. Příkladem může být podání výpovědi z práce, ve které jedinec není spokojen. Další strategií je přijetí osobní odpovědnosti za situaci a plánování dalšího postupu. Příkladem může být upozornění vedoucího na vyskytující se problém v zaměstnání. Další adaptivní strategií může být hledání pozitivních stránek na dané situaci, například si v případě nemoci řekneme, že alespoň můžeme zůstat doma. Distancování se a úplné odvrácení od daného problému je také možné řešení. Příkladem sebeovládání je snaha o

zklidnění dechu a rozdýchání dané situace. Při hledání sociální opory člověk pátrá po někom, kdo by mu se situací pomohl (Křivohlavý, 2010).

### **3.4 Strategie zvládání stresu na pracovišti**

V pracovních kolektivech se lidé setkávají s určitými stresovými situacemi více než obvykle. Každodenní práce na stejném místě a se stejnými spolupracovníky přináší vnitřní i vnější konflikty, které je potřeba řešit. Na základě belgické studie provedené v roce 2014, která se zabývala šikanou na pracovišti, se zjistilo, že v případě šikany je nejefektivnější copingovou strategií hledání sociální opory a emocionální podpora od blízkých. Copingové strategie zaměřené na problém se ukázaly jako výhodné při řešení překážek v práci, plánování a dosahování cílů. Strategie zaměřené na emoce pak pomáhají snížit dopad daných překážek. Tato studie byla provedena na 6 499 zaměstnancích různých oblastí, včetně zdravotníků (Van den Brande, Baillien, Vander Elst, De Witte, Van den Broeck, & Godderis, 2017).

#### **3.4.1 Strategie zvládání stresu na onkologických pracovištích**

Stresory, které potkávají zdravotníky na onkologii jsme rozvedli v kapitole 1.3.3. Stresory na onkologických pracovištích.

Ze studie z Queenslandu provedené na 71 onkologických pracovnících vyplynulo, že nejčastější strategií je ignorace problému. Tuto strategii využívají hlavně radiační terapeuti. Zdravotní sestry jako nejčastější způsob využívají svěřování se blízkým a kolegům (Poulsen a kol., 2014).

### **3.5 Strategie zvládání stresu u zdravotnického personálu a zdravotních sester**

Komačková (2009) uvádí tři osvědčené zvládací strategie. Doporučuje je přímo pro zdravotní sestry, aby věděly, jak se při náhlé stresové situaci zachovat. První strategií je řešení vzniklého problému a plánování postupu jeho řešení a práci s emocemi, které byly vyvolány. Vhodné je také vyhledat sociální pomoc. Druhou strategií je naučit se rozpoznávat stresory, uvědomit si jejich působení na vlastní osobnost a začít řídit jejich vliv. Třetí strategií je vytvoření si a dodržování zdravého životního stylu. Tyto tři základní rady lze využít u všech zdravotnických profesionálů (Komačková, 2009).



## 3.6 Další koncepty zvládání zátěže

V této kapitole budou uvedeny další koncepty využitelné při zvládání zátěže. Jsou jimi relaxace, resilience a odolnost, nezdolnost a vnímání smyslu. Dále je uvedena odolnost onkologických pracovníků a zdravotníků obecně.

### 3.6.1 Relaxace

Relaxace je jedna z nejčastějších a nejvíce doporučovaných způsobů, jak nakládat s prožívaným stresem. Je vhodná jako forma odreagování se i jako prevence před možnými stresovými událostmi. Cílem relaxace je eliminovat každodenní starosti a snížit napětí, které má tendenci se kumulovat, pokud není uvolněno (Míček, 1984). Pro zdravotnické pracovníky na onkologických pracovištích se při práci se stresem jedná o možnou a vhodnou strategii.

Relaxační trénink jedince učí, jak zvolnit tempo, uvolnit svaly a soustředit se pouze na své myšlenky. Jelikož se jedinec může naučit ovlivňovat svou tepovou frekvenci i tlak, existují různé postupy využívající se k léčbě pacientů s hypertenzí (vysokým krevním tlakem). Naučit se relaxovat a ovládat své tělo je tedy na místě i v případě léčby nemocí. Prospěšná je i biologická zpětná vazba (biofeedback), kdy člověk dostává informace o určitém aspektu svého fyziologického stavu a potom se jej snaží sám změnit (Nolen-Hoeksema a kol., 2012).

Relaxaci dělíme na spontánní, k níž dochází samovolně bez našeho úsilí a na diferencovanou relaxaci, která je záměrná. Mezi osvědčené relaxační techniky patří procházky, správné dýchání, střídání napětí a uvolňování určité skupiny svalů. Důležité je tyto a další relaxační metody, které si jedinec osvědčí, vkládat do svého denního režimu pravidelně. Každý člověk by si měl najít vhodnou formu relaxace, která je v souladu s jeho životním stylem. Není vhodné se nutit do jasně vymezených technik, které by jedinec neprožíval jako skutečně relaxační. Při výběru relaxačních technik je tedy podstatné zaměřit se na individualitu daného jedince a snažit se přizpůsobit jeho životnímu stylu (Walker, 2001).

Obecně doporučovanými relaxačními technikami, kterými se můžeme inspirovat, jsou dechová cvičení a dechová relaxace, meditace, autogenní trénink, jóga, muzikoterapie, arteterapie, aromaterapie a další metody, které jsou jednotlivci nejpříjemnější (Dostálová, 2016). Využití relaxačních technik přispívá k celkové psychické odolnosti a celkové

resilienci jedince, je vhodná jako prevence i jako řešení problémů, proto jej onkologičtí zdravotníci mohou volit jako jednu z možností vyrovnávání se se stresem způsobeným jejich profesí.

### **3.6.2 Resilience a odolnost**

Resilience pochází z latinského slova *resilire*, což znamená odrazit se. Jedná se o odolnost, schopnost bránit se nepříznivým silám, překonávat těžké životní situace a krize. Odolnost vysvětluje, proč někdo zátěže zvládá nebo se díky nim dokonce stává aktivnějším a sebevědomějším a někdo jiný se při těžkostech stává obětí, neví si rady a utápí se ve starostech. Resilience podporuje způsobilost člověka přijmout aktuální zátěž jako výzvu. Existuje osm hlavních přístupů, pomocí kterých tyto vlastnosti můžeme rozvíjet. Patří sem upevňování toho, co se již podařilo, a víra v to, že se bude dařit i v budoucnu, dále poučení z minulých nezdarů, plánování své životní cesty a alternativní dotváření dalších cest, vytváření pevných vztahů, sebedůvěra, dělání radosti sobě i druhým, přijetí minulosti a otevřený horizont budoucnosti. Vhodné je vnímat budoucnost jako zónu možností a naděje a budování toho, co se má stát (Helus, 2017).

### **3.6.3 Nezdolnost**

Nezdolnost neboli *hardiness* je vlastnost, která některým jedincům umožňuje být vůči stresu odolný a ani v těžkých stresových situacích neprojevoval známky emočního či tělesného oslabení (Kobasa, 1979). Nezdolnost má tři složky, kterými jsou odhodlání bojovat proti obtížím, schopnost nahlížet na obtíže jako na výzvu a schopnost vidět možnosti k vedení dalších událostí. Odhodlání, kontrola a výzva jsou typické pro lidi odolné vůči stresu, tyto vlastnosti totiž přímo souvisí s prožívanou mírou stresu a vnímanou intenzitou stresorů. Pokud má člověk pocit, že má svůj život pod kontrolou a vnímá změny jako výzvu, důsledkem je, že více věří ve vlastní schopnosti a stresové události hodnotí jinak než člověk, který tento pocit nemá (Nolen-Hoeksema a kol., 2012).

Antonovsky za základní charakteristiku osobní nezdolnosti považuje smysl pro integritu neboli celistvost. Integrita je vnitřní ucelenost osobnosti člověka, opakem je pak nejednotnost (Eriksson & Bengt, 2006).

### **3.6.4 Vnímání smyslu**

Důležitým aspektem při překonávání překážek je vnímání smyslu. Lidé, kteří si prochází obtížnými životními situacemi, se s těmito zážitky vyrovnávají lépe, pokud v nich vidí nějaký smysl. Nacházení smyslu v traumatické události pomáhá lidem, aby se sžili s novou situací (Nolen-Hoeksema a kol., 2012). Z toho vyplývá, že pokud zdravotničtí pracovníci na onkologických pracovištích vnímají ve své práci smysl, snadněji se vyrovnají s těžkostmi, které jejich profesi provází. Roli optimismu při nacházení smyslu zdůrazňují Helgeson, Reynolds a Tomich (2006), kteří uvádí, že optimisté po prožití stresových událostí zaznamenávají pozitivní změny, užitek a růst (Helgeson, Reynolds, & Tomich, 2006).

### **3.6.5 Odolnost onkologických pracovníků a zdravotníků obecně**

Na onkologických pracovištích souvisí psychická odolnost s pocíťovanou vlastní životní spokojeností a psychickou odolností v práci (Poulsen a kol., 2014). Pro zdravotníky je proto důležité nepodceňovat vlastní vnímání, pocit vlastní spokojenosti a relaxaci, která je zmíněna výše.

Z české studie sledované na 96 osobách vyšlo najevo, že odolnost je u zdravotnických záchranářů vyšší než u osob, které se na zdravotnickou profesi teprve připravují, například u studentů lékařských fakult. Tato skutečnost souvisí s mírou prožitého stresu, a tedy zkušenostmi se stresovými událostmi. Odolnost je vyšší u pracovníků, u nichž lze předpokládat vysokou motivaci k náročné, ale zajímavé práci (Pelcák & Chaloupka, 2012).

Křivohlavý (2010) zdravotníkům, a nejen jim, doporučuje určit si vlastní žebříček hodnot, uvědomit si, co má nulovou hodnotu a co je podstatné a podle toho se ve svém životě řídit. Důležité je uvědomovat si vlastní postoje a nenechat se ovlivňovat okolnostmi. Je také vhodné uvědomit si vlastní přesah a podstatu vlastního života. Ujasnění cíle totiž vnáší do života klid, jistotu, naději a dává činností smysl. Existuje šestnáct zásad, kterých by se zdravotní sestra měla držet, pokud chce pečovat o sebe a o vlastní přežití. Patří mezi ně vlídnost a laskavost sama k sobě, uvědomění si, že lidem lze pomáhat, ale ne je měnit, uvědomění si přirozenosti pocitu bezmoci, využívání sociálních vztahů a další (Křivohlavý, 2010).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

# 4 OBLAST VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Řada výzkumů zaměřujících se na stres a copingové strategie na onkologii se zabývá prožitkem pacientů. V tomto výzkumu se zaměřujeme na prožívání stresu a jeho zvládnání u zdravotníků. Výzkumy na tuto tematiku existují také, jak je již nastíněno v teorii, ale je jich podstatně méně.

Nároky na zdravotnické pracovníky na onkologii jsou velmi vysoké, zároveň se jedná o pracovníky, kteří pracují v náročném prostředí a jsou zatěžováni kognitivně i emočně (Ptáček a kol., 2011). Náš výzkum se koncentruje na faktory, které zdravotničtí pracovníci na onkologii vnímají jako zátěžové. Zároveň se soustředí na způsoby, které využívají k vyrovnání se s těmito zátěžemi. Zaměřuje se také na komunikaci s pacienty, která je, obzvláště v případě sdělování diagnózy, pro zdravotníky zátěžová. Výzkum se také zajímá o vlivy, které mají zátěžové situace na osobní život onkologických pracovníků.

Za výzkumný problém jsou tedy považovány stres, komunikace a strategie zvládnání stresu u zdravotníků, kteří pracují na onkologických pracovištích. Zajímá nás, které situace vnímají jako nejvíce zátěžové a jak se s nimi vyrovnávají.

## 4.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je popsat strategie zvládnání zátěže u vybraného souboru zdravotnických pracovníků na onkologických pracovištích. Výzkum byl zaměřen na prožívání stresu na těchto pracovištích a subjektivní vyrovnávání se s ním. Důraz byl kladen i na vnímání komunikace těchto zdravotníků s pacienty.

### 4.2 Výzkumné otázky

V souladu s výzkumným cílem jsou formulovány tyto výzkumné otázky:

1. Jaké faktory považují zdravotničtí pracovníci na onkologických pracovištích za nejvíce stresující?
2. Jak se s těmito zátěžemi vnitřně vyrovnávají?

3. Jak onkologičtí zdravotníci prakticky nakládají se stresem způsobeným jejich zaměstnáním, jaké volí odpočinkové aktivity?
4. Jak vnímají zdravotničtí pracovníci na onkologii komunikaci s pacienty?

## 5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

Metodologickým rámcem výzkumu je kvalitativní studie, která pracuje s nekvantifikovatelnými vlastnostmi. Kvalitativní přístup umožňuje holistické vnímání a detailní prozkoumání určitých jevů. Je v něm kladen důraz na dynamický vývoj a kontextuálnost (Miovský, 2006).

Typem výzkumu jsou případové studie, za které považujeme zdravotnické pracovníky na onkologických pracovištích. Případová studie umožňuje sledovat, popisovat a vysvětlovat případ komplexně a v rámci kontextu (tamtéž).

### 5.1 Metody tvorby dat

Data jsme získali pomocí polostrukturovaného interview. Díky osobnímu kontaktu bylo umožněno navázat hlubší a důvěrnější vztah mezi výzkumníkem a respondentem. Osobní kontakt umožňuje pozorovat celkové vystupování, včetně mimických projevů a vyjadřování emocí, což poskytuje komplexní vnímání. Polostrukturované interview obsahuje tzv. jádro interview, což je minimum otázek, které výzkumník musí probrat. Otázky výzkumník může přizpůsobovat participantovi a jejich pořadí měnit podle probíhajícího rozhovoru. Dále výzkumník může přidávat doplňující otázky, uzná-li, že je vhodné se participanta na něco doptat. Tento typ rozhovoru tedy umožňuje individuální přístup a jedinečnost (Miovský, 2006).

Náš rozhovor se skládá z 15 otázek, u 8 z nich byly uvedeny podotázky. Otázky jsou uvedeny v příloze. Otázky byly zařazeny postupně za sebou tak, aby umožňovaly plynulý chod rozhovoru a byly formulovány na základě výzkumného problému a výzkumných otázek.

#### 5.1.1 Pilotní studie

Po sestavení otázek jsme provedli předvýzkum, který měl zaručit ověření srozumitelnosti otázek a jejich logické pořadí. Tento předvýzkum zároveň umožnil představu o časové náročnosti jednoho interview. Předvýzkum byl proveden s lékařkou pracující na interním oddělení s péčí o dlouhodobě nemocné včetně onkologických pacientů a zkušenou onkologickou lékařkou, která pracuje na onkologii na zkrácený úvazek. První

pilotní studie trvala 55 minut, druhá 1h 5 minut. Po těchto dvou pilotních studiích jsme po konzultaci upřesnili znění několika otázek a adaptovali jejich pořadí.

### **5.1.2 Hlavní výzkum**

Rozhovor trval průměrně 50 minut, nejkratší rozhovor trval 25 minut, nejdelší 1h 15 minut. Rozhovory probíhaly od října do poloviny prosince 2018, pilotní studie byly provedeny v srpnu 2018.

Rozhovory začínaly neformální konverzací pro navození přátelské atmosféry. Všechny proběhly osobně. Lokalita a termín setkání byly přizpůsobeny co nejvíce potřebám a přáním participantů. Dva rozhovory proběhly v kavárně, zbylých šest se uskutečnilo na onkologických pracovištích, konkrétně v sesternách, kde bylo zachováno soukromí a nerušené prostředí.

## **5.2 Metoda analýzy a postup zpracování dat**

Zpracování dat proběhlo pomocí interpretativní fenomenologické analýzy, dále IPA. Cílem IPA je prozkoumat, jak jedinec chápe své životní zkušenosti. Umožňuje individuální pohled na zkoumaný jev a zkušenost participanta (Lyons & Coyle, 2007).

Jako první IPA rozvíjel v 90. letech 20. století Jonathan A. Smith. Zpočátku měla uplatnění hlavně v psychologii zdraví, nyní se ale využívá i v psychoterapii a klinické psychologii. IPA vychází ze tří teoretických zdrojů – z fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu. Cílem IPA je porozumět participantem žité skutečnosti. Subjektivita je zde vnímána jako přednost, protože nám umožňuje vstoupit do své zkušenosti i do zkušenosti druhého (Řiháček, Čermák, Hytych & kol., 2013).

IPA pracuje s hermeneutickým kruhem a tzv. dvojitou hermeneutikou, při níž se respondent snaží porozumět své zkušenosti s daným jevem a zároveň se výzkumník snaží pochopit, jak k tomuto porozumění respondent dochází (Lyons & Coyle, 2007). Získanými výsledky lze charakterizovat pouze danou skupinu, nikoli jimi zobecnit celou populaci (Řiháček a kol., 2013).

Polostrukturované interview je podle zásad IPA nejvhodnější metodou pro tvorbu dat, i proto jsme jej v našem výzkumu zvolili. Umožňuje totiž participantovi pokládat doplňující otázky v průběhu rozhovoru v rámci aktuálně se vynořujících témat a dovoluje



udávat směr interview podle témat, která se zdají účastníkovi rozhovoru důležitá (Miovský, 2006).

Všechny rozhovory byly přepsány přesně tak, jak byly nahrány nahrávacím zařízením. Poté byla provedena redukce prvního řádu, která data očistila (Miovský, 2006).

Nultou fází v procesu analýzy je reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem. Součástí je uvědomění si vlastní motivace a prekonceptů pro práci s tématem. Následovala první fáze opakovaného čtení a zároveň poslech audiozáznamu, což umožňuje výzkumníkovi vtáhnout se více do případu a vidět problém očima daného participanta. Druhou fází je psaní počátečních poznámek a komentářů, což dovoluje zachytit vše, co je v textu podstatné a zajímavé. Tyto poznámky jsme rukou psali po okrajích textu a posléze pro větší přehlednost na druhou volnou stranu textu. Z těchto poznámek se později vynořovaly okruhy a kategorie (Řiháček a kol., 2013).

Deskriptivní komentáře se zaměřují na obsah toho, co respondent říká, na jeho myšlenky a události, které tvoří jeho realitu. Tento typ komentářů byl v našem výzkumu nejčastější. Dále jsme rozvíjeli vznikající témata, kdy jsme redukovali naše poznámky a data prostřednictvím tzv. rodících se témat. Předchozí poznámky tak byly seskupeny do témat, jejichž účelem je zachytit respondentovu zkušenost. Následovalo hledání souvislostí napříč tématy. Zkoumali jsme, jaká témata souvisí s jinými a jak se k sobě vztahují. Pro větší přehlednost jsme také vytvořili nadřazená a podřazená témata. Takto vzniklé kategorie jsme porovnávali napříč všemi případy. Hledali jsme témata, která napříč analýzami vystupovala jako nejsilnější (Řiháček a kol., 2013). Vznikl tak výsledný seznam kategorií a okruhů, které jsou podepřeny o přímé citace respondentů.

### **5.3 Etika výzkumu**

Již při samotném, převážně telefonickém oslovování participantů jim byly podány základní etické informace, hlavně o zaručení anonymity. Při osobním setkání za účelem provedení rozhovoru byli respondenti před jeho zahájením podrobněji seznámeni s cílem a záměrem výzkumu. Dále jim byla vysvětlena možnost kdykoli z výzkumu odstoupit a opět zdůrazněna anonymita práce se získanými daty. Také jim bylo vysvětleno, že rozhovor bude nahráván. Poté jim byl poskytnut informovaný souhlas, který podepsali. V něm byla připomenuta dobrovolnost účasti ve výzkumu a pořízení audionahrávky rozhovoru.

Rozhovory byly nahrány na záznamník na telefonu, který sloužil jako nahrávací zařízení. Nahrávky poté byly anonymizovány a účastníkům byla přidělena fiktivní jména. Tato data jsme uložili na externí úložiště a ten dali na bezpečné místo tak, aby k němu neměly přístup nekompetentní osoby. Data byla použita pouze k účelům bakalářské práce.

Účast všech participantů byla zcela dobrovolná, pramenila převážně z jejich zájmu o téma samotné a také z ochoty podílet se na výzkumu. Nebyli motivováni žádnou finanční ani hmotnou odměnou. Nejsme si vědomi, že bychom ve výzkumu participanty jakkoli klamali nebo jim způsobili duševní újmu.

## **5.4 Výzkumný soubor a populace**

Výzkumným souborem byli dospělí jedinci, zdravotníci pracující na onkologii a přímo se setkávající s pacienty.

Původním záměrem bylo zařadit mezi participanty více lékařů onkologie, kvůli jejich časové vytíženosti se však nejrozšířenější skupinou staly zdravotní sestry.

Naši základní populaci tvořili tito zdravotníci:

- Zdravotníci, kteří pracují na onkologii
- V době poskytnutí rozhovoru plný pracovní úvazek na onkologii
- Praxe na onkologii alespoň 6 měsíců
- Zdravotníci, kteří se pravidelně setkávají a komunikují s pacienty

Participanty jsme vybírali prostým záměrným výběrem. Možné účastníky, kteří vyhovovali výše uvedeným kritériím, jsme oslovili. Ty z nich, kteří byli ochotni se výzkumu účastnit, jsme zařadili do výzkumu. Respondenti tedy byli vybráni účelově. Tato metoda byla pro účely našeho výzkumu adekvátní, protože je vhodná hlavně pro výzkumné soubory, které jsou malé (Miovský, 2006). Původním záměrem bylo provést rozhovor s šesti onkologickými zdravotníky, později jsme však oslovili ještě 2 další na základě doporučení respondentů, kteří již rozhovor absolvovali. Rozšířili tak výběr výzkumného souboru na základě metody sněhové koule (Miovský, 2006).

## 5.5 Výzkumný soubor a jeho popis

Všichni participanti pracují a žijí v České republice. Mezi participanty patřila zdravotnická pracovnice z Onkologie Pardubické krajské nemocnice, čtyři zdravotnické pracovnice z Kliniky onkologie a radioterapie Fakultní nemocnice Hradec Králové a tři zdravotnické pracovnice z Onkologické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc.

Věk participantů se pohyboval mezi 26–61 lety. Věkově byli respondenti zastoupeni takto: 26, 27, 40, 42, 47, 50, 55 a 61 let. Průměrný věk pak byl 43,5 let.

Soubor byl tvořen ženami. Jsme si z tohoto důvodu vědomi možného zkreslení získaných dat. Bohužel se nám nepodařilo získat žádného mužského participanta. Tento nedostatek si vysvětlujeme feminizací zdravotnictví, hlavně zdravotních sester (Révayová, 2014). Tudíž jsme měli příležitost oslovit více onkologických zdravotníků převážně ženského pohlaví. Oslovení možní mužští participanti účast ve výzkumu odmítli z časových důvodů. Předpokládáme také, že pro ně toto téma nebylo příliš zajímavé a vnímání stresu, copingových strategií a komunikace zajímalo spíše ženy. Níže je uvedena tabulka pro popis výzkumného souboru.

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru

Charakteristika výzkumného souboru		
JMÉNO	VĚK	PROFESE
Jana	26	Zdravotnický asistent
Marika	42	Zdravotní sestra
Tereza	47	Klinický psycholog
Kateřina	61	Klinická lékařka
Sára	27	Zdravotní sestra
Zuzana	40	Zdravotní sestra
Eliška	55	Zdravotní sestra
Lada	50	Ošetřovatelka

## 5.6 Výzkum a jeho průběh

Oslovování zdravotníků probíhalo převážně telefonickou a elektronickou formou. Nejdříve jsme kontaktovali onkologickou lékařku, kterou jsme osobně znali a která s rozhovorem souhlasila. Dále jsme požádali o kontakty na zdravotníky Dobrovolnické centrum Amelie, z.s., ve kterém působíme jako dobrovolnice. Po domluvě jsme dorazili na onkologickou kliniku a provedli rozhovor. Původně domluvená zdravotnice se nemohla zúčastnit z důvodu neočekávané situace na oddělení, rozhovor ale poskytla jiná zdravotnická pracovnice. Při té příležitosti jsme oslovili další participantku, se kterou jsme se dohodly na termínu setkání. Dále jsme oslovili Fakultní nemocnici Hradec Králové, ze které nám poskytly rozhovor čtyři zdravotnické pracovnice. Na základě doporučení první participantky jsme oslovili zdravotnického pracovníka z chrudimského onkologického centra Multiscan, s.r.o. Ten ale účast na výzkumu odmítl z důvodu vytíženosti. Byl nám také poskytnut kontakt na další zdravotnickou pracovnici, se kterou jsme provedli rozhovor. Celkem se výzkumu zúčastnilo 8 onkologických zdravotnických pracovníků a bylo tedy provedeno 8 samostatných interview.

## 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Výsledky výzkumu, které prezentujeme níže, jsou uvedeny jako jednotlivé charakteristiky zdravotnických pracovníků. Dále jsou představeny okruhy a kategorie, které jsou doplněny doslovnými citacemi probandů.

### 6.1 Charakteristika výzkumného souboru

V této podkapitole uvádíme příběhy a prožívání konkrétních zdravotnických pracovníků.

*Jana* – 26 let, zdravotní asistent

Jana působí na onkologii 2, 5 roku. Po vystudování Střední zdravotnické školy se rozhodla pro práci místo pokračování ve studiu. Pro onkologii se rozhodla z důvodu volného pracovního místa, nebylo to jejím původním záměrem, avšak nyní je se svým pracovním místem spokojená. Nejprve vnímala zátěžově setkání se se smrtí pacientů a nad pacienty doma často přemýšlela, později si však s pomocí partnera našla aktivity a strategie, které jí na práci pomáhají zapomenout. Velkou oporou jí je přítel, se kterým se věnují volnočasovým aktivitám, hlavně sportu a kulturnímu vyžití. Společně se dohodli, že se o práci doma bavit nebudou, daří se jí proto oddělit soukromý a pracovní život. Stres uvolňuje procházkami, poslechem hudby a domácími pracemi.

Onkologie ji ovlivnila ve směru obav z onkologické nemoci u svých blízkých, hlavně u starších členů rodiny. V důsledku toho kontroluje, zda chodí na pravidelné preventivní prohlídky. Strach sama o sebe v tomto směru nevnímá. Jako výraznou pomoc vnímá možnost probrat svou práci s kolegyněmi. Zároveň je vděčná zkušenějším kolegyním, které jí poradí a pomohou s praktickými věcmi. Na začátku svého působení na onkologii byla ráda, když s ní kolegyně chodily za pacienty a doplňovaly například odborné termíny nebo pomohly při navazování rozhovoru. Dnes už to zvládá sama a nepocítuje u toho žádné obavy. Komunikaci s pacienty nevnímá jako příliš zátěžovou, snaží se k nim přistupovat individuálně a citlivě. Pozitivně hodnotí přítomnost rodinných členů pacienta a jejich upřímný zájem o něj. Často totiž musí pacientům opakovat stejné informace, a pokud tyto informace zná i rodina, nutnost opakování již sděleného jí tím ulehčují.

**Marika** – 42 let, zdravotní sestra

Marika působí na onkologii již 10 let. Svou práci vnímá jako každou jinou, myšlenky na ni jí v osobním životě nijak nezasahují. Stresově však vnímá setkání se s mladými pacienty. Stres jí také působí mnoho povinností v práci, s ním pak nakládá stanovením si prioritních úkolů, které musí udělat nejdříve a těch, které zvládne později. Ze začátku pro ni byla těžká smrt pacienta, nyní ji vnímá jako součást svojí práce. Je si vědoma toho, že smrt pacienta může být úleva pro jeho rodinu, kdy jim odpadne péče o něj a povinnosti s ní spojené.

Marika používá zajímavou techniku odpoutávání se od práce. Jezdí z práce domů na kole a vždy, když projede kolem určitého domu, řekne si, že na práci již nepomyslí. Podle jejích slov se jí to daří. Velkou oporou jí jsou děti, o které se musí starat. Její hlavní zvládací strategií je tedy rodina, dále sport a příroda.

Při komunikaci s pacientem se snaží postupovat individuálně. Jako snazší vnímá komunikaci s pacientem s recidivou, protože takový pacient je již většinou seznámen s průběhem léčby a s chodem oddělení. Pokud si neví s něčím rady, pomocníka hledá v psychologických knihách a příručkách.

**Tereza** – 47 let, klinický psycholog

Tereza působí již 23 let na onkologické klinice. Ve své profesi zdůrazňuje a dennodenně praktikuje individuální přístup. Svou profesi nevnímá přímo zátěžově, těžké je pro ni hlavně setkání s mladými pacienty. Tereza se od myšlenek na práci odpoutává trávením času s rodinou a věnováním času sama sobě. Ráda tráví čas o samotě a přečte si knihu. Po příchodu z práce potřebuje nějaký čas, kdy na ni nikdo nemluví, aby se aklimatizovala.

Tereza vnímá pacienty spíše jako osobnosti a podle toho k nim přistupuje. Během mnoha let její praxe vzpomíná na pacienty, ke kterým si vybudovala osobnější vztah, nebo je něco společného spojovalo. Občas si na některé pacienty vzpomene, nevnímá to ale jako negativum, spíše jako součást její profese. Na začátku její praxe vnímala rozdíl ve způsobu komunikace s pacienty. Dříve se používalo více neurčitých slov, dnes se informace podávají více fakticky. Pozitivně vnímá přítomnost rodiny pacienta, která funguje jako jeho podpora. Jako podstatnou součást svojí profese vidí schopnost respektovat smrt a uvědomit si, že smrt je součástí jejího povolání.

**Kateřina** – 61 let, klinická lékařka

Kateřina působí na onkologii již 33 let. Oproti začátkům své praxe vnímá větší otevřenost k pacientům. Dříve se podle ní některé informace více skrývaly, dnes je i ona sama otevřenější, což vnímá pozitivně. Kateřina má za sebou sama onkologickou léčbu a z těchto svých zkušeností čerpá i v profesním životě.

Zátěžově vnímá setkání s mladými pacienty nebo s matkami malých dětí. Za léta praxe se naučila nepouštět si myšlenky na pacienty do soukromého života. To se jí zpočátku onkologické kariéry nedařilo a na pacienty první léta hodně myslela i doma. Později se ale naučila vypnout u seriálu a tím tyto dva životy oddělit. Odreaguje se procházkami v přírodě, návštěvou kulturních akcí a fyzickou prací. Oporu také vnímá ve víře v posmrtný život.

Při komunikaci s pacienty se jim snaží poskytnout naději. Naději totiž vnímá jako to nejpodstatnější, tvrdí, že pokud se jedinec rozhodne, že chce bojovat, má větší šanci v uzdravení než ten, kdo se vzdá.

**Sára** – 27 let, zdravotní sestra

Sára působí na onkologii 1 rok, předtím působila na neurochirurgické klinice. Rozhovor se Sárrou byl nejdelší, trval 1h 15 minut. Pro Sárrou jsou nejtěžší případy mladých nemocných lidí. Obzvláště těžce prožívá mladé slečny, které mají rakovinu prsu a přichází o něj. Velmi s nimi soucítí, protože si uvědomuje, že pro mladé slečny je jejich vizáž důležitá a poté, co přijdou o vlasy, se mění jejich vnímání sama sebe. Na tyto mladé lidi často vzpomíná i mimo pracovní dobu. S přibývajícím praxí se ale snaží nechat pracovní záležitosti v práci. Sára vnímá ve svém vnímání stresu podstatu své psychické nezdolnosti. Má pocit, že díky své pozici se její resilience posílila i v oblasti soukromého života a jiných životních problémů.

Pomáhá jí konzultovat práci s kolegyněmi, popřípadě změnit prostředí a vyrazit někam na víkend mimo město. V soukromém životě ji práce ovlivňuje ve smyslu karcinofobie. Bojí se o sebe i své blízké a v případě ohrožení nějakou nemocí ji napadne, zda se nejedná o rakovinu. Vnímá to však jako součást její profese.

Komunikaci s pacienty Sára nevnímá jako zátěž, pouze si pamatuje příběhy pacientů, kteří se jí svěří s osobními záležitostmi. Zdůrazňovala, že jí pomáhá, pokud s pacientem přijde někdo z rodiny. Pacient sám si totiž nepamatuje všechny informace a blízký člověk mu tak může něco připomenout. Přítomnost pacientovy rodiny vnímá jako podporu i pro sebe, jelikož se na ni pacient pak nemusí tak často obracet.

**Zuzana** – 40 let, zdravotní sestra

Zuzana působí na ambulanci již 8 let. I pro Zuzanu jsou těžké případy mladých pacientů, kteří se přijdou léčit s rakovinou, a mladých žen, které mají malé děti a musí se o ně postarat. Jako matka chápe a sdílí jejich strach z budoucnosti a z toho, kdo by se v případě potřeby o děti postaral. Na tyto případy si několikrát týdně vzpomene i mimo práci. Dříve na takové případy myslela ještě častěji, dnes se pokouší co nejvíce takových myšlenek nechat v práci za zavřenými dveřmi, ne vždy se jí to však daří.

V soukromí pak potřebuje nějaký čas pro sebe, kdy nekomunikuje vůbec. Zároveň si je ale vědoma toho, že jí tato práce i mnoho přinesla a měla možnost přehodnotit pohled na život. Zjistila, že některé záležitosti, které dříve měla potřebu řešit, jí nyní přijdou nepodstatné. Uvědomila si, že nejpodstatnější je rodina a zdraví. Podle jejích slov také pochopila svou smrtelnost a fakt, že člověk nikdy neví, kdy zemře nebo onemocní.

Velkou oporou jí je rodina, odpočívá v přírodě nebo fyzickou prací a podstatnou vyrovnávací strategií pro ni je víra v posmrtný život. Při komunikaci s pacienty vnímá jako podpůrnou přítomnost rodiny, která si zapamatuje více informací než rozrušený pacient.

**Eliška** – 55 let, zdravotní sestra

Eliška na onkologii začala pracovat před 14 lety, po 7 letech přestoupila na geriatrii, kde působila 6 let a před rokem se znovu vrátila na onkologii, protože geriatrii vnímala jako psychicky náročnou a potřebovala změnu.

Eliška jako nejvíce stresující vnímá setkání se s mladými pacienty ve věku svých dětí nebo vnoučat. Mimo pracovní dobu vzpomíná na pacienty, se kterými navázala hlubší až téměř přátelský vztah. V případě úmrtí takového pacienta bylo pro Elišku náročné se od myšlenek na práci odpoutat. Pomáhá jí v tom čas strávený s rodinou a konzultace případů s kolegyněmi. Oddělit pracovní a soukromý život jí pomáhají dvířka osobní skříňky. Vždy když tato dvířka zamkne, řekne si, že na práci již nepomyslí a podle jejích slov se jí tato strategie osvědčuje.

Eliška také zmiňuje změnu hodnot díky své pracovní zkušenosti. Více si uvědomuje podstatu zdraví a některé soukromé problémy jí oproti profesním přijdou nepodstatné. Uvědomuje si, že pacienti jsou citliví i na neverbální komunikaci, takže si na ni musí dávat pozor. To při vědomí množství práce, kterou má, vnímá jako zátěžové.



**Lada** – 50 let, ošetrovatelka

Lada pracuje na onkologii již 12 let. Lada jako nejvíce stresující vnímá náročnost pracovní doby, kdy musí být v práci často nadmíru svých povinností. Doma se pak nestačí věnovat všemu tak, jak bych chtěla. Zátěžově vnímá pacienty, kteří se na ni upnou a snaží se přesprávit komunikovat. Je pro ni zátěžové, že po ní chtějí oporu, kterou jim v rámci své práce nemůže nabídnout. Při kontaktu s takovými pacienty má pocit, že jí berou potřebnou energii. Lada se často setkává se smrtí pacientů, ze začátku to pro ni bylo těžké, nyní už je přesvědčena, že je to součást její profese.

Podle ní by bylo vhodné, aby mladí lidé navštívili onkologii a byli seznámeni s možnými následky rizikového chování, jako je například kouření či užívání drog. Ladu také ovlivňuje chování některých rodin k pacientům. Setkala se s pro ni neuvěřitelnými příběhy, například s rodinami, které veškerou zodpovědnost za pacienta přenesly na oddělení a vůbec se nestaraly o svého člena. Prostředí onkologie ji ovlivňuje i fyzicky, z důvodů výskytu infekcí a rozpadů biologických materiálů na oddělení, se jí někdy objevují afty v dutině ústní. Věří ale, že má již pevnou imunitu, která s infekcemi dokáže bojovat.

Lada se snaží nechat profesní starosti v práci, odpočine si s rodinou, s domácími mazlíčky a při četbě. Při úniku od stresu jí také pomáhá konzultace s kolegyněmi a černý humor. Zdůrazňuje také roli optimismu ve svém životě, kdy se snaží brát věci takové, jaké jsou, ale zároveň žít okamžikem a věřit, že vše má svůj důvod a dobře dopadne.

## **6.2 Okruhy a jejich prezentace**

V následujících podkapitolách uvedeme okruhy z následující tabulky 2 a představíme jejich kategorie. Dále jsou kategorie doplněny doslovnými citacemi. Pokud je citace příliš dlouhá, je v předcházející či nadcházející výpovědi značena třemi tečkami. Kategorie jsou vyznačeny tučně a podtrženy, subkategorie jsou tučné, doslovné výpovědi jsou kurzívou.

Tabulka 2: Přehled okruhů a jejich jednotlivých kategorií

<b>Okruhy</b>	<b>Kategorie</b>
Stresové faktory	Náročnost pracovní doby Mladí pacienti Ulpívaví pacienti Negativní působení pacientovy rodiny
Vyrovňovací strategie	Podpora rodiny Příroda Sport Fyzická práce Odpoutání se Kulturní vyžití Změna prostředí Víra Konzultace s kolegyněmi Dodržování harmonogramu a plánů Černý humor Chápání smrti jako vysvobození
Vliv profese na život	Potřeba samoty Změna hodnot Obavy z vlastní nemoci
Komunikace s pacienty	Empatie zdravotníků Zaúkolování pacienta Individuální přístup Naděje Připomenutí vlastního zážitku

### 6.2.1 Stresové faktory

Ve vnímání stresových faktorů na onkologii se většina respondentek shodovala. Záleželo na subjektivním vnímání a pozici, často však nejvíce stresovým faktorem byl uváděn nízký věk pacientů. Kategorie **mladí pacienti** se objevovali v pěti z osmi případů. Setkání s mladými pacienty bylo vnímáno zátěžově, protože zdravotnickým pracovníkům připomínali vlastní děti nebo vnoučata. Takto závažná nemoc v těchto případech působila pro zdravotníky nespravedlivě. Zdravotníci také měli pocit, že mladý člověk by měl mít jiné starosti než onkologickou nemoc.

*„...mladí pacienti, kteří jsou třeba věkově jako já, to se mi pak dlouho drží v hlavě“*  
(Jana).

Obzvláště zátěžově bylo hodnoceno **úmrtí mladých pacientů**.

*„Nejhorší je, když vám na oddělení umírají hodně mladí pacienti“, „Samozřejmě jsou lidé, hlavně ti mladí, kdy člověku zůstanou na paměti, protože jsou příliš mladí na to, aby odešli“ (Lada).*

Zátěžově byli také vnímáni **rodiče malých dětí**. V tomto případě zdravotníci cítili bezradnost matky v péči o děti a chápali její strach o budoucí výchovu.

*„Těžké jsou hlavně mladí lidé a ženy, které mají malé děti“ (Zuzana).*

Kategorie **náročnost pracovní doby** je také hodnocena jako stresující součást profese. Tuto kategorii hodnotily hlavně zdravotní sestry a ošetřovatelka, které v důsledku toho mají méně času na osobní záležitosti.

*„Máme pořád přesčasy, vypadne jeden člověk a my musíme dělat za něho“ (Lada).*

*„Tak třeba když chybí zaměstnanci a máme směny navíc, tak jsem míň doma, a to vadí příteli“ (Jana).*

Každý pacient na onkologii je jiný a personál se setká s různými osobnostmi. Zdravotníci se setkají s **ulpívavými pacienty**, kteří se na zdravotníka příliš naváží a berou personálu potřebnou energii. Ve zdravotnickém pracovníkovi pak hledají oporu, kterou jim nemůže nabídnout.

*„Vy jste někdo poslední, kdo o ně má ještě zájem, oni se na vás upnou, a to vám bere energii“ (Lada).*

Téměř všichni respondenti hodnotili přítomnost rodiny pacienta pozitivně, avšak tři z nich se zmínili o situacích, kdy rodina může být zátěž a vzniká tak **negativní působení pacientovy rodiny**. Zdravotničtí pracovníci se setkali s rodinami, které veškerou péči o pacienta přenechaly na oddělení, snažily se se zdravotnickými pracovníky manipulovat, byli agresivní nebo svými obavami ztěžovali průběh léčby.

*„Trošku mi vadí, když mě někdo žene do kouta a chce po mně, abych pacientovi nic neříkala. To prostě nejde, lhaní je kontraproduktivní. Také mi vadí, když je rodina agresivní, ale už jsem si zvykla“ (Kateřina).*

*„Někdy je ten rodinný příslušník natolik vystrašený z nové situace, že průběh celé léčby zhoršuje“ (Marika).*

*„Rodina je často zátěž, protože po nás stále něco chtějí, klepou na nás“ (Lada).*

## 6.2.2 Copingové strategie

Respondentky uváděly různé copingové strategie, které jim pomáhají se se stresem vyrovnat. Tyto strategie jsou uvedeny v tabulce č. 2. V této kapitole uvedeme některé nejčastěji zmiňované strategie. Téměř všechny respondentky uvedly jako podstatnou **podporu rodiny**. Čas strávený s rodinou respondentkám pomáhá myslet na jiné záležitosti. Přináší také jiné než pracovní starosti, díky čemuž se odpoutají od myšlenek na práci.

*„Důležité je, abychom měli oporu doma“ (Sára).*

*„Od myšlenek na práci se oprošťuji aktivitami s dětmi“ (Zuzana).*

*Mám tři dcery, dvě vnoučata a čtyři psy, tak péče o ně je moje taková strategie, která mě drží nad vodou“ (Eliška).*

*„...mám doma děti školního věku, takže zavřu dveře a víc se o práci nezajímám“ (Lada).*

**Podpora rodiny** také pomáhá v případě pacientovy rodiny. Podpoří totiž pacienta v náročné situaci a z praktického hlediska mu pomůže v zachycení informací sdělovaných lékařem a ostatními zdravotnickými pracovníky. Záleží však, jak se rodina chová, protože v některých situacích může být i zátěž, viz kapitola 6.2.1. Stresové faktory.

*„Pomůže přítomnost nějakého spolehlivého partnera“ (Kateřina).*

*„Pokud je fungující rodina, tak je to nejlepší. Podpora pacienta je důležitá“ (Tereza).*

*„Určitě je fajn, když přijdou s někým, doprovod třeba lépe slyší a více si pamatuje“ (Eliška)*

Často zmiňovaným tématem se také stalo **odpoutání se – oddělení pracovního a osobního života**. Domníváme se, že se jedná o pomyslnou zeď, kterou si mezi prací a osobním životem vytvořily. Některé respondentky k tomu využívají určité strategie jako zanechání myšlenek na práci ve skříni s pracovním oděvem, jiným se daří pracovní a soukromý život oddělit bez těchto pomůcek.

*„Doma se na práci snažím zapomenout a nemyslet na to“ (Jana).*

*„My jako zdravotníci to prostě máme oddělené, snažíme se nechat to v práci“ (Sára).*

*„Prostě jsem se naučila zavřít ty dveře, nechat práci v práci a nezatěžovat se tím doma“ (Zuzana).*

Některé respondentky k takovému odpoutání mají svůj individuální postup.

*„Tak jsem se naučila si to zkonkretizovat dveřmi skřínky. Když se převlíknu, zamknu skřínku, tak končím a myslím na to, co budu řešit doma“ (Eliška).*

*„Každý den odjíždím z práce na kole a u jednoho konkrétního domu přestávám myslet na to, co bylo v práci“ (Marika).*

Máme za to, že s odpoutáním se souvisí i **změna prostředí**, což je také vyhledávanou strategií. Respondentky uvedly, že potřebují změnit prostředí rušných měst a nevyskytovat se v místě pracoviště.

*„Pomáhá mi odjet pryč z města, tady pořád slyšíte houkačky, ale na chatě je úplný klid a jiný svět, tak tam si na práci nevzpomenu vůbec“ (Zuzana).*

Respondentky také chodí do **přírody**, kde odpočívají. Příroda jim pomáhá načerpat potřebné síly.

*„...někdo objímá stromy, já se o ně opřu, sednu si na pařez a vnímám přírodu“ (Eliška).*

*„...když jsem třeba na chatě a můžu jít do lesa, můžu spát do 8 a pak poslouchat zpěv ptáků, tak to je pro mě největší balzám“ (Kateřina).*

*„Jeden čas jsem chodila každý den na hodinu do lesa a to stačilo“ (Sára).*

**Chápání smrti jako vysvobození** považujeme za zajímavou strategii. Někteří probandí přistupují k úmrtí pacienta jako k ukončení trápení, a tak ho vidí v podstatě v některých případech pozitivně. Uvědomují si také, že pro jejich rodiny může nastat určitá úleva, protože péče o pacienta je náročná.

*„Nic už horšího, než mají teď tady, totiž nemůže být. Když už odejdou, je to úleva pro mě i pro toho človíčka“ (Lada).*

*„A někdy si i říkám, že to je pro ně vysvobození a úleva“ (Sára).*

Také **víra** v posmrtný život některým probandům pomáhá. Zdravotní sestry, i přesto, že nejsou věřící, při úmrtí pacienta otevírají okna, aby jeho duše mohla v klidu odejít.

*„Vždy otevírám okna, když někdo zemře, aby mohla duše odejít. Víra mě v tom hodně drží nad vodou“ (Zuzana).*

I přesto, že se některé probandky nehlásí k žádné oficiální církvi, určitá víra v nadpřirozeno jim pomáhá se s problémy v práci vyrovnat a najít smysl v tom, s čím se setkávají.

*„Asi v něco věřím, a to mi pomáhá, ale neumím to definovat“ (Kateřina).*

**Konzultace s kolegyněmi** je také zmiňovaná strategie, která hlavně zdravotním sestřám pomáhá se se stresem na pracovišti vyrovnat. Při společných debatách najdou nové pohledy a možná řešení vzniklých situací.

*„... a také pomáhá, že si o tom s kolegyněmi za dveřmi popovídáme a zanádváme si“ (Eliška).*

Některým probandkám pomáhá černý humor, kterým se odreagují od těžkých chvil.

*„Navíc nás tady drží černej humor“ (Lada).*

Strategie, které profesionálové na onkologii volí, jsou tedy individuální a různé. Mezi další často uváděné patří **sport, fyzická práce a kulturní vyžití**. Odvíjí se však od individuality člověka. Nejčastěji využívanými copingovými strategiemi je sociální opora a **podpora rodiny** zdravotnického pracovníka a schopnost **odpoutání se**.

### 6.2.3 Vliv profese na život

Zdravotníci tráví ve své profesi podstatnou část svého života, což má vliv i na jejich osobní život. Díky své profesi si například uvědomili, jaké hodnoty v životě jsou pro ně opravdu důležité. Došlo u nich tak ke **změně hodnot**. Zdravotničtí pracovníci uvádějí uvědomění si podstaty zdraví a rodiny. Situace a záležitosti, které pro ně dříve byly důležité, nyní jako podstatné nevnímají. K tomu došlo v důsledku setkání se se závažnými problémy jako je onkologická nemoc. Některé probandky si také uvědomily svoji smrtelnosti.

*„Malinko jsem si přehodnotila i určité hodnoty. Vážím si víc zdraví, některé nepodstatné věci mě tolik nerozhodí, protože tady vidím poměrně závažné problémy“ (Eliška).*

*„Tady si člověk uvědomí svoji smrtelnost, může se to stát kdykoli“ (Zuzana).*

*„Jediné, co se mi změnilo, je životní postoj. Neplánuji příliš daleko, tak maximálně rok dopředu, jinak ne“ (Marika).*

Mnozí zdravotničtí pracovníci také pociťují větší **potřebu samoty**. Obzvláště po návratu z práce uvádí potřebu být samy a nebýt chvíli ničím rušeny.

„...chci mít čas pro sebe, ale to moc nejde“ (Lada).

„Pustím si v televizi úplně stupidní seriál, koukám na něj a jsem vypnutá“ (Kateřina).

„Taky mi pomáhá, že jsem naučila děti, že na mě nesmí čtvrt hodiny po tom, co přijdu z práce, mluvit, abych se aklimatizovala“ (Tereza).

Profese je také ovlivňuje ve smyslu obav z **vlastní nemoci**. Více přemýšlí nad hrozbou rakovinového onemocnění u sebe i u svých blízkých. V důsledku toho pak některé respondentky uváděly, že se více zajímají o preventivní prohlídky svoje i svých rodinných příslušníků.

„U každého v této oblasti se vyvine karcinofobie, tomu se nikdo nevyhne“ (Kateřina).

„...tak to vidíte, že to máte vy nebo vaši blízcí“ (Sára).

„Vidím to už všude, kontroluju víc znamínka, mamku poučuji o vyšetření prsu“ (Jana).

#### **6.2.4 Komunikace s pacienty a faktory, které ji usnadňují**

Zdravotníci na onkologii často komunikují s pacienty. Ne vždy je to jednoduché, a tak zdravotníci využívají některé strategie a metody, které jsou v takové komunikaci nápomocné. Aby byl rozhovor mezi zdravotníkem a pacientem efektivní, snaží se profesionálové ke každému pacientovi přistupovat s **empatií**.

„Lékaři tady jsou empatičtí a snaží se s pacientem mluvit citlivě“ (Zuzana).

„Když to někdo bere špatně, tak tam musí být citlivější přístup“ (Jana).

„... někdy se stačí jen hůř podívat a pacienti jsou pak citliví na to, jak se tváříme. Takže musíme být citliví i na neverbální komunikaci“ (Eliška).

Důležitý je také **individuální přístup** k jednotlivým pacientům. Zdravotníci se snaží přistupovat k lidem tak, jak cítí, že to potřebují. Uvědomují si, že každý člověk je jiný a potřebuje jinou formu komunikace a jednání. Zdravotničtí pracovníci se jim snaží co nejvíce vyjít vstříc. Jsou si vědomi toho, že na jejich formě jednání může záviset budoucí chování pacienta a touha léčit se.

„...jde o to, jak to ten daný člověk prožívá, jestli se s tím dokáže smířit a jak to prožívá“ (Jana).

*„...musíme to říkat hlavně s ohledem na toho pacienta, aby to unesl a chtěl se léčit“*  
(Kateřina).

*„Pacient má právo vědět, co mu je, ale musí to být přiměřené jeho stavu a intelektu“*  
(Tereza).

*„...vždy záleží na reakci daného pacienta, někdo přijde a má to v sobě připravené, jde sem s tím, že se dozví něco špatného a ví to, někdo zase přijde a je hodně zaskočený“*  
(Eliška).

Ve většině případů se zdravotničtí pracovníci snaží dát pacientům **naději**. Uvádí, že mít naději je to nejpodstatnější v léčbě. Pokud má pacient naději a chce se léčit, pravděpodobnost vyléčení se zvyšuje.

*„...hlavně dát pacientovi naději, i když tam nějaký nález je“* (Kateřina).

*„Já jim vždycky říkám, že ta naděje v léčbě tam je“* (Sára).

**Zaúkolování pacienta pomáhá**, aby pacient vnímal informace, které zdravotník potřebuje sdělit, což mu pomáhá v jeho profesní náplni a předchází potřebě pacienta informace slyšet znovu.

*„Já je vždy zaúkoluji, řeknu jim, ať mě poslouchají a nastavím jim úkoly a převedu je na soustředění, co musí vše zařídit. Tím se oprostíme od stresu a soustředíme se na fakta, pak se necítím tak špatně“* (Eliška).

**Připomenutí vlastní zkušenosti** nastává, pokud pacient nějakým způsobem připomíná zdravotníkovi jeho vlastní život, ať už se jedná o podobný osud nebo například stejné zájmové aktivity. Na tyto pacienty zdravotníci často vzpomínají a dokáží si k nim navázat téměř až přátelský vztah.

*„... jsou to podobné případy, které mi připomínají něco, co jsem sama v životě zažila“* (Zuzana).

*„... jeden pacient, který chodil na chemoterapie, měl stejné koničky jako já – psy, tak jsme se sblížili. On mi pak nosil králíka, protože byl hospodář, stali se z nás přátelé“*  
(Eliška).



## 6.3 Odpovědi na výzkumné otázky

V této kapitole prezentujeme odpovědi na čtyři výzkumné otázky, které jsme si stanovili.

### **Jaké faktory považují zdravotničtí pracovníci na onkologických pracovištích za nejvíce stresující?**

Šest z osmi zdravotnických pracovníků za nejvíce stresující situaci pokládá setkání se s mladými pacienty. Vnímají totiž, že mladí lidé by měli mít jiné starosti než onkologickou nemoc, protože mají celý život před sebou. Většině zdravotnickým pracovníkům, se kterými jsme dělali rozhovor, navíc mladí pacienti připomínají sami sebe, svoje děti nebo vnoučata. Pokud mladý člověk zemře, je to pro zdravotníky vnímáno jako velká psychická zátěž. Nedovedou si vysvětlit, proč zrovna mladý člověk musí odejít a proč ho tato nemoc potkala. Smrt ostatních pacientů neuvádí jako vysoce stresující, všichni dotazovaní odpověděli, že si na to již zvykli a vnímají ji jako součást profese.

Pracovníci na onkologii se setkávají se s různými typy pacientů a nejčastěji zmiňovaným zátěžovým typem jsou ulpívaví pacienti, kteří se na zdravotníka upnou a očekávají pozornost, která není v jeho kompetencích a časových možnostech. To uvedly dvě respondentky. Naopak jedna respondentka uvedla, že sdílnost pacientů vnímá jako velké plus a že ji těší, pokud se jí pacienti svěřují i se soukromými záležitostmi. Náročnost pracovní doby je také nezanedbatelným zátěžovým faktorem. Tento faktor byl zmiňován hlavně v souvislosti s dlouhými směnami a nutnými přesčasy z důvodu nedostatku personálu. Přítomnost rodiny je většinou vnímána jako pozitivní faktor, avšak zdravotníci se setkají s různými příbuznými, například agresivními nebo nerespektujícími, což zdravotníkům působí zátěž.

### **Jak se s těmito zátěžemi vnitřně vyrovnávají?**

Většina zdravotnických pracovníků hledá vysvětlení toho, proč pacienty potkává to, co je potkává. Dvě respondentky toto vysvětlení nachází ve víře a v tom, že vše má svůj smysl. Jedna respondentka vnímá vysokou zodpovědnost každého člověka za vlastní zdraví a případnou nemoc, hlavně pokud se dotyčný člověk choval sebedestruktivně, například užíval drogy. Sedm z dotazovaných si staví mezi prací a soukromým životem pomyslnou zeď, kdy se snaží zcela odpoutat od myšlenek na práci. Někteří mají přímo konkrétní strategii (zavření dveří od skříňky s pracovním oděvem), jiní se za léta praxe naučili myslet na práci

pouze na pracovišti. Díky své pracovní pozici si uvědomili nebo přehodnotili některé životné hodnoty, nejhodnotněji vnímají zdraví a rodinu.

### **Jak onkologičtí zdravotníci prakticky nakládají se stresem způsobeným jejich zaměstnáním, jaké volí odpočinkové aktivity?**

Zdravotničtí pracovníci na onkologii volí různé strategie, pomocí kterých nakládají se stresem způsobeným jejich zaměstnáním. Sedm respondentek uvedlo, že rády volí odpočinek v přírodě, na chalupě nebo při procházkách se psem. Pozitivně je vnímána jakákoli změna prostředí, kdy mohou vyjet mimo místo pracoviště. Polovina respondentek také vnímá větší potřebu samoty a klidu, a to hlavně po příchodu z práce.

Dále zdravotničtí pracovníci volí klasické odpočinkové aktivity, jako je sport a zájmové aktivity. Chodí do divadla, na koncerty a navštěvují přátele. Rádi si také přečtou knihu. Jako odpočinek od pracovních myšlenek vnímají také fyzickou práci, například práci v domácnosti nebo na zahradě.

Šest z osmi respondentek cítí velkou oporu v rodině. Péče o rodinu jim zajišťuje jiné myšlenky, v jejichž důsledku na práci příliš nemyslí. Jedné respondentce pomáhá možnost vypovídat se manželovi i přesto, že ví, že jí nic neodpoví. Třem respondentkám pomáhá konzultace pracovních záležitostí s kolegyněmi, přičemž pak pocítují menší potřebu se o těchto záležitostech bavit mimo pracoviště.

### **Jak vnímají zdravotničtí pracovníci na onkologii komunikaci s pacienty?**

Zdravotnice nevnímají komunikaci s pacienty nijak zvlášť zátěžově, pokud se neseťkají s určitými typy, kteří je například příliš zatěžují. To se děje prostřednictvím neustálých dotazů, potřebou ujišťovat se, zda vše bude v pořádku a nadměrnou snahou a navázání kontaktu se zdravotnickým pracovníkem, v jehož silách není tuto nadměrnou pozornost pacientovi věnovat. Nevadí jim informace opakovat vícekrát, ale jsou rády, pokud s pacientem přijde ještě někdo, kdo si pamatuje více než rozrušený nemocný. Pozitivně vnímají, pokud potkají pacienta, se kterým si lidsky rozumí a mají například podobné zájmové aktivity. S těmito pacienty jsou schopny navázat bližší až přátelský vztah, hůře pak prožívají, pokud takový pacient zemře. Ke každému pacientovi se snaží přistupovat empaticky a jsou si vědomy toho, že každý člověk je jiný a podle toho s ním komunikují. V této strategii používají intuici a řeč těla konkrétního pacienta a poté se ho snaží odhadnout a přistupovat k němu individuálně.

## 7 DISKUZE

V této části se zaměříme na prezentaci výsledků získaných rozhovory. Porovnáme je s výsledky dřívějších výzkumů, které se zabývaly stresem a copingovými strategiemi u zdravotnických pracovníků na onkologii. Dále zhodnotíme limity a přínosy naší práce.

Stresovým faktorem je pro onkologické zdravotníky časová náročnost. Hlavně zdravotní sestry pocítují náročnost směn a nutné záskoky, které je vyčerpávají. Přepřacování, spěch a nadměrnou byrokratizaci uvádí jako nejzávažnější stresové faktory také Nowakowski a kol. (2017). V našem výzkumu zdravotníci také uvádí přepřacování jako stresový faktor, vnímají nedostatek personálu, čímž jsou nuceni pracovat více směn a nadmíru hodin. Nadměrnou byrokratizaci však jako stresový faktor nevnímají.

Zdravotníci se nevyhnou ani fyzickým zátěžím, jako je nepravidelnost režimu, dlouhé stání, kontakt s léky a nebezpečí nákazy (Ptáček a kol., 2011). V našem výzkumu zdravotníci uváděli také pocit většího strachu z nádorového onemocnění. Nejedná se sice o typickou hrozbu nákazou, onkologičtí zdravotníci se však s tímto druhem onemocnění dennodenně setkávají a z toho důvodu se více obávají o svoje zdraví a zdraví svých blízkých. Šest z osmi dotázaných potvrdilo, že pokud se u nich nebo v jejich okolí objeví zdravotní problém, napadne je, zda se nejedná o onkologickou nemoc. Jedna respondentka uvedla, že má pravidelné zdravotní problémy způsobené svým profesním zařazením. Setkává se totiž s rozpadem biologického materiálu, který zapáchá a do vzduchu na oddělení může dostávat původce onemocnění, respondentka na sobě pak pocítuje častější výskyt aftů v dutině ústní. Navíc se někteří pacienti nekontrolují a nevhodně se jí dotýkají znečištěnými rukama, někdy i od exkrementů, čímž se zvyšuje riziko přenosu některých infekcí.

Stresovým faktorem jsou také ulpívaví pacienti, kteří se na zdravotníky upnou a očekávají nadměrnou péči. Výzkum z Austrálie uvádí velké zatížení zdravotníků pacienty, hlavně pacienty, kteří jsou úzkostní a mají strach z léčby (Poulsen a kol., 2014). V našem výzkumu jsou pacienti působící zátěž popisováni jako ti, kteří nemají potřebnou podporu v rodině a hledají ji u personálu. Poulsen a kol. (2014) také popisuje jako jednu z největších zátěží špatnou komunikaci s nadřízenými, to se však v našem výzkumu nepotvrdilo. Respondentky jsou naopak spokojeny s komunikací s nadřízenými, především s lékaři. Na pracovištích respondentů jsou vhodně rozdělené kompetence i předávání zkušeností.

Zdravotníci v našem výzkumu často uváděli jako podstatnou strategii konzultaci zátěží s kolegyněmi. Totéž uvádí australská studie, která vyhodnotila svěřování se kolegům a blízkým osobám jako nejčastější copingovou strategii (Poulsen a kol, 2014). V našem výzkumu se potvrdilo svěřování kolegům. Svěřování se blízkým osobám a rodinným příslušníkům však respondentky neuváděly, spíše se snaží s těmito osobami pracovní záležitosti neřešit. Pouze jedna respondentka hovoří o zátěžích z práce před manželem, jejím cílem je se však pouze vypovídat se bez očekávané konzultace.

Probandi uváděli různé relaxační a odpočinkové techniky jako je například kultura, sport nebo pobyt v přírodě. Ashakar a kol. (2010) tvrdí, že důležitá je pravidelnost těchto relaxačních činností k tomu, aby měly dlouhodobý účinek. To potvrzují i naše respondentky, které uvádějí, že pokud něco dělají pravidelně, více se na to těší a s odreagováním se již počítají, což jim pomáhá stresovou situaci překonat. Jedna zdravotnice potvrdila, že pokud v minulosti chodila každý den do lesa, pracovní zátěž snášela mnohem lépe. V případě pravidelnosti jí pak stačil kratší časový úsek.

Většina probandek se shodla na tom, že jejich pozice na onkologii ovlivnila také jejich osobní život. Nowakowski a kol. (2017) ve svém výzkumu uvádí, že 51 % respondentů připustila, že problémy, s nimiž se setkávají v práci, měly negativní dopad na jejich osobní život. V našem výzkumu však dopady pracovních zkušeností na osobní život byly vnímány spíše pozitivně. Zdravotnice přehodnotily své hodnotové systémy a uvědomily si význam zdraví a rodiny, což jim umožnilo se svým prioritám v osobním životě více věnovat a vážit si jich. Uváděly, že finanční zabezpečení a potřebu velkých výkonů nyní nevnímají jako to nejpodstatnější. Negativním dopadem se pro ně stala karcinofobie. Na základě své profese si více uvědomují hrozbu onemocnění onkologickými nemocemi u sebe i u svých blízkých.

Co se týče komunikace, při rozhovorech s pacienty je důležitá empatie a schopnost vcítit se do pacientova rozpoložení. Hlavně lékař, který sděluje onkologickou diagnózu, by měl přizpůsobit sdělení diagnózy pacientově chápání (Zacharová a kol., 2011). Tento fakt zdůrazňovaly i naše probandky, které se snaží s pacienty komunikovat vždy empaticky a individuálně, protože pacienti jsou na jakékoli projevy velmi citliví a pozorují i neverbální komunikaci. V práci se proto snaží na pacienty plně soustředit a přistupovat k nim lidsky a jako k individualitě.

Zdravotníci se také setkávají s rodinou pacienta. Většina z nich přítomnost rodinných příslušníků vnímá pozitivně, protože pacienta někdo podpoří. Ideální je, když rodina funguje

jako zázemí pro pacienta, jsou trpěliví a mají pro pacienta pochopení, což je vhodné, aby jim bylo zdravotníky zdůrazněno (Gesenhues & Ziesché, 2006). Respondentky z našeho výzkumu se snaží podporovat přívětivé rodinné vztahy a otevřenou komunikaci mezi pacienty a jejich rodinou. Jsou si vědomy toho, že sociální podpora je pro léčbu podstatná. Nejmladší probandka se nejdříve při komunikaci s pacientem před jeho rodinou cítila nepříjemně, nyní tyto situace již ale hodnotí pozitivně. I přesto, že některé zdravotnice mají zkušenost s ne příliš dobrými vztahy v některých rodinách, kdy se například rodina snaží všechnu zodpovědnost za pacienta převést na nemocniční personál, globálně hodnotí přítomnost rodiny jako přínos.

Díky kvalitativnímu přístupu, který jsme pro náš výzkum zvolili, jsme měli možnost poznat zkušenosti jednotlivých probandů více do hloubky. Jsme si ale vědomi, že výsledky nelze zobecnit na celou populaci.

Pozitivně hodnotíme ochotu respondentů se přes svou časovou vytíženost výzkumu účastnit. Bohužel se výzkumu neúčastnili muži, což může být příčinou určitého zkreslení výsledků výzkumu. Oslovení mužští onkologičtí zdravotníci se odmítli výzkumu účastnit z časových důvodů. Myslíme si také, že téma prožívání stresových situací a strategie jejich zvládání oslovilo více ženy, a proto byly ochotnější se výzkumu zúčastnit.

Při realizaci interview jsme se snažili zajistit podobné podmínky všem respondentům, to se však ve všech případech nepodařilo. Možné zkreslení tak mohlo nastat místem, kde se rozhovor uskutečnil. Dva rozhovory byly zrealizovány v kavárně a šest na sesternách, kde jsme sice s participantem byli sami, občas se tam ale objevil nějaký jiný zdravotník, čímž na chvíli narušil plynulost rozhovoru.

Práce přibližuje vnímání a prožívání stresu, strategie jeho zvládání a komunikaci u zdravotníků na onkologii. Mohla by tak rozšířit dosavadní výzkumy o onkologických pracovnících.

Copingové strategie, které byly v této studii vyzkoumány by také mohly fungovat jako určitá doporučení pro zdravotníky na onkologii ve smyslu odreagování se. Jak již bylo zmíněno výše, tyto výsledky se nedají aplikovat na celou populaci, ale pro některé zdravotníky by tato doporučení mohla být přínosná.

Oslovené zdravotnice byly rády, že je na tuto tematiku veden výzkum. Zdravotníci v tak náročném oboru ocenili zájem o jejich vnitřní prožívání a postoje. Do budoucna by

uvítali další analýzu jejich nitra. Vhodné by bylo doplnit výzkum na onkologických zdravotnících mužského pohlaví.

Zajímavým aspektem výzkumu byla potřeba změny oddělení po určité době vykonané práce. Další zkoumání by se tak mohlo zajímat o průměrnou délku práce na onkologii bez změny oddělení a následnou tendenci výběru jiného oddělení, popřípadě jiné pracovní pozice. Zajímavé by bylo zjistit, k jakým změnám odborníci inklinují a na základě čeho se takto rozhodují.

## 8 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá copingovými strategiemi u zdravotníků pracujících na onkologických pracovištích. Vyházeli jsme z teoretických poznatků o stresu, onkologii, komunikaci a copingových strategiích. V této závěrečné části shrneme výsledky, které jsme zjistili pomocí interview.

Zdravotníky na onkologii provází mnoho stresových faktorů. Téměř všichni naši respondenti uvedli, že jako nejvíce zátěžový faktor vnímají setkání se s mladým pacientem, obzvláště pokud umírá. Stresující je pro ně také náročná pracovní doba, která bývá příliš dlouhá, v případě zdravotních sester a ošetřovatelek jsou to časté záskoky, které vnímají jako vyčerpávající.

Jako stresující vnímají také pacienty, kteří mají přílišná očekávání a vyžadují nadměru pozornosti. Bývají to pacienti, o které rodina nejeví příliš zájem, pak takoví pacienti hledají oporu u zdravotníků. Mimo tyto případy vnímají zdravotníci přítomnost rodinných příslušníků na oddělení jako pozitivum, v převažující většině případů bývá rodina oporou a důležitým faktorem při uzdravování pacientů, navíc při sdělování podstatných informací často zachytí více než rozrušený pacient, a tak zdravotníkům ulehčí opakování již sděleného.

Každý zdravotník má svou vyrovnávací strategii, při níž pracuje s nashromážděným stresem. Patří mezi ně sport, procházky v přírodě a kulturní vyžití. Důležitá je opora v jejich vlastní rodině. Zdravotníci se sice shodují na tom, že se snaží práci doma neřešit, pocit podpory od jejich blízkých je však podstatný při vyrovnávání se se zátěžemi z práce. Častou copingovou strategií je také konzultace pracovních záležitostí s kolegyněmi, kdy mohou sdílet zážitky a zkušenosti.

Při komunikaci s pacienty se zdravotnice snaží ke každému přistupovat individuálně a empaticky. Uvědomují si, že je pacienti v tak náročné životní situaci podrobně pozorují, musí si proto dávat pozor i na neverbální komunikaci, mimiku a gesta. Tudíž musí myslet na mnoho věcí najednou, což je velmi náročné.

Zdravotnice, se kterými proběhl rozhovor, se shodují na tom, že se snaží oddělit pracovní a soukromý život. Mimo práci se tak snaží na pracovní záležitosti již nemyslet.

Některé si prostě řeknou, že na pacienty již nepomyslí, jiné mají svoje techniky, které využívají (např. se zamčením pracovní skřínky opouští práci i mentálně). Zdravotnice, hlavně ty, které mají děti, se také shodly na tom, že je jejich rodiny tolik zaměstnávají, že na myšlenky na práci ani nemají prostor.

Práce je však podstatná část života, ovlivňuje tedy zdravotníky i v jejich vnímání některých hodnot. Na základě setkání se s pacienty, nemocí a smrtí si někteří dotazovaní přehodnotili své životní hodnoty. Podstatněji nyní vnímají zdraví a rodinu, naopak finančním záležitostem, pořádku a jiným záležitostem, které samy nazývají jako drobnosti, nevěnují tolik pozornosti. Vnímají také větší potřebu samoty, kdy si potřebují srovnat myšlenky a na nic nemyslet.



## 9 SOUHRN

Tato bakalářská práce se věnuje stresu, copingovým strategiím a komunikaci s pacienty u zdravotníků pracujících na onkologických pracovištích. Inspirací k realizaci výzkumu bylo setkání s onkologickými pacienty a onkologickými pracovníky přes dobrovolnické centrum Amelie, z.s, kam autorka dochází jako dobrovolnice.

V teoretické části jsme vycházeli z českých i zahraničních zdrojů a výzkumů. Hlavním tématem byli onkologičtí zdravotníci, což je klíčové téma naší práce. Nejprve uvádíme stres a zátěžové faktory ve zdravotnictví. Stres je reakce, která je psychickou, kombinovanou nebo tělesnou odpovědí na výrazně působící zátěž (Vokurka a kol., 2008). Na zdravotníky působí mnoho stresových faktorů a zátěží včetně běžných stresorů z osobního života. Specifickými stresory jsou profesionální náročnost, chemické a ekologické faktory jako práce s chemickými látkami, nadměrný hluk a různá světla, nedostatek pohybu, špatný zdravotní styl, přetěžování zad a kloubů a nedostatek odpočinku (Venglářová a kol., 2011). Dalším stresorem je také nedostatek zdravotníků a chybění personálů. Pracující zdravotníci jsou pak přetíženi (Kubek, 2018).

Dále uvádíme poznatky o onkologii, která se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou nádorových onemocnění. Nádor představuje náhodný a nekontrolovaný růst neobvyklých buněk vzniklých kvůli nedostatečné funkci tělních mechanismů regulujících dělení a množení buněk (Weinberg, 2007). Zdravotník se na onkologii nesetkává pouze se svou specializací, ale musí také vést administrativu, komunikovat s pacienty a jejich rodinnými příslušníky. Každý pacient je jiný, proto je v komunikaci s ním důležitý individuální přístup. Komunikaci zdravotníků s pacienty není jednoduchá záležitost, protože téměř každý pacient vyžaduje, aby mu zdravotník naslouchal (Kutnohorská, 2007). Pro onkologického pacienta je důležité, aby znal co nejdříve pravdu o svém zdravotním stavu, protože v opačném případě jeho obavy rostou a může začít pátrat po nepravdivé nebo neúplné diagnóze sám. Diagnózu sděluje výhradně lékař, ale je vhodné, aby byla přítomna i zdravotní sestra, která doplní některé informace. Pozitivním aspektem je také přítomnost rodiny a komunikace s ní, protože se jedná o nedílnou součást péče o pacienta (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Ve třetí kapitole se věnujeme copingovým strategiím. Copingové strategie jsou strategie zvládnání stresu. Při zvládnání se snažíme řídit, tolerovat a redukovat vnitřní a vnější

okolnosti, které na člověka působí a jsou příliš vysoké a namáhavé (Křivohlavý, 1994). Zvládání je rozděleno na zvládání zaměřené na problém a zvládání zaměřené na emoce (Lazarus, Folkman, 1984). Z australského výzkumu vyplývá, že nejčastější strategií u zdravotníků na onkologických pracovištích je ignorace problému a svěřování se blízkým a kolegům (Poulsen a kol., 2014). Existují tři osvědčené zvládací strategie pro zdravotní sestry týkající se plánování postupu řešení problému, naučení se rozpoznávání stresorů a dodržování zdravého životního stylu (Komačeková, 2009). Jako vhodné odreagování a prevence stresu je také relaxace.

V empirické části představujeme realizovaný výzkum. Za cíl jsme si stanovili popsat copingové strategie na onkologických pracovištích. V souladu s ním jsme položili čtyři výzkumné otázky.

- 1. Jaké faktory považují zdravotničtí pracovníci na onkologických pracovištích za nejvíce stresující?*
- 2. Jak se s těmito zátěžemi vnitřně vyrovnávají?*
- 3. Jak onkologičtí zdravotníci prakticky nakládají se stresem způsobeným jejich zaměstnáním, jaké volí odpočinkové aktivity?*
- 4. Jak vnímají zdravotničtí pracovníci na onkologii komunikaci s pacienty?*

Pro výzkum jsme zvolili kvalitativní přístup, snažili jsme se totiž o pochopení prožívání a zkušenosti participantů. Tento přístup umožňuje navázat s probandy užší vztah, což jsme v našem případě považovali za důležité. Pro tvorbu dat jsme vybrali polostrukturované interview, jehož hlavní výhodou je flexibilita. Umožňuje také upravit rozhovor podle odpovědi každého probanda. Interview jsme po souhlasu participantů nahrávali na telefon, následně jsme je doslovně přepsali a upravili pomocí redukce prvního řádu (Miovský, 2006).

Jako metodu zpracování dat jsme použili interpretativní fenomenologickou analýzu (Říháček, Čermák, Hytych & kol., 2013). Výzkumný soubor tvořilo osm zdravotníků pracujících na onkologických pracovištích. Našimi probandy byly ženy pracující na onkologii minimálně půl roku na plný pracovní poměr. Nejčastějšími účastníky se staly zdravotní sestry.

Většina našich probandů se shodovala na tom, že nejvíce stresujícím faktorem na onkologii je setkání se s mladými pacienty, obzvláště pokud mají špatnou prognózu. Pro zdravotnice je těžké setkat se s onkologickými pacienty ve věku svých dětí nebo vnoučat.

Stresovým faktorem je také časová náročnost pracovní pozice, což bylo zmiňováno hlavně zdravotními sestrami. Jako stresující je také vnímáno setkání s pacienty, kteří mají od zdravotníků nadměrná očekávání a hledají v nich oporu, která jim v osobním životě schází.

Každá zdravotnice upřednostňuje nějaký způsob vyrovnání se se stresem. K často zmiňovaným praktickým metodám odreagování se patří procházky v přírodě a výlety, pro probandky je pobyt v přírodě uklidňující a příjemná změna. Častou strategií je také sport a kulturní vyžití, návštěva divadel a kin, čtení knih. Respondentky také využívají konzultaci pracovních záležitostí s kolegyněmi. Mladší probandky ze začátku své praxe ocenily rady od zkušenějších kolegyň. Všechny probandky se snaží oddělit pracovní a osobní život vytvořením si pomyslné zdi, kdy se mimo pracoviště snaží na práci nemyslet. Některé k tomu využívají určité strategie jako je zanechání všech pracovních myšlenek ve skřínce s pracovním oděvem. Zamykání této skřínky a odchod domů je pak určitý rituál a signál pro ukončení myšlenek na práci. Přesto však tato profese ovlivňuje i osobní život. Naše respondentky zmiňují změnu hodnot na základě setkání se s takto závažně nemocnými pacienty, uvědomily si, že zdraví a rodina je pro ně nejdůležitější hodnotou. Po návratu z práce také často vyhledávají samotu a klid.

S pacienty se zdravotnice snaží komunikovat upřímně a empaticky, uvědomují si, že každý pacient je jiný a vyžaduje jinou formu sdělení. Jsou si vědomy toho, že v takto vypjaté situaci je pacienti detailně pozorují a jsou citliví i na neverbální komunikaci, mimiku a gesta. Zdravotníci si tedy při komunikaci s pacienty musí dávat pozor na všechny aspekty sdělení, což je velmi náročné. Přesto jsou zdravotnice ochotné opakovat stejné informace několikrát, chápou, že ne všechny informace jsou pacienti schopni napoprvé vstřebat. Oceňují proto přítomnost blízké osoby pacienta, aby informace byly předány i jí.

Výsledky bakalářské práce mohou být využity při hledání vhodných copingových strategií pro zdravotníky i pro další populaci. Výsledky mohou být také zdrojem pro snahu pochopit prožívání profesionálů, kteří pracují na onkologii.

# LITERATURA

- 1) ACE Group. (1.6.2015). 11 Critical Risks Facing the Healthcare Industry. Získáno 9.1.2019 z Risk & Insurance website: <http://riskandinsurance.com/11-critical-risks-facing-the-healthcare-industry/>.
- 2) Ashakar, L., Romani, M., Musharrafieh, U., & Chaaya, M. (2010). Prevalence of burnout syndrome among medical residents: experience of a developing country. *Postgrad Med*, 86 (1015), 266-71. doi:10.1136/pgmj.2009.092106
- 3) Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- 4) Böhmová, I. (2016). *Analýza pracovních stresorů zdravotnického personálu pracujícího s onkologickými pacienty* (Bakalářská práce). Získáno 10.1.2019 z Theses database.
- 5) Černá R. & Kožíková Z. (2004). Syndrom vyhoření (burn-out syndrom) u zdravotních sester. *Urologie pro praxi*. Získáno 6.1.2019 z <http://www.urologiepropraxi.cz>
- 6) Dostálová, O. (2016). *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada.
- 7) Eriksson, M. & Bengt, L. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 60(5), 376–381. doi: 10.1136/jech.2005.041616
- 8) Farkašová, D. a kol. (2006). *Ošetrovatelství – teorie*. Bratislava: Osveta.
- 9) Garkisch, D. (2018). Přetížené sestry se bouří! *Tempus Medicorum*, 27(5), 16-17.
- 10) Gesenhues, S., Ziesché, R. (2006). *Vademecum lékaře – Všeobecné praktické lékařství*. Praha: Galén.
- 11) Helgeson, V.S., Reynolds, K. A., & Tomich, P.L. (2006). Meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 797-816. doi: 10.1037/0022-006X.74.5.797
- 12) Helšusová, A. (2014). *Dostupnost zdravotní péče v krajích České republiky* (Diplomová práce). Získáno 9. 1. 2019 z Theses database.
- 13) Helus, Z. (2017). *Úvod do psychologie*. Praha: Grada.
- 14) Kelnárová, J. & Matějková, E. (2014). *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. Praha: Grada.

- 15) Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health – Inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 37 (1), 1–11.  
doi:10.1037/0022-3514.37.1.1.
- 16) Komačeková, D. (2009). Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče-prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*, 19, 7-8.
- 17) Konopásek, B., Petruželka, L. (2003). *Klinická onkologie*. Praha: Karolinum.
- 18) Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
- 19) Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- 20) Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres*. Praha: Grada.
- 21) Kubek, M. (2018). Promarní zdravotnictví svoji šanci? *Tempus Medicorum*, 27(12), 2.
- 22) Kutnohorská, J. (2007). *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada.
- 23) Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- 24) Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně – pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada.
- 25) Lyons, E. & Coyle, A. (2007). *Analysing Qualitative Data in Psychology*. London: SAGE Publications Ltd.
- 26) Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2012). *Vyhláška o zdravotnické dokumentaci*. Vyhláška č. 98/2012 Sb. Ziskáno 10. 1. 2019 z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98#p1>.
- 27) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- 28) Míček, L. (1984). *Duševní hygiena*. Praha: SPN.
- 29) Nakonečný, M. (2013). *Lexikon psychologie*. Praha: Nakladatelství Vodnář.
- 30) Nešpor, K. (2007). Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicina pro praxi*, 4(9), 371-373.
- 31) Nolen-Hoeksema, S., Frederickson, B. L., Loftus, G. R., & Wagenaar, W.A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál.
- 32) Nowakowski, J., Borowiec, G., Zwierz, I., Jagodzinski W., & Tarkowski, R. (2017). Stress in an oncologist's life: Present but not insurmountable. *Journal of Cancer Education*, 32 (3), 198-205. doi: 10.1007/s13187-015-0928-7
- 33) Pelcák, S., & Chaloupka, J. (2012). Psychická odolnost a subjektivně vnímaný distres u osob profesně exponovaných stresovým situacím. *Occupational Medicine*

/ *Pracovní Lékarství*, 64(2/3), 71–77. Získáno 17.2.2019 z

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=102258549&lang=cs&site=ehost-live>

- 34) Pešek, R. & Praško, J. (2016). *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. Praha: Pasparta Publishing, s.r.o.
- 35) Poulsen, M. G., Poulsen, A. A., Baumann, C. K., Mcquitty, S. & Sharpley, Ch. F. (2014). A cross-sectional study of stressors and coping mechanisms used by radiation therapists and oncology nurses: Resilience in Cancer Care Study. *Journal of Medical Radiation Sciences*, 61(4), 225-232, doi: 10.1002/jmrs.87
- 36) Pražák, J. M., Novotný, F., & Sedláček, J. (1984). *Latinsko-český slovník*. Praha: Česká grafická unie.
- 37) Ptáček, R., Raboch J., & Kebza V. (2013). *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada Publishing.
- 38) Ptáček, R., Čeledová, L. a kol. (2011). *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum.
- 39) Révayová, A. (2014). *Profese zdravotní sestry na přelomu tisíciletí* (Diplomová práce). Získáno 2. 3. 2019 z Theses Database.
- 40) Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. a kol. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova Univerzita.
- 41) Selye, H. (2016). *Stres života*. Praha: Pragma.
- 42) Steven, B., Lange, L., Schulz, H., & Bleich, Ch. (2019). Views of psycho-oncologists, physicians, and nurses on cancer care—A qualitative study. *Plos One*, 14(1), 1-24. doi: 0.1371/journal.pone.0210325
- 43) Švancara, J. (2003). *Strategie zvládnání stresu - SVF 78*. Praha: Testcentrum.
- 44) Van den Brande, W., Baillien, E., Vander Elst, T., De Witte, H., Van den Broeck, A., & Godderis, L. (2017). Exposure to Workplace Bullying: The Role of Coping Strategies in Dealing with Work Stressors. *BioMed Research International*, 15 (11), 1-12. doi: 10.1155/2017/1019529
- 45) Vavricová, M. (2013). Súčasný trendy vo výskume zvládania stresu. *Československá psychologie*, 57 (2), 134-143.
- 46) Venglářová, M. a kol. (2011). *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing.
- 47) Venglářová, M. & Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada.

- 48) Vokurka, M., Hugo, J. a kol. (2008). *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.
- 49) Vorlíček, J., Abrahamová, J., & Vorlíčková, H. (2012). *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada.
- 50) Walker, C., E. (2001). *Learn to Relax: Proven Techniques for Reducing Stress, Tension, and Anxiety--and Promoting Peak Performance*. New York: John Wiley & Sons.
- 51) Weinberg, R. (2007). *The Biology of Cancer*. New York: Garland Science.
- 52) Zacharová, E. & Šimíčková-Čížková, J. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada.
- 53) Zálešáková J. & Bužgová R. (2011). Psychická zátěž sester pečujících o onkologicky nemocné. *Occupational Medicine / Pracovní Lékařství*, 63(3/4), 113-118.

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Copingové strategie u zdravotnických pracovníků na onkologických pracovištích

**Autor práce:** Lucie Rudolfová

**Vedoucí práce:** Mgr. et Mgr. Martina Friedlová

**Počet stran a znaků:** 63, 116 276

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 53

### **Abstrakt (800-1200 znaků)**

Bakalářská práce se zabývá copingovými strategiemi u zdravotníků pracujících na onkologických pracovištích. V teoretické části rozebírá problematiku stresu a copingových strategií. Také se věnuje onkologii a komunikaci s pacienty. Je zde představeno několik výzkumů, které byly v oblasti stresu a strategií jeho zvládnutí u onkologických pracovníků provedeny. Výzkum se zakládá na 8 rozhovorech s onkologickými zdravotníky, kteří na onkologii v době provedení rozhovoru pracovali. Výběr participantů do výzkumného souboru byl realizován prostým záměrným výběrem. Rozhovory byly zaměřeny zejména na prožívání stresu a strategie jeho zvládnutí, dále se věnovaly i vnímání komunikace s pacienty. Hlavním cílem výzkumu bylo porozumění prožitkům a zkušenostem onkologických pracovníků. Ke zpracování výzkumných dat byla použita kvalitativní metoda s konkrétním nástrojem IPA. Výsledky podávají náhled na prožívání stresu a jednotlivé copingové strategie zdravotníků. Poukazují také na to, jak zdravotníci vnímají komunikaci s pacienty a ukazují, jaký vliv mají zkušenosti z práce na osobní život zdravotníků.

**Klíčová slova:** stres, copingové strategie, komunikace, onkologie, relaxace



## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Coping strategies in health care professionals in oncology departments

**Author:** Lucie Rudolfová

**Supervisor:** Mgr. et Mgr. Martina Friedlová

**Number of pages and characters:** 63, 116 276

**Number of appendices:** 3

**Number of references:** 53

### **Abstract (800-1200 characters)**

This thesis focuses on coping strategies in health care professionals working at oncology departments. The theoretical part analyses the subject matter of stress and coping strategies. It also deals with oncology and communication with the patients. Several researches in the area of stress and coping strategies done on oncology medical staff are also introduced in the theoretical part. The research part is based on 8 interviews with health care professionals who worked at the oncology department at the time of the interview. The selection of participants of the research was done by a simple deliberate choice. The interviews were focused mainly on experiencing stress, strategies on how to cope with it and the perception of communication with patients. The main aim of the research was to obtain an insight into experience of the oncology staff. Qualitative method with specific IPA tool was used to process the research. The results provide an insight on experience of stress and particular coping strategies of medical staff. It also points out how medical staff communicates with patients and shows how work experience affects their personal life.

**Key words:** stress, coping strategies, communication, oncology, relax

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

1. Informovaný souhlas
2. Otázky k rozhovoru
3. Ukázka transkripce a kódování rozhovoru

# **Příloha 1: Informovaný souhlas**

## **Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci bakalářské práce**

Název práce: „*Copingové strategie u zdravotnických pracovníků na onkologických pracovištích*“.

Autor práce: Lucie Rudolfová

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Martina Friedlová

Termín realizace:

Místo realizace:

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „*Copingové strategie u zdravotnických pracovníků na onkologických pracovištích*“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Výzkum, který se zabývá problematikou stresu a jeho zvládním u pracovníků na onkologických pracovištích, je založen na rozhovoru, pořízení audionahrávky a jejím přepisu.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledků v rámci bakalářské práce.

Rovněž беру na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

## **Příloha 2: Otázky k rozhovoru**

### **Otázky k rozhovoru**

- 1) Jaké strategie ke zpracování nároků vašeho zaměstnání používáte?
- 2) Jak ovlivňují nároky práce na onkologii Váš soukromý život?
- 3) Jaké případy či situace si často vybavujete nebo máte dlouho v paměti?  
Jak s nimi pak nakládáte?  
Vnímáte potřebu s těmito myšlenkami nějak dál pracovat nebo je řešit?  
Jak?
- 4) Jaké situace vnímáte ve své práci jako silně zátěžové?  
Jak často tyto situace nastávají a jak s nimi pracujete/nakládáte?
- 5) Jak ovlivňuje pozice onkologa Vaše vnímání ohrožení onkologickými  
nebo jinými onemocněními?
- 6) Jakým způsobem se oprostujete od myšlenek na práci a pacienty?
- 7) Co Vám pomáhá oddělit pracovní a soukromý život?
- 8) Jakým způsobem odpočíváte?
- 9) Jak Vy osobně vnímáte sdělení onkologické diagnózy a jak s těmito  
pocity nakládáte?  
Jaké myšlenky Vás při tom napadají a jaké pocity vnímáte?  
Jak se cítíte při komunikaci s onkologicky nemocným?  
Které faktory vnímáte jako usnadňující sdělení diagnózy a komunikaci  
s pacientem?
- 10) Vnímáte nějaký rozdíl ve sdělování onkologické diagnózy dříve a  
dnes? Jaký?
- 11) Jak byste prosím popsal/a praktický průběh sdělování onkologické  
diagnózy?
- 12) Jak se liší zátěž a způsob sdělování onkologické diagnózy pacientům  
v různé fázi onemocnění?

Jaký rozdíl vnímáte mezi prací a komunikací s člověkem, který je léčený poprvé, a člověkem s recidivou?

13) Jak ovlivňuje přítomnost či nepřítomnost příbuzných pacienta Vaše pocity a práci?

Jak jejich přítomnost ovlivňuje zátěžovost sdělování diagnózy?

Jak jejich přítomnost ovlivňuje celkovou pracovní zátěž?

14) Jak často přemýšlíte nad pacienty i mimo pracoviště?

Je nějaký konkrétní případ, na který si často vzpomenete a z jakého důvodu?

15) Jaký vliv na Vás má úmrtí pacienta a jakým způsobem se s ním vyrovnáváte?

Jak se lišila první zkušenost s úmrtím pacienta od těch nadcházejících?

### Příloha 3: Ukázka transkripce a kódování rozhovoru

Prvotní poznámky	Text rozhovoru	Vynořující se témata
	<p><i>Jaké strategie ke zpracování nároků vašeho zaměstnání používáte?</i></p>	
Zanechání pracovních záležitostí v práci	Snažím se veškeré problémy nenosit domů a co se týče ventilování stresu, tak chodím na procházky se psem. Jezdíme taky na chalupu, tam mi hodně pomáhá fyzická práce, zahrada.	Odpoutání se – pomyslná zeď
Procházky		Příroda
Návštěva chalupy	Ze začátku to bylo samozřejmě obtížné, protože toho bylo moc a pacienti na nás tady vychrlí své problémy doma, ale důležité je se naučit od toho odpoutat, postavit si tam pomyslnou zeď, aby se člověk příliš citově neangažoval a aby to nějak neprožíval.	Fyzická práce
Nároční pacienti		Ulpívaví pacienti
Zátěžové setkání s mladými pacienty	Každý se s tím vyrovnává jinak, na někoho se to tady naválí a pak odsud musí odejít. Já jsem se konkrétně musela učit si to nepřipouštět k tělu, ze začátku to pro mě bylo těžké, hlavně mladí lidé a ženy, které mají malé děti. Časem člověk dospěje do nějakého svého rozpoložení, kdy do dál prostě nepustí.	Mladí pacienti
Ztráta nálady doma komunikovat	<p><i>Jak ovlivňují nároky práce na onkologii váš soukromý život?</i></p> <p>Někdy ano, byť se to snažím domů nenosit, tak jsem z práce někdy opravdu fyzicky i psychicky vyčerpaná, takže chvíli trvá, než začnu fungovat v normálním životě. Ale to je spíše výjimečné. Pak se to doma projevuje tak, že jsem nervózní a ztrácím trpělivost na nějaké řešení problémů, nebo ani nemám náladu komunikovat.</p>	Potřeba samoty

	<p><b><i>Jaké případy či situace si často vybavujete nebo máte dlouho v paměti?</i></b> Jsou to situace, které se mě nějak dotýkají.</p>	
Podobný pacient nebo příběh	Bud' to jsou podobné případy, které mi připomínají něco, co jsem sama v životě zažila nebo když se děje něco v rámci záchrany života, tak to ve mně pak zanechá myšlenky a občas si na to vzpomenu.	Připomenutí vlastního zážitku
Uvědomění si podstaty zdraví a rodiny	Některé situace mně ovlivnily pohled na život celkově. Člověk hodně přehodnotí, to, co kolikrát doma řeším, si pak říkám, že jsou malichernosti oproti tomu, co vidím tady. Rodina a zdraví je nadevše, to je to, co jsem si tady uvědomila. Rozhodně se ale s těmi myšlenkami nějak neužívám, jen si někdy vzpomenu.	Změna hodnot
Zátěžové setkání s mladými pacienty	<p><b><i>Jaké situace vnímáte ve své práci jako silně zátěžové?</i></b> Asi mladí pacienti a pacienti, kteří se mi svěří se svým příběhem a figurují v něm malé děti. To se pak hůř vstřebává, protože já sama mám menší dítě, tak to si pak představím, co by se stalo, kdyby se to stalo mně. Pokud třeba ten pacient dostane od lékaře zprávu, že už se nedá v léčbě pokračovat, tak to je pak těžší vstřebat.</p>	Mladí pacienti
Podobný pacient nebo příběh	<p><i>Jak často tyto situace nastávají a jak s nimi pak pracujete?</i> No nastávají víceméně nárazově. Není to každý den, ale čas od času se to stane. Pak se to snažím nějak překonat a vyrovnat se s tím. Udělalo se maximum a dál to bohužel nejde, jiná šance už není, jak bych mohla pomoci. Asi tak.</p>	Připomenutí vlastního zážitku

<p>Uvědomění vlastní smrtelnosti</p>	<p><b><i>Jak ovlivňuje pozice na onkologii vaše vnímání ohrožení onkologickými nebo jinými onemocněními?</i></b>          Určitě to ovlivňuje, bohužel tu diagnózu máme i v rodině, takže jsme se s tím museli smířit. Tady si člověk uvědomí svoji smrtelnost, může se to stát kdykoli. Nikdo neví, kdy ho to potká. Navíc zdravotníci to mají horší v tom, že si umí představit ty následky a ví, do jakých až důsledků to může jít. Hlavní je nepodceňovat příznaky a zavčas to řešit.</p>	<p>Změna hodnot</p>
<p>Práce na zahradě Čas trávený s dětmi Procházky</p>	<p><b><i>Jakým způsobem se oprošťujete od myšlenek na práci a pacienty?</i></b>          Já to odventiluji prací na zahradě, aktivitami s dětmi a procházkami se psem.</p>	<p>Fyzická práce Rodina Příroda</p>
<p>Zanechání pracovních záležitostí v práci</p>	<p><b><i>Co vám pomáhá oddělit pracovní a soukromý život?</i></b>          To nevím, jak na to odpovědět. Prostě jsem se naučila zavřít ty dveře, nechat práci v práci a nezatěžovat se tím doma. Něco konkrétního, co by mi pomohlo to oddělit, asi nemám, prostě zkušenosti.</p>	<p>Odpoutání se</p>
<p>Film, kniha Odjezd z města Návštěva chaty</p>	<p><b><i>Jakým způsobem odpočíváte?</i></b>          Pustím si ráda pěkný film, přečtu si knihu nebo jít někam do přírody. Pomáhá mi odjet pryč z města, tady pořád slyšíte houkačky, ale na chatě je úplný klid a jiný svět, tak tam si na práci nevzpomenu vůbec.</p>	<p>Kulturní vyžití Změna prostředí Příroda</p>