



Vypracovaly :

Jméno : Jitka Chalupská, Romana Plchová

Obor : psychologie

Ročník : 2. ročník magisterského studia

Metodologie v psychologii PSY 401

Název práce:

Schopnost sdílení pracovních prožitků jako důležitá složka well-beingu zdravotních sester a lékařů na onkologii

Vyučující : prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc., Mgr. Stanislav Ježek, Phd.

Odevzdáno: 31.12.2009

1. Cíl a účel / přínos studie

Předmětem výzkumu je schopnost a proces sdílení pracovních prožitků lékařů a zdravotních sester na onkologických odděleních na úrovni profesních a osobních vztahů. Cílem studie je prozkoumat podobu či konstelaci sdílení jejich prožitků z práce (s kým, kde, jak, o čem, za jakých okolností...), zjistit, co takové sdílení zahrnuje a co pro ně znamená. Mezi očekávané výsledky patří tematické oblasti týkající se sdílení, okolnosti funkční i nefunkční komunikace na úrovni pracovních i osobních vztahů či naznačení schématu podpůrného rozhovoru.

Přínosem samotného výzkumného procesu je pro zkoumané osoby možnost sebereflexe, zmapování zdrojů a také vyjádření zájmu a uznání náročnosti profese ze strany výzkumníka, což by mohlo mít i terapeutický efekt. Výsledky výzkumu by měly přinést širší možnosti pro edukátory, supervizory či terapeuty v oblasti rozvoje a péče o personál onkologických oddělení a to v podobě podkladu pro tréninkové komunikační programy nebo v rámci klinické implikace pro terapii a supervize zdravotnického personálu.

2. Identifikace zájmů výzkumníka a cílové skupiny

O zdravotnictví se hodně píše a mluví, především v rámci farmaceuticko-medicínského byznysu. Jedná se o celospolečensky aktuální a atraktivní téma. Je to oblast, kde je neustále třeba něco řešit, ať už jde o stránku finanční, kde se hovoří o různých reformách způsobu financování, rozsahu a kvalitě medicínské péče, vzdělávání pracovníků, celkovém způsobu organizace zdravotnických institucí a služeb, tak po stránce koncepční či ideové, kde se ptáme, jak to s tou naší západní moderní medicínou (evidence based medicine) vlastně je, jestli je účinná, jestli lidem pomáhá nebo naopak působí iatrogeně a jestli by jí nemohly konkurovat i jiné medicínské systémy (třeba medicína východní).

Obě tyto stránky spolu úzce souvisí, je těžké je oddělovat. Po těch pár letech, kdy se na tuto oblast o něco víc zaměřuji (R.P.) jsem si čím dál víc jistá, že je třeba, aby zrovna na zdravotnictví mířil hledáček společenskovedního výzkumu, aby se také skrze humanitně vědecké výzkumy odborníci i veřejnost dověděli, jak zdravotnictví funguje a hlavně, aby se skrze výzkum nacházely i poznatky hodící se do praxe včetně způsobů jejich aplikace. Aby výzkumy, které provádíme na půdě naší fakulty, nekončily svázané a zaprášené někde ve sklepech archivu, nebo teď už vlastně jenom v archivu elektronickém, ale aby konečně „dosáhly“ i do skutečného světa, do oblasti aplikované psychologie (podobně jako je tomu na technických oborech typu informatiky nebo architektury, ale i humanitních oborech, třeba ekonomie).

Taková práce (s přímou nebo do budoucna zamýšlenou blízkou aplikací) má pro nás jako výzkumnice daleko větší smysl (tím, že to není věda pro vědu, ale věda pro lidi, tedy s praktickým přínosem) a zároveň se domníváme, že fungování fakulty, po stránce materiální (knihovna, učebny, energie...) i personální (vyučující, vedení, správci...) je velmi nákladné a jestliže tolik spotřebováváme, měli bychom i něco vracet, nebo se o to přinejmenším pokoušet. Chápeme to i jako občanský či morální závazek.

Práci zdravotnického personálu vnímáme jako vysoce náročnou. A nejenom práci. Na počátku je vzdělávání, které je u lékařů, zdravotních sester, ošetrovatelů a dalších daleko náročnějších, delší a dražší, než ve většině jiných oborů. Náročnost spočívá v míře zodpovědnosti, pracovního stresu, nutnosti se celoživotně vzdělávat. A za to všechno se v naší zemi podle naší reflexe a zprostředkovaných zkušeností zdaleka nedostává těmto pracovníkům takového ocenění, jakého by mělo. Situace je navíc specifická v oblasti onkologie, kde jsou pacienti i personál pod obrovským tlakem vzhledem k náročnosti léčby, k všeobecnému vnímání onkologického onemocnění ve společnosti jako závažného a náročného. Jde i o reakce pacienta a jeho rodiny, o přijímání a vyrovnávání se s diagnózou a s formami léčby, hovoří se o stigmatizaci pacientů (Doan, Gray, Davis, 1993). To jsou důvody, proč je náš zájem směřován na tuto cílovou skupinu, u níž v oblasti sdílení pracovních prožitků můžeme očekávat poměrně složité a specifické fenomény hodné prozkoumání.

3. Konceptuální rámec

Zajímá nás práce lékařů a sester na onkologickém pracovišti. Na onkologickém pracovišti proto, že psychoonkologie má velmi blízko k psychosomatice, takže pracovníci onkologického oddělení se podle nás budou vzhledem k rostoucímu trendu psychosomatické či celostní medicíny stále víc setkávat také s oblastí psychologie – zjednodušeně řečeno s poznatky o tom, že etiologie a průběh nemoci úzce souvisí s psychikou pacienta i s psychologickým působením zdravotnického personálu (Tress, Kruse, Ott, 2008).

Toto už se poměrně výrazně děje v oblasti komunikace, kdy personál prochází různými výcviky v komunikaci s pacientem, aby byla co nejefektivnější, tedy aby přinášela co nejvyšší míru spokojenosti s komunikací jak pro pacienty, tak pro samotný personál (Delvaux, Razavi, Marchal, Brédart, Farvacques, Slachmuylder, 2004).

O mnoho méně už je zkoumána komunikace mezi pracovníky samotnými. Jejich vzájemné poskytování si opory, i to, jak poskytují oporu sami sobě, kde v sobě hledají zdroje pro „přežití“ v zátěžové atmosféře svého

pracoviště – tuto mezeru jsme odhalili na základě monitorování současných výzkumných studií a je to tedy to, co nás zajímá.

Ačkoli budeme postupovat podle metodologie zakotvené teorie, kde není pevný teoretický rámec podmínkou pro vstup do výzkumu, ba spíše naopak je doporučováno zahájit výzkum bez teoretických prekonceptů (Robson, 2002), přeci jen jsme v rámci seznamování se s tématem hledali analogické studie, od kterých bychom se mohli alespoň zběžně „odpíchnout“.

V první z nich, kterou představíme, popisující autoři v rámci kvalitativního výzkumu život párů, v nichž jeden je označen diagnózou diabetu. Prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů zkoumali, jakým způsobem tyto páry popisují své chování, postoje a interakce představující vhodnou oporu při vyrovnávání se s diabetickým onemocněním. Nešlo jen o vyrovnání se s diagnózou, ale i o hledání prostředků, jak pomoci nemocnému partnerovi nebo partnerce dodržovat náročný režim spojený s nemocí, režim, který vyžaduje změnu životního stylu. Samozřejmě nedáváme tento výzkum do souvislosti s cílem naší studie proto, že bychom práci na onkologickém oddělení chápali jako nemoc. Podobnost ale spočívá v tom, že nemoc je podobně jako náročné zaměstnání důvod pro zvláštní péči, důvod pro zvláštní přístup k člověku, který do jedné z vybraných skupin patří. Jinými slovy je to také důvod pro zmapování sociální opory. Ta je v předkládané studii popisována jako vzájemné přizpůsobení se partnerů sobě navzájem i novým podmínkám, které nemoc nastoluje. Je také chápána jako rozvinutost sociální sítě, míra zabezpečené materiální pomoci a v neposlední řadě pak prostý fakt, že člověk má někoho, s kým může sdílet.

Jedním z výsledků této kvalitativní studie provedené podle metodologie zakotvené teorie, je tvrzení, že mezi chování, které nepomáhá, ale spíše ztěžuje zvládání problémů spojených s nemocí, patří takzvaná „chudá komunikace“. Je to situace, kdy v rámci vztahu partnerů dochází k ignorování nemoci, partneři spolu nemluví o problémech. Navíc nekomunikují i z toho důvodu, že si jeden myslí, že ví, co chce ten druhý – pak dochází k chybám v porozumění, které se projevují i v chování, které neulehčuje zvládání nemoci. Cesta od chudé komunikace ke „zdravé“ je podle autorů studie náročná a její součástí je udělat si čas na naslouchání a naučit se naslouchat druhým pozorně. (Trief, Sandberg, Greenberg, Graff, Castronova, Miyoung, Weinstock, 2003).

Další studie a zdroj naší inspirace je nedávno publikovaná práce Ben-Zura a Michaela (2007) zaměřená na syndrom vyhoření, sociální oporu a zvládací strategie v práci mezi sociálními pracovníky, psychology a zdravotními sestrami. Sociální opora je podle autorů významnou složkou prevence syndromu vyhoření a přispívá ke zvládnutí pracovní zátěže. Zároveň také „sytí“ well-being pracovníků ve zdravotnictví. Ukázalo, že hodnocení práce jako úkolu či výzvy k zvládnutí (jinými slovy a obecněji řečeno aktivní přístup) negativně koreluje s vyčerpáním a depersonalizací a pozitivně s prožívaným úspěchem v práci. To není nic nového, podobný závěr plyne i z dřívějších výzkumů (např. Florio, Donnelly, Zevon, 1998). Výsledky nás ovšem utvrzují v chápání významnosti této proměnné (sociální opora) - vzhledem k tomu, že se jedná o kvantitativní studii, nedozvídáme se ale nic konkrétnějšího o tom, jak její vytváření a předávání mezi pracovníkem a jeho rodinou, přáteli a významnými druhými probíhá, jaké jsou podmínky tohoto procesu, což je zjednodušeně řečeno předmětem našeho výzkumu. Autoři použili dotazníky a hodnotící škály pro snímání získávané sociální opory, pracovní zátěže a stresu, pro měření zranitelnosti k syndromu vyhoření či k měření postojů k práci. Můžeme říci, že šlo spíše o porovnávání výsledků, zatímco nám jde o zachycení procesu. Co je analogické pro výše popsany výzkum a náš cíl studie je zaměření na stejný okruh proměnných.

O detailnější rozbor procesu sdílení, tedy poskytování sociální opory se v kvantitativní studii pokusil Snyder (2007) korelací složek vyhoření s takzvaným „empathic communication modelem“. Jeho zjištění naznačují, že obzvláště opora ze strany spolupracovníků posiluje pečovatelskou komunikační citlivost a pocit osobní úspěšnosti a opora ze strany supervizora snižuje vnímanou emoční vyčerpanost a depersonalizaci. To nás podporuje v záměru blíže nahlédnout do různých typů komunikace, protože efekt může být odlišný. Sociální opora zahrnuje zároveň informační i emoční oporu (sdílení, péče a zájem), ovšem podle Snydera je nemá cenu rozlišovat, jejich obsah se často prolíná a je subjektivně dán.

Pro orientaci v tématech kvalitativní části je možné nahlédnout do specializovaných periodik. Zde nás zaujal zejména úvodník prezidentky mise ANNA - D. Bednarski (2009), která hodnotí požadavky na zdravotní sestry na nefrologii v emoční a existenciální oblasti. Péče o pacienty a rodiny zažívající progresivní onemocnění, smrt a ztrátu mohou zvýšit pozornost sestry k vlastním ztrátám a zranitelnosti, zvýšit strach ze smrti, a tedy zvýšit úzkost a úroveň stresu (Sherman, 2004; cit. dle Bednarski, 2009). Sebe-reflexe je proces potřebný pro vyrovnání se s úzkostí - je operacionalizován obrácením pozornosti zpět a zaměřením se na sebe za účelem vymezit význam nebo podstatu osobní a profesionální zkušenosti (Lauterback & Becker, 1996, cit. dle Bednarski 2009). Existenciální témata bychom tedy v naší kvalitativní části neměly přehlédnout, zároveň je to pro nás i ukazatelem směrem k etickým aspektům našeho výzkumu. Sebe-reflexe, kterou budeme v našich respondentech podporovat, může být hybatelem jejich vnitřních procesů a bude proto potřeba, abychom při vymezování významu osobní a profesní zkušenosti postupovali obezřetně.

4. Výzkumné otázky (a hypotézy)

Hlavní výzkumná otázka přímo vyplývá z výše definovaného cíle výzkumu a výzkumného jevu, kterým je *schopnost a proces sdílení pracovních prožitků mimo oblast péče o pacienta*, na úrovni profesních a osobních vztahů. Její znění je následující:

Jakou zkušenost mají zdravotní sestry a lékaři onkologického oddělení se sdílením svých prožitků z práce?

Na toto hlavního zaměření studie, které nám umožní uchopit určitý výsek reality týkající se života lékařů a zdravotních sester, navazují i další oblasti, jejichž probádání nám pomůže někdy více zaostřit jindy rozšířit a obohatit zorné pole zkoumaného jevu. Jedná se o tyto tematické okruhy:

- *V rámci jakých vztahů tyto prožitky sdílejí?*
- *Jakým způsobem takový/é sdílení/rozhovor probíhá?*
- *Za jaké situace (prostor a čas)?*
- *Co to pro ně znamená (lékaře či sestry)?*
- *Jakým jazykem se vyjadřují (diskurz)?*
- *Jaká jsou jejich přání ohledně tohoto sdílení?*
- *Jaký by měl být „ideální partner“ pro sdílení?*
- *Jak je to se sdílením existenciálně „nabitých“ témat? (otázky umírání, smrti, osamělosti..)*

Kvantitativně zpracovaný model témat (zaměřen na témata – „o čem“ a ne na mody rozhovorů, které jsou primárním cílem kvalitativní části) by měl směřovat k obecnějšímu přehledu o tom, jaká témata (identifikovaná v kvalitativní části) jsou sdílená a v jakých interakcích.

Předpokládaný model má poskytnout přehled o:

1. Hodnocení každého z témat sdílení v dimenzích:

- subjektivní závažnost tématu (do jaké míry jej potřebuji řešit)
- sdílení tématu na pracovišti
- sdílení tématu mimo pracoviště

2. Porovnání výsledků se služebním věkem (například do 3 let praxe)

- například hypotéza: U déle sloužících pracovníků identifikujeme více sdílení v rámci pracovního kolektivu

3. Porovnání lékařů a sester

- například hypotéza: U lékařů identifikujeme méně subjektivní závažnosti vybraného tématu než u sester

5. Design výzkumu

Na základě předmětu výzkumu, hlavní výzkumné otázky a dalších s ní souvisejících podotázek jsme se prvotně rozhodli pro kvalitativní výzkumný design, přesněji o kvalitativní explorační výzkum. Obecně řečeno nám jde o analýzu zaměřenou na vlastnosti jazyka, odhalení pravidelností, porozumění významu a reflexi zkoumaného jevu. (Robson, 2002).

Podle Robsona (2002) můžeme spíše než o kvalitativním výzkumném designu hovořit o designu flexibilním, v našem případě pak o designu založeném na zakotvené teorii. Slovo flexibilní preferuje autor z toho důvodu, že dělení na kvalitativní a kvantitativní studie nepovažuje za logické, protože „*takzvané kvalitativní designy mohou zahrnovat kvantitativní metody sběru dat*“ (Robson, 2002, s. 164). Co je ovšem pro tyto „kvalitativně laděné“ výzkumy společné je určitá míra flexibility, která se pojí s designem v tom smyslu, že se design v průběhu sběru dat „vynořuje a vyvíjí“, na rozdíl od fixního či kvantitativního výzkumu, kde je design přesně a pevně ustanoven před samotným sběrem dat.

Vnímáme to jako výhodu v tom smyslu, že na startovní čáře flexibilně designovaného výzkumu máme větší svobodu, rozprostírá se před námi široké pole možností a můžeme se těšit a být zvědaví, jak to vlastně bude probíhat, kam nás výzkum zavede, k jakým metodám se budeme vztahovat, jak moc se osvědčí nebo neosvědčí na začátku položené výzkumné otázky¹ s tím, jak se budeme víc a víc „nořit“ do sběru a analýzy dat. To je příjemné a pozitivní.

Každé pro má ale svoje proti. Tím, že nemáme fixně vymezené cíle a postup, mohou se objevit nečekané překážky, například ve formě problémů při snaze dosáhnout co nejvyšší validity a reliability procesu výzkumu i získaných dat a z nich plynoucích výsledků. Nezbyvá, než pečlivě reflektovat a promýšlet kontext výzkumu a možné vedlejší proměnné a zaujmout spíše postoj zvědavosti na úkor strachu z nejistoty a možného neúspěchu. Navíc se domníváme, že je důležitá i jistá dávka intuice a víra v to, že vše dobře dopadne. Einstein v trochu jiném kontextu hovoří o intelektuální lásce („Einführung“) k předmětům zkušenosti – tato láska podle

¹ Používáme slovo „osvědčí“, které je typické spíše v kontextu hypotéz, proč ho ale nepoužít i zde v souvislosti s výzkumnými otázkami.

něj plyne právě z intuice, která je jediným zdrojem odhalování obecných zákonitostí získávaných cestou dedukce (cit. dle Popper, 1997). Uvidíme, jak se toto tvrzení odrazí v našem zkoumání.

Na základě dat získávaných z kvalitativních rozhovorů budeme od začátku spět k vytvoření teorie o okolnostech a procesu sdílení pracovních prožitků u cílové skupiny. K teorii či teoretickému modelu povede naše pouť skrze otevřené, axiální a selektivní kódování. Půjdeme tedy cestou analýzy založené na srovnávání a abstrakci směrem ke komplexnímu uchopení zkoumaného jevu (Robson, 2002).

Na kvalitativní část naváže hypoteticky část kvantitativní (zatím máme v plánu skutečně realizovat pouze část kvalitativní). V ní se snažíme ověřit výsledky na širším vzorku a podpořit tak validitu především získaných témat ke sdílení (ne procesu sdílení) v rámci celé české onkologické obce. Pokusíme se také přiblížit některé demografické proměnné, kde lze očekávat rozdíly, jako například „služební věk“ a zdravotnická profese – rozdíly mezi lékaři a sestrami.

6. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří **lékaři a lékařky a zdravotní sestry na onkologii**. To je hlavní kritérium z důvodu naznačených již výše ve druhé části týkající se cílové skupiny. Komunikace s pacienty i s kolegy na onkologických odděleních je stěžejním a také ožehavým tématem, které se dotýká všech zaměstnanců. Ať už jde na jedné straně o intenzivní kontakt v podobě sdělování diagnózy a plánování léčebné strategie či běžný povrchnější kontakt na chodbách ambulantních oddělení či v jiných prostorách nemocnice. Na personál onkologie je naložen specifický „náklad“ starostí a povinností, personál onkologie je obdařen specifickou formou zadostiučinění za prováděnou náročnou práci oproti jiným oblastem medicíny. Je to způsobeno tím, jaký obraz má diagnóza onkologického onemocnění ve společnosti, je to stále přežívající stigmatizující obraz provázející pacienty i personál, zesílený nejasnou až tajemnou etiologií² (Doan, Gray, Davis, 1993). Vytváří to specifickou a mnohdy dusnou atmosféru na onkologii.

Chceme se zaměřit na personál oddělení, kde dochází k aktivnímu kontaktu s pacientem a vysoká úroveň komunikačních dovedností a osobnost zdravotníka je důležitým pracovním „nástrojem“ (například chirurgie, interní oddělení či gynekologie, ale už ne například laboratorní oddělení pro analýzu vzorků krve). Náročnost komunikace je specifickým prvkem práce zdravotníků na onkologii. Nejen vzhledem k závažnosti onemocnění, ale i vzhledem k tomu, že vlivem holistického vědeckého paradigmatu, které se stále více „prokousává“ i do oblasti medicíny, se ukazuje, že psychosomatický přístup zohledňující jednotu tělesného a duševního, je důležitý pro doprovázení pacienta v nemoci (Capra, 2002).

Je zřejmé, že toto dělení na oddělení s větší a menší mírou kontaktu s „označenými“ pacienty je spíše umělé a vychází z obecných předpokladů o náplni práce zdravotnického personálu na daném oddělení. Jde nám o míru „kontaktu“ s diagnózou a o míru pracovní zátěže z ní plynoucí a tu je těžké nějak objektivně určit. Záleží na zvládacích strategiích a celkovém postoji k práci každého z pracovníků. Z tohoto důvodu se může toto kritérium v průběhu sběru dat ještě pozměnit, stejně jako některá z kritérií uvedených dále.

Rozhodli jsme se zaměřit na lékaře a sestry **s aktivní praxí delší než šest měsíců**. Inspirovali jsme se jedním z výzkumů, který se také týkal zdravotnického personálu onkologických oddělení, a kde bylo kritérium aplikováno (Delvaux, Razavi, Marchal, Brédart, Farvacques, Slachmuylder, 2004). Jednak spoléháme na zkušenost jiných výzkumníků, jednak se nám to jeví jako vhodné kritérium, protože šest měsíců shledáváme jako dostatečně dlouhé období pro pochopení důležitých aspektů péče o onkologické pacienty, pro seznámení se s pracovním prostředím, vytvoření vztahů s kolegy a tak dále.

Oproti většině studií v této oblasti tvoří výzkumný vzorek jak lékaři a lékařky, tak zdravotní sestry (a „zdravotní bratři“). Zařadit obě profesní skupiny do jednoho výzkumu jsme se rozhodli z toho důvodu, že jejich práce je úzce propojená, obě skupiny spolupracují, poji je péče o stejné pacienty. Vzhledem ke komplexnosti výzkumu dáváme přednost také heterogennímu výzkumnému souboru³. Navíc nás zaujaly poznámky diplomové práce Markusové (2008), která zdůrazňuje nutnost respektování rovnosti lékařské a ošetrovatelské vědy, protože nelze říct, že by náplň jedné z nich byla méně důležitá než náplň té druhé. V našich podmínkách, ale často (ne vždy) přetrvává hierarchické rozdělení stavící lékaře nad zdravotní sestry (Křížová, 2006). I tato úvaha, která se týká výzkumného jevu o něco vzdáleněji, nás vedla k předložené specifikaci souboru.

² Přičemž se vlastně ukazuje, že příčina onemocnění není ani tolik mysteriózní, jako spíše multifaktoriální, takže není možné ji stanovit pomocí lineárně kauzálních jednoznačných vysvětlení. Ze stejného důvodu není možná ani jasná a spolehlivá indikace léčby. Obojí způsobuje ještě větší nejistotu a obavy, sytí pochybnosti a dodává onemocnění závoj stigmatu.

³ Uvažovali jsme také o zařazení dalších pracovníků, jako například psychologů či sociálních pracovníků. U nich už se ale náplň práce víc odchyluje od pracovní náplně lékařů a sester, pracovní zkušenost je jiná a domníváme se, že se liší tím pádem i obsah a proces jejího sdílení. Uvědomujeme si, že hranice je tenká a není nepropustná, jedná se tedy spíše o formální rozdělení.

Metodou rekrutování vzorku je metoda sněhové koule. Počet respondentů bude záviset na teoretické nasycenosti v průběhu sběru dat. Podle Robsona (2002) se počet informantů pohybuje kolem 20 až 30, což vnímáme jako zajímavé doporučení.

Soubor, který volíme v kvalitativní části má jisté výzkumné nedostatky. Jde především o metodu výběru. Vzhledem k časové vytíženosti zdravotnického personálu je těžké z pozice výzkumníka-studenta žádat o reprezentativní soubor například skrze vedení ústavu, i když i o to bychom se rádi pokusili. Metoda sněhové koule nám ale spíše zajistí motivované respondenty. Musíme ovšem počítat se specifiky dané sociální sítě, po které takový výběr postupuje. Nebude jistě náhodou, když se o našem výzkumu dozví lidé, kteří spolu vzájemně komunikují a tedy „sdílí“. Dalším problémem, se kterým se budeme muset vypořádat je specifikum pracoviště. Rádi bychom získali respondenty z více ústavů, přesto nemůžeme spoléhat na zobecnitelnost zkušeností.

Pokusem o zobecnění bude kvantitativní část, kde očekáváme vzorek širší a více heterogenní. V České republice existuje osmnáct pracovišť komplexní onkologické péče (viz Národní onkologická síť; Česká onkologická společnost ČLS JEP pro odborníky: http://www.linkos.cz/odbornici/org_info/pracoviste1.php?m=all). Všechna bychom chtěli oslovit formou e-mailu a motivovat pro vyplnění a zaslání dotazníku zpět. Zúčastněným chceme nabídnout samozřejmě sdělení výsledků a případně další práci například v ohniskových skupinách, což by mohlo dále zpřesnit výsledky našeho bádání.

7. Pilotní studie

Plánem pilotní studie je provést rozhovory s 1-2 lékaři a 1-2 zdravotními sestrami na téma sdílení pracovních prožitků. Cílem je ověřit celkově relevanci tématu a také formu výzkumu, tedy schopnost a chuť informantů odpovídat na facilitující otázky tak, jak jsme si je předem formulovali (viz příloha 1), hovořit o tématech, která jsou předmětem výzkumu. Ověřit, zda nastavení metody i kapacity výzkumníka umožňují dojít ke stanoveným cílům. Podmínkou provedení pilotní studie je informovat účastníky o průběhu výzkumu v souladu s etickými předpoklady popsány v další kapitole.

8. Etické předpoklady

Rozhovorům bude předcházet poučení o účelech výzkumu, využití dat (pro diplomovou práci, možnou publikaci a praktické aplikace pro případné pracovní skupiny) a procedurách, které výzkum zahrnuje (nahrávání, redukce dat). Respondenti budou seznámeni s přibližnou délkou trvání výzkumu a nároky, které výzkum přináší (citlivost tématu, psychická zátěž). Způsob vedení rozhovoru by měl zahrnovat právo respondenta na ukončení rozhovoru kdykoli v jeho průběhu a bude dán kontakt na výzkumníka pro případnou potřebu respondenta informace doplnit nebo upravit, případně se pobavit o tématech, která zůstala otevřená. Respondenti budou ujištěni o zajištění ochrany osobních dat. Bude získán písemný informovaný souhlas.

9. Procedury pro tvorbu dat a analýzu dat

Vzhledem k flexibilnímu designu studie, v rámci něhož postupujeme podle zakotvené teorie, shledáváme jako výhodné propojit kapitolu o tvorbě a analýze dat, protože jdou ruku v ruce, úzce spolu souvisí, během výzkumu se jakoby „přeskakuje“ od jednoho k druhému a nemá tedy cenu snažit se je oddělovat.

Mezi výhody zakotvené teorie, kvůli kterým jsme si tento postup zvolili, patří podle Robsona (2002) přesně vymezené procedury pro generování dat a teorie, flexibilita a zároveň systematická a koordinovaná strategie výzkumu a také explicitně dané procedury analýzy dat. Zakotvenou teorii se podle téhož autora hodí použít při aplikovaném výzkum, což v našem případě není zcela adekvátní pojmenování, ale určitě se k němu blížíme⁴. Navíc v současné době, kdy je tato metoda stále oblíbenější, existuje mnoho příkladů užití tohoto metodologického pojetí, kterým se můžeme inspirovat (Robson, 2002).

Nejzřetelněji je možné sledovat určitou hranici mezi tvorbou a analýzou dat v počátku výzkumu, kdy bude nutné nashromáždit určité množství dat, která budou následně analyzována a podle toho se rozhodneme, zda ve sběru dat pokračovat, anebo zda už bylo dosaženo teoretické nasycenosti a další data by byla redundantní. Tady se dostáváme k nevýhodám, protože je těžké rozhodnout, kdy už jsou získané kategorie skutečně saturované a teorie dostatečně vyvinutá (Robson, 2002). Celý proces je navíc ovlivněn „*tenzí mezi indukční a deduktivní logikou*“ (Robson, 2002), když střídavě vycházíme z empiricky získaných dat (zakotvení v datech), v našem případě získaných prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, a zároveň data v průběhu analýzy interpretujeme prostřednictvím porovnávání a abstrakce v rámci otevřeného, axiálního a selektivního kódování, přičemž tyto tři typy kódování nejsou sekvenčně odděleny, ale mohou se překrývat (Strauss, Corbinová, 1999).

⁴ Ještě není jasné, jakým způsobem se mi podaří navázat kontakt s personálem onkologického pracoviště a do jaké míry bude možné uskutečnit výzkum přímo tam a využít další formy dat jako například pozorování při práci na oddělení. Zatím mám totiž domluvené pouze rozhovory (R.P.).

V polostrukturovaných rozhovorech s lékaři i sestrami půjde o popis interakcí, popis sdílení s rodinou, s blízkými i s kolegy. Půjde nám o to dozvědět se, co pro ně sdílení znamená – co obnáší i jaké jsou jeho okolnosti (viz ukázka facilitujících otázek a tematických oblastí pro rozhovory v příloze 1). Každý rozhovor po jeho ukončení přepíšeme a začneme analyzovat. Navíc jej přepsaný předložíme v rámci dodržování etických zásad a zvyšování validity informantům, kteří budou mít možnost se k němu vyjádřit – tento proces také popíšeme (reakce, co chtěli doplnit, případně jak velkou část se zpětně rozhodli nezveřejnit a tak podobně). Podle konkrétní situace se také budeme rozhodovat buď o více než 1 rozhovoru s informanty nebo o doplňující emailové korespondenci. Při prvním rozhovoru si totiž nemusí vybavit nějaký z významných jevů týkající se výzkumného jevu a zvýšená sebereflexe ve vztahu ke sdílení pracovních prožitků by mohla přinést zajímavé informace. Elektronická korespondence by pak mohla znamenat větší míru disinhibice. Uvědomujeme si ale „dvoječnost“ použití těchto do jisté míry sebereflexivních dat a je to zatím předmět diskuse před samotným startem projektu. Mnohé může pomoci objasnit pilotní studie.

V rámci zvýšení validity uvažujeme o triangulaci dat využitím pozorování interakcí personálu přímo na pracovišti a o metodologické triangulaci zařazením kvantitativní metody sběru dat, konkrétně například o dotazníku týkajícího se hodnocení získávané sociální opory, protože zařazení kvantitativních dat, jak uvádí například Robson (2002) není ani u metody zakotvené teorie na škodu.

Pro dosažení co nejvyšší reliability máme v úmyslu podrobně a transparentně dokumentovat všechny fáze výzkumu, tedy hlavní body, které je nezbytné uvést do výzkumné zprávy, ale také svoje úvahy, poznámky, postřehy z pozorování, prostě všechno, co se týká studie tak, aby byla možná co nejpřesnější replikace použitého postupu.

Kvantitativní část vyžaduje ověření témat z části kvalitativní, která se vynoří v souvislosti se sdílením a budou využita pro tvorbu dotazníku. Ten obsáhne námi identifikovaná témata a bude dána možnost respondentům přidat i další subjektivně významné téma. Každé z nich pak bude hodnoceno na stupnici 0-5 (vůbec-velmi) ve 3 dimenzích.

- subjektivní závažnost tématu (do jaké míry jej potřebuji řešit)
- sdílení tématu na pracovišti
- sdílení tématu mimo pracoviště

Analýza takových dat je zajímavá už z hlediska samotných témat. Můžeme si udělat hrubou představu o tom, jaký každé z témat poskytuje potenciál ke sdílení, případně, jak se vyvažuje subjektivní významnost tématu s jejím reálným sdílením, ať už na pracovišti nebo mimo ně a kde sdílení u subjektivně závažných témat chybí.

Za další se nabízí možnost porovnat odlišné skupiny respondentů podle požadovaných demografických proměnných. Další se mohou vynořit během rozhovorů. Nyní navrhujeme tyto, které mohou být podkladem pro řadu hypotéz.

- služební věk
- profese

9.1 Příklad formátu dat, předpokládaného charakteru významové jednotky a popisu kódování

Představovat si formát dat či charakter významové jednotky je úkol nadmíru hypotetický, když ještě nemáme žádná data a nemáme tedy co s čím srovnávat. A metoda zakotvené teorie je podle Pidgeona a Henwooda (1996, cit. dle Robson, 2002) „*metodou konstantního porovnávání*“ dat a z nich abstrahovaných kategorií. Pokusíme se tedy velmi zjednodušeně naznačit postup kódování.

Řekněme tedy, že bychom se od zdravotní sestry dověděli třeba toto:

„Když jsem přišla naposledy domů z práce, byla jsem tak unavená, že jsem neměla chuť se s někým bavit. Dcera si asi všimla, že vypadám ztrhaně a když za mnou přišel syn, abych mu pomohla s úkoly, dcera se ho ujala a tak jsem šla vařit a byla jsem ráda, že mám klid a že se nemusím s nikým bavit“.

Tento formát dat je ukázkou úryvku z rozhovoru a mohla by to být odpověď hned na úvodní základní otázku, kterou vstoupíme do rozhovoru (viz příloha 1b).

V rámci otevřeného kódování si provizorně stanovíme kategorie: 1.kategorie – „nechuť bavit se“, 2. kategorie – „vnímavost a pomoc druhých (dcery)“, 3. kategorie – „odreagování se (při vaření)“. Slovo „dcera“ a „při vaření“ jsem uvedla do závorky, protože podobné kategorie bychom mohli nalézt i v jiných situacích a jevy jako „pomoc od dcery“ a „odreagování se při vaření“ by mohly být označeny jako subkategorie uvedených kategorií. Můžeme si všimnout, že už v této fázi vytváříme určité prekoncepty v podobě kategorií, kam se snažíme „napasovat“ další data.

Domníváme se, že v rámci triangulace je výhodné, když se již v této fázi analýzy zapojí i další hodnotitelé. Tak tomu bylo například ve studii uvedené výše (viz 3.kapitola – konceptuální rámec). V této kvalitativní studii dle zakotvené teorie zaměřené na hodnocení vzájemné opory u párů, z nichž jeden trpí diabetem, analyzovalo data celkem 5 výzkumníků, což vnášelo různé úhly pohledu a přispívalo to k vyšší interní validitě. Více

výzkumníků analyzujících data je podle nás výhodné ve všech fázích kódování, ale je to samozřejmě náročné personálně, časově i finančně.

Axiální kódování znamená „*vzájemné propojování kategorií vyvíjených během procesu otevřeného kódování*“ (Robson, 2002, s.494). Podle Strausse a Corbinové (1999) se snažíme porozumět centrálním fenoménům objevujícím se v datech v rámci kontextu, tedy v rámci daných podmínek. Je otázkou, do jaké míry zůstaneme „zakotvení“ v datech a do jaké míry budeme abstrahovat a vkládat do dat vlastní interpretace – tedy zda půjdeme spíše ve stopách „puristického“ Glassera zastávajícího onu zakotvenost v datech, anebo více interpretujícího Strausse a Corbinové, kteří zastávají interakcionistické paradigma (Robson, 2002). Domníváme se, že je těžké si to takhle dopředu říct, protože opravdu záleží na kontextu, na množství a charakteru dat, na celém průběhu výzkumu. Je ale dobré to mít na paměti a vracet se k tomu ve svých komentářích k analýze dat.

Vraťme se k výše uvedenému úryvku a kategoriím. „Nechuť bavit se“ souvisí u informantky s únavou z práce, nemůžeme usuzovat na lineárně kauzální vztah, ale řekneme, že z kontextu plyne úzký vztah, mezi těmito dvěma jevy (únava z práce a nechut' bavit se). „Vnímavost a pomoc druhých“, v tomto případě dcery, neznamenala přímou konfrontaci s prožitky z práce, ale spíše uvolnění prostoru pro „odreagování se“, v tomto případě při vaření. Můžeme hovořit o nepřímé pomoci. Informantka nesdílí prožitky z práce explicitně, ale mezi ní a dcerou proběhla nějaká neverbální forma komunikace („*dcera si asi všimla, že vypadám ztrhaně*“) a na základě tohoto signálu měla informantka možnost unavenost a nechut' bavit se nějak sama zpracovat v rámci odreagování se při vaření. Už s opravdu velkou dávkou hypotetičnosti můžeme usuzovat, že informantka spíše než otevřené sdílení preferuje možnost přemýšlet o prožitcích z práce sama, nejlépe za doprovodu nějaké manuální činnosti, ale že k tomu potřebuje podpurné a chápající prostředí, které jí v tomto případě poskytli dcera i syn.

Od popisu situace se „přehoupneme“ s selektivnímu kódování, tedy k hledání linie příběhu, kterou už máme naznačenou u axiálního kódování. Jako „jádrovou kategorií“ týkající se sdílení pracovních prožitků vnímáme potřebu „být sama“ a „mít prostor si v klidu přemítat o tom, co se dělo v práci“. Informantka vstupuje do bytu a do interakce s dcerou a dává jí signál, dost možná signál, který je dobře zakomponovaný v rámci rodinných vzorců a tím pádem čitelný pro dceru, že je unavená a že potřebuje být chvíli sama. Dcera v tento kritický okamžik citlivě reaguje, postará se o bratra a informantka, které tato opora dodá jistotu a potřebný klid, s úlevou zjišťuje, že má bezpečný prostor pro vyrovnání se se zážitky z práce. Je to příběh o osamělém, ale osvědčeném zvládnutí facilitovaném vstřícným chováním rodiny. Možná se opakuje i v jiných situacích a možná se opakuje i u jiných informantů – pak by to pro nás mohl být užitečný „střípek“ do mozaiky zakotvené teorie, k níž náš výzkum od začátku směřuje.

10. Publikace

Rády bychom se zúčastnily s výsledky naší práce konferencí, protože věříme, že interakce tváří v tvář je blíže našemu oblíbenému konceptu „sdílení“ se zpětnovazebnou kontrolou a snáze se dostane do rukou potřebným. Práci by bylo vhodné publikovat například v recenzovaném časopise Psychosom.

11. Časový plán a rozpočet

Čas potřebný pro realizaci kvalitativní části se odvíjí od saturace dat. Odhadujeme, že během pěti měsíců, by měla být data nasbírána, podpořena relevantními teoretickými znalostmi a analyzována pro záměry diplomové práce.

Během tvorby kvalitativních dat potřebujeme triangulovat získaná data. Na zakoupení potřebných zdrojů literatury si vyhraujeme sumu 1000,- Kč.

Vzhledem k naší motivaci a zmíněnému pocíťovanému morálnímu i občanskému závazku si nenárokujeme v této fázi žádný honorář pro výzkumníky ani náhradu za cestovní výdaje. Nebráníme se rozšíření výzkumné činnosti mimo rámec diplomové práce, které by jistě vyžadovalo větší množství času a finančních nákladů.

12. Vybavení

Diktafon a klidné prostředí pro rozhovor. Případně software pro analýzu dat.

13. Jména hodnotitelů

Akademická obec- Mgr. Zuzana Spurná, MUDr. Jan Roubal

Osobnosti psychosomatiky: MUDR. Šavlík a MUDr. Hnízdil, MUDR. Chvála a MUDr. Trapková, MUDr. Radkin Honzák

Z psychoonkologie: Eva Křížová (autorka knihy Proměny lékařské profese)

Osobnosti výzkumu: J.L. Snyder

14. Zdroje

- Bednarski, D.(2009). *Caring for Caregivers*. Nephrology Nursing Journal, Vol. 36, No. 4
- Ben-Zur, H., Michael, K. (2007). *Burnout, Social Support, and Coping at Work Among Social Workers, Psychologists and Nurses: The Role of Challenge/Control Appraisals*. Social Work in Health Care, Vol. 45 (4)
- Capra, F. (2002). *Bod obratu*. Praha: DharmaGaia a Mařa.
- Delvaux, N., Razavi, D., Marchal, S., Brédart, A., Farvacques, C., Slachmuylder, J-L. (2004). *Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study*. British Journal of Cancer, 90, 106-114
- Doan, B.D., Gray, R.E., Davis, Ch.S. (1993) *Belief in psychological effects on cancer*. Psycho-Oncoogy, Vol.2, 139-150
- Florio, G.A., Donnelly, J.P., Zevon, M.A. (1998). *The structure of work-related stress and coping among oncology nurses in high stress medical settings: a transactional analysis*. Journal of Oncology and Health Psychology, Vol. 3, 227-242
- Křížová, E. (2006). *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Slon
- Markusová, A. (2008). *Žánr životního příběhu jako výkladový princip osobnostního vývoje: Vyprávění jako výkladový princip cesty za pomáhající profesí (aneb jako jsem se stal/a zdravotní sestrou)*. Diplomová práce, Brno: FF MU
- Popper, K. R. (1997). *Logika vědeckého zkoumání*. Praha: OIKOYMENH
- Robson, C. (2002). *Real world research. A resource for social scientists and practioner – researchers*. Oxford: Blackwell
- Snyder, J. L. (2007). *Helping human service workers make a difference: The role of workplace social support in reducing caregiver burnout*. Dostupné on-line (6.12.2009) z <http://web.ccsu.edu/business/faculty/snyderjal/studies/empathic%20communication%20eca%202008.pdf>
- Strauss, Corbinová (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
- Tress, W., Krusse, J., Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
- Trief, P.M; Sandberg, J., Greenberg, R.P.,Graff, K., Castronova, N. Miyoung, Y., Weinstock, R.S.(2003) *Describing Support: A Qualitative Study of Couples Living with Diabetes*. Families, Systems and Health, Vol. 21, No. 1

Přílohy

Příloha 1

Forma rozhovoru (a) před zahájením, b) uvedení, úvodní otázka) a c) fokusy rozhovoru (tedy témata pomocí nichž získáme data týkající se výzkumných otázek)

a) Před zahájením rozhovoru

Ještě jednou děkuji, že jste se rozhodl/a věnovat mi čas pro tento rozhovor. Znovu zdůrazňuji, že je to anonymní, jakmile rozhovor přepíšu, tak nahrávku vymažu, všechna jména nebo nějaká konkrétní údaje, budou změněny, aby to nenarušovalo Vaše soukromí. Je to tak v pořádku? Také bych Vám ráda připomněla, že pokud bychom se dostali k nějakému tématu, o kterém nechcete mluvit, můžete to kdykoli zastavit, upozornit mě a můžeme se zabývat něčím jiným nebo rozhovor ukončit, když nebudete mít chuť pokračovat.

b) Uvedení rozhovoru a úvodní otázka

Já bych Vám ráda ještě jednou stručně zopakovala, o co vlastně jde. Chtěla bych se s Vámi pobavit o tom s kým a jak se bavíte o svých zážitcích z práce. Vlastně o čemkoli, o tom, když se vám něco povede, daří a chcete sdílet tu radost */tímhle vlastně snižuji náročnost toho rozhovoru, povzbuzuji tým, aby to nebylo tak šedivé a negativní a jen o těch jejich starostech, je to odlehčení/*, nebo když se děje něco nepříjemného, smutného a vy si o tom potřebujete popovídat. Proto bych byla ráda, kdybyste si zkusil/a vybavit některé z těch rozhovorů, situace, kdy jste se chtěl/a nebo nechtěla bavit o práci a jak to probíhalo, můžete začít kdekoli vás napadne..- *výrazné milníky v komunikaci /ještě uvažuji nad tím, jestli to nevztít chronologicky, od nástupu do práce, ale to už by pak směřovalo k narativní metodologii a bylo by to dost náročné pro ty s dlouhou praxí, museli by hodně lovit z paměti a možná až moc fabulovat/*

c) Fokusy rozhovoru

S kým, kde, jak, o čem, za jakých okolností mluvíte o svých zážitcích z práce?
Co to pro Vás znamenalo, znamená?
Řešíte to rád/a třeba u kávy, při jídle, v autě, dá se to takhle popsat, napadá vás něco?
Jsou nějaká tabu, některé věci z oblasti zážitků z práce, o kterých nechcete, nedokážete mluvit? S čím se většinou potřebujete svěřit (témata)
(celková konstelace rozhovoru – partner, situace = prostor a čas, témata, význam..kontext)

Pomáhalo Vám to (bavit se o práci)?
Pokud ano proč, díky čemu?

Pokud ne, proč, díky čemu?
(řešení problému a naplnění potřeby sdílet – složka zvládnání)

Jak jste se cítil/a, když jste se o tom bavili?
Jaké máte pocity během těchto chvil, situací, rozhovorů?
Co jste při tom prožíval/a?
Jaké to je o těch věcech mluvit? Co vám to přináší pozitivního? Co vám to přináší negativního?
(emoční katarze, ventilace emocí – složka zvládnání)
Potřebujete se o tom bavit jazykem, v termínech, které používáte v práci nebo běžnou mluvou třeba s někým, kdo tomu vůbec nerozumí? Dokážete si vybavit, jaká slova používáte? Rozumí Vám ten druhý?
(jazyk, diskurz)

Jaký máte postoj ke smrti? k umírání? bavíte se o tom s druhými?
Jak se s tím vyrovnáváte? (vím, že to není otázka na komunikaci, ale budu se muset ptát i jinak, nejen přímo, abych se přiblížila těmto složitým věcem)
(existenciální témata, hodnoty)

Je vaše komunikace o práci spíš spontánní, nebo je to pro vás náročné, ostatní to z vás musí spíš tahat?
Jste spíš otevřenější nebo uzavřenější? Jak se to projevuje?
(průběh, podoba rozhovoru)

Vzpomenete si na nějaké sny o práci? (to bych se mohla doptat po mailu)
(nevědomí)

Zajímavé výzkumné úsilí (promiňte ten anglicismus, ale nějak mi sem seděl). Sympatizuji s vašimi cíli. Myslím, že by projektu prospělo trochu více strukturování výzkumných aktivit. Zkuste brát flexibilitu jako možnost plány měnit spíše než jako možnost nechat věci vyvinout se. Usilujte o efektivitu – málokdy máte na výzkum tolik zdrojů, abyste o ni nemusely usilovat. Vaši respondenti (a nejen vaši) jsou mj. stresováni i nedostatkem času a vy jim chcete brát čas pro výzkum – chtějte získat co nejvíc za co nejmenší čas. Nechtějte po nich, aby s vámi čekali na vynoření smyslu; to může trvat hodně dlouho. Co se týká oslovování pracovišť emailem, zkuste se poptat někoho na medině, jak dělají průzkumy medicínské praxe – mají to natrénováno a možná byste se mohli k nějakému plánovanému průzkumu připojit – asi by vás pak brali adresáti vážněji (coby studentky psychologie asi nebudete mnít velkou návratnost).

SJ

