

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

**Diplomová práce**

Bc. Zuzana Bederková

Strategie zvládání zátěže u vybraných pomáhajících profesí

Olomouc 2013

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.

Prohlašuji, že diplomovou práci jsem zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literatury.

.....

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Lucii Křeménkové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a poskytnutí cenných rad. Také děkuji mé rodině za pomoc a podporu.

# Obsah

Úvod .....	1
I TEORETICKÁ ČÁST .....	2
1 Stres a zátěž.....	3
1.1 Historie stresu.....	4
1.2 Stresové reakce.....	8
1.2.1 Fyziologické a psychologické reakce na stresor.....	8
1.2.2 Eustres a distres .....	13
1.2.3 Naučená bezmocnost .....	15
1.3 Příznaky a důsledky stresu.....	17
1.3.1 Oblast psychických symptomů stresu .....	18
1.3.2 Oblast behaviorálních symptomů stresu .....	20
1.3.3 Oblast somatických symptomů stresu.....	21
1.4 Copingové strategie .....	22
1.4.1 Adaptace a coping.....	23
1.4.2 Malcoping.....	26
1.4.3 Obranné mechanismy ega .....	27
1.4.4 Vhodné způsoby zvládnání stresu .....	30
2 Pomáhající profese .....	37
2.1 Předpoklady pracovníka v pomáhající profesi .....	38
2.2 Hospicové hnutí.....	40
II VÝZKUMNÁ ČÁST .....	44
3 Cíle výzkumu a výzkumné otázky a hypotézy .....	45
4 Výzkumný soubor .....	47
5 Výzkumné metody .....	48
5.1 Metoda statistického zpracování .....	50
6 Výsledky výzkumného šetření.....	51
7 Diskuze .....	77
Závěr.....	83
Seznam použité literatury .....	85
Seznam použitých zkratk .....	89
Seznam tabulek .....	90

Seznam grafů .....	91
Seznam příloh .....	92

## Úvod

Tématem diplomové práce je zvládání zátěže u pomáhajících profesí, s konkrétním zaměřením na zvládání zátěže u pracovníků Hospice na Svatém Kopečku.

V dnešní uspěchané době snad nenajdeme člověka, který by nezažíval nějakou formu stresu či zátěže. Na základě toho si autorka vybrala téma diplomové práce, neboť je velmi aktuální.

Pracovníci v pomáhajících profesích, zvláště pak pracovníci hospice, čelí každodenně jevu, který nazýváme stres (případně zátěž). Tento jev se objevuje nejen u pracovníků v pomáhajících profesích, ale také u běžné populace. Setkáváme se s ním ve škole, v zaměstnání, dokonce i v rodině. Proto se domníváme, že je důležité se tímto tématem zabývat a více jej přiblížit.

Diplomová práce se dělí na dvě části, teoretickou a výzkumnou. V první kapitole teoretické části se zabýváme stresem a zátěží, jejich historií, vznikem, reakcemi na stres, nejznámějšími koncepcemi stresu, příčinami a důsledky a v neposlední řadě copingovými strategiemi. Oběma těmito kapitolami a všemi zmiňovanými tématy se prolínají jména významných psychologů Hanse Selyeho a Richarda Lazaruse, kteří se těmito tématy zabývali a vytvořili koncepce, jejichž základy jsou platné dodnes.

Ve druhé kapitole teoretické části práce se zaměřujeme na charakteristiku pomáhajících profesí a s nimi související hospicové hnutí. Pracovníci hospiců jsou totiž ohroženi stresem v mnohem vyšší míře, než jak je tomu v jakémkoli jiném povolání.

Výzkumná část práce je rozdělena do dvou podkapitol. První z nich se zaměřuje na popis Hospice na Svatém Kopečku, jeho fungování a dále pak rozhovor se sociální pracovníci. Druhá část výzkumu je zaměřena na zátěž pracovníků hospice, neboť toto povolání je vysoce zátěžové. Na pracovníky jsou kladeny obzvláště vysoké nároky z hlediska psychické zátěže.

Hlavním cílem výzkumu diplomové práce je zjistit, jak pracovníci hospice vnímají zátěž, jak ji zvládají a jaké strategie k tomu používají. Ve výzkumu jsme použili metodu pozorování, rozhovoru a také dotazníkového šetření.

## **I TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 Stres a zátěž

Slovo stres je v dnešní uspěchané době velmi často zmiňovaným tématem, ať již v kruzích odborníků či laiků. Je známo, že stres se vyskytuje v životě každého člověka. Odborníci, kteří se tímto jevem zabývají, se ovšem v přístupech ke stresu různí. V naší práci se budeme zabývat některými těmito přístupy.

Co to tedy stres je? Dá se popsat jako souhrn regulačních mechanismů, které se objevují u člověka při ohrožení vnitřní homeostázy (stálosti vnitřního prostředí) organismu.

Termín *stres* pochází z latinského „*stringo, stringere*“, což znamená utahovat, stahovat, ve významu vyjádření tlaku (Křivohlavý, 1994).

Většinou je tomu tak, že za stresovou reakci se považuje situace na hranici patologického stavu, i když existují plynulé přechody mezi adaptací (přizpůsobením) a stresem. Tato stresová situace začíná tzv. poplachovou reakcí. Za optimální výsledek vyrovnání se organismu se stresovou zátěží je považováno úplné obnovení (restituce) funkce, v opačném případě nastává zhroucení a smrt organismu. Nejčastější reakcí však bývá adaptace, to znamená, že při opakující se situaci dochází ke snižující se odpovědi organismu. Ve vzácnějších případech dochází k senzibilizaci, tedy přecitlivělosti (Vašina, 1999).

V běžném životě je užíváno výrazu stres v souvislosti s mezními situacemi. Není ale rozlišována reakce organismu od zevní zátěže, ba naopak je tato také nazývána stresem. V neurofyzilogické terminologii se stresem nazývá reakce organismu, ale podnět, který ji vyvolává, nazýváme stresorem. Tím mohou být nejrůznější fyzikální vlivy (např. teplo, chlad, toxické vlivy apod.), ale také psychické vlivy (ztráta milovaného člověka). Všechny tyto jevy spojuje v celek neurohormonální odpověď. Jak uvádíme i níže, Selye (1966) původně předpokládal pouze zvýšenou sekreci ACTH (adrenokortikotropního hormonu) a na ni navazující sekreci kortikoidů. Výzkumy v posledních desetiletích ale ukazují, že nejde pouze o sekreci ACTH, nýbrž o komplexní odpověď mnoha hormonů hypofýzy společně s reakcí centrálního nervového systému (Vašina, 2009; Křivohlavý, 2003).



*„Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná“ (Křivohlavý, 1994, s. 10).*

Oproti stresu je pojem *zátěž (load)* označení běžných či mírně zvýšených nároků kladených na člověka. Stres je tedy zátěž nadměrná, nadlimitní, buď svojí intenzitou, nebo délkou trvání. Stres v organismu nastává, pokud selžou specifické mechanismy udržující vnitřní rovnováhu (homeostázu), která byla vnějšími vlivy narušena. Stres, který je dlouhodobý a nadměrný, může mít za následek trvalé poškození organismu (Kebza, 2005).

Na druhou stranu podle Charváta (1973) je zátěž stimulačním faktorem pro organismus. Může vést ke zlepšení výkonu a k adaptaci. Člověk by nebyl schopen existovat a fungovat bez určitého stupně duševního napětí. Zde by podle něj mohl hrozit duševní rozpad.

V následující kapitole budeme věnovat pozornost historii stresu a prvním autorům, kteří se jím zabývali.

## **1.1 Historie stresu**

Je zřejmé, že stres provázel člověka odedávna. Lidé vždy museli řešit situace, které jim způsobovaly v menší či větší míře stres, které ovlivňovaly jejich prožitky a vjemy. Jednali na základě stresových prožitků, proto lze odvodit, že se tomuto tématu lidé věnovali dříve, než vznikaly první koncepce týkající se tohoto jevu.

Podle Kebzy (2005) se pojem stres začíná objevovat již na přelomu 14. a 15. století. Bývá dáván do souvislosti s obtížnými situacemi, nepříznivým osudem a různými strastmi. Později v 17. a 18. století se objevuje v souvislosti s fyzikálním tlakem nebo napětím. V dnešní době bývá syntézou obou těchto jevů.

První autor, který se začal systematicky zabývat výzkumem stresu, byl kanadský psycholog, fyziolog a endokrinolog Hans Hugo Bruno **Selye** (Kebza, 2005). Podle něj není pojem stres zátěž, ale lépe řečeno určitý způsob, kterým lidé na zátěž reagují. Při reakci člověka na stresovou událost je rozhodující kognitivní

zpracování stresoru a zátěžové situace. Reakci na stresovou situaci nazval Selye **Generální adaptační syndrom (GAS)**.

Jedním z prvních autorů, kteří se zabývali stresem, byl W. Cannon a I. P. Pavlov. W. Cannon v roce 1920 popsal stres jako stav, který vyvolává **útěkovou nebo útočnou reakci**. Popsal, že jak zvířata, tak i lidé reagují na stresor buď bojem, nebo útekem. Tento autor se zabýval fyziologickým přístupem (podobně jako Pavlov nebo Selye). Dalším jeho poznatkem bylo, že organismus a jeho reakce jsou spojeny se sympatickým nervovým systémem, přesněji řečeno, že z dřeně nadledvin jsou uvolňovány hormony, čímž je způsobena mobilizace organismu (Renaudová, 1993).

Odlíšným pojetím stresu se zabýval např. Richard **Lazarus**. Jde o poznání kognitivních determinant stresoru a jeho hodnocení, což ovlivní reakci člověka. To znamená, že se nejedná pouze jednostranný proces, ale jde o interakci. Lazarus a další zjistili, že lidé, kteří stresovou situaci nevidí jako ztracenou nebo beznadějnou, ba naopak ji hodnotí jako zvládnutelnou, ji mohou ovlivnit takovým způsobem, že nemusí nutně dojít k Selyeho stresové reakci.

Teorií stresu existuje více, patří sem i novější koncepce, která se zabývá emocionální stránkou stresu. Je kladen důraz na emoce, které souvisí s neuspokojením potřeb, k frustraci, která se může projevit ztrátou motivace nebo agresivním chováním (Křivohlavý, 2003).

V dalším textu rozebereme nejen stres samotný, ale také jeho zvládání a druhy reakcí a vyrovnání se s ním. Existuje totiž mnoho přístupů a strategií zvládání stresu, kterými se odborníci zabývají. Zabývají se také podmínkami, které vedou k určitému typu chování jedince.

Ve 20. století existují tři základní přístupy ke zvládání stresu.

První přístup, který se objevoval nejvíce ve dvacátých letech, je **psychodynamický přístup**. Má ovšem nevýhodu v tom, že se kryje a nelze jej odlišit od ego – obranných mechanismů (Dewe, 2010).

Dalším přístupem je **transakční model Lazaruse**, který se začal nejvíce používat od šedesátých let. V tomto přístupu Lazarus a jeho spolupracovníci osobnostní dispozice nepovažovali za důležité. Co pro ně ale hrálo velkou roli

a bylo důležitým faktorem, byla kognitivní složka. Podle toho, jak člověk zhodnotí celou událost a stresory, se pak rozhoduje a volí si možnosti zvládnání.

Třetím přístupem je **zkoumání specifitějších rysů** a vliv osobnosti na zvládnání. Např. je zde zmiňován neuroticismus spojený se strategií vyhýbání se problému a sebeobviňováním (Vašina, 2009). Jsou zkoumány specifitější rysy, u kterých je předpokládána úzká vazba k adaptačním funkcím a zvládnání zátěže. V tomto přístupu, který se uplatňoval od devadesátých let, je dáváno do souvislosti vyhledávání sociální opory s extroverzí. Upřednostňuje se vliv osobnosti na zvládnání.

Nejnovější pojetí modelu stresu pochází od autorů Steinberga a Ritzmanna (1990), a to propojením Selyeho teorie s **teorií živých systémů**<sup>1</sup> J. G. Millera. Do této jeho teorie aplikují Steinberg a Ritzmann svůj koncept stresu. Stres je jimi definován jako **přetížení nebo podtížení** vstupu do živého systému hmotou, energií či informacemi, anebo výstupu z něj. Podtížení vstupu může být např. nedostatek výživových látek, vody, tepla, sociálního kontaktu. Přetížení vstupu může zahrnovat přetížení výživovými látkami, vstup toxických činitelů (jedů, virů, bakterií). Autoři uvádějí, že pojem stresu je vázán na požadavky vstupu či výstupu daného systému a na potřebu započít adaptační proces k nápravě odchylky od určitých hranic homeostázy (Vašina, 2009).

Za těchto pochodů vzniká *strain*, což je přepětí, nadměrné pnutí, přílišné namáhání, tíseň, přetížení. Strain, který vzniká z podtížení vstupu výživové látky, např. glukózy, způsobuje snížené množství této látky v systému. Je narušena homeostáza, následují adaptační procesy, které mají za úkol její obnovení. Ty mohou zahrnovat využívání zdrojových výživových látek, snížený výdej energie anebo zvýšený vstup výživy do organismu (Vašina, 2009).

Naproti tomu zde vzniká námaha, energie vydaná při návratu do stavu homeostázy. Na úrovni lidského organismu je psychologickým projevem strainu *distres* (viz kapitola Eustres a *distres*). Sem můžeme zahrnout takové projevy jako je napětí, úzkost, starosti či negativní emoce. Adaptační procesy jsou

---

<sup>1</sup> TEORIE ŽIVÝCH SYSTÉMŮ - zmiňuje 8 hierarchických úrovní živých systémů: buňka, orgán, organismus, skupina, organizace, komunita, společnost a nadnárodní systémy (Vašina, 2009).

různé, mezi ty jednodušší patří např. příjem potravy za účelem zvýšení hladiny krevního cukru, mezi ty složitější např. tělesné reakce na zvýšenou teplotu prostředí (Vašina, 2009).

Je možné zvýšit resistenci (odolnost) vůči stresu, a to předchází expozici určitému stresu. To se projeví zvýšeným prahem stresu – tj. vyšší mírou stresu, který vyrovnává poruchu homeostázy a strain. Následná expozice takovému stresu nemusí vést k poruše homeostázy. To znamená, že vystavení stresu na biologické úrovni může zvýšit odolnost, jako je to u rozvoje imunity na mnoho dětských nemocí nebo také posílení kardiovaskulárního systému odpovídajícím cvičením. Zatímco *resistenci* rozumíme kapacitu systému udržovat homeostázu, u pružnosti neboli *resilience* jde o kapacitu systému využít dřívějších účinných adaptačních procesů ke zmírnění strainu. **Resistance je spojena s udržováním homeostázy, pružnost znamená znovuoobnovení homeostázy** (Křivohlavý, 2010).

Díky dědičnosti existuje velká variabilita v míře strainu, vzbuzeného určitým stresem. Rozdíly závisí ale také na věku, na dřívějších vlivech prostředí, na energii, kterou máme momentálně k dispozici. Steinberg a Ritzmann dále upozorňují, že nelze na jedné straně zdůrazňovat pouze tělesné reakce, jak to činí Selye, a na druhé straně klást důraz jen na psychickou genezi a projevy stresu, jak činí Lazarus. Steinberg a Ritzmann se oproti tomu pokoušejí o syntetické pojetí tím, že spojují složky biologické a psychologické. V poslední době se do popředí dostal a je uznáván psychobiologický model, který chápe člověka jako bio – psycho – sociální jednotu (Vašina, 2009).

S tímto konceptem pracuje také Levi, který se zabývá modelem psychosociálního stresu a jeho zdravotních důsledků. Organismus je ovlivňován psychosociálními podněty prostřednictvím percepce (vnímání) a prožitků. Příkladem může být burnout syndrom, což je syndrom vyhoření. Hrozí u profesí, jako jsou pedagogové nebo lékaři, kdy se člověk dostává do nadměrného pracovního kontaktu s lidmi (Křivohlavý, 2010; Vašina, 2009).

## 1.2 Stresové reakce

V běžném životě se setkáváme s nepřehledným množstvím stresorů. Není naším cílem je všechny vyjmenovat a ani to nelze. Tyto stresory vyvolávají u každého člověka specifické reakce, a to podle jeho momentálního stavu, podle toho, jak se zrovna cítí, zda je zdravý či nemocný, vliv má také věk, pohlaví a spousta jiných faktorů. Naším cílem je popsat některé nejznámější reakce na obtížné životní situace.

### 1.2.1 Fyziologické a psychologické reakce na stresor

V následující kapitole nastíníme nejdůležitější fyziologické reakce člověka na stres a následně popíšeme také psychologické aspekty, které s sebou stres přináší. Budeme se zabývat především koncepcemi významných psychologů **Hanse Selyeho** a **Richarda Lazaruse**, kteří prolínají celou naši práci.

#### *Fyziologické reakce*

Lidské tělo reaguje na ohrožení spuštěním složitého řetězce vrozených reakcí. V případě rychlého vyrovnání se člověka s ohrožením tyto pohotovostní reakce přestanou a dojde k obnovení normálního fyziologického stavu. Pokud ale stresová situace pokračuje, lidská snaha o přizpůsobení se je provázena řadou různých vnitřních reakcí.

Bez ohledu na to, o jaký druh stresoru se jedná, se organismus připravuje ke zvládnutí nouzové situace. Tato příprava je nazývána boj nebo útek. V danou chvíli potřebuje organismus přísun energie, z jater se proto uvolní zásoba cukru (glukózy), který je nezbytný pro činnost svalů. Do krve jsou vyplaveny hormony, které přeměňují tuky a bílkoviny na cukr. Při tomto ději při přípravě k vynaložení energie na fyzickou činnost se také zvyšuje tělesný metabolismus. Zvyšuje se srdeční a dechová frekvence, krevní tlak a svalový tonus (napětí). Zároveň dochází ke snížení činností organismu, které nejsou nezbytné, kupříkladu trávení. Současně se vyskytuje vysychání slin a hlenu, čímž se zvyšuje množství vzduchu, jež proudí do plic. Počáteční známkou stresu je tudíž sucho v ústech. Do krve se vylučují přirozené látky – endorfiny – které tlumí bolest. Toto je také

doprovázeno zúžením krevních vlásečnic, za účelem snížení krvácení v případě zranění. Slezinou je vylučováno více červených krvinek, kterými je po těle rozváděn kyslík, kostní dřeň vytváří více bílých krvinek, které organismu pomáhají v boji proti infekci (Orel, 2009; Vašina, 2009).

V případě dlouhodobého vystavení stresoru dochází k řadě různých tělesných změn: zvětšení nadledvinek, vzniku žaludečních vředů, zmenšení lymfatických uzlin. Tyto změny jsou příčinou snížení schopnosti organismu odolávat dalším stresorům, včetně těch činitelů, které vyvolávají infekce a nemoci. Osoba ve stavu trvalé aktivace může být zvýšeně náchylná ke vzniku onemocnění (Herman, Doubek, 2008)

Mnohé studie dokazují, že přerušované vystavení stresorům, může později přinést fyziologickou odolnost. Tento přerušovaný stres (příležitostné vystavení stresu s následným zotavením) vede poté k stresové toleranci (Vašina, 2009).

Bylo také zjištěno, že fyziologické reakce, které se zdají užitečné, zahrnují aktivaci sympatického nervového systému a dochází k nim, když se u jedince projevuje aktivní úsilí o zvládnutí stresové situace. Vědci dále zjistili, že vzestup adrenalinu a noradrenalinu pozitivně koreloval s výkonem v různých úkolech (od studentů skládajících zkoušku, po parašutisty provádějící cvičné seskoky): vysoké hladiny těchto hormonů v krvi a moči souvisely s lepšími výkony. Škodlivé fyziologické reakce zahrnují aktivaci adrenokortikálního systému a nastávají v případě, kdy osoba prožívá stres, ale nesnaží se o aktivní zvládnutí stresové situace (Kopecký, 2005; Praško, 2006).

Je známo, že jednou z nejvýznamnějších teorií stresu se ukázala teorie Hanse Selyeho. Zjistil totiž, že u lidí, kteří onemocněli, se projevují celkové **nespecifické příznaky**, které jsou si velice podobné. Patří sem ztráta chuti k jídlu, úbytek tělesné hmotnosti, psychická i fyzická ochablost. Jeho pojetí stresu je známo jako obecný adaptační syndrom (General Adaptation Syndrome – GAS), který probíhá ve třech stádiích:

- poplachová reakce se dvěma fázemi (šok, protišoková reakce), která je doprovázena sníženou rezistencí (odolností)
- stav zvýšené resistance charakterizovaný úsilím udržet adaptaci,

- stav *exhausce*<sup>2</sup> (Orel, 2009).

Stres tedy vzniká při **porušení homeostázy**, jeho typickým rysem je proces **adaptace**, kterým je homeostáza obnovena.

Zmiňovaný stav **exhausce** vzniká tehdy, když jsme dlouhodobě vystaveni témuž stresoru. Naše tělo se na něj ze začátku adaptovalo, ale postupně adaptační energii vyčerpalo a není dále schopno zachovat adaptační procesy.

Není tomu ale tak, že každý stresor vede k poškození zdraví. Selye si proto klade dvě následující otázky:

- proč kvalitativně různé činitele o stejné toxicitě či stresové potenci nevyvolají přesně tentýž soubor příznaků,
- proč tentýž stupeň stresu, způsobený stejným činitelem, u různých lidí vyvolávat různá poškození.

Selye (1988) vidí vysvětlení ve dvou těchto skutečnostech: za prvé hraje roli specifická účinnost různých stresorů, jednak různá úroveň *vulnerability* (zranitelnosti) jedinců a jednotlivých orgánů. Tato citlivost k poruše, neboli zranitelnost, je podmíněna endogenně (genetické predispozice, pohlaví, věk) i exogenně (výživové faktory, medikamenty). Za vlivu těchto faktorů se může snesitelný stupeň stresu stát patologickým a vyvolat tzv. nemoc z maladaptace. Ta samá stresová situace má tedy u různých lidí vždy jiný účinek.

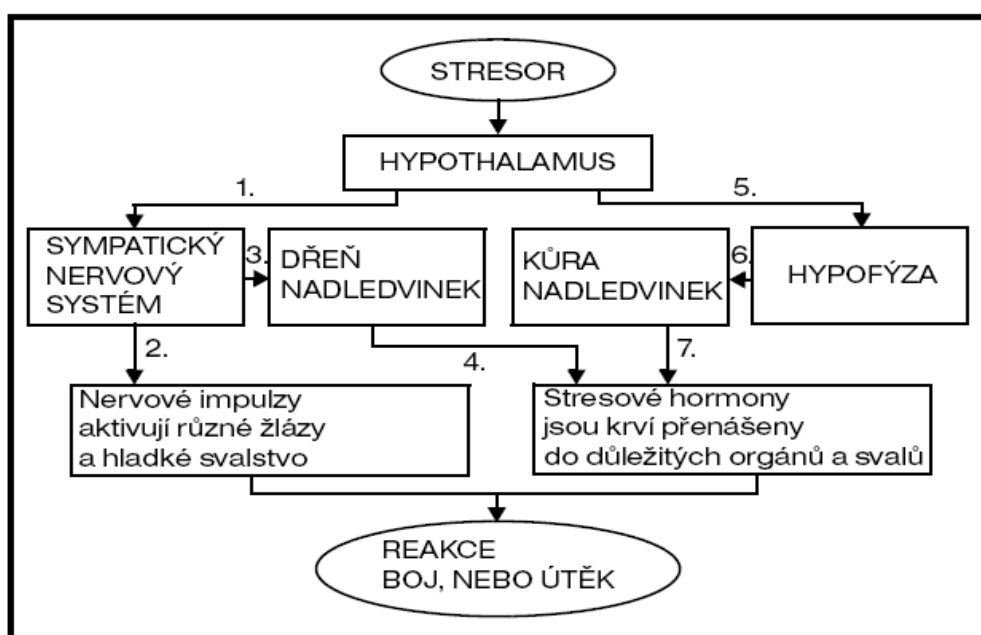
Selye zmiňuje **místo nejmenšího odporu** (*locus minoris resistentiae*). V případě stejného stresoru může jeden člověk onemocnět ischemickou chorobou srdce, jiný může trpět např. vředy na dvanácterníku. Místo nejmenšího odporu tedy nejsnáze podlehne adaptačnímu vyčerpání (Vašina, 2009).

Určitá situace aktivuje hypotalamus, který řídí dva neuroendokrinní systémy – sympatický a adrenokortikální systém. Sympatický nervový systém reaguje na nervové impulzy z hypotalamu a aktivuje tak různé orgány a hladké svalstvo. Např. je příčinou rozšiřování zornic a vyšší srdeční frekvence. Úkolem sympatického nervového systému je také signalizovat dření nadledvinek, aby

---

<sup>2</sup> EXHAUSCE – vyčerpání (Hartl, Hartlová, 2000).

do krve uvolňovala adrenalin a noradrenalin. Adrenokortikální systém je aktivován, když hypothalamus vyloučí faktor ovlivňující kortikotropin (CRF), chemickou látku, která ovlivňuje hypofýzu, která je uložena pod hypothalamem. Ta vylučuje hormon ACTH, který je krví dopravován do kůry nadledvinek, kde působí na uvolnění několika hormonů, včetně kortizolu, kterým je regulována hladina cukru v krvi. Účinek různých stresových hormonů, které jsou přenášeny krví, a nervová činnost sympatického oddílu autonomního nervového systému, tvoří reakci boj nebo útěk (Machová, 2002).



Podle Atkinsonové, 1993 (Vašina, 2009, s. 199).

### ***Psychologické aspekty stresu***

R. S. Lazarus uvádí u psychologického modelu stresu dva ústřední procesy:

- myšlenkové hodnocení hrozby - *cognitive appraisal*,
- zvládání stresu – *coping*.

Na vychýlení z ideálního rovnovážného stavu u člověka se podílí více vlivů:

- fyzikální (hluk, teplo, otřesy),
- fyziologické (nemoc, hlad, vyčerpání),
- sociální (nejistota zaměstnání, koncentrace lidí ve městech),



- psychické (konflikty s druhými lidmi, časové termíny, těžké myšlenky).

Při zvládání různých potíží je člověku k dispozici soubor tzv. **zdrojů** (*resources*). Obecně nazýváme tyto zdroje a možnosti jako kapacitu, což v praxi znamená, že člověk má jistou fyzickou zdatnost, určité znalosti a dovednosti, zkušenosti, jistou míru inteligence, vazby na druhé lidi, určitou odolnost a nezdolnost (Křivohlavý, 2010; Vašina, 2009).

Ve svém pojetí zvládání stresu klade Lazarus důraz na myšlenkové zpracování toho, co se děje. K myšlenkovému hodnocení (*cognitive appraisal*) toho, co se děje, dojde člověk tehdy, vymaní – li se ze šoku, který doprovází první fázi styku se stresorem. Je to vlastně položení otázky, co a jak mne ohrožuje, co se vlastně děje (Křivohlavý, 2010).

V Lazarusově přístupu nalezneme **přehled strategií zvládání stresu** (*coping strategies*):

- zvyšování informovanosti o tom, co se s člověkem i mimo něj děje, jaká je naděje, že jistou strategií může změnit chod událostí,
- přímá činnost – čin, kterým člověk vstupuje do boje (ať už z vlastní iniciativy či vyprovokován stresorem,
- utlumení (inhibice) určité činnosti, která by mohla zhoršit situaci,
- vnitřní procesy (rozhovor sama se sebou, jakási samomluva), kdy se člověk snaží přehodnotit situaci, nacházet řešení, měnit žebříček hodnot,
- obrácení se na druhé lidi a žádost o pomoc, ať už je to prosba o radu, posilu, uklidnění, sociální oporu apod. (Vašina, 2009).

Již Selye (in Vašina, 2009, s. 205) si uvědomoval, že nejde jen o objektivní faktory stresu, ale také o jeho **subjektivní interpretaci**: „*Působení stresorů závisí v první řadě na tom, jak je tento stresor danou osobou chápán.*“

Epstein, který šel ještě hlouběji, ukázal, že stresor je pro člověka tím těžší, čím více ohrožuje jeho vlastní „já“, tzn. samo jádro lidské osobnosti. Uváděl dvě hladiny: **ohrožení asimilační kapacity** (schopnosti vstřebat nové poznatky, nějak

se s nimi vypořádat a zároveň vytvořit nové schopnosti vyrovnat se s obtížemi). Druhá rovina je tvořena tzv. **faktory ohrožující sebeúctu**, tj. kladné sebehodnocení, hrdost. Vychází z toho, jak člověk sám sebe vnímá, jde o myšlení člověka sama o sobě. Takovouto představu si tvoří každá osoba. Pokud dojde k nepříznivému zásahu, kterým by mohla být tato představa ohrožena, dostáváme se do stresu.

V této rovině Epstein rozlišuje tři druhy stresorů podle druhu vyvolávané úzkosti:

- **stresory biologické** – ohrožují život či existenci určitých orgánů,
- **stresory ohrožující asimilační kapacitu** – ohrožují schopnost vyrovnávat se s těžkostmi, vstřebávat nové podněty,
- **stresory ohrožující sebeúctu**.

Epstein hovoří o psychické smrti osobnosti, kdy úplně selže sebeúcta. Zhroutí se sebehodnocení člověka. Výhodiskem by podle Epsteina mohlo být tzv. znovuzrození, což spočívá v přijetí jedince blízkými lidmi (Vašina, 2009).

Podle téhož autora nízká sebeúcta souvisí úzce s pocity zlosti, únavy, ohrožení či napětí. Naopak je tomu u vysoké sebeúcty, která souvisí s vysokými hodnotami spontaneity (aktivity z vlastní vůle), ujasnění motivace, s pocity štěstí, bezpečí, klidu (Vašina, 2009).

### 1.2.2 Eustres a distres

Rozlišujeme dva druhy stresu, eustres a distres. Eustres značí pozitivní druh zátěže, která ovlivňuje jedince tak, že podává lepší výkony. Je tedy pro člověka prospěšný. Lze vyvodit, že u pojmu distres je tomu opačně. Ten se totiž projevuje nadměrnou zátěží, která může člověka ovlivnit tak, že vyvolá určité poškození nebo onemocnění. V některých případech dokonce smrt (Atkinson, 2003).

Autorkou terminologie eustres a distres je J. Bernardová, která za eustres považuje příjemný druh stresu, do něj můžeme zařadit např. svatbu, Vánoce a distres je pak nepříjemný, spojený s negativními emocemi, řadíme sem kupříkladu zranění, nemoc, agresi.

Příjemné emocionální prožitky ovlivňují aktivaci adrenergního systému stejně jako nepříjemné (Hladký, 1993).

Setrvačnost, fyziologické a behaviorální změny se liší v závislosti na tom, jde – li o distres nebo eustres. Podle Křivohlavého (2003) má eustres kladný vliv na zdraví, zatímco distres záporný.

Je známo, že Lazarusova psychologická koncepce vymezuje pouze distres, zatímco Selyeho definice již postihuje oba jevy.

Selyeho pojetí je obecným modelem reagování organismu při jakémkoli druhu zátěže. *Vulnerabilita*<sup>3</sup> lidského organismu není záležitostí pouze tělesných orgánů, ale také kognitivních (poznávacích) procesů. Selyeho pojetí platí tam, kde se interakce mezi prostředím a člověkem odehrávají na biologické úrovni bez účasti kognice (např. účinky nevnímání rizikových faktorů) anebo pokud nastane extrémní intenzita stresoru, kde kognitivní složky nemohou průběh stresu ovlivnit, např. živelné katastrofy (Hartl, Hartlová, 2000; Vašina, 2004).

Mezi jednotlivými lidmi existují velké rozdíly ve schopnosti zvládat určitou stresovou situaci. Tímto se zabýval i R. S. Lazarus, který definuje zvládání stresové zátěže působící na člověka jako „*proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem v distresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje.*“ (Křivohlavý, 2002, s. 98).

Lazarusův model má tři části:

- **primární hodnocení** – je to zhodnocení všech negativních jevů, které se vyskytují v dané situaci (jde tedy o to, co nás bolí, z čeho máme strach či jiné obavy),
- **sekundární hodnocení** – je naopak zhodnocení všech pozitivních faktorů vyskytujících se v dané situaci (např. uvědomění si možnosti léčby, zdravotní péče či existence léků na danou nemoc)
- **přehodnocení situace** – to je fáze zvládání, která přichází v rámci sekundárního hodnocení, když se podařilo určitým souborem opatření zasáhnout proti ohrožení, tedy primárnímu hodnocení (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

---

<sup>3</sup> VULNERABILITA – zranitelnost (Hartl, Hartlová, 2000).

### 1.2.3 Naučená bezmocnost

Pojem naučená bezmocnost souvisí s reakcemi člověka, když se dostane do zátěžové situace. Reakce naučené bezmocnosti byla pozorována nejprve u zvířat.

Tento pojem vytvořil **Martin Seligman** v roce 1975. Jeho anglický název je *learned helplessness*. Vznikl na základě sledování pokusů s krysami a spočívá v tom, že pokusné zvíře se naučí, že není schopno kontrolovat averzivní<sup>4</sup> podnět (v tomto případě vyhnutí se elektrickému šoku) a upadá do **stavu beznaděje, bezmoci a cítí se demotivováno** (Čáp, Mareš, 2001).

Experimenty na stejném principu byly provedeny na lidech a tuto teorii potvrdily. Samotný autor uvádí, že očekávání, že konsekvence je nezávislá na vlastní volní reakci, což snižuje motivaci chtít tuto sekvenci kontrolovat a zároveň interferuje ve schopnosti naučit se, že vlastní reakce konsekvenci skutečně kontrolují (Nakonečný, 2000).

Seligman (in Hoskovcová, 2006) uvedl, že po období manipulace přetrvává **nesvobodné, depresivní a bezradné chování**. Lidé s naučenou bezmocností jsou v zátěži méně přizpůsobiví a pasivní, i když jejich odolnost může být díky zvyku vysoká.

Tento pojem vysvětluje také psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2000) jako subjektivní a velmi často mylné přesvědčení, že úspěšnost je nezávislá na míře osobního snažení, stav pasivity, apatie, závislosti, rezignace, nízké sebedůvěry a beznaděje, protože jsou nesprávně interpretovány minulé záporné zkušenosti.

Jinými slovy je to tedy neadekvátní, neodpovídající zhodnocení dosavadních, opakujících se zkušeností, které jsou příčinou toho, že si člověk myslí, že nad nimi nemá kontrolu. Tato domnívaná nekontrolovatelnost situace je ale jen pocit jedince a děje se i tehdy, kdy by kontrola výsledků jednání člověka byla možná. Autoři Čáp a Mareš (2001) uvádějí, že i když tento člověk dosáhne

---

<sup>4</sup> AVERZIVNÍ - budící odpor, směřující k vyhnutí se nepříjemným podnětům (Čáp, Mareš, 2001).

dobrého výsledku a jeho zvládací strategie byla úspěšná, stejně nedokáže tuto strategii zopakovat či ji nadále používat ve svém životě.

Za pomoci těchto pokusů u lidí, které teorii naučené bezmocnosti potvrzovaly, chtěl Seligman rozklíčovat vznik deprese. Poté začal pracovat s britským psychologem Johnem Teasdalem, v jehož spolupráci přišel s novou hypotézou, která byla spojením naučené bezmocnosti s místem řízení<sup>5</sup> (Locus of Control). Ta byla potvrzena i jinými autory (Hunt, 2000).

Pro komplexnější objasnění problematiky a oživení textu uvádíme konkrétní příklad ve zkrácené podobě:

### **Příklad naučené bezmocnosti**

#### *Úmrtnost v sanatoriu*

*„Dvoupodlažní sanatorium Arden mělo ve své rezidenci přibližně 100 pacientů. Jejich průměrný věk byl 80 let. Dva psychologové, Judy Rodin a Ellen Langer, se rozhodli zavést v tomto sanatoriu věci na zpříjemnění: filmy a okrasné rostliny. Při setkání v prvním poschodí řekl ředitel pacientům:*

*Byl jsem překvapený, když jsem se dozvěděl, že mnozí z Vás si neuvědomují vliv, který máte na své životy. Je to Váš život a Vy si s ním můžete dělat cokoliv chcete. Před tím, než jste sem přišli, jste činili různá rozhodnutí, a nyní byste jich měli dosahovat. Chci využít tuto příležitost a dát každému z Vás dárek od sanatoria Arden (rostliny kolují a každý pacient si vybere jednu). Rostliny jsou Vaše a starejte se o ně jak chcete. Jako poslední věc jsem Vám chtěl sdělit, že příští týden ve čtvrtek večer a v pátek večer budeme promítat film. Rozhodněte se, který večer Vám víc vyhovuje.*

*V druhém poschodí byly pacientům dány stejné věci, ale za rozhodně odlišných okolností. Při setkání řekl ředitel pacientům: Byl jsem překvapený, když jsem se dozvěděl, že mnozí z Vás nevědí o věcech, které jsou Vám k dispozici. Cítíme, že je naší povinností udělat toto sanatorium domovem, na který můžete být hrdí, a chceme udělat všechno, co můžeme, abychom Vám pomohli. Chci využít této příležitosti a dát*

---

<sup>5</sup> MÍSTO ŘÍZENÍ - koncept J.B Rottera, podle kterého se lidi dělí externalisty, kteří výsledky své činnosti připisují vnějším faktorům, a internalisty, kteří je naopak připisují faktorům vnitřním (Hunt, 2000).

*každému z Vás dárek od sanatoria Arden (zdravotní sestra podá rostlinu každému pacientovi). Rostliny si ponechejte. Zdravotní sestry je budou zalévat a starat se o ně za Vás. Jako poslední věc jsem Vám chtěl sdělit, že příští čtvrtek a pátek budeme promítat film. Řekneme Vám později, na který den jste naplánován na zhlédnutí filmu.*

*Pacienti v prvním poschodí měli kontrolu nad těmito novými událostmi v jejich životě, zatímco ti na druhém poschodí, kteří dostali určité věci, neměli takovou kontrolu. Obyvatelé prvního poschodí se stali o mnoho aktivnější, měli vyšší morálku a byli méně deprivováni.“*

(Peterson et al., 1982, s. 6)

### 1. 3 Příznaky a důsledky stresu

V této kapitole se budeme zabývat tím, jak člověk na stres reaguje. Rozebereme také symptomy, které jsou známkou stresového stavu a to, jak tyto symptomy rozpoznáme. Pokusíme se nastínit, jak ovlivňuje nepřiměřená zátěž zdraví člověka.

Je nutno podotknout, že úplná nepřítomnost stresu není žádoucí. Není ani možná, protože regulační systémy organismu, které zajišťují naši adaptaci na stres, by postupně přestávaly plnit svoji funkci. Při styku se stresem bychom okamžitě zemřeli. Určitá míra stresu je tedy pro člověka potřebná a prospěšná, aby jej zocelila (Carnegie, 2011).

Vašina (2009) rozlišuje dva základní druhy reakcí na stres. První z nich je **akutní reakce** na stres, charakterizovaná vzestupem srdeční frekvence, krevního tlaku, únavou, poruchami pozornosti. Je to přechodná situační porucha a vzniká v situaci, která klade na člověka zvýšené nároky. Může trvat několik hodin až několik dnů. Druhým typem je tzv. **adaptační reakce**, která má trvalejší ráz a je důsledkem chronických stresových podmínek. Trvání je v horizontu dnů až měsíců. Typickými projevy jsou hypertenze, vředová nemoc, burnout syndrom, dlouhodobý depresivní stav.

U diagnózy postižené osoby musí být vyloučeno, že před traumatizujícím zážitkem nebyly zjištěny žádné zřetelné psychické závady (neuróza, psychóza, povahové anomálie). Zpravidla tomu je tak, že stres vyvolává událost mimořádně těžká, zdrcující, neočekávaná, život ohrožující. Často je to situace taková, který

vyvede z rovnováhy i silnou osobnost. Zčásti jde ovšem také o to, jaký význam jednotliví lidé události připisují, což je velmi individuální - axiologický význam událostí (Carnegie, 2011).

Rozhodující je charakter zátěžové odezvy, zejména to, v jakém subsystému organismu odezva probíhá. Rozlišujeme tři základní sféry, přičemž akutní silná stresová reakce má vliv téměř vždy na všechny tyto sféry:

- **oblast psychická** – prožitková, emocionální, představuje percepci vnějších situačních faktorů a vnitřních prožitků,
- **oblast behaviorální** – chování, vnější projevy, výkony, podílí se na nich zejména centrální nervová soustava,
- **oblast somatická** – soustava fyziologických a biochemických procesů a funkcí (Vašina, 2009).

### 1.3.1 Oblast psychických symptomů stresu

Do této oblasti bychom mohli zahrnout hlavně prudké a rychlé změny nálad, popudlivost, podrážděnost a úzkostnost. V těchto případech se lidé trápí věcmi, které nejsou zdaleka tak důležité, nejsou schopni projevovat emocionální náklonnost, sympatie vůči druhým lidem. Někdy se tito lidé uzavřou a omezí sociální kontakty. Mnozí z nich projevují starost o svůj vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled. Nežádka se objevují pocity únavy a potíže při soustředění pozornosti (Křivohlavý, 2010).

Stresové situace vyvolávají celou škálu emočních reakcí. Z reakcí, které člověka mohou poškodit, zmíníme čtyři nejdůležitější: úzkost, agresivitu, depresi a oslabení kognitivních funkcí.

Nejčastější reakcí na stresor bývá **úzkost**. Zažíváme ji všichni, ale každý v různé míře. U některých lidí, kteří prožili různé válečné prožitky, které jsou za hranicí normální oblasti lidského utrpení, se může rozvinout posttraumatická stresová porucha. Takto postižení jedinci mají často pocity otupělosti, vzpomínky na traumatizující událost se jim stále vrací, úzkost se projevuje poruchami spánku, nadměrnou ostražitostí, špatným soustředěním. Studie dokazují, že až 97% lidí, kteří prošli zkušenostmi s koncentračním táborem, trpělo úzkostí ještě 20 let

od svého osvobození. Svá traumata prožívali ve snech, neustále se báli pronásledování, ať už své vlastní osoby či někoho z blízkých (Kohoutek, 2009).

Další velmi častou reakcí na stres je vztek, který může vést k **agresi**. Toto se děje, když člověk zažívá frustraci (není mu umožněno dosažení cíle). Dochází proto k vyvolání agresivního pudu. Ten motivuje chování a jednání tím způsobem, že poškozují objekt nebo osobu, jenž frustraci způsobuje. Dospělí lidé obvykle ventilují svoji agresi slovně než fyzicky. Stává se také, že je zdroj nejasný nebo těžce postižitelný. Osoba neví, na koho nebo na co zaútočit, cítí ale vztek a hledá obvykle objekt, na kterém by si tento svůj pocit mohla vybit. Často se také děje, že agrese je přesunuta na nevinný objekt nebo osobu, a to proto, že nastanou okolnosti, které zabraňují přímému útoku na objekt vyvolávající frustraci. Např. dítě, které je frustrované zážitky ze školy, může ničit školní majetek. To je také proces přesunutí (Křivohlavý, 2010; Vašina, 2009).

Naproti této aktivní agresi bychom mohli uvést také běžnou reakci na frustraci, čímž je uzavření se do sebe a netečnost, apatie. Pokud stresové podmínky stále trvají a jedinec je nezvládá, apatie přerůstá v **depresi**. Tyto emoce podrobně popisuje Seligman ve své teorii naučené bezmocnosti. Hovoří o skutečnosti, že zkušenost s nepříjemnými a neovlivnitelnými událostmi může vést k apatii a depresi. Podle něj nám to pomáhá pochopit, proč se někteří lidé obtížným situacím pasivně podrobují a vzdávají se jakékoli naděje na zlepšení. Kupříkladu dívka, kterou její rodiče vždy trestali za asertivní chování, se možná nikdy nenaučí, že je někdy vhodné svoje přání otevřeně vyjádřit. Vlivem výchovy zůstane stále pasivní. Oproti tomuto příkladu jsou mnozí lidé, které složité situace povzbuzují. Chápu je totiž jako výzvu, je to pro ně příležitost, jak posunout hranice svých možností a schopností (Seligman, 1967).

Poslední jmenovanou reakcí na stres je **oslabení kognitivních funkcí**. To se vyznačuje potížemi se soustředěním a logickým uspořádáním myšlenek. Tím pádem se zhoršuje mentální výkon, zvláště ve složitých úkolech. Čím víc jsme úzkostní, depresivní a rozzlobení, tím častěji toto oslabení kognitivních funkcí zažíváme. Toto oslabení může být ovlivněno myšlenkami, které máme při setkání se stresorem. Máme strach z důsledků vlastních činů. Příkladem jsou studenti, kteří se obávají neúspěchu a vlastní neschopnosti. Mohou být tak rozrušeni, že



nejdou schopni sledovat zadání a špatně pochopí otázku. Pokud se strach stále zvětšuje, těžko si vybavují informace, které se dobře naučili.

Lidé, kteří mají oslabené kognitivní funkce, se chovají nepružně, nejsou schopni zvažovat alternativní způsoby chování (Vašina, 2009).

### 1.3.2 Oblast behaviorálních symptomů stresu

Lze sledovat především tyto symptomy:

- **změny v pracovní výkonnosti** – zvětšující se absence, nemocnost, nepozornost, nehodovost, zhoršená kvalita práce, snaha vyhnout se úkolům, výmluvy, častější podvádění,
- **cesta nezdravého chování** – jako příklad mohou opět posloužit studenti. Ti jsou často před zkouškou i několik nocí vzhůru, často jedí nepravidelně. Lidé v zármutku např. více kouří, konzumují alkohol, více jsou závislí na drogách. Průvodním znakem je i ztráta chuti k jídlu nebo naopak nadměrné přejídání. H. Selye o tom říká: „*Podobně jako přejídání je i pití zvýšeného množství alkoholu nebo požívání psychedelických drog obecným projevem nadměrného zatížení organismu stresogenními faktory. I zde máme co činit s reakcí typu všechno nebo nic, případně útoku či útěku. Jde o odklon od běžné cesty, která je normální, zdravá a přirozená. Utíkáme k tomuto kroku proto, že nám, podle našeho očekávání, umožňuje zapomenout na to, co nás tíží. Zároveň žijeme v naději, že si tímto způsobem přivodíme eustres místo distresu, tedy veselejší náladu místo napětí, chvilkový odpočinek a klid místo trápení.*“ (Vašina, 2009, s. 234),
- **změněný denní životní rytmus** – často se stává, že ve stresu lidé nejsou tak fyzicky aktivní, mají problémy s usínáním, jsou vzhůru dlouho do noci, později vstávají s pocitem velké únavy. To pak ovlivňuje jejich stravovací návyky, nedostatečný tělesný pohyb a v neposlední řadě obranyschopnost organismu vůči chorobám (Křivohlavý, 2010; Vašina, 2009).

### 1.3.3 Oblast somatických symptomů stresu

Zvýšená zátěž má samozřejmě dopad na zdravotní stav. Je to prokázáno stovkami studií. Hovoří se o stresových nemocech, o nemocech civilizačních nebo o psychosomatických onemocněních. Mnohé studie se zabývají přímo specifickou problematikou, jako je vztah stresu a srdce, stresu a rakoviny či stresu a imunitního systému. Naším cílem na následujících stránkách není podat medicínský přehled těchto negativních vlivů. Chceme pouze naznačit, jak spolu souvisí psychické a somatické problémy se stresovou reakcí.

Selye uvádí, že více významných lékařů mluví o důležitosti mikroorganismů pro vznik nemoci. V souvislosti s tzv. specificitou nemocí tak potvrzují, že v pozadí každé nemoci je možné vysledovat existenci určitých specifických příčin. Toto pojetí bylo užitečné při odkrývání příčin celé řady nemocí. Díky tomu bylo možno je oslabit nebo téměř úplně zničit (Selye, 1988).

Ovšem na druhou stranu se ukazuje, že tito lékaři zanedbali důležitost prostředí. Sám Pasteur před svou smrtí řekl: „*Mikrob nic není, prostředí je vše.*“ (Pasteur in Vašina, 2009, s. 235). Ukazuje se totiž, že řada nemocí nemá specifickou příčinu, ale historii zrodu nemoci je možné vypátrat patogenetickou situací. Tato právě umožní vznik choroby. Dle **biomedicínského modelu** je tedy příčinou nemoci jednoznačně mikrob (bakterie, virus, apod.). Holistický model, který vnímá situaci jako celek, bere v úvahu jak mikroby, tak i stresory působící na člověka z jeho okolí. Snaží se porozumět také tomu, jak daný jedinec určitou situaci chápe, jaký na ni klade důraz, zda se cítí ohrožen atd. Neuvažuje o všech těchto faktorech odděleně, ale chápe je jako soubor všech podmínek v interakci – jako síť (Selye, 1988; Vašina, 2009).

Stane – li se, že adaptační systém není schopen zvládat situaci, dochází k onemocnění – nastartování chorobného procesu. Obranný systém nestačí zvládat útok stresoru. V souvislosti s tímto jevem se dnes používá označení somatopsychické nebo psychosomatické choroby.

Psychosomatickým onemocněním rozumíme chorobný stav, kdy u zrodu choroby lze zjistit nezanedbatelný vliv psychiky (úzkosti, deprese, pocity ohrožení). Termínem somatopsychický rozumíme působení tělesného stavu na psychický stav (na percepci, myšlenky, duševní únavu). Již Selye (1979) řekl,

že stres může způsobit psychické změny. Platí však i opak, změny v psychickém stavu mohou způsobit fyziologické změny, např. ty, které charakterizují GAS<sup>6</sup> (Lyon, 2000).

V poslední době je předmětem zkoumání cesta od stresoru k nemoci. Příkladem je zjišťování vlivu stresu na průběh zánětlivých procesů nebo alergických onemocnění. Vznikl interdisciplinární obor **behaviorální medicína**, v němž působí jak psychologové, tak lékaři. Jejich snahou je zjistit, jak psychologické, sociální a biologické proměnné působí na vznik nemoci a také, jak lze chování a prostředí změnit za účelem zlepšení zdravotního stavu (Lyon, 2000).

V několika bodech k závěru kapitoly uvedeme hlavní psychosomatické symptomy:

- potíže pohybového aparátu, bolesti ve svalech, napětí, tlak,
- gastrointestinální symptomy, např. nevolnost, zvracení, pálení žáhy, dráždivý tračník,
- srdeční symptomy, např. arytmie, bolesti hrudníku,
- respirační symptomy, např. dušnost, hyperventilace,
- symptomy centrálního nervového systému, např. poruchy spánku, bolesti hlavy, chronická únavnost,
- sexuální symptomy, např. poruchy menstruace, frigidita, impotence.

Tyto a podobné každodenní potíže bývají často lékaři považovány za banální, ovšem mohou samy o sobě způsobovat distres. Tím se může stát celá situace pro člověka bludným kruhem (Křivohlavý, 2010, Selye, 1988).

## 1.4 Copingové strategie

*„Člověk je schopen ovládat své fyziologické a psychologické reakce tím, že se naučí zaujímat zdravější filozoficky hlubší postoje k tomu, co na něho doléhá, co ho v denním životě tíží a někdy doslova drtí. Iniciativa však v tomto případě musí vycházet z něho samého. Musí být ochoten přehodnotit a změnit své priority,*

---

<sup>6</sup> GAS - General Adaptation Syndrome – obecný adaptační syndrom (Vašina, 2009).

*zpomalit nebo naopak zrychlit tempo svého životního rytmu, ba musí dokonce být ochoten přijmout za vlastní úplnou změnu svého životního stylu.*“ (Selye, 1988, in Vašina, 2009).

Anglické slovo **coping** znamená umět si poradit a vypořádat se s mimořádně obtížnou, mnohdy téměř nezvládnutelnou situací, stačit na neobvykle těžký úkol.

Již Charvát (1969, s. 48) píše: „*K základním a vedoucím vlastnostem živé hmoty patří také to, že se dovede přizpůsobit různým vlivům zevního prostředí, i když jsou nepříznivé. Adaptace není vedlejším fenoménem evoluce, nýbrž jejím ústředním motivem. Ač sama o sobě nedovede vyložit evoluci, patří nicméně k řídicím činitelům vývojových změn.*“

Toto téma se znovu objevuje v psychologii, jedná se o odvahu zvládat překážky, se kterými se na cestě životem potkáme, o otázky vůle k životu a výdrže v obtížně řešitelných situacích. Tyto otázky jsou nedílnou součástí lidské přirozenosti, jako projevy vzdávání se v boji či selhávání (Stock, 2010).

V češtině se tedy termínu coping stále častěji užívá ve významu zvládat nadhraniční zátěž, zvládat stresovou situaci. Jak je známo, člověk se do takové situace může dostat díky konfliktům, nedorozuměním, nemoci či životní krizi (Nakonečný, 2000).

### **1.4.1 Adaptace a coping**

Je nutné odlišovat od sebe termíny adaptace a coping. Znamenají totiž každý něco jiného. Oba dva souvisí s aktivitou člověka v těžké situaci.

Vašina (2009, s. 241) uvádí: *Zatímco adaptací se rozumí vyrovnávání se se zátěží, která je v relativně normálních mezích, v obvyklé, běžné, pro člověka poměrně dobře zvládnutelné toleranci, termínem coping se rozumí střetnutí člověka s nepřiměřenou, nadlimitní zátěží – mimořádně silnou a mimořádně dlouhou (tzv. distres). V této souvislosti zvažujeme jednak požadavky kladené na člověka a jednak i zdroje jeho sil (coping resources).*“

Ve spojení s těmito pojmy je potřeba vysvětlit a věnovat pozornost termínu *anticipary coping*, v češtině **předjímání**, anticipace. Tímto termínem se označují procesy, které nastávají před tím, než se jedinec dostává do těžké životní situace.

Něco člověk předjímá a tím se na to předem připravuje. Touto přípravou se myslí nejen myšlenková (kognitivní) příprava, ale i emocionální a volní, příprava vhodných strategií, vytváření zdrojů sil, specifických dovedností, plánování efektivních aktivit, cvičení v určitých postupech, které zvyšují odolnost a naději na zvládnutí těchto těžkostí (Carver, 2010).

Na dalších řádcích pojednáváme o Lazarusově pojetí copingu. Jsou rozlišovány primární a sekundární hodnocení distresové situace, tedy takové, která převyšuje možnosti a zdroje člověka. Primární pojetí je spojeno s otázkou *Co se děje, co je v sázce při tomto střetnutí?* Odpověď na ni poté přispěje ke kvalitě a intenzitě vznikající emoce. Pokud je ve vypjaté situaci v sázce sebeúcta, můžeme pak reagovat studem, hanbou. Po této emocionální odpovědi následuje proces sekundárního hodnocení, ve kterém si člověk klade otázku: *Co mohu dělat, jaké mám možnosti copingu – tedy možnosti danou situaci zvládnout a vyrovnat se s ní?* Takto se jedinec tedy zaměřuje na problém, který vznikl. Jeho úsilí je orientováno jak na jeho činnost, chování, tak na kognitivní zpracování situace. Lazarus v tomto směru hovoří o zhodnocení obranyschopnosti, o potenciálu ubránit se, o kapacitě obranných sil člověka. Podle něj do souboru těchto sil patří nejen schopnosti a dovednosti ohroženého, ale i jeho vztahy k druhým lidem, tzv. sociální zdroje sil (*social resources*), popřípadě také možnosti plynoucí z pomoci odborníků (Carver, 2010).

Lazarus používá také pojem převažování (*reappraisal*). Jde zde o to, že primární a sekundární hodnocení situace není jednorázovou záležitostí. Nelze tedy provést jednou provždy, právě naopak je potřeba jej provádět neustále znovu a znovu. Je to z důvodu neustále se měnící situace a podmínek např. nemoci nebo partnerské krize. Tyto podmínky se mění i v závislosti na tom, co ohrožený pro zvládnutí krize dělá. Podle Lazaruse se tedy jedná o neustálé znovuuvažování o tom, jak situace vypadá a také o tom, jaké zdroje použije jedinec k tomu, aby tuto situaci zvládl (Carver, 2010).

Strategie, kterou lidé volí pro zvládnutí těžkých životních situací je současnou psychologií chápána jako složitý kognitivní proces. U tohoto procesu jsou rozhodující nejen osobnostní charakteristiky toho, kdo strategii volí, ale i individuálně odlišné pohledy tohoto člověka na svět a na vhodnost různých

postupů (tzv. systémy přesvědčení – *belief systems*). Pro porozumění tomu, jak se daný člověk ve stresu rozhoduje, je poznání této osobnostní struktury přesvědčení velmi důležité (Vašina, 2009).

Charvát (1969) popisuje, že „stresová mince“ má dvě strany: Nejdříve je tu pozitivní hodnota. Pokud není stres příliš intenzivní, vede k adaptaci, a vlastně nutí organismus ke zlepšení výkonu. Můžeme říci, že je předpokladem aktivního života. Oproti tomu neřešitelný stres spotřebuje tolik energie, že se ustálený stav rozvrátí a celý systém se zhroutí.

V oblasti volby strategie rozlišujeme tři sféry: **kognitivní** (myšlenkovou), **emocionální** (citovou) a **volní**, která se projevuje chováním (činností) toho, kdo se pro určitou strategii rozhodl.

**Kognitivní sféra** je charakteristická myšlenkovým řešením či vyrovnáním se s náročnou situací. Jedinec se v myšlenkách zabývá tím, co by se mohlo stát, kdyby jednal určitým způsobem. Podobně je tomu u šachového hráče, který se rozhoduje pro tah.

V **emocionální oblasti** je bráno do úvahu vše, co souvisí s city zúčastněných osob. Ve stresových situacích se často vyskytují negativní emoce (obavy, strach, pocity ohrožení, bázně a úzkosti).

**Oblast vůle** charakterizujeme chováním toho, kdo se stresem bojuje. Startem je zde výsledek rozhodnutí, předchozí myšlenkové činnosti. Ovšem další sled činností je potřeba řídit naší vůlí. Do této kategorie patří nejen sebeovládání, ale také sem řadíme ovládání toho, s čím bojujeme (Charvát, 1969; Vašina, 2009).

Na dalších stránkách se tedy pokusíme nastínit a charakterizovat různé typy strategií boje se stresem. Nejprve pojednáme o strategiích, které mohou poškodit náš organismus a které jsou pokládány za naprosto nevhodné. V další části rozebereme obranné mechanismy, které mají sice krátkodobý pozitivní účinek, ale z hlediska dlouhodobé perspektivy jsou nevýhodné. Posledním bodem zájmu pro nás budou konkrétní strategie zvládnání úzkosti a strachu, agresivity, apatie a deprese a také postupy při oslabení kognitivních funkcí. Na závěr se tedy budeme zabírat vhodnými a bezpečnými způsoby zvládnání stresu.

### 1.4.2 Malcoping

Z výše uvedeného plyne, že distres je stres s negativními charakteristikami. Je to velmi nepříjemný stav jedince. Dále bude popsáno, jakými způsoby se tohoto stavu lidé pokoušejí zbavit nebo jej alespoň změnit, přetransformovat, zmírnit. U lidí postižených nepříjemnou situací se objevuje snaha zbavit se napětí, ulevit si, zapomenout, vytěsnit jev, který je původcem jejich nepříjemného stavu. Existují různé prostředky, které umožní člověku se cítit na dočasnou dobu lépe a zmírnit tedy symptomy nepříjemného stavu. Mohli bychom sem zahrnout např. cigarety, alkohol či drogy. Tyto látky mohou člověku nabídnout dočasnou úlevu a zdánlivé uvolnění nebo dokonce v případě psychedelických látek povznesený stav. Tyto strategie mají ale své nevýhody, a to v podobě zdravotních rizik. Jako příklad můžeme uvést rakovinu nebo astma, které vznikají kouřením. Současné vědecké výzkumy ukazují, že kouření má vliv i na normální funkce mozku, na zpomalování mozkové činnosti, negativní vliv na průběh emocionálních projevů (Kohoutek, 2009).

Americkým fyziologem Nesbitem bylo dokázáno, že nikotin vede ke zvýšení úrovně celkového vzrušení organismu. Kouření zvyšuje toto vzrušení, i když samo o sobě nám dělá při zvýšené zátěži velké potíže. Celková úroveň nervového vzrušení pak přesahuje horní hranici tolerance. Je to právě naopak, než se kuřáci domnívají. Myslí si, že zapálením cigarety se uklidňují (Křivohlavý, 1994).

Co se týká alkoholu ve stresových situacích, v pokusech, které se prováděly na lidech i na zvířatech, se ukázalo, že alkohol v malých dávkách má stimulační účinek. Malá dávka alkoholu může dodat pocit povzbuzení. Tento pocit si lidé často vysvětlují jako pocit relaxace, uvolnění napětí. Popsali jsme jej již výše u kuřáků. Subjektivně byl tento pocit tedy vnímán jako uvolnění. Ovšem autor Zuckermann zjistil, že u problémových alkoholiků se vyskytují úzkostnější stavy než u ostatních lidí. Konstatoval, že se alkoholici daleko více bojí selhání, daleko více se obávají jednání s druhými lidmi. Byla jim naměřena vyšší míra neuroticismu a také je více než jiné lidi děsí monotónnost a nuda (Křivohlavý, 1994).

Požíváním alkoholu se u člověka mění hladina sebevědomí, míra pocitu odvahy a pýchy na vlastní schopnosti. Ve skutečnosti se ale tyto schopnosti snižují, jako je tomu při řízení auta.

H. Selye o tomto problému říká: „*Alkohol – podobně jako kouření – je destruktivní. Žádoucím směrem působí jen dočasně, pak se sám stává problémem.*“ (Vašina, Strnadová, 2009, s. 245).

Drogou se ovšem může stát také nadměrné pití černé kávy či čaje či užívání velkého množství léků. Podobně je tomu u častého střídání partnerů, časté přejídání, atd.

### 1.4.3 Obranné mechanismy ega

Ke způsobům zvládnání psychické zátěže člověka patří i obranné mechanismy ega. Proto tento pojem řadíme k tématu copingových strategií. Tyto mechanismy používá jedinec ke zvládnutí náročné situace nevědomě a jejich použití je velmi individuální. S tímto tématem je spojena také úzkost, kterou zmiňujeme níže v souvislosti s vhodnými strategiemi zvládnání zátěže.

Úkolem těchto obranných mechanismů je zkreslovat skutečnost v takových situacích, kdy zdroje sil a možnosti člověka nestačí na úspěšné zvládnutí vnitřních konfliktů nebo vnějších okolností, které jsou ohrožující pro zdraví a pocit pohody. Často se jedná o nevědomé procesy, které nastupují automaticky, když se objeví ohrožení (Vašina, 2009).

U obranných mechanismů ega je častá jejich neměnnost, strnulost, rigidita. Ve chvíli, kdy zrigidní a stanou se převládajícím vzorcem chování, mohou být pro člověka problémem. Je pro ně charakteristická nevhodnost a přehnanost vzhledem k situaci, ve které s nimi přicházíme do kontaktu. Pokud tyto jejich charakteristiky překročí určitou míru, uvažujeme o nich jako o patologických formách řešení životních situací (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Tyto obranné mechanismy popsal **Sigmund Freud**, zakladatel psychoanalýzy. Mluvil o devíti druzích:

- vytěsnění obtížných situací a nepříjemných zážitků z vědomí – *represe*,



- sestup do vývojově mladšího stadia – *regrese*,
- sebeobviňující chování,
- chování, které je v protikladu k tomu, co by daná osoba ve skutečnosti sama nejraději dělala – reaktivní výtvor,
- odčinění chyby opravou původního jednání,
- promítání vlastních záměrů do volní sféry druhých lidí – *projekce*,
- opak projekce, tzv. introjekce, promítnutí údajů zvenčí do vlastního nitra,
- vyhýbání se styku a jednání s druhými lidmi – *sociální izolace*,
- formování opačných postojů, než daná osoba ve skutečnosti zaujímá (Langmeier, Krejčířová, 2006).

K tomuto souboru devíti obranných mechanismů přidala Freudova dcera **Anna Freudová** další: identifikaci s agresorem, altruistické sebepodání (ukazuje člověka v rádobu dobrém světle), popírání a intelektualizaci. V dnešní odborné literatuře nalezneme asi čtyřicet různých druhů obranných mechanismů (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Obranné mechanismy ega jsou děleny do **pěti skupin**:

- ***Nepřiměřené či přehnaně agresivní a hostilní reakce***

Jedná se o zdánlivou přeměnu toho, kdo je ohrožen, v toho, kdo sám má dost síly. Tímto se vytváří klamný dojem moci a pocitu nadvlády, schopnosti řídit chod dění. Jako příklad mohou sloužit různé formy identifikace s agresorem.

- ***Sebeobviňující reakce***

Do této skupiny řadíme snahy o obviňování vlastní osoby, které přesahují únosnou míru. Jedná se vlastně o předstih skutečnosti. To, že se někdo přespříliš ponižuje, brání druhým v tom, aby jej nečekaně ponížili, tak jako je tomu třeba u sebekritiky. Pokud někdo nadměrně kritizuje sám sebe, brání tím jakémukoli kritickému zásahu ze strany druhých lidí. Čeká – li člověk stále něco negativního, může se tím obrnit proti jakékoli špatné zprávě. Pokud se ovšem stane, že míra tohoto sebeútoky přesáhne únosnou hranici, objevují se pak autosadistické

projevy, případně masochistické postupy. Ukázalo se, že jde o postupy, které jsou úzce spojeny s úzkostností (*anxiitou*).

- **Projekce**

Do této skupiny obranných mechanismů ega zahrnujeme externalizaci viny a takové postupy, kde vlastní negativní záměry podsouváme druhým lidem. Děje se to tehdy, když se chce člověk ospravedlnit na úkor druhých lidí. Patří sem žárlivost, předsudky, pověry, hledání obětního beránka. Ovšem tato forma řešení problémů je jeden z méně efektivních způsobů zvládnání stresu.

- **Vytěsnění a popírání**

Zde se jedná o soubor obranných mechanismů, jimiž se lidé snaží vnímané druhy ohrožení nebo konflikty odstranit z vědomí popíráním, opomenutím vzít určitou věc na vědomí, vyvracením. U těchto obranných mechanismů se setkáváme s protikladným chováním - např. s přehnaně veselou náladou. Toto funguje také na principu „Co oči nevidí, srdce nebolí“, když situaci nevidím, tak mne netrápí. V tom je logika tohoto postupu. Z vědomí se vyjme to, co se týká stresoru, a tak se zabraňuje vzniku negativního efektu.

- **Intelektualizace a racionalizace**

Jde o iluzorní formy řešení stresových situací, kde je skutečnost falšována tím, že je interpretována jinak, než tomu doopravdy je. Používá se vyšší míry zobecnění, šablon, zdánlivě samozřejmých pravd a banalit (francouzsky *banal* - vrchnostenský způsob jednání), otřepaných frází a samozřejmostí. Tímto se odvádí pozornost od konkrétní věci k obecnému ideálu. Jsou sem zahrnovány různé druhy racionalizace, sofistikování, rádooby filozofování, zdánlivé nadřazenosti nad věcí (Křivohlavý, 1994).

Z výše uvedeného tedy plyne, že obranné mechanismy nemění samotnou stresovou situaci, ale mění způsob, jakým ji člověk vnímá, jak ji zvládá a jak o ní přemýšlí. Všechny druhy obranných mechanismů obsahují prvek **sebeklamu**. Používají jej občas všichni, neboť nám pomáhají překonat nepříjemné situace, do doby, než jsme schopni se s nimi vyrovnat přímo. Je samozřejmé, že když se někdo dozví, že mu při nehodě zemřel blízký, není možné hned mít k dispozici správné způsoby řešení. V tomto případě by mohlo pro začátek pomoci popírání.

Ne ovšem jako konečné řešení, ale pouze jako vhodný způsob k překlenutí doby, než se podaří najít dostatek sil k vhodnějšímu způsobu řešení takovéto těžké životní situace.

Obranné mechanismy jsou projevem maladaptace (špatného přizpůsobení) jen tehdy, pokud jsou u člověka převládajícím způsobem reagování na problémové a stresující situace (Vašina, 2009).

Charakteristickým a společným znakem obranných mechanismů a strategií zvládání stresu je, že se lidem v těchto těžkých chvílích zdají neřešitelné. U jedince je vyžadována mobilizace nových zdrojů psychické kompetence a sociálních dovedností (Kohoutek, 2009).

#### **1.4.4 Vhodné způsoby zvládání stresu**

Protože z různých forem stresu a zátěže mohou vnikat (a v mnoha případech také vznikají) stavy úzkosti, apatie či strachu, zaměřujeme se v následující části naší práce na čtyři oblasti – **zvládání úzkosti a strachu, zvládání agresivity a ovlivnění chování typu A<sup>7</sup>, zvládání stavů deprese a apatie a zvládání situací, kdy jsou oslabeny kognitivní funkce.**

Již výše jsme zmiňovali behaviorální a kognitivní přístupy. Behaviorální jsou ty, které kladou důraz na změnu vnějších podmínek (na to, co je mimo člověka) a na změnu jejího chování. Oproti tomu kognitivní přístupy dávají důraz na vnitřní vlivy (představy, myšlenky, postoje).

Tyto přístupy se ale samozřejmě při nácviku vhodnějších forem zvládání náročných situací kombinují.

#### ***Zvládání úzkosti a strachu***

Původcem úzkosti a strachu může být stres. Nezvládnutí určité zátěžové situace se může na člověku projevit úzkostí či strachem.

---

<sup>7</sup> CHOVÁNÍ TYPU A – tzv. infarktogenní chování (Renaudová, 1993).

V psychologii jsou rozlišovány dva druhy strachu<sup>8</sup>. U obou těchto druhů strachu pozorujeme často pocity bezmoci a beznaděje (tzv. syndrom H + H – *hopelessness and helplessness*) a pocit neklidu a nutkání buď utéct nebo s problémem bojovat (tzv. F + F syndrom – *fight or flight* – boj nebo útěk). Různé metody ke zjišťování strachu a úzkosti vycházejí ze souboru jak slovních projevů (např. ztrácím odvalu, tohle je můj konec), tak z mimoslovních (nonverbálních) příznaků chování lidí v úzkosti a strachu (třes rukou, krátký nebo příliš dlouhý dech, červenání, blednutí – souvislost s fyziologickými procesy).

Schopnost zvažovat možnosti volby i vlastní zodpovědnost jsou automaticky provázeny úzkostí. Ta ale patří k člověku, provází ho po celý život, patří k podstatě jeho lidství, jeho svobody (Vašina, 2009).

Ve studiích, které zpracovávají zvládání úzkosti a strachu, se setkáváme nejčastěji s metodou **desenzibilizace**. Tato metoda spočívá ve výcviku snižování citlivosti vůči stresoru. Rozlišujeme zde několik po sobě jdoucích fází. Nejdříve si jedinec sestaví žebříček situací, ze kterých má strach. Tyto poté seřadí od největšího strachu po nejmenší podle vlastního zdání. Po tomto sestavení se nacvičuje uvolňování (relaxace) jakoukoli relaxační metodou (např. Schultzův autogenní relaxační trénink, Jacobsonova relaxace progresivního typu). Potom následuje vlastní desenzibilizace. Jedinec si postupně vybavuje nebo prožívá situace dle svého žebříčku strachu. Postupně si tak prožije všechny situace, jdoucí od nejméně zátěžové po nejvíce zátěžovou. Toto vede k nejlepším výsledkům (Křivohlavý, 2012).

Alternativní metodou je **vizualizace situací**, spočívající v tom, že si vyvoláme před očima zřetelné mentální obrazy nebo imaginace situací. Při zvládání strachu a úzkosti je také důležité přijmout skutečnost, že se bojím

---

<sup>8</sup> STRACH – negativní emocionální reakce na něco, co nám nahání hrůzu. Může to být třeba strach ze psů, strach z velkých výšek, strach ze zkoušky či určitého člověka. U strachu je podstatný předmět (objekt), který známe a umíme ho přesně určit.

ÚZKOST – negativní emoce neurčitého původu. Jsou to situace, ve kterých jedinec nemůže přesně říci, čeho se bojí. Má nejasnou představu něčeho děsivého, strašného. Pro tento nejasný pocit děsu se v odborné literatuře používá termín „*anxieta*“ (Vašina, 2009).

a ujasnit si, z čeho mám vlastně strach. Dále je důležité posilovat vlastní sebedůvěru – např. tím, že něco, z čeho mám obavy, skutečně překonám. Postupně je tak zvyšován výkon ve složitých situacích, posilována sebedůvěra a naděje, že se podaří překlenout i další situace (Křivohlavý, 2012).

Vjem stresoru působí na zvýšení emocionální hladiny. Až kognitivní zpracování celé situace však rozhoduje o tom, jestli bude člověk reagovat kladnými či zápornými emocemi.

Vašina (2009) uvádí další dobrý způsob zvládnání úzkosti a strachu v sociálních situacích, a to tzv. **kognitivní rekonstrukce**, myšlenkové přehodnocení. Tento výcvik se provádí tak, že vedoucí připraví sérii stresových situací, do kterých budou účastníci uváděni. Každou situaci doprovází videofilm, který názorně ukazuje správné a nesprávné způsoby řešení. Potom následuje zkouška vlastního řešení dané situace, nejdříve jen v představách.

Cílem tohoto úkolu je diagnostikovat obavy, strach, úzkost, které se mohou objevit. Jde o poznání podnětů způsobujících tyto negativní emoce. V mysli každého účastníka se má odehrávat, jak stresovou situaci dobře zvládá, pak se pokouší celý tento proces popsat. Toto se nakonec odehrává i před kamerou, kdy výsledný videozáznam je přehrán nejprve samotné osobě a poté celé skupině. Na základě analýzy kladů a záporů dostává pak každý zvlášť individuální cvičení (Vašina, 2009).

### ***Zvládnání agresivity a ovlivnění chování typu A***

Abychom mohli charakterizovat tento druh zvládnání stresu, musíme si nejprve definovat chování typu A. Tento typ chování člověka je charakterizován zvýšenou aktivitou, riskantním, zbrklým chováním, netrpělivostí, často se u těchto lidí objevuje i vysoká snaha o úspěch a hostilita<sup>9</sup> (Hartl, Hartlová, 2000).

Ruku v ruce s agresivním chováním jde téměř vždy zlost a vztek. Jsou to afektivní odpovědi na stres. Osoba při nich prožívá mimořádně vysokou úroveň emocionálního vzrušení.

---

<sup>9</sup> HOSTILITA – nepřátelství, sklon k ubližování jiné osobě (Hartl, Hartlová, 2000).

Těmto projevům agresivního chování se věnuje stále větší pozornost. Je sledována nejen četnost, ale i síla, tvrdost, krutost těchto projevů, aby byly měřitelné změny. Cílem je snížit emocionální vzrušení a odvést energii jinam.

Při výcviku jedinců s agresivními projevy se postupuje následující metodou: v první fázi se seznamujeme s tím, co vyvolává vztek a zlost a tomu, jaké jsou signály, podle nichž se dá poznat, že se člověk začíná zlobit.

Ve druhé fázi jde o seznámení člověka s alternativními možnostmi agresivního chování, o poznání, že vedle maladaptivních, nepřiměřených forem chování (agrese, vztek, zlost) existují i jiné, adaptační, přiměřené. Kromě těchto různých forem chování osoba poznává také způsob svého myšlení a kognitivní dovednosti.

Ve třetí a zároveň poslední fázi jde o praktický nácvik behaviorálních i kognitivních dovedností. To znamená, jak se lépe chovat, co dělat, jakým lepším způsobem jednat. I v tomto případě se postupuje nejdříve mimo skutečné situace, např. v učebně, v tělocvičně, a teprve potom ve skutečném životě. Díky tomu se jedinec učí orientovat se v situaci, poznávat podle signálů, že v určité situaci může dojít k vyhocení emocionálního vzrušení a k různým agresivním projevům. Účelem je tedy naučit se přerušit řetězec začínající agrese novým způsobem myšlení, které má adaptivní charakter. Tím pádem i zvládnání řady vhodných strategií (Křivohlavý, 2012; Vašina, 2009).

### ***Zvládnání stavů deprese a apatie***

Různé zátěžové situace mohou člověka dovést až k takovým stavům, jako jsou stavy deprese a apatie. Proto se v této části zabýváme tím, jak tyto nejjednodušší stavy efektivně zvládnout.

Zakladatel behaviorální psychoterapie Josef Wolpe řekl: „*Deprese je způsobena vědomými negativními myšlenkami. Emoce se rodí z toho, co si myslíte. Myslete si, že jste v nebezpečí, a budete cítit úzkost. Pomyslete na ztrátu, která vás potkala, a budete smutni. Deprese je výsledkem celoživotního zvyku vědomě myslet určitým způsobem. Když změníme tyto zvyky (tento způsob myšlení), vyléčíme depresi.*“ (Vašina, 2004, s. 256).

Z toho lze odvodit, že negativní myšlenky, kterými se dostáváme do deprese, je zapotřebí si uvědomovat. Měli bychom je chápat jako něco, co jsme v průběhu života získali, co jsme přejali a naučili se. V žádném případě to není něco vrozeného a tudíž neměnného.

Křivohlavý (1997) uvádí, že lidé v depresi jsou často mimořádně nerozhodní. Tato nerozhodnost se projevuje i v nejjednodušších situacích, nejen ve velkých rozhodnutích, jako např. kde být zaměstnaný.

V pozadí této nerozhodnosti lidí v apatii nebo depresi je pravděpodobně jejich velmi malá sebedůvěra. Na první pohled to vypadá, že je to z důvodu pomalého myšlení. Ukázalo se ale, že je tomu právě naopak. Tito jedinci přemýšlí o příliš mnoha možnostech volby, a to velice důkladně. Nerozhodnost je tedy důsledkem obtíží s rozhodováním v situaci nejistoty nebo neujasněnosti žebříčku hodnot, případně důsledkem nedůvěry ve vlastní schopnost hodnocení. Člověk má strach v rizikové situaci vzít na sebe odpovědnost za možné nesprávné rozhodnutí. Zároveň si však tyto problémy s rozhodováním plně uvědomuje.

Právě zvládání nerozhodnosti řadíme k nejdůležitějším úkolům při zvládání apatie a deprese. Je tomu tak proto, že to posiluje sebedůvěru toho, kdo se rozhoduje, zvyšuje míru sebevědomí a člověku je důkazem toho, že cesta z deprese je možná.

Na dalších řádcích uvedeme lékaři, psychology a psychoterapeuty v současnosti nejvíce uznávanou strategii zvládání nerozhodnosti při depresivním stavu.

Problém u těchto lidí v depresi je, že nejsou schopni fungovat v běžném každodenním životě. Takový člověk se nedokáže rozhodnout, zda má ráno vstávat, zda má snídat, co má jíst, jak se má obléci, apod. Proto se doporučuje pomoci mu sestavovat tzv. „**program dne**“. Jsou zde všechny detaily uvedeny předem a není potřeba dělat moc rozhodnutí. Je to podobné jako zvyk mnoha lidí, kteří si večer připravují vše, co si druhý den vezmou na sebe, co budou potřebovat k snídani, co si vezmou do práce, atd.

Pokud tito lidé potřebují činit rozhodnutí většího rozsahu, je vhodné při apatii a depresi postupovat dvoufázově. Nejdříve si sestaví přehled různých možností rozhodnutí, alternativ. Poté u každé možnosti řešení uvedou její klady

a záporny. Ty pak zvažují z hlediska jejich důležitosti, přínosu i nákladů. Také je třeba je hodnotit i z hlediska emocionálního – jakou nám to přinese radost či jakou starost s tím budeme mít (Křivohlavý, 2012).

Nesmíme opomenout ani důležitost následujícího faktoru, kterým je pokušení nečinnosti a nadměrného bloumání. Tomu předejdeme stanovením si velice konkrétních dlouhodobých i krátkodobých cílů a s přihlédnutím k nim pak sestavíme každodenní program, který musí být zapsán, aby mohl být po uplynulém dni hodnocen. Doporučuje se vybrat si několik druhů oblíbených činností, které nám dělají radost. Umísťujeme je do chvíle, kdy nás depresivní nálada začne přepadávat. Člověk tím sám na sobě pracuje – věnuje se nejen zvládnutí nečinnosti, ale i tomu, co vede k nadměrnému sebeobviňování, k nezdravé sebekritice, ke snižování zdravého sebevědomí, k nerozhodnosti a beznaději. Také si uvědomuje duchovní dimenze života a zaměřuje se na hodnoty, které dávají životu smysl (estetické, etické, ekonomické, sociální, náboženské). Smysluplnost našeho jednání je pak antidepresivním činitelem (Vašina, 1999, Křivohlavý, 2012).

### ***Posílení kognitivních funkcí***

V poslední části kapitoly o copingových strategiích popíšeme metody, u kterých je možné navozovat změny představ, postojů i přesvědčení. Tak účinně ovlivňují posílení kognitivních funkcí člověka.

V dnešní době se velmi ujal pojem asertivita, který je jistě každému známý. Je popisován jako schopnost přiměřeného prosazování sebe sama za respektování etických norem. Je kompromisem a něčím mezi agresivním chováním a naopak chováním pasivním (Hartl, Hartlová, 2000).

Asertivní člověk je schopen vyjadřovat sebejistotu, dokáže říct ne, když s něčím nesouhlasí. Je ale také schopný požádat druhého o pomoc či službu, dokáže vyjádřit svůj emocionální stav a běžně se zapojovat do rozhovoru. Výcvik asertivity tedy spočívá v tom, aby člověk dával najevo, co si myslí, co chce a co cítí (Vašina, 2009).

Jako příklad můžeme uvést **jógu**, která pochází z hinduistické tradice. Dá se popsat jako ucelený systém cviků a psychologických postupů, které vedou



k dosažení harmonie, vyrovnanosti a duševní pohody. Pokud se jóga cvičí soustavně, učí vnímavosti, citlivosti vůči vnitřním i vnějším jevům. Takto se významně uplatňuje při zvládnání stresových situací.

S jógou velmi úzce souvisí pojem **meditace** (latinsky *meditari* – uvažovat). Meditace pomáhá k dosažení klidného, uvolněného stavu, ve kterém člověk zaměřuje svou pozornost na splynutí svých emocí, postojů a myšlenek. Tohoto se dosahuje pomocí určité vedoucí myšlenky nebo představy cíle. Meditace vede u člověka ke zvýšení klidu, vnitřního pokoje, míru sama se sebou a také s okolím. Bývá také často spojována s již zmiňovanou vizualizací a imaginací (Vašina, 2009).

Metoda **biofeedback** (biologická zpětná vazba) je moderní postup, který podporuje přirozené cítění a ovládnání biologických dějů v těle. Při této metodě se využívá elektrotechnického způsobu měření biologických dějů. Mnoho nemocí a potíží, při jejichž vzniku působil stres, je totiž biologickou zpětnou vazbou ovlivnitelná. Může se využívat u některých forem nespavosti, při bolestech hlavy, při léčení specifických psychosomatických obtíží. Zdánlivě neovladatelné fyziologické činnosti lze pomocí televizní obrazovky i akustických sdělovačů řídit a regulovat vůlí (Vašina, 2009).

## 2 Pomáhající profese

V následující kapitole se zaměříme na pracovníky v pomáhajících profesích. Zmíníme, jak velice důležitý a určující je pro výkon tohoto povolání vztah klienta a pomáhajícího pracovníka. Blíže určíme, jaké požadavky a kritéria by měli tito lidé splňovat.

Termín pomáhající profese představuje skupinu povolání, jejichž pracovní náplní je **pomáhat lidem**. Anglický název pro tento pojem zní *helping professions*.

Kopřiva (1997) považuje za pomáhající profese **lékaře, zdravotní sestry, pečovatele, pedagogy, sociální pracovníky, psychology**. Patří sem např. všechny profese, které jsou zastoupené ve střediscích výchovné péče.

V psychologickém slovníku je charakterizován pojem pomáhající profese jako „*souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu tak, aby pomoc mohla být účinnější; patří sem lékaři, zvl. psychiatři, psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové; šířeji i fyzioterapeuti, balneologičtí pracovníci apod.*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 185).

Kopřiva (1997) uvádí, že u pomáhajících profesí má nezanedbatelný vliv **vztah mezi klientem a člověkem**, který mu pomáhá. Je to podstatná složka tohoto povolání. U profesí, kde jsou pracovníci také v kontaktu s lidmi (úředníci, advokáti) se neočekává osobní vztah ke klientovi. U pomáhajícího pracovníka je ale tento nutný. Je potřeba důvěry, porozumění, přijetí. Mělo by zde být přirozené, že tento pracovník má pochopení, zajímá se o každého klienta, je schopen se do něj vcítit a přijmout ho takového, jaký je. Toto je ovšem velmi těžká a náročná věc, neboť v běžném životě si přirozeně vybíráme, s kým budeme v kontaktu, s kým se budeme nebo nebudeme stýkat. O to náročnější je toto povolání, zde musí pomáhající projevit zájem o každého bez rozdílu, což může být vyčerpávající.

Z amerických studií (Kopřiva, 1997) vyplynulo, že pracovníci pomáhají nejochotněji těm, kteří potřebují nejméně péče, kteří jsou mladí, atraktivní, inteligentní a úspěšní. Naproti tomu klienti starší, nehezcí, méně inteligentní

a špatně se vyjadřující jsou opomíjeni. Vypovídá to pravděpodobně o tom, že je pro ně snazší pomáhat lidem sobě podobným, se kterými mohou snáze komunikovat. Jedná se jim lépe tam, kde jsou výsledky viditelnější. Je přirozené, že práce se starými, postiženými lidmi nebo lidmi v nouzi je více obtížná. Ne všichni pomáhající pracovníci dokáží s těmito lidmi kvalitně pracovat a hlavně jim poskytnout to, co potřebují.

Hlavní a stěžejní věc týkající se pomáhajícího pracovníka je jeho životní filozofie a jeho současná osobní situace. Je také velmi obtížné udržet si nestrannost profesionála. Osobní preference nesmí zasahovat do vztahu mezi klientem a pracovníkem.

## **2.1 Předpoklady pracovníka v pomáhající profesi**

Matoušek (2003) uvádí, že pracovník v pomáhající profesi by měl splňovat určité předpoklady, měl by disponovat jistými vlastnostmi, které jsou pro takto náročná povolání nepostradatelná. Charakterizuje čtyři následující předpoklady:

### ***Zdatnost a inteligence***

Je velice důležité umět hospodařit s vlastními silami. Pomáhající pracovník je také jen člověk a má omezené možnosti. Tato činnost je náročná na energii, proto by se měl člověk o sebe starat, být v dobré tělesné kondici, žít zdravým stylem života. Do tohoto předpokladu, jak uvádí Úlehla (2005), patří i práce na sobě samém, na svém osobním i profesním růstu, studium literatury, účastnit se různých kurzů a seminářů. Nové poznatky pomáhají pracovníkovi v tom, aby neustrnul, aby se stále učil něco nového, aby viděl možnost různých alternativ. Předpokladem je tedy i přirozená inteligence.

### ***Přitažlivost***

Tímto pojmem se rozumí hlavně přitažlivost v tom ohledu, že lidé sdílí podobné názory, mají podobnou životní filozofii, sdílejí spolu stejné hodnoty. Klientovi se pracovník může stát sympatickým na základě jeho stylu oblékání, ale

i chování, způsob jednání s ostatními lidmi (nejen klienty). Toto všechno pak vede k náklonnosti k pracovníkovi.

### ***Důvěryhodnost***

Strong (1968, in Matoušek, 2003) pokládá za důležitý smysl pracovníka pro čestnost (a to, jak se tato skutečnost jeví klientovi), jeho sociální roli, to, jak je srdečný a otevřený. Vliv na klienta má i to, jaký důraz klade pracovník na osobní prospěch z pomoci. Je samozřejmé, že důvěryhodně bude působit pracovník, který dbá o svůj fyzický vzhled, který má dobrou pověst, má adekvátní vystupování. K tomuto přispívá také diskrétnost, spolehlivost, porozumění a to, že pokud se klient pracovníkovi svěří, bude se mu poté věnovat. To by mělo být samozřejmostí.

### ***Komunikační dovednosti***

Hájek (2007) uvádí, že pracovník by měl mít schopnost porozumět sdělení klienta, a to nejen na logické rovině, ale měl by také chápat postoj, který klient zaujímá k dané věci nebo situaci.

Dále říká že „vcítění se do prožívání klienta je pouze nutnou, nikoliv postačující podmínkou pro přesné empatické porozumění. Pokud není porozumění v komunikaci s klientem ověřováno, je pouze na úrovni diagnostických předpokladů a domněnek.“ (Hájek, 2007, s. 67).

Podle něj je dobré ověřovat si svou empatii přímo během rozhovoru s člověkem.

Komunikace tedy tvoří nezanedbatelnou výbavu každého pomáhajícího pracovníka a pomáhají navázat kontakt s klientem či pacientem.

Matoušek (2003) podle G. Egana (1986) do komunikačních dovedností zařazuje tyto faktory: **fyzickou přítomnost**, neboť mnohdy může pomoci setkávání, ať už fyzické či psychologické. Dále sem řadí **aktivní naslouchání**, kterým se rozumí schopnost rozumět jak verbálním, tak i neverbálním projevům, které klient vyjadřuje. Zde není úkolem pracovníka, aby sem vnášel své názory a podněty, ale byl pouze přítomný u klienta. V neposlední řadě sem patří **empatie**,

což je vhléd, vcítění se do druhé osoby, absolutní pochopení pro něj (Kopřiva, 1997).

V této části naší práce jsme se věnovali stresu a zátěži, jejich různým formám, příznakům a důsledkům, kterými ovlivňují člověka, copingovým strategiím, jimiž se člověk tuto zátěž snaží zvládat. Dále jsme věnovali pozornost pracovníkům v pomáhajících profesích, které stres a zátěž provází každým dnem nejen jako běžné lidi, ale hlavně jako ty, kteří se s nimi setkávají při výkonu svého povolání. Proto jsme na závěr teoretické části zahrnuli také podkapitulu týkající se hospicového hnutí, kde pracovníci v tomto oboru mají asi největší zátěž, neboť se pravidelně setkávají se smrtí.

## 2.2 Hospicové hnutí

V této kapitole se věnujeme hospicovému hnutí jako takovému. Všeobecně rozebereme jeho vznik, založení, význam a poslání.

Pokud se člověk dostane do fáze nemoci, kdy již pomoc lékařů není úspěšná, nastupuje **paliativní péče**<sup>10</sup>. Tato léčba a péče jak o pacienta, tak i o jeho příbuzné, je utišujícího charakteru. Pojem hospicové hnutí se někdy kryje s pojmem paliativní medicína. Paliativní péče zahrnuje i psycho – socio – spirituální složky, hospicová péče je zaměřena spíše na tišení bolesti a symptomů nemoci (Bužgová, 2011, Křivohlavý, 1985).

Paliativní medicína je definována následovně: *„Paliativní péče je ucelený systém pomoci umírajícímu a jeho rodině. Respektuje umírání jako přirozenou a konečnou fázi lidského života. Zaměřuje se na léčbu bolesti a dalších symptomů, dále pak na řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných, nikoliv na léčbu základního onemocnění. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin* (Bužgová, 2011, s. 10).

---

<sup>10</sup> PALIATIVNÍ PÉČE - mírní bolest, ale neodstraňuje její příčinu či příčinu nemoci (Bužgová, 2011).

Bužgová (2011) popisuje paliativní péči takto:

- podporuje život, umírání považuje za normální proces,
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných symptomů,
- neurychluje ani neoddaluje smrt,
- do péče o pacienta jsou zahrnuty psychické a duchovní aspekty,
- pečuje nejen o pacienta samotného, ale také o jeho příbuzné.

Podle Svatošové (1995) je hospic specializované zařízení, které poskytuje paliativní péči. Nemoc klienta již není možné vyléčit, proto nejde o léčení ve vlastním slova smyslu. **Jde o zvládnání bolesti vhodnými léky a prostředky.** Klient a jeho rodina zde mohou nalézt útěchu a úlevu. Pracovníci hospice se snaží plnit pacientovy potřeby. Řadíme sem potřeby psychologické, sociální, spirituální a biologické.

Stejná autorka, která je zároveň zakladatelkou hospicového hnutí v České Republice, dále uvádí, že hospic neslibuje uzdravení. Nebere ale naději, neslibuje vyléčení, slibuje ovšem léčitelnost. Podle ní pacient v hospici ví, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v posledních momentech života nezůstane sám a také že za jakýchkoliv okolností zde pracovníci respektují jeho lidskou důstojnost.

U nás jsou obecně rozlišovány tři formy hospicové péče, a to domácí hospicová péče, stacionární hospicová péče (denní pobyt) nebo lůžková hospicová péče.

První hospic u nás vznikl v Červeném Kostelci u Náchoda. Ten se stal modelovým zařízením pro ostatní hospice a určil také nejčastější formu hospiců u nás, a to formu lůžkového zařízení (Svatošová, 1998).

Stejný autor popisuje společné znaky hospiců u nás:

- hospic je nestátní zdravotnické zařízení,
- vysoký standard technického vybavení (součástí je i kaple a místnost posledního rozloučení),
- týmová a multidisciplinární péče,
- na péči se podílí i blízcí,
- všechny hospice mají smlouvy o hrazení zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami,

- každý hospic klade důraz na specifické potřeby umírajícího člověka (postavení klienta se dá srovnat spíše s hotelovým hostem, než umírajícím klientem),
- jsou zde činní i dobrovolníci, kteří spojují hospic a společnost,
- obvyklý počet lůžek je 25, jak pro nemocné, tak i pro doprovázející (ti si ale pobyt zde hradí sami),
- okolo 70% celkových investičních nákladů jde ze státních dotací, když vzniká hospicové zařízení.

Financování hospiců v České Republice probíhá **vícezdrojově**, stejně je tomu i v zahraničí. Zdravotní pojišťovny pokrývají zhruba 25 až 40% celkových provozních nákladů. Zbytek pochází z jiných zdrojů, např. z dotací Ministerstva práce a sociálních věcí, z darů, z prostředků zřizovatele či z výnosů vlastní hospodářské činnosti.

Samozřejmě je tato péče přístupná pro všechny indikované skupiny.

Jak již bylo zmíněno výše, o klienty se stará multidisciplinární tým, který je sestaven z odborného zdravotnického personálu. Do něho patří hlavní lékař, sekundární lékař, lékař konziliář, staniční sestra, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, ošetřovatelé (ošetřovatelky) atd. Vedle těchto zdravotnických profesí se zde uplatňuje sociální pracovník, psycholog a farář. (Bužgová, 2012, Křivohlavý, 1995).

Důležitou součástí tohoto týmu jsou i dobrovolníci. V tom je rozdíl mezi Českou Republikou a např. Velkou Británií. V našich podmínkách jsou to vždy laici, kteří nemají oprávnění nahrazovat odborný personál. Ti se na péči podílejí buď přímo (péčí o klienta) anebo zprostředkovaně, kdy mohou rozšiřovat osvětu na toto téma či pořádat různé akce, z nichž výtěžek putuje na konto hospice (Bužgová, 2011).

Pokud bychom se měli zabývat celkovým hodnocením úrovně hospiců u nás, zjistili bychom, že jejich stav není uspokojivý. Sláma (2011) zmiňuje důvody nedostatků v této oblasti:

- péče o terminálně nemocné pacienty není předmětem hlavního zájmu zdravotníků ani tvůrců zdravotní politiky,

- nemáme u nás zákon, který by umožňoval zůstat rodinnému příslušníkovi se svým blízkým v terminální fázi života s odpovídající náhradou ušlé mzdy,
- chybějící síť domácí pečovatelské služby (péče), která by umožňovala nepřetržitou péči v domácím prostředí,
- mnozí lékaři neznají základní zásady komunikace s terminálně nemocnými, neumí léčit jejich symptomy nebo neznají zásady kontroly bolesti,
- velmi mnoho pacientů tráví konečnou část svého života v nemocnicích (drahá lůžka akutní péče),
- potřeba paliativních lůžek u nás je v současnosti mnohem vyšší, než je jich poskytováno.

Jak uvádíme níže ve výzkumné části naší práce, z rozhovoru se sociální pracovníci Hospice na Svatém Kopečku v Olomouci vyplývá, že lékaři často chybují v tom, že nechají pacienta zbytečně trpět na nemocničním pokoji. V hospici by bylo možné jim poskytnout lepší péči, v blízkosti svých příbuzných. To, že pacient leží v nemocnici, i když lékaři ví, že se jeho nemoc již nedá léčit, je pouze na jeho úkor (viz rozhovor se sociální pracovníci).



## **II VÝZKUMNÁ ČÁST**

### 3 Cíle výzkumu a výzkumné otázky a hypotézy

V teoretické části naší práce jsme rozebrali hlavní témata stresu, zátěže, strategie jejich zvládnání a s tím související pomáhající profese a hospicové hnutí, na jehož pracovníky jsou kladeny velké nároky z hlediska pracovní zátěže. Pracovníci takového zařízení, jako je hospic, jsou v každodenním kontaktu s nevléčitelně nemocnými, umírajícími lidmi. Z tohoto důvodu se ve výzkumné části práce zabýváme popisem a analýzou jednotlivých strategií zvládnání zátěže, které pracovníci volí.

**Hlavním cílem práce je tedy analýza strategií zvládnání zátěže u pomáhajících profesí, konkrétně v hospicovém zařízení.**

Vzhledem k tomu, že výzkumná část práce je dělena do dvou částí, budou takto děleny i výzkumné cíle<sup>11</sup>, z nichž následně vyplývají konkrétní výzkumné otázky a hypotézy.

#### **Dílčí cíle výzkumu:**

- A.** deskripce Hospice na Svatém Kopečku a analýza způsobu fungování a práce v tomto zařízení v kontextu zátěže a jejího zvládnání,
- B.** analýza rozložení jednotlivých způsobů zvládnání zátěže mezi pracovníky Hospice na Svatém Kopečku, analýza rozdílů ve strategiích zvládnání zátěže jednotlivých pracovníků Hospice na Svatém Kopečku v kontextu vybraných proměnných (charakteristik), analýza převažujících strategií zvládnání zátěže pracovníky Hospice na Svatém Kopečku.

---

<sup>11</sup> Tímto způsobem bude představena a uváděna celá výzkumná část, vždy tam, kde to bude potřeba.

### ***Výzkumné otázky vztahující se k části A***

#### **Výzkumná otázka č. 1**

Jakým způsobem funguje Hospic na Svatém Kopečku?

#### **Výzkumná otázka č. 2**

Jak je vnímána úroveň zátěže sociální pracovníci Hospice na Svatém Kopečku?

#### **Výzkumná otázka č. 3**

Jaké postupy volí tato organizace pro eliminaci zátěže (popř. pro osvojení si funkčních strategií zvládnání zátěže) u svých pracovníků?

### ***Výzkumné otázky a hypotézy vztahující se k části B***

#### **Výzkumná otázka č. 1**

Jaké je rozdělení respondentů v jednotlivých zkoumaných kritériích a kategoriích?

#### **Hypotéza č. 1**

Ošetřovatelé využívají ve větší míře Negativní strategie zvládnání zátěže než zdravotní sestry.

#### **Hypotéza č. 2**

Zdravotní sestry využívají více pozitivní strategii „Pozitivní sebeinstrukce“ než ošetřovatelé.

#### **Hypotéza č. 3**

Věřící pracovníci hospice (katolíci) využívají více pozitivní strategii zvládnání zátěže „Podhodnocení“ než ateisté.

#### **Hypotéza č. 4**

Věřící pracovníci hospice využívají více pozitivní strategii zvládnání zátěže „Odmítání viny“ než ateisté.

## 4 Výzkumný soubor

Výzkumné šetření probíhalo v Hospici na Svatém Kopečku u Olomouce. Šlo nám o zjištění výzkumných dat u zaměstnanců tohoto konkrétního zařízení. O vyplnění dotazníku SVF 78 bylo požádáno 27 respondentů, z toho 26 žen a jeden muž. Jednalo se o 14 zdravotních sester a 13 ošetřovatelů, 15 ateistů a 12 věřících (katolíků). Návratnost dotazníku byla 100%.

Sběr těchto výzkumných dat probíhal v podobě dobrovolných návštěv hospice zhruba v týdenním časovém úseku na podzim roku 2012.

**Tab. 1 Četnost respondentů**

Celý soubor	Ateisté	Věřící	Zdravotní sestry	Ošetřovatelé
27	15	12	14	13

**Tab. 2 Relativní četnost respondentů**

Celý soubor	Ateisté	Věřící	Zdravotní sestry	Ošetřovatelé
100%	55,56%	44,44%	51,85%	48,15%

## 5 Výzkumné metody

V této části budou představeny výzkumné metody použité v předkládaném výzkumném šetření. Struktura dělení výzkumných částí práce opětovně odpovídá dělení na část A a B.

- A. První část zachycuje metody použité při kvalitativním šetření zaměřeném na analýzu konkrétního hospicového zařízení. Byly využity metody pozorování a rozhovoru. V případě metody **pozorování** je cílem zachycení a popsání určitého jevu. Jde o jednu z nejčastějších metod kvalitativního výzkumu. Gavora (2000) metodu pozorování charakterizuje jako výzkumnou metodu, při níž je sledována, zaznamenávána a popisována činnost lidí, předměty, s kterými manipulují, prostředí, atd. Jde o nejstarší výzkumnou metodu používanou v přírodních a sociálních vědách. Pozorování může být buď přímé, nebo nepřímé (ze záznamu). V této práci se jedná o popis fungování Hospice na Svatém Kopečku u Olomouce.

**Rozhovor** probíhal se sociální pracovníci Hospice na Svatém Kopečku. Byly k němu přiřazeny výše uvedené výzkumné otázky, stejně tak jako tomu bylo u metody pozorování. Hendl (2008) vnímá rozhovor jako volnou formu komunikace mezi výzkumníkem a zkoumanou (dotazovanou) osobou. Gavora (2000) doplňuje, že rozhovor je explorativní výzkumná metoda vycházející z řečové komunikace mezi výzkumníkem a respondentem, a to bez opory písemného projevu respondenta. Existují tři základní formy rozhovoru: nestrukturovaný (volný, kdy si osoby nezávazně vyměňují informace a názory a vzájemně na ně reagují), strukturovaný (cílem je získat odpovědi na předem připravené otázky) a polostrukturovaný, který je na pomezí mezi dvěma předešlými. Otázky byly voleny krátké, výstižné, týkající se zátěže u pracovníků hospice. Jednalo se o zjištění toho, jak je vnímána míra jejich psychické zátěže. Byly pokládány jednoduché otevřené otázky, např. jak je vnímána úroveň zátěže, jakými prostředky je zátěž zvládána, které způsoby pomáhají při zvládání náročných situací atd.) s možností volného vyprávění, s individuálním přístupem

k respondentovi. Byla tedy použita kombinace strukturovaného, neformálního, narativního rozhovoru.

- B. V druhé části výzkumu jsme použili metodu kvantitativní, a sice **metodu dotazníkovou**. Jednalo se o test **Strategie zvládání stresu – SVF 78** (Stressverarbeitungsfragebogen), jehož autory jsou Wilhelm Janke a Gisela Erdmann. Tyto testy je možné použít u dospělé populace i adolescentů, při individuální diagnostice i při srovnávání skupin, které jsou vystaveny různým formám zátěže, v oblasti klinické psychologie, pracovní a poradenské psychologie. Dotazníková metoda SVF 78 pracuje s předpokladem, že strategie osoby při zpracování stresu jsou vědomé a že se na ně lze pomocí verbálních technik dotazovat (Švancara, 2003). Pomocí těchto testů je tedy zjišťováno a analyzováno využití strategií k redukci stresu (pozitivní strategie) nebo vedoucích k zesílení stresu (negativní strategie). Tento dotazník obsahuje 13 škál, které umožňují zachytit variabilitu způsobů, které jedinec rozvíjí a uplatňuje při zvládání zátěžových situací. Jedná se o podhodnocení, odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrolu situace, kontrolu reakcí, pozitivní sebeinstrukce, potřebu sociální opory, vyhýbání se, únikovou tendenci, perseveraci (přemítání), rezignaci a sebeobviňování. Dále popisujeme každou z těchto škál blíže. Do kategorie pozitivních strategií řadíme *podhodnocení* a *odmítání viny*. Těmito strategiím je vlastní snižovat závažnost stresoru. Subtest *podhodnocení* zachycuje sklon podhodnocovat vlastní reakce ve srovnání s jinými osobami. Subtest *odmítání viny* vyjadřuje, že chybí vlastní odpovědnost za zátěž. Subtest *odklon* je charakteristický tím, že směřuje k odvrácení zátěže, tendencí navodit psychické stavy, které stres zmírňují. Dalším subtestem (škálou) je *náhradní uspokojení*, které je zaměřeno na kladné city směřující k sebezpevnění vnějšími odměnami. Pátou škálou v pořadí je *kontrola situace* zaměřující se na analýzu aktuální situace, plánování opatření ke zlepšení situace či stavu člověka a aktivní zásah do této situace. *Kontrolou reakcí* se rozumí strategie nedovolit, aby došlo k vzrušení anebo již vzniklému vzrušení čelit. Subtest *pozitivní*

*sebeinstrukce* je popisován jako snaha přisuzovat kompetenci sobě a dodávat si odvalu v zátěžových situacích. Mezi zřídka se vyskytující strategie patří *potřeba sociální opory*, charakteristická tendencí jedince získat podporu při zpracování nebo řešení problému a také strategie *vyhýbání se* se záměrem a snahou zamezit další konfrontaci s podobnou situací. Do kategorie negativních strategií spadá *úniková tendence*, která má rezignační ráz a sníženou schopnost čelit zátěžové situaci. Dále mezi negativní strategie řadíme *perseveraci*, prodloužené přemítání, neschopnost se myšlenkově odpoutat. Předposlední strategií je *rezignace*. Ta je spojena s pocitem bezmocnosti a beznaděje, kdy se jedinec vzdává dalšího snažení o zvládnutí situace. Poslední strategie nazývána *sebeobviňování* vyjadřuje sklon ke sklíčenosti a přisuzování chyb vlastnímu jednání.

## 5.1 Metoda statistického zpracování

Při analýze výzkumných dat byla použita metoda **Studentův t – test**. Jedná se o jeden z nejnámějších statistických testů významnosti pro metrická data. „Pomocí Studentova *t* – testu můžeme rozhodnout, zda dva soubory dat, získané měřením ve dvou různých skupinách objektů (např. žáků), mají stejný aritmetický průměr“ (Chráska, 2007).

Zvolená hladina významnosti (hladina alfa) byla zvolena 0,05. Vypočítaná hodnota *t* je srovnávána s kritickou hodnotou testového kritéria pro zvolenou hladinu významnosti a příslušný počet stupňů volnosti.

Pokud je vypočítaná hodnota menší než hodnota kritická, musíme zamítnout hypotézu, neboť mezi soubory nejsou statisticky významné rozdíly. Pokud je mezi soubory statisticky významný rozdíl, je vypočítaná hodnota větší než hodnota kritická.

Studentův T-test patří mezi parametrické testy významnosti. Neparametrickou alternativou ke Studentovu T-testu je např. U-test Manna a Whitneyho (Chráska, 2007).

## 6 Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole jsou zodpovězeny výzkumné otázky a ověřovány stanovené hypotézy.

Pro **výzkumnou část A** byly stanoveny tři výzkumné otázky, které byly zodpovězeny pomocí metody pozorování v Hospici na Svatém Kopečku a rozhovoru se sociální pracovníci hospice. Pro **výzkumnou část B** byla stanovena jedna výzkumná otázka a čtyři výzkumné hypotézy, které byly ověřovány statistickými metodami F–test a T–test.

### *Část A*

#### **Výzkumná otázka č. 1**

Jakým způsobem funguje Hospic na Svatém Kopečku?

Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce je zřízen Arcidiecézní charitou Olomouc, a to v bývalém poutním domě na Svatém Kopečku u Olomouce. Byl otevřen 28. listopadu 2002 a je jediným zařízením tohoto typu v Olomouckém kraji. Ročně je zde přijato okolo 320 klientů.

Financování tohoto hospice probíhá vícezdrojově. To znamená, že jeho náklady jsou pokrývány platbami zdravotních pojišťoven (asi 55% nákladů), dále pak dotacemi MPSV, Magistrátu města Olomouce, příspěvky sponzorů a dalšími granty a dotacemi. Klienti ovšem přispívají finanční částkou podle výše svého příjmu, a to na služby v hospici jako např. telefon, lednice nebo televize.

Je zde 25 ubytovacích jednotek pro 30 klientů, kteří jsou ubytováni v pěti dvoulůžkových a dvaceti jednolůžkových pokojích. Co se týká pokojů jednolůžkových, je zde k dispozici i přistýlka pro rodinného příslušníka. Všechny pokoje mají své hygienické zázemí a jsou vybaveny signalizací, polohovacím zařízením, přístroji k aplikaci kyslíku, antidekubitními pomůckami a kontinuálními dávkovači léků. Pro klienty i jeho rodinu je k dispozici jídelna, kaple, terasa a zimní zahrada. Celý objekt je bezbariérový.

Tak jako v každém jiném hospici pečuje o klienty multidisciplinární tým, který je složen i zde z lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů, sociální pracovníce, kněze, psychologa a dobrovolníků.



Do hospice je klient přijímán, pokud je mu diagnostikována závažná diagnóza v terminálním stádiu za předpokladu, že bude respektována jeho lidská důstojnost a prožije zbytek svého života bez bolesti, neosamocen. Důležitým faktorem v hospici je i duchovní služba. Tu poskytují bratři premonstráti, kteří sem denně docházejí z nedaleké baziliky.

Celková atmosféra tohoto zařízení je klidná, vlná. Hospic je umístěn v klidné lokalitě bez venkovního ruchu. Klienti nejsou ničím vyrušováni, tráví své poslední chvíle v blízkosti své rodiny a zároveň se jim dostává profesionální péče ze strany odborníků s možností využití moderních zdravotnických zařízení.

## **Výzkumná otázka č. 2**

Jak je vnímána úroveň zátěže pracovníky hospice pohledem sociální pracovníce?

Pro doplnění a rozšíření informací o hospici, získaných metodou pozorování (viz výše), byla zvolena také analýza z hlediska míry zátěže, a to prostřednictvím rozhovoru se sociální pracovníci.

Po úvodním rozhovoru, který se zabíral tématem fungování hospice, byl směřován rozhovor k tématu zvládnutí zátěže zaměstnanců hospice. Sociální pracovníce považuje toto povolání je vysoce zátěžové a stresující, a to z toho důvodu, že zde pracovníci přicházejí do kontaktu se smrtí velmi často. 70% klientů, kteří jsou do hospice přijati, zde i zemře. Tohoto faktu jsou si pracovníci samozřejmě vědomi. Jejich motivací ke zvládnutí tak náročného povolání je právě pomoc druhým. Pokud člověk nezištně pomáhá druhému, zároveň ho to posiluje a dodává odvalu čelit takovému profesnímu zatížení. Motivací je také fakt, že pracovníci účinně pomáhají lidem, kteří by jinak byli sami, kupříkladu na nemocničním lůžku, kde není možnost neustálé přítomnosti rodinných příslušníků. Stresující je i to, že zde umírají také mladí lidé. Nejmladší klientce v tomto hospici bylo teprve pět let.

Sociální pracovníce také zmínila přístup některých lékařů v nemocnicích, kteří pečují o pacienty v terminálním stadiu nemoci. Bylo mi řečeno, že i když jsou si vědomi toho, že tomuto pacientovi již není pomoci a kurativní léčba je neúčinná, nechávají pacienta zbytečně upoutaného na lůžku v nemocnici. Děje se tak údajně proto, aby mohly být např. testovány nové léky či být prováděny

nevyzkoušené lékařské postupy. Podle názoru sociální pracovníce by měli být pacienti posíláni do hospice mnohem dříve, než jak se tomu děje dnes.

### **Výzkumná otázka č. 3**

Jaké postupy volí tato organizace pro eliminaci zátěže (popř. pro osvojení si funkčních strategií zvládnání zátěže) u svých pracovníků?

Pro pracovníky hospice je k dispozici pastor a psycholog, na které se mohou pracovníci v případě nutnosti či potřeby obrátit. Jinak ale jako zaměstnanci žádnou podporu ani supervizi nemají. Sociální pracovníce doplnila, že pouze mezi sebou. Další vzdělávání probíhá pouze v rámci zákona a záleží na zaměstnancích, jaký seminář si vyberou. Je samozřejmostí, že věřící zaměstnanci se mohou v případě zájmu účastnit mší, které se konají v kapli jedenkrát týdně. Mše je sloužena za zemřelé a v hospici se dvakrát ročně setkávají rodiny, kterým zde zemřel jejich blízký.

Celkově lze říci, že při zvládnání zátěže pracovníkům hodně pomáhá a motivuje je hlavně pomoc druhým, která je jim zároveň odměnou. Dá se říci, že je to určitá forma eliminace zátěže, kterou jsou nuceni ve svém povolání zvládat. I když je zátěž kladená na pracovníky hospice veliká, neprobíhá v tomto smyslu žádné další vzdělávání, supervize, psychohygienu ani nic podobného. Záleží tedy na každém pracovníkovi, jaký je jeho subjektivní pocit, zda cítí potřebu v tomto směru něco pro sebe udělat, či nikoliv. V tuto chvíli jako organizace Hospic na Svatém Kopečku pro zvládnání zátěže svých pracovníků neposkytuje žádnou formu pomoci, ať už se to týká psychologického poradenství mimo toto zařízení, různých seminářů, workshopů či supervizi svých zaměstnanců.

## Část B

### Popisná statistika

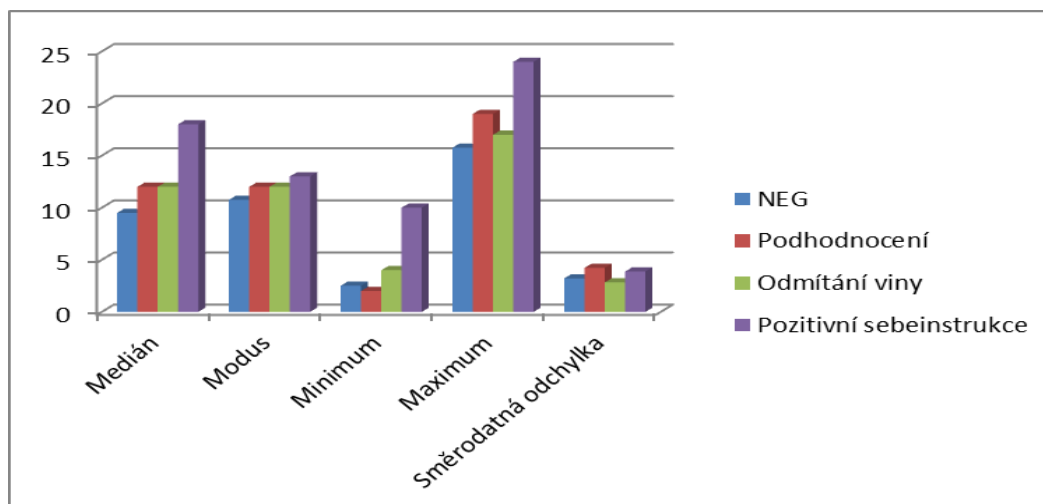
Než se budeme věnovat samotnému vyhodnocení výzkumné části B, kde jsou analyzovány jednotlivé hypotézy a převládající strategie zvládnání zátěže, budeme prezentovat popisnou statistiku sloužící k uvedení do problematiky a doplnění výzkumných údajů. Uvádíme vybrané strategie zvládnání zátěže, které jsou zpracovány v hypotézách.

Tab. 3 Popisná statistika vybraných strategií

Hodnota	NEG	Podhodnocení	Odmítání viny	Pozitivní sebeinstrukce
Medián	9,5	12	12	18
Modus	10,75	12	12	13
Minimum	2,5	2	4	10
Maximum	15,75	19	17	24
Směrodatná odchylna	3,21	4,23	2,83	3,87

NEG-negativní strategie

Graf 1. Popisná statistika vybraných strategií



Z popisné statistiky vyplývá, že hodnota **mediánu** je u „Negativních strategií“, hodnocených u zdravotních sester a ošetřovatelů 9,5. U strategie „Podhodnocení“, kde jsme sledovali věřící a ateisty, je hodnota mediánu 12,

u strategie „Odmítnání viny“, zkoumané taktéž u věřících a ateistů opět 12 a strategie „Pozitivní sebeinstrukce“, kterou jsme zkoumali opět u zdravotních sester a ošetřovatelů, je hodnota mediánu 18. Za medián je obvykle považován aritmetický průměr hodnot a je označován jako hodnota, jež dělí řadu podle velikosti seřazených výsledků na dvě stejně početné poloviny.

Další hodnotou, která byla předmětem zkoumání v popisné statistice, byl **modus**. Ten je charakterizován hodnotou, která se ve statistickém souboru, vyskytuje nejčastěji. Je to hodnota znaku s nejvyšší relativní četností. Lze říci, že se jedná o jakousi typickou hodnotu sledovaného souboru. Modus u „Negativních strategií“ je v hodnotě 10,75, u strategie „Podhodnocení“ 12, u strategie „Odmítání viny“ 12 a u strategie „Pozitivní sebeinstrukce“ 13.

Dále můžeme z Tab. 3 vyčíst **minimální a maximální** hodnoty volené u jednotlivých strategií. Minimální a maximální hodnoty u „Negativních strategií“ jsou 2,5 a 15,75. U strategie „Podhodnocení“ je to 2 a 19, u strategie „Odmítání viny“ 4 a 17 a u strategie „Pozitivní sebeinstrukce“ 10 a 24.

Pro doplnění informací uvádíme v Tabulce 3 také **směrodatnou odchylku**.

Z Grafu 1. lze také vyčíst, že v rámci těchto vybraných strategií dosahuje nejvyšších hodnot pozitivní strategie „Pozitivní sebeinstrukce“.

## Výzkumná otázka č. 1

Jaké je rozdělení respondentů v jednotlivých zkoumaných kritériích a kategoriích?

**Tab. 4 Rozdělení respondentů v jednotlivých kritériích**

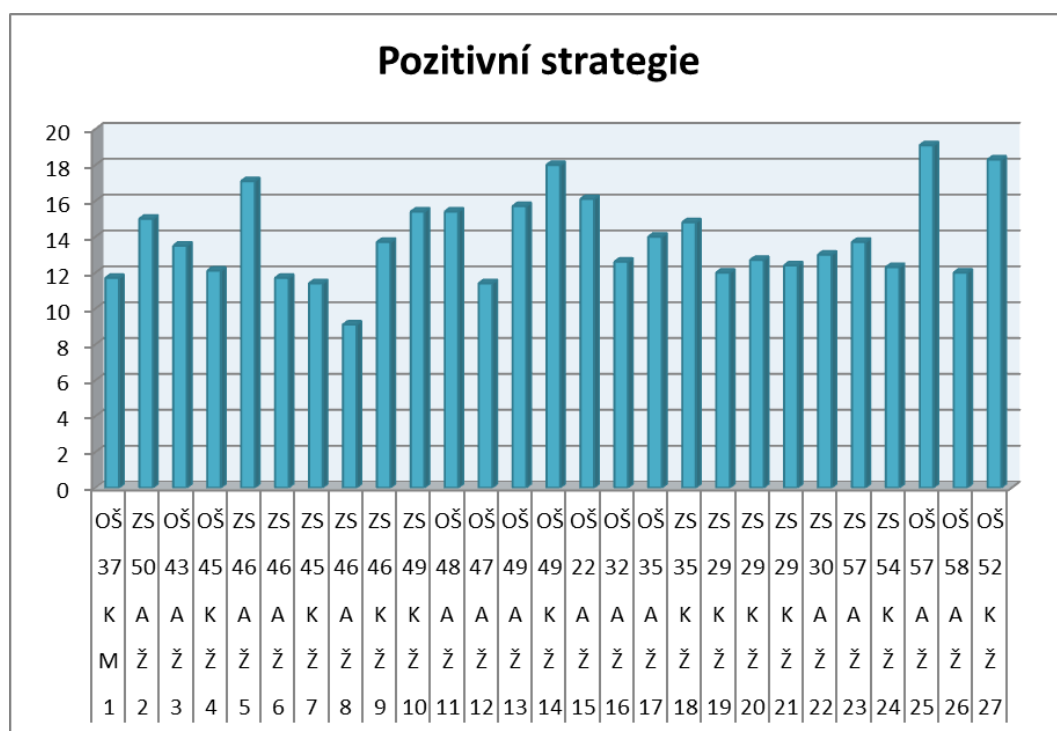
Celý soubor	Pohlaví	Věk	Povolání	POZ	POZ1	POZ2	POZ3	NEG	Podhodnocení	Odmítnutí viny	Odklon	Náhradní uspokojení	Kontrola situace	Kontrola reakcí	Pozitivní sebeinstrukce	Potřeba sociální opory	Vytváření se	Úniková tendence	Perseverace	Rezignace	Sebeobnovování	
1	M	K	37	OŠ	11,7	8,5	7,5	15,6	3,5	5	12	11	4	11	15	24	3	14	8	2	0	4
2	Ž	A	50	ZS	15	10	14,5	18,6	10,8	8	12	17	12	20	16	20	16	11	10	14	10	9
3	Ž	A	43	OŠ	13,5	8	11,5	18,6	10,3	5	11	20	3	18	20	18	5	15	11	10	12	8
4	Ž	K	45	OŠ	12,1	10,5	13	12,6	6,75	12	9	18	8	10	15	13	10	11	7	6	8	6
5	Ž	A	46	ZS	17,1	15	16,5	19	8,25	16	14	18	15	22	16	19	18	10	4	10	8	11
6	Ž	A	46	ZS	11,7	12	13	10,6	10,8	13	11	13	13	10	12	10	14	11	9	12	10	12
7	Ž	K	45	ZS	11,4	11,5	11,5	11,3	7,75	13	10	11	12	12	9	13	12	12	3	15	7	6
8	Ž	A	46	ZS	9,1	8,5	12,5	12	11	9	8	14	11	11	11	14	14	13	8	13	12	11
9	Ž	K	46	ZS	13,7	10	11	18	9,5	10	10	13	9	19	13	22	10	18	7	9	10	12
10	Ž	K	49	ZS	15,4	14,5	15	16,3	13	14	15	15	15	16	16	17	17	14	12	15	13	12
11	Ž	A	48	OŠ	15,4	13	15	17,3	11,8	12	14	17	13	18	16	18	18	13	11	14	11	11
12	Ž	A	47	OŠ	11,4	8	13,5	12,3	5,75	5	11	13	14	11	13	13	11	7	6	6	8	3
13	Ž	A	49	OŠ	15,7	13	16	17,3	8,25	12	14	18	14	18	17	17	12	13	10	6	8	9
14	Ž	K	49	OŠ	18	13	17	23	11,8	14	12	19	15	23	22	24	24	24	12	16	6	13
15	Ž	A	22	OŠ	16,1	15	16	17	7,25	13	17	20	12	17	15	19	18	21	8	10	4	7
16	Ž	A	32	OŠ	12,6	8,5	8,5	18	9	13	4	12	5	19	17	18	14	18	6	17	0	13
17	Ž	A	35	OŠ	14	12	13,5	15,6	2,5	11	13	17	10	17	17	13	15	12	2	2	2	4
18	Ž	K	35	ZS	14,8	10,5	13,5	18,6	10,5	9	12	11	16	19	15	22	22	17	13	18	14	7
19	Ž	K	29	ZS	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
20	Ž	K	29	ZS	12,7	7,5	13,5	15,6	14,5	9	6	17	10	17	15	15	10	11	11	15	13	19
21	Ž	K	29	ZS	12,4	10,5	6,5	17,7	7	10	11	10	3	16	20	17	16	15	11	9	5	3
22	Ž	A	30	ZS	13	7	14	24,5	15	4	10	14	14	15	15	19	8	19	13	24	14	9
23	Ž	A	57	ZS	13,7	7,5	12	19	15,8	2	13	15	9	22	18	17	12	21	15	22	14	12
24	Ž	K	54	ZS	12,3	10,5	7	17	9,75	7	14	10	4	19	14	18	8	11	5	12	11	11
25	Ž	A	57	OŠ	19,1	17,5	21,5	18,6	8,75	19	16	23	18	17	17	21	17	12	10	7	11	7
26	Ž	A	58	OŠ	12	12,5	10,5	12,6	7,75	12	13	14	7	12	13	13	10	12	11	7	7	6
27	Ž	K	52	OŠ	18,3	15	19,5	19,6	6,5	19	11	19	20	17	19	23	17	14	5	6	10	5

M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; OŠ-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Z Tab. 3 a Grafů 1-18 můžeme vyčíst číselné hodnoty a míru využívání jednotlivých strategií jednotlivými pracovníky Hospice na Svatém Kopečku. Škála všech grafů se je určena rozmezím hodnot 0-24, což je součet hodnot, které bylo možno získat odpověďmi v dotazníku SVF 78. Každý respondent tedy mohl v každé odpovědi (strategii) dosáhnout maximálně 24 bodů. Následující grafy znázorňují rozdíly hodnot jednotlivých respondentů i jednotlivých používaných strategií zvládání zátěže (charakteristika všech strategií viz Kapitola 5, část B).

Strategie, které jsou nejpoužívanější u pracovníků hospice, analyzujeme níže.

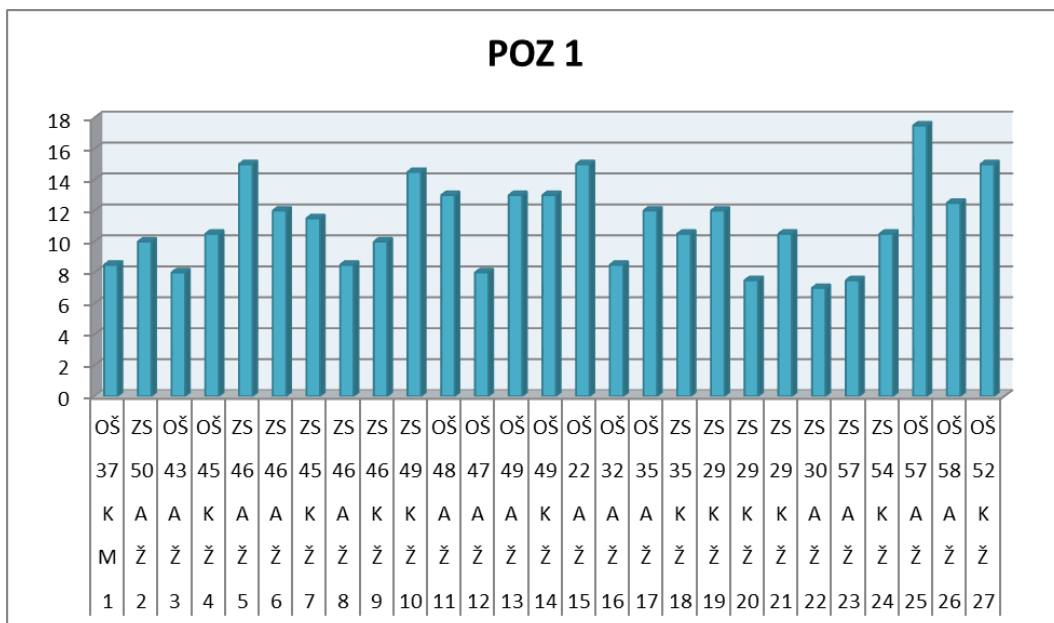
**Graf 2. Pozitivní strategie**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; Oš-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Z Grafu 2. Pozitivní strategie je patrné, že tyto strategie využívá ve větší míře skupina ošetřovatelů než skupina zdravotních sester. Dále vidíme, že skupina věřících a katolíků užívá těchto strategií téměř ve stejné míře. Z grafu plyne také zjištění, že tyto strategie jsou využívány ze všech strategií nejvíce.

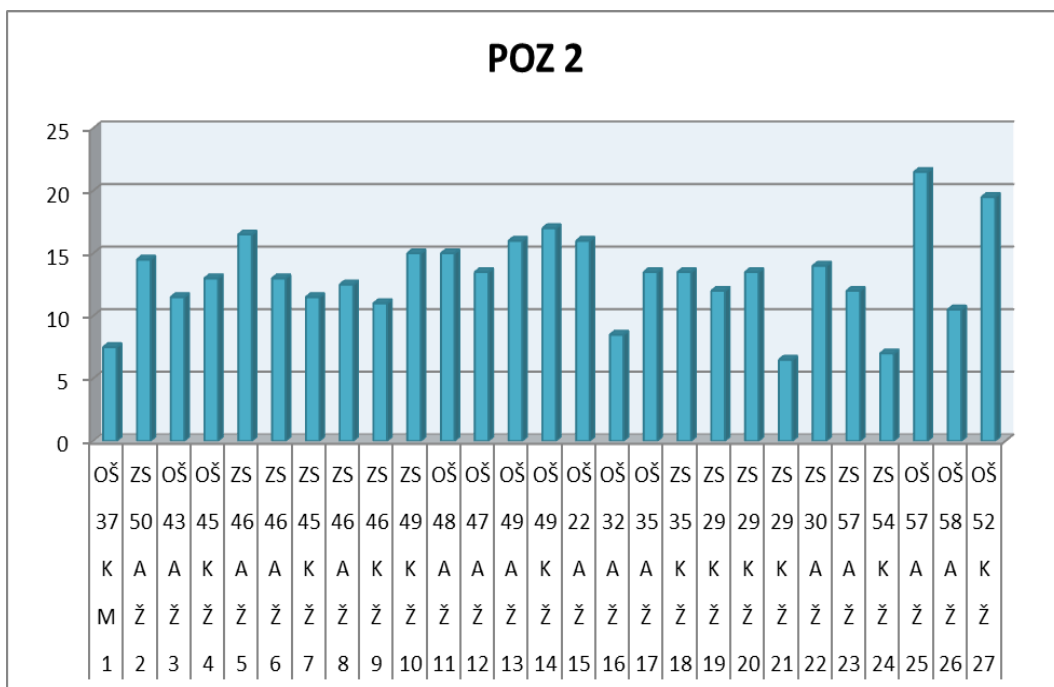
**Graf 3. Pozitivní strategie 1**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; Oš-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Z Grafu 3. Pozitivní strategie vidíme, že ošetřovatelé používají tuto strategii více než zdravotní sestry. Věřící a ateisté se opět téměř shodují.

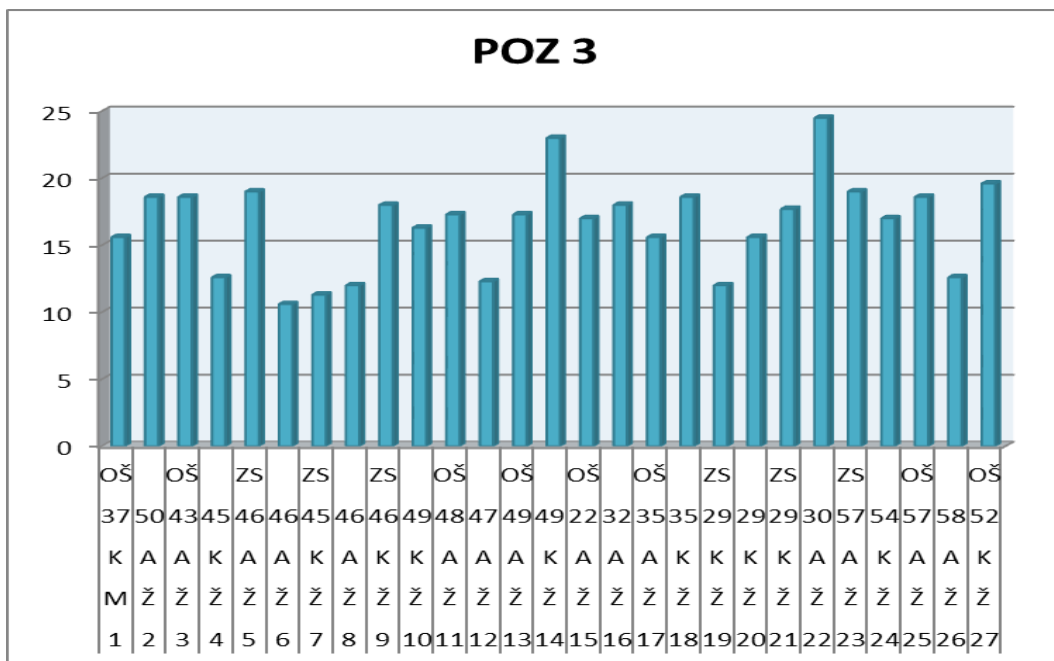
**Graf 4. Pozitivní strategie 2**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; Oš-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Graf 4. znázorňuje, že ošetřovatelé využívají tyto strategie více než zdravotní sestry, stejně jako ateisté jich využívají více než věřící.

**Graf 5. Pozitivní strategie 3**

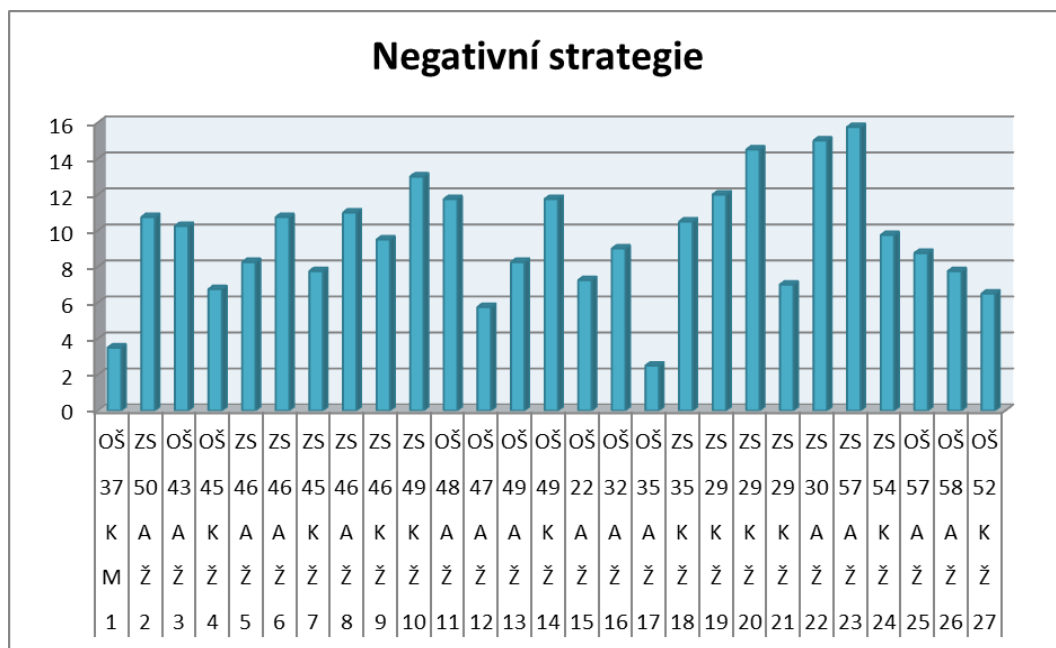


M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; OŠ-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Z Grafu 5. je patrné, že Pozitivních strategií 3 užívají v téměř stejné míře ateisté i věřící, stejně jako zdravotní sestry a ošetřovatelé.



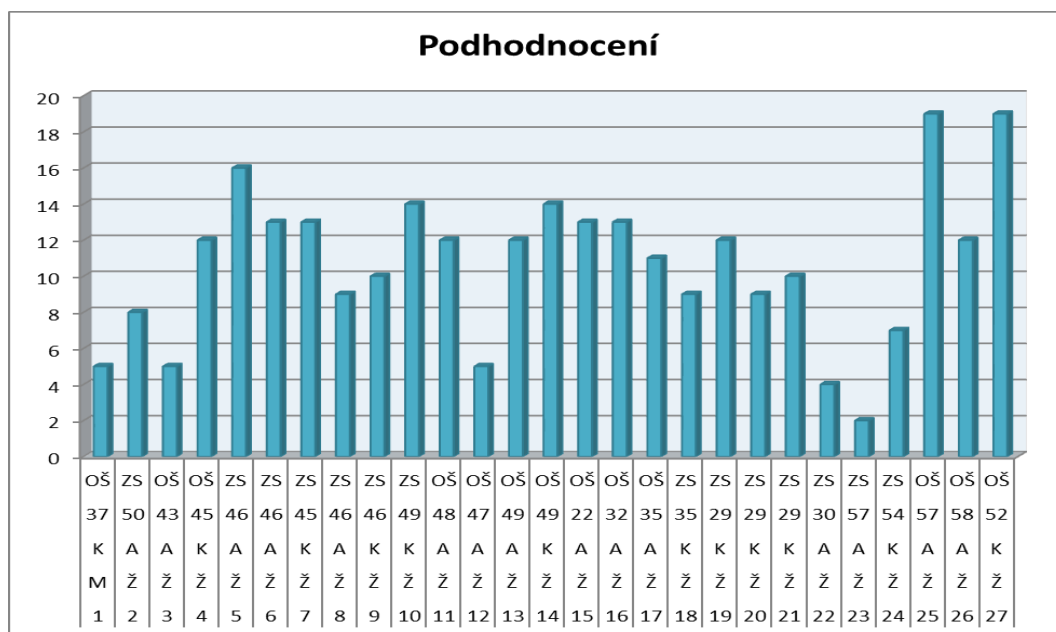
**Graf 6. Negativní strategie**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; OŠ-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Z Grafu 6. Negativní strategie vidíme patrný rozdíl mezi skupinou zdravotních sester a ošetřovatelů. Zdravotní sestry užívají Negativních strategií více než ošetřovatelé. Věřící a ateisté se pohybují ve srovnatelných hodnotách.

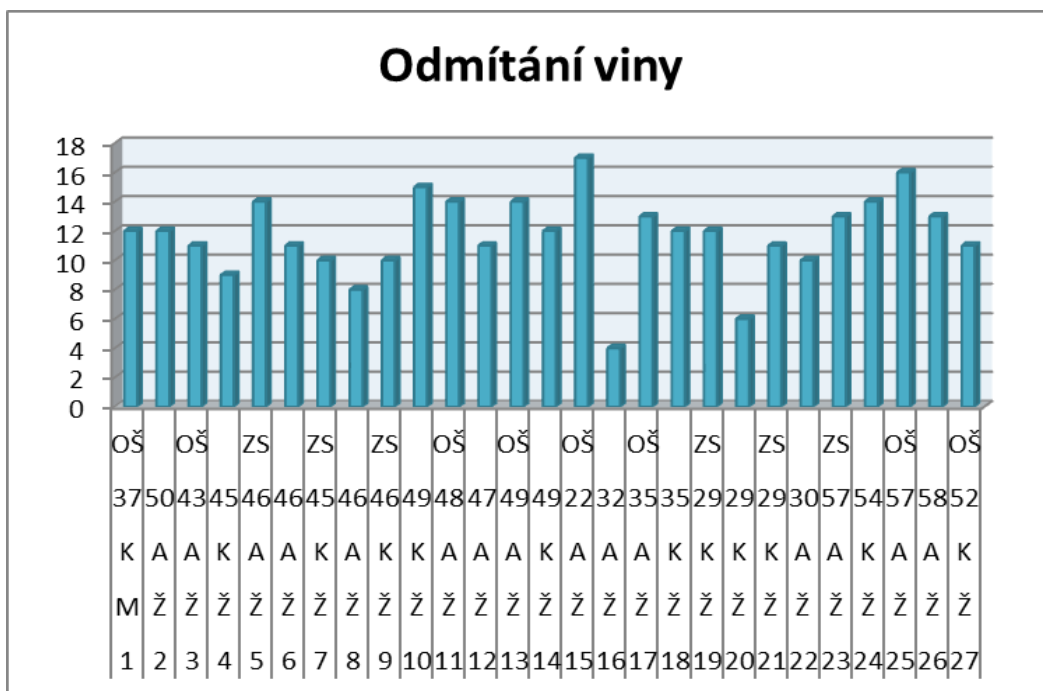
**Graf 7. Podhodnocení**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; OŠ-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Graf 7. Podhodnocení ukazuje rozdíly mezi jednotlivými pracovníky. Ošetřovatelé tuto strategii využívají ve větší míře, stejně jako věřící pracovníci.

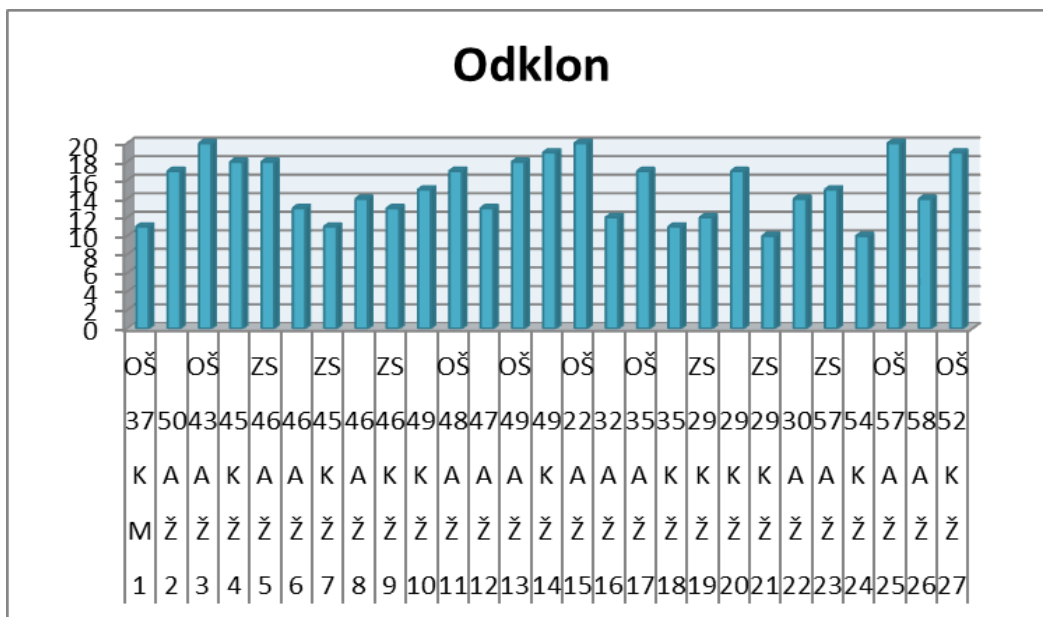
**Graf 8. Odmítání viny**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; OŠ-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Tuto strategii využívají nejvíce ošetřovatelé. Nejméně ji využívá skupina věřících.

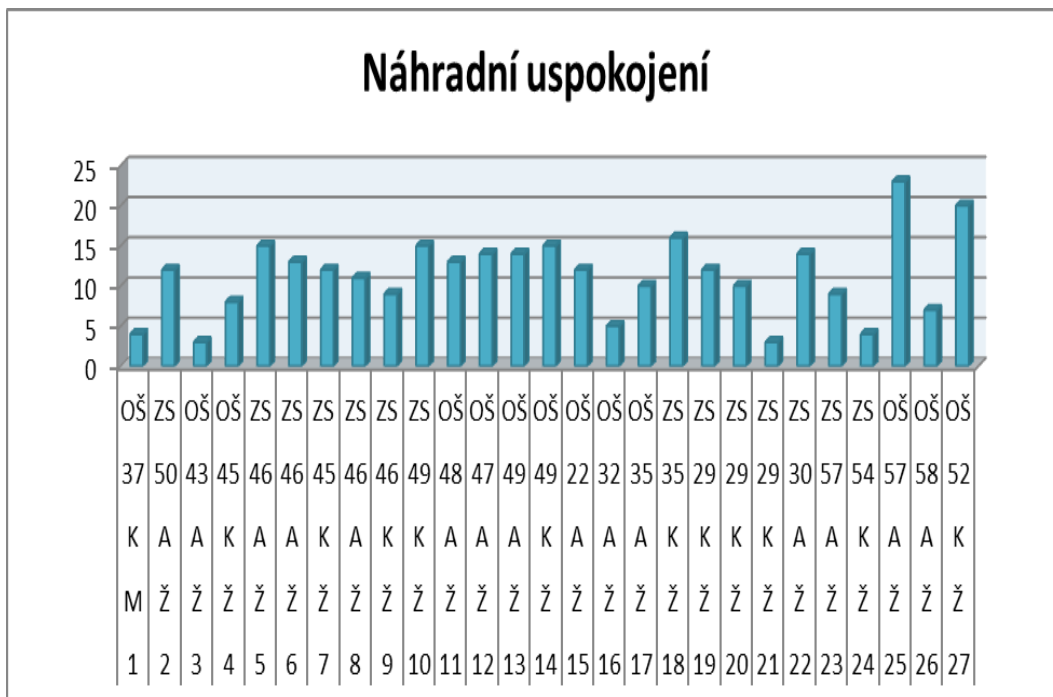
**Graf 9. Odklon**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; Oš-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Graf 9. znázorňuje, že strategii Odklon využívají v největší míře opět ošetřovatelé.

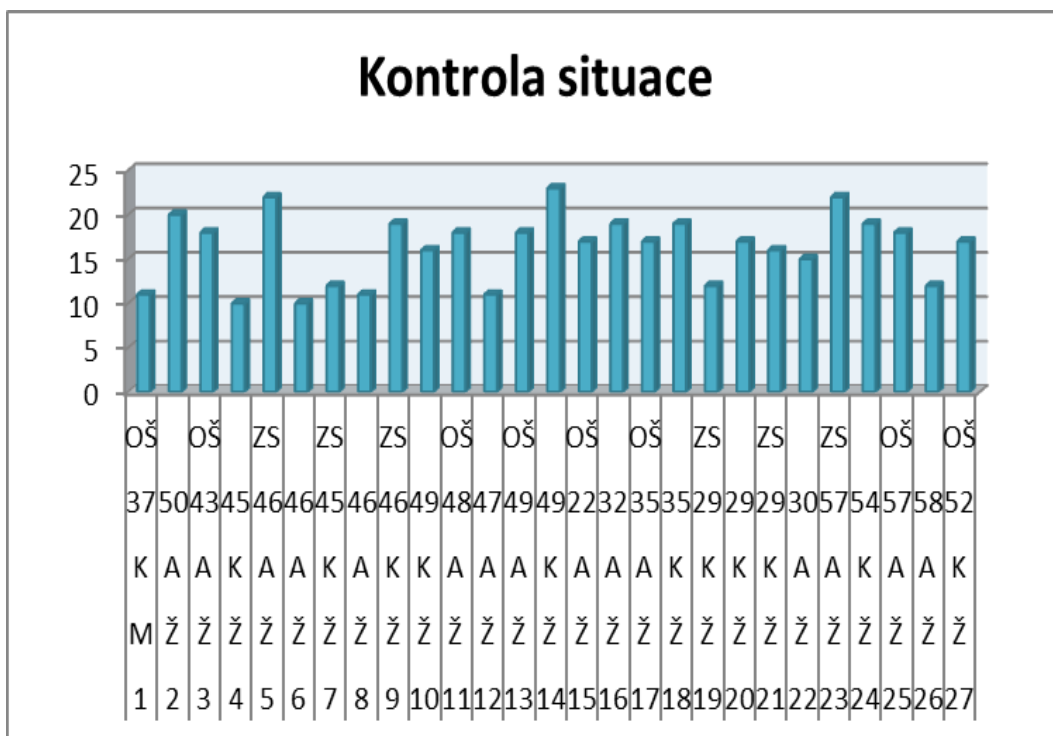
**Graf 10. Náhradní uspokojení**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; Oš-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Z Grafu 10. Náhradní uspokojení plyne, že věřící a ateisté tuto strategii zvládání zátěže používají stejnou měrou, minimálním rozdílem se liší zdravotní sestry a ošetřovatelé, kteří tuto strategii používají méně.

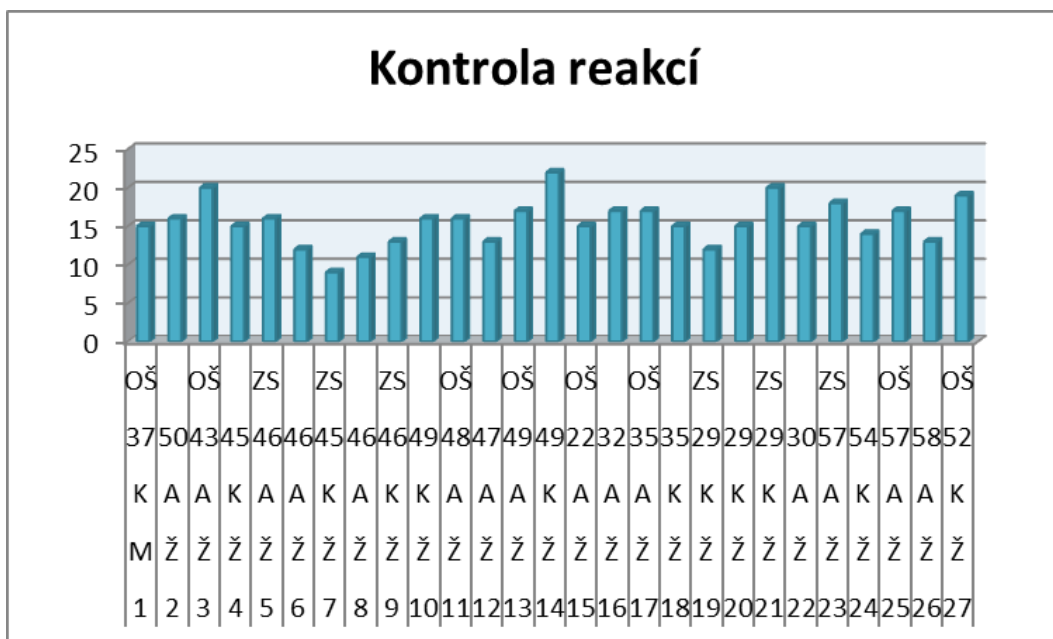
**Graf 11. Kontrola situace**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; Oš-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Z Grafu 11. vyplývá, že strategie Kontrola situace se více uplatňuje u ateistů než u věřících, dále vyplývá, že skupina zdravotních sester a ošetřovatelů využívá tuto strategii stejně.

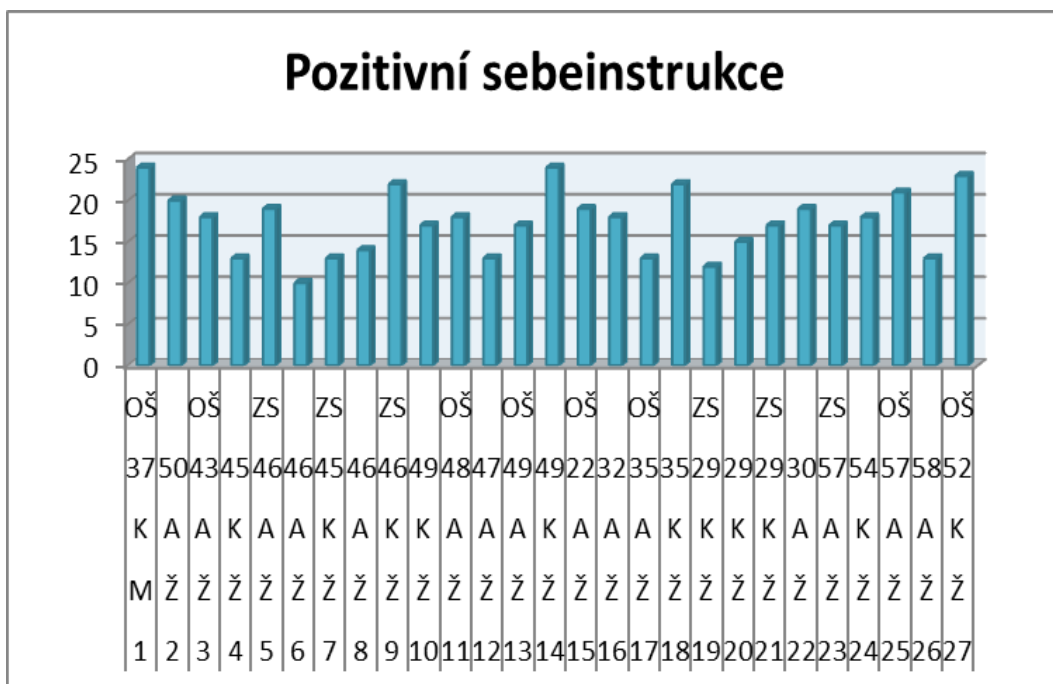
**Graf 12. Kontrola reakcí**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; Oš-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Strategie Kontrola reakcí je nejvíce využívána skupinou ošetřovatelů. Co se týká věřících a ateistů, jejich hodnoty jsou srovnatelné.

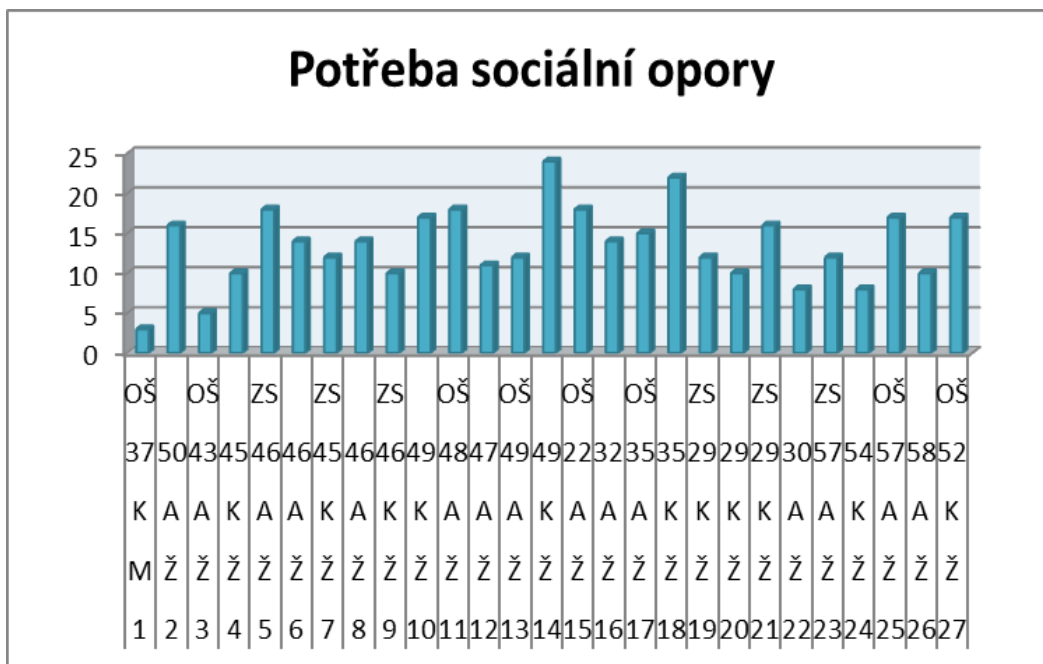
**Graf 13. Pozitivní sebeinstrukce**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; Oš-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Graf 13. Pozitivní sebeinstrukce ukazuje míru využití strategie u věřících a ateistů, věřící tuto strategii využívají ve větší míře, stejně jako ošetřovatelé více než zdravotní sestry.

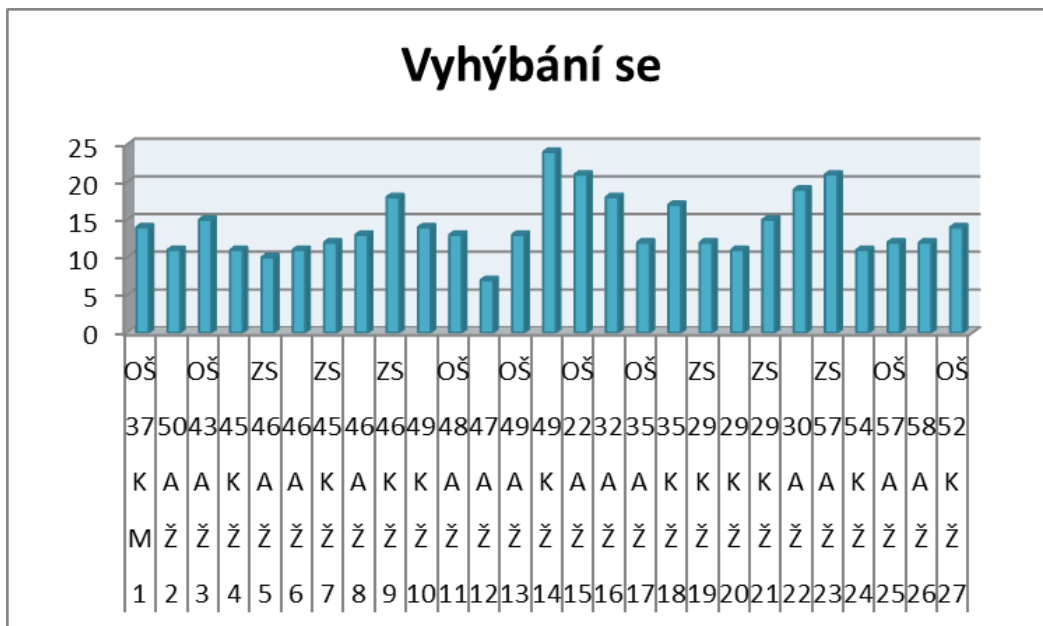
**Graf 14. Potřeba sociální opory**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; OŠ-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Strategie Potřeba sociální opory je využívána všemi skupinami pracovníků srovnatelně.

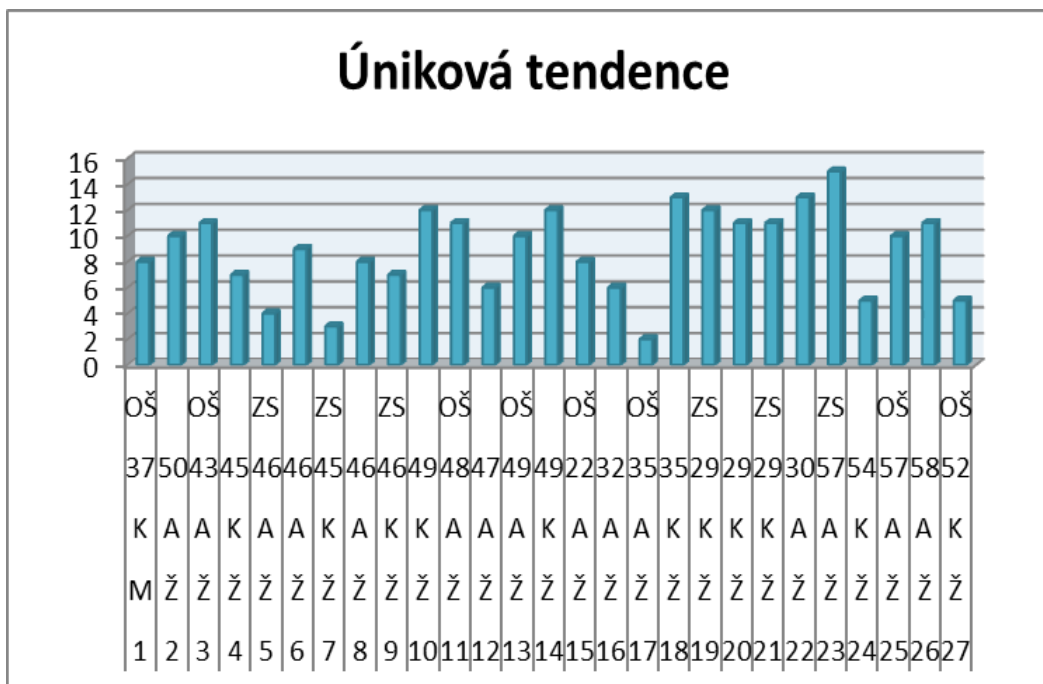
**Graf 15. Vyhýbání se**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; OŠ-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Z Grafu 15. Vyhýbání se plyne téměř stejná míra využívání této strategie u všech skupin pracovníků.

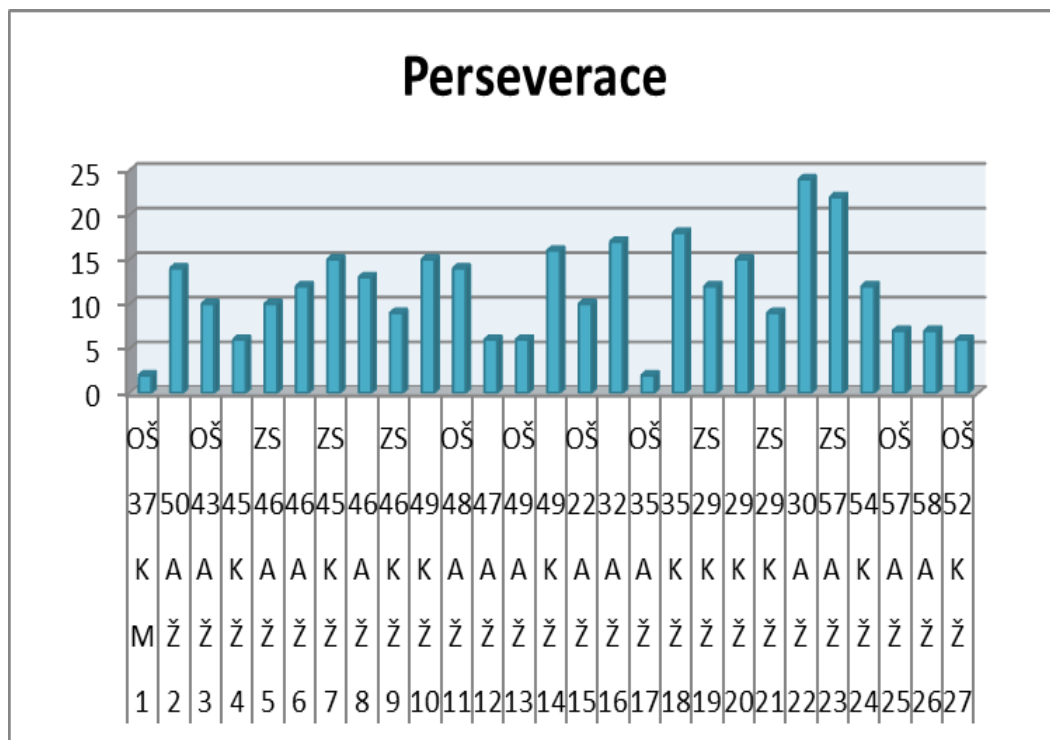
**Graf16. Úniková tendence**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; OŠ-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Hodnoty v Grafu 16. Úniková tendence značí, že tuto strategii oproti ostatním (např. pozitivním) strategiím pracovníci využívají v menší míře. Nejvíce ji využívá skupina zdravotních sester.

**Graf 17. Perseverace**

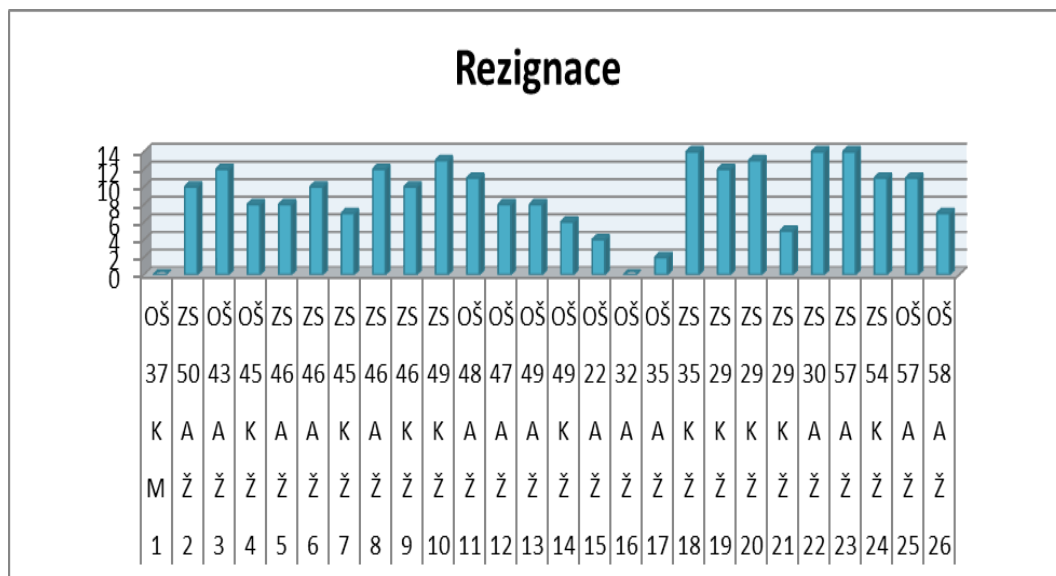


M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; OŠ-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Strategii Perseverace (přemítání) využívá v největší míře skupina zdravotních sester, nejméně skupina ošetřovatelů.



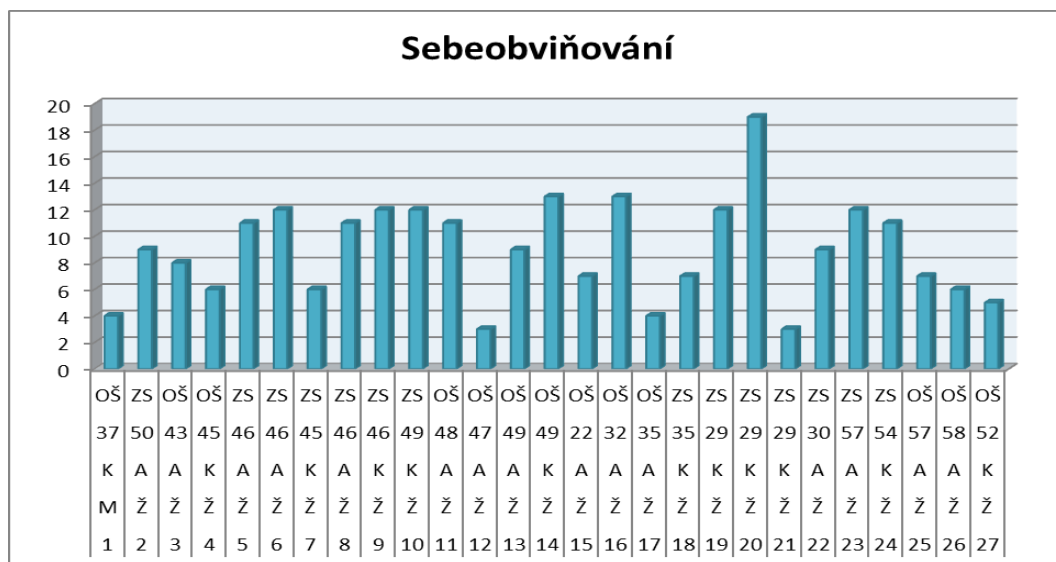
**Graf 18. Rezignace**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; OŠ-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Společně se strategií Sebeobviňování a Únikovou tendencí je tato strategie užívána nejméně (také se pohybují ve stejných hodnotách). Nejvíce strategie Rezignace využívá skupina zdravotních sester.

**Graf 19. Sebeobviňování**



M-muži; Ž-ženy; A-ateisté; K-katolíci; OŠ-ošetřovatelé; ZS-zdravotní sestry

Graf 19. Sebeobviňování znázorňuje míru využití, která je u skupiny zdravotních sester největší.

## Analýza hypotéz

K ověření všech čtyř hypotéz byla použita statistická metoda F-testu a T-testu.

F-testem byla nejprve určena rovnost či nerovnost rozptylu a na základě tohoto výsledku byl vyhodnocován T-test s rovností/nerovností rozptylu. V případě následujících hypotéz pro nás byla platná vždy rovnost rozptylu plynoucí z provedeného F-testu.

### Hypotéza č. 1

Ošetřovatelé využívají ve větší míře Negativní strategie zvládnání zátěže než zdravotní sestry.

K ověření hypotézy byla použita metoda Studentův t-test.

Byla zvolena hladina významnosti 0,05 (hladina alfa).

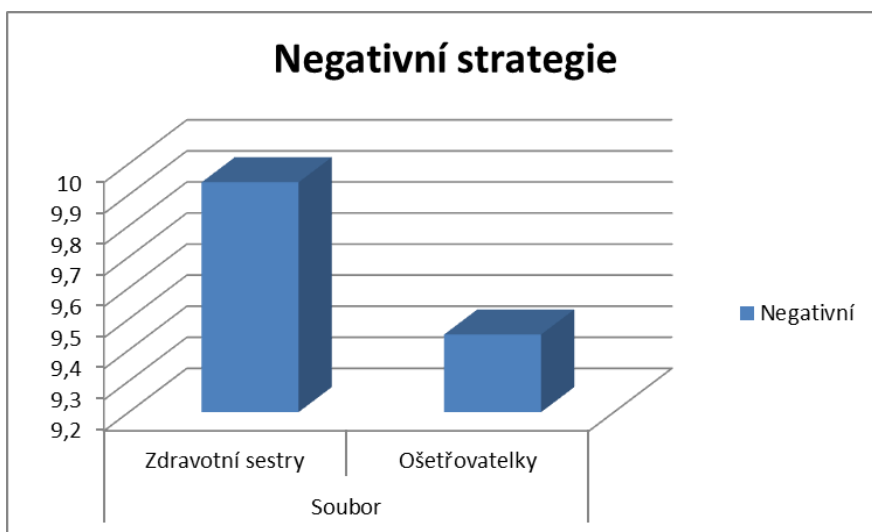
**Tab. 5 Dvouvýběrový T-test s rovností rozptylů**

<b>Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů</b>		
	<b>Soubor 1</b>	<b>Soubor 2</b>
<b>Stř. hodnota</b>	9,64	11,107
<b>Rozptyl</b>	9,537	7,228
<b>Pozorování</b>	25	14
<b>Společný rozptyl</b>	8,726	
<b>Hyp. rozdíl stř. hodnot</b>	0	
<b>Rozdíl</b>	37	
<b>t Stat</b>	-1,488	
<b>P(T&lt;=t) (1)</b>	0,072	
<b>t krit (1)</b>	1,687	
<b>P(T&lt;=t) (2)</b>	0,145	
<b>t krit (2)</b>	2,026	

**Tab. 6 Rozdíl mezi skupinou zdravotních sester a skupinou ošetřovatelů**

Strategie	Soubor	
	zdravotní sestry	ošetřovatelky
Negativní	9,94	9,45

**Graf 20. Míra využití Negativních strategií zdravotními sestrami a ošetřovateli**



Z Tab. 4 vyplývá, že statistická hodnota T (-1,488) je menší než kritická hodnota T (2,026) a P 2 (0,145) je větší než hladina alfa (0,05). Protože mezi zkoumanými skupinami ošetřovatelů a zdravotních sester není významný rozdíl, **zamítáme** námi stanovenou hypotézu. Skupina zdravotních sester a skupina ošetřovatelů využívá Negativních strategií v porovnatelné míře.

## Hypotéza č. 2

Zdravotní sestry využívají více pozitivní strategii „Pozitivní sebeinstrukce“ než ošetřovatelé.

K ověření hypotézy byla použita metoda Studentův t-test.

Byla zvolena hladina významnosti 0,05 (hladina alfa).

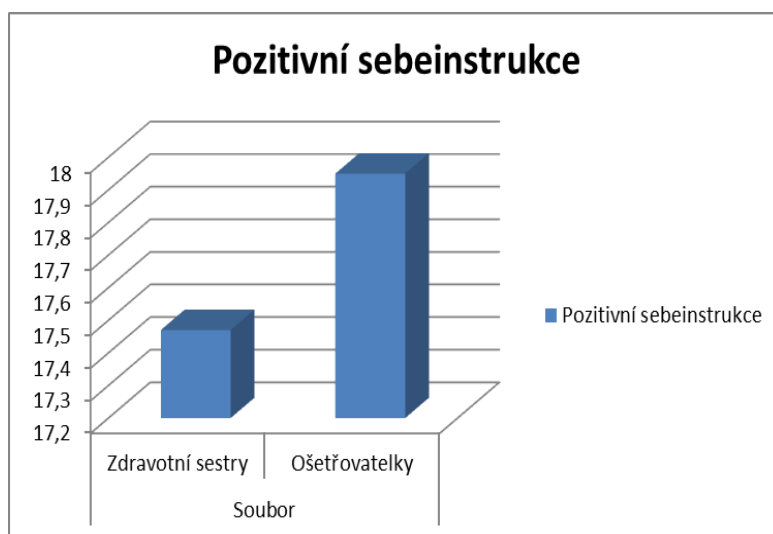
**Tab. 7 Dvouvýběrový T-test s rovností rozptylů**

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	Soubor 1	Soubor 2
Stř. hodnota	16,818	18
Rozptyl	13,013	17,333
Pozorování	22	13
Společný rozptyl	14,584	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	33	
t Stat	-0,885	
P(T<=t) (1)	0,191	
t krit (1)	1,692	
P(T<=t) (2)	0,382	
t krit (2)	2,034	

**Tab. 8 Rozdíl mezi skupinou zdravotních sester a skupinou ošetřovatelů**

Strategie	Soubor	
	zdravotní sestry	ošetřovatelky
Pozitivní sebeinstrukce	17,47	17,95

**Graf 21. Míra využití strategie Pozitivní sebeinstrukce zdravotními sestrami a ošetřovateli**



Z této tabulky vyplývá, že statistická hodnota  $T$  (-0,885) je menší než kritická hodnota  $T$  (2,034) a  $P$  2 (0,382) je větší než hladina alfa (0,05). Mezi námi zkoumanými skupinami osob neexistují statisticky významné rozdíly, a proto **zamítáme** stanovenou hypotézu, že skupina zdravotních sester využívá ve větší míře strategii „Pozitivní sebeinstrukce“ než skupina ošetřovatelů.

### Hypotéza č. 3

Věřící pracovníci hospice (katolíci) využívají více pozitivní strategii zvládnání zátěže „Podhodnocení“ než ateisté.

K ověření hypotézy byla použita metoda Studentův t-test.

Byla zvolena hladina významnosti 0,05 (hladina alfa).

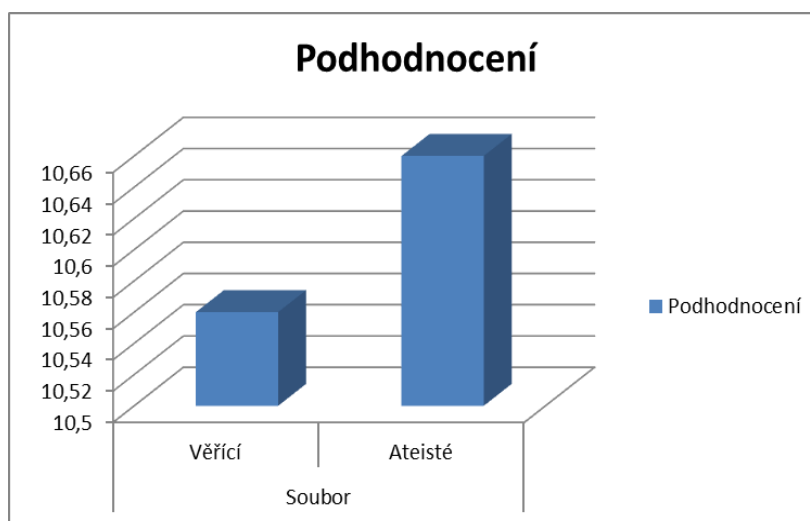
**Tab. 9 Dvouvýběrový T-test s rovností rozptylů**

Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	Soubor 1	Soubor 2
Stř. hodnota	10,56	11,166
Rozptyl	15,173	13,606
Pozorování	25	12
Společný rozptyl	14,680	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	35	
t Stat	-0,450	
P(T<=t) (1)	0,327	
t krit (1)	1,689	
P(T<=t) (2)	0,655	
t krit (2)	2,030	

**Tab. 10 Rozdíl mezi skupinou věřících a skupinou ateistů**

Strategie	Soubor	
	věřící	ateisté
Podhodnocení	10,56	10,66

**Graf 22. Míra využití strategie Podhodnocení skupinou věřících a skupinou ateistů**



Z tabulky plyne výsledek, že statistická hodnota  $T$  (-0,45) je menší než kritická hodnota  $T$  (2,030) a zároveň  $P$  2 (0,655) je větší než hladina alfa (0,05). Proto **nelze přijmout** hypotézu, že věřící využívají pozitivní strategii „podhodnocení“ více než ateisté. Mezi pozorovanými jevy není významný vztah.

#### Hypotéza č. 4

Věřící pracovníci hospice využívají více pozitivní strategii zvládnání zátěže „Odmítání viny“ než ateisté.

K ověření hypotézy byla použita metoda Studentův t-test.

Byla zvolena hladina významnosti 0,05 (hladina alfa).

**Tab. 11 Dvouvýběrový T-test s rovností rozptylů**

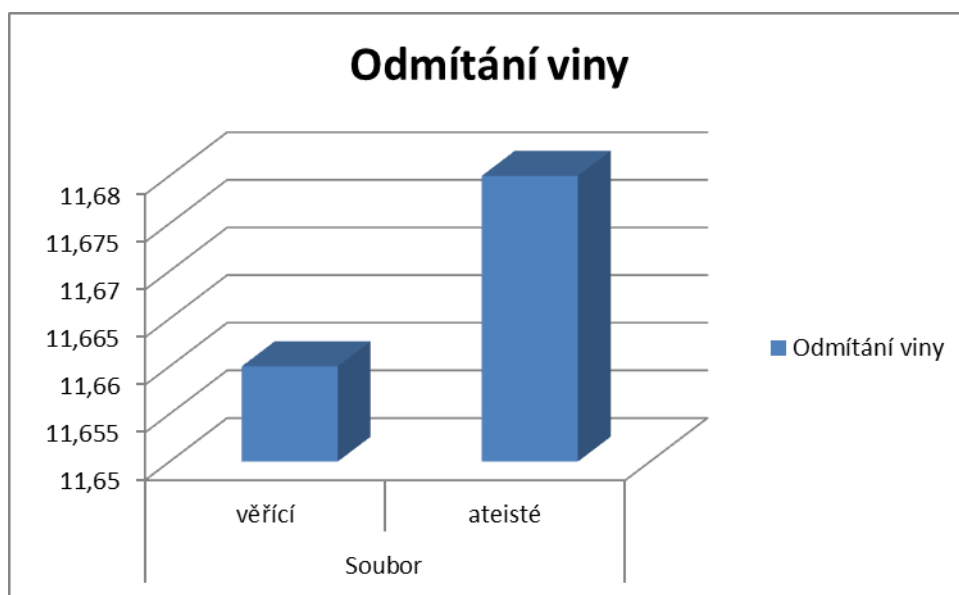
Dvouvýběrový t-test s rovností rozptylů		
	Soubor 1	Soubor 2
Stř. hodnota	11,68	11,167
Rozptyl	8,643	5,424
Pozorování	25	12
Společný rozptyl	7,631	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	35	
t Stat	0,529	
P(T<=t) (1)	0,300	
t krit (1)	1,689	
P(T<=t) (2)	0,6	
t krit (2)	2,030	

**Tab. 12 Rozdíl mezi skupinou věřících a ateistů**

Strategie	Soubor	
	věřící	ateisté
Odmítání viny	11,66	11,68



**Graf 23. Míra využití strategie Odmítání viny skupinou věřících a skupinou ateistů**



Z tabulky je zřejmý výsledek, že statistická hodnota T (0,529) je menší než kritická hodnota T (1,689) a P 2 (0,6) je větší než hladina alfa (0,05). To znamená, že mezi pozorovanými jevy v obou skupinách není vzájemný vztah a že stanovenou hypotézu, že věřící využívají více pozitivní strategii „odmítání viny“ než ateisté, **zamítáme**.

Vzhledem k tomu, že u těchto dat chybí směrodatná odchylka, jsme si vědomi toho, že data mohou být zkreslena.

### Určení převažujících strategií

Z Tabulky 4 a Grafů 2 až 19 je patrné, že u pracovníků hospice převažují **pozitivní strategie** zvládnání zátěže nad negativními. Pokud bychom se zaměřili pouze na pozitivní strategie, v jejich rámci jsou nejvíce využívány strategie „**Pozitivní sebeinstrukce**“ a „**Kontrola situace**“. Mezi nejužívanější negativní strategii patří v rámci našeho výzkumného souboru strategie „**Perseverace**“ (přemítání).

## 7 Diskuze

V této kapitole se pokusíme kriticky zhodnotit výsledky plynoucí z výzkumného šetření, které probíhalo v hospicovém zařízení, a posoudit vhodnost námi zvolené metody vyhodnocení výzkumných dat.

Ve výzkumné části A byly použity kvalitativní výzkumné metody pozorování a rozhovoru. Pozorování probíhalo v rámci dobrovolných návštěv hospice. Sběr dat probíhal prostřednictvím dotazníkového šetření. Pracovníci hospice byli požádáni o anonymní vyplnění dotazníku. Právě tuto anonymitu považujeme za velmi výhodnou, neboť lze předpokládat, že zajistila pravdivé výpovědi respondentů. Zdá se, že zvolená metoda sběru dat byla dobře zvolená pro získání potřebných dat. Za výhodu by se dalo považovat také to, že byl použit standardizovaný dotazník SVF 78, který umožňuje jistou objektivitu zpracování dat. Možnou variantou je doplnění tohoto dotazníku o rozhovor se všemi respondenty, což ale považujeme za velmi časově náročné. Zde se nabízí možnost zpracování v dalším výzkumném šetření. Zvolenou testovou baterii by bylo vhodné doplnit např. o test osobnosti, který by získaná data zpřesňoval a dále by umožnil zjištění vzájemných vazeb mezi převládající volbou strategie zvládnání zátěže a osobnostními rysy.

Pozorováním a rozhovory bylo zjištěno, že se o klienty stará multidisciplinární tým, jehož členové jsou kromě lékařů, psychologa a dobrovolníků, také sociální pracovníce a pastorační pracovníce. Samy řekly, že jejich povolání je vnitřně naplňuje a tak jako všechny zkoumané pracovníky jim je motivací pomoc druhým. Snaží se totiž zpříjemnit chvíle lidem, kteří před sebou nemají více než půl roku života. S tímto vědomím toto povolání také vykonávají a berou je jako své poslání. Z rozhovoru se sociální pracovnící vyplynulo, že toto povolání vnímá jako vysoce zátěžové. Jak již bylo zmíněno výše, je si toho vědomá a pravděpodobně ví, jak se této zátěži úspěšně bránit. Velkou motivací je pro ni pomoc druhým lidem, nejen samotným umírajícím, ale také jejich rodinným příslušníkům. Zvláště těžké podle jejich slov bylo, když byla klientkou hospice teprve pětiletá holčička, která umírala na leukémii. V tomto povolání je ovšem potřebné si zachovat zdravý odstup, aby nedošlo k navázání bližšího vztahu s klientem. Jinými slovy by měl být vztah pracovníka a klienta do určité

míry profesionální. Na druhou stranu je ale potřebný individuální přístup ke každému klientovi. Obě tyto pracovnice byly věřící, což do jisté míry, zdá se, ovlivňuje výkon jejich povolání. Zdá se, že v případě sociální pracovnice je její přístup k výkonu povolání určen více faktory, a sice již zmíněnou vírou, která jí jistě velice pomáhá při zvládnání každodenních starostí. Sama dochází na bohoslužby v místní kapli. Samozřejmě je její přístup dán také typem osobnosti a uspokojením z vykonávané práce a pomoci potřebným. Sociální pracovnice se vyznačovala velmi tichým projevem, z jejího jednání byla patrná jistá pokora, pochopení pro druhého člověka, což je zde na místě. Bylo by zajímavé uskutečnit výzkum na téma volby povolání v takovémto prostředí, kde je všudypřítomná smrt, v kontextu již zmíněného typu osobnosti. Lze totiž předpokládat, že určité typy lidí budou vyhledávat takové pracovní prostředí, kde budou potřební a budou moci pomáhat druhým, nemohoucím lidem. Pravděpodobně by se jednalo o typy lidí, kteří jsou spíše tišší, introvertní, se sklonem obětovat se pro ostatní a se sociálním cítěním.

Velmi na mne zapůsobila prohlídka hospice s pastorační pracovnicí, která mne dokonce provedla místní kaplí, ve které jsou uloženy ostatky Matky Terezy. Lze konstatovat, že hospic má klidnou atmosféru, příjemné prostředí, ve kterém nechybí terasa, zimní zahrada či odpočinková místnost, kde si mohou klienti číst, hrát na klavír nebo jen tak povídat. V souvislosti s možnými navazujícími výzkumy na podobná témata by bylo možné zabývat se interpersonálními vazbami v hospici, které mají zajisté vliv na strategie zvládnání zátěže.

Dále bylo rozhovorem zjištěno, že ze strany zaměstnavatele neprobíhá žádné další vzdělávání pracovníků. Domníváme se, že je to velká škoda. Takto zatížení zaměstnanci hospice by si zasloužili nějakou formu pomoci. Je otázkou, zda je dostačující péče ze strany místního psychologa a pastora a do jaké míry jednotliví pracovníci poznají, zda je zapotřebí těchto služeb využít. To už ovšem záleží na dobrovolném rozhodnutí každého zaměstnance. Je dobré, že mají alespoň tuto možnost, i když je to v tomto ohledu naprosté minimum. Myslíme si, že ne každý člověk na sobě pozná a vyzoruje, kdy je zapotřebí určitá profesionální pomoc zvenčí. Z rozhovoru bylo zřejmé, že sociální pracovnice by nějakou formu pomoci uvítala, na druhou stranu ale působila jako velmi

vyrovnaný člověk. To ovšem mohlo být dáno i jejím mladým věkem. Je také otázkou, proč v tomto směru nejsou podnikány žádné kroky. Je to pravděpodobně způsobeno finanční situací zřizovatele. Bylo překvapujícím zjištěním, že nejsou vyvíjeny žádné aktivity. V tomto ohledu by mohlo být v návaznosti na naši práci realizováno další výzkumné šetření, jehož cílem by bylo zjištění, zda je žádoucí zařazení kurzů, seminářů, odborné supervize pro potírání stresu apod. a zda by toto vůbec bylo účelné.

Druhá část našeho výzkumu se týkala kvantitativního šetření, kdy byl použitý dotazník SVF 78. K ověřování hypotéz byla použita statistická metoda F-testu a T-testu. Jsme si vědomi toho, že velikost výzkumného souboru byla malá, ovšem šlo nám o analýzu tohoto konkrétního hospice. Jsme si také vědomi toho, že existuje jiná metoda vyhodnocení těchto výzkumných dat (jde o metodu Mann-Whitneyův test). Domníváme se, že použitá statistická metoda F-testu a T-testu byla správně zvolena a umožnila analyzovat sledované jevy.

### **Hypotéza č. 1**

Ošetřovatelé využívají ve větší míře Negativní strategie zvládání zátěže než zdravotní sestry.

Do kategorie Negativních strategií patří čtyři subkategorie: úniková tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování. V tomto okruhu jsou zařazeny tendence k nasazení nepříznivých, spíše stres zesilujících způsobů zpracování. Zároveň je přítom zachycována chybějící kompetence zvládání s únikovými tendencemi, s reakcemi rezignace a neschopnost uvolnění.

V první hypotéze byl tedy zkoumán rozdíl v míře využívání Negativních strategií mezi těmito skupinami. Tato hypotéza byla zdůvodněna tím, že zdravotní sestry disponují většími kompetencemi než ošetřovatelé, proto jsme předpokládali, že ošetřovateli budou Negativní strategie využívány hojněji.

Ověřením hypotézy prostřednictvím F-testu a T-testu bylo zjištěno, že není rozdíl v míře využití této strategie mezi zdravotními sestrami a ošetřovateli a tuto hypotézu jsme museli zamítnout. Pravděpodobně je to dáno tím, že všichni

pracovníci jsou velmi dobře motivováni k výkonu svého povolání, bez ohledu na jejich pracovní zařazení a kompetence, kterými disponují.

### **Hypotéza č. 2**

Zdravotní sestry využívají více pozitivní strategii „Pozitivní sebeinstrukce“ než ošetřovatelé.

Strategie Pozitivní sebeinstrukce patří do strategií pozitivních a jsou obrazem toho, v jaké míře mají jedinci sklon přisuzovat kompetenci sobě a dodávat si odvalu v zátěžových situacích. Tato strategie zahrnuje kladné postoje a myšlenky, které zvyšují sebedůvěru. Jde o apely vydržet, sugesci nevzdat se a implikuje také představy o očekávané efektivitě jednání.

Domněnku, že zdravotní sestry využívají tuto strategii více, zdůvodňujeme tím, že platové ohodnocení zdravotních sester (díky větším kompetencím a vyššímu vzdělání), je vyšší a tím pádem mají více tendenci ke kladnému postoji v zátěžových situacích.

Hypotézu č. 2 jsme zamítli, protože bylo zjištěno, že obě skupiny využívají tuto strategii ve stejné míře. Důvod může být pravděpodobně ten, že platové ohodnocení považují obě skupiny za dostatečné a opět to může být dáno také vysokou mírou motivovanosti obou skupin k výkonu tohoto povolání.

### **Hypotéza č. 3**

Věřící pracovníci hospice (katolíci) využívají více pozitivní strategii zvládání zátěže „Podhodnocení“ než ateisté.

Strategie nazvaná Podhodnocení patří taktéž do oblasti pozitivních strategií a je charakterizována tendencí podhodnocovat vlastní reakce ve srovnání s jinými osobami nebo je hodnotit příznivěji. Tato strategie se rovněž jeví jako antagonistka negativních strategií.

K vytvoření této hypotézy nás vedla domněnka, že věřící pracovníci lépe hodnotí vlastní reakce a to z toho důvodu, že se dokáží spolehnout na svou víru, obrátit se na Boha a tím pádem příznivěji hodnotit své jednání, zdůvodnit si jej.

Tato hypotéza byla zamítnuta a to díky tomu, že bylo zjištěno, že skupina věřících i ateistů užívá této strategie ve srovnatelné míře. Domníváme se, že to je proto, že nejen věřící, ale i ateisté jsou schopni nacházet pomoc a útěchu jinde, než v Bohu a víře. Toto může být opodstatněno i faktem, že se mohou, stejně jako věřící, obrátit na své blízké, přátele či kolegy, v nichž jistě nachází potřebnou podporu.

#### **Hypotéza č. 4**

Věřící pracovníci hospice využívají více pozitivní strategii zvládnání zátěže „Odmítání viny“ než ateisté.

Pozitivní strategie Odmítání viny vyjadřuje, že chybí vlastní odpovědnost za zátěž. Patří ke strategiím devalvace.

Že tuto pozitivní strategii využívají věřící ve větší míře, jsme usoudili z toho důvodu, že ateisté budou dávat vyšší míru viny sobě samému než věřící, kteří se opět mohou obrátit na Boha a víru. Můžeme vycházet z předpokladu, že ateistický člověk spíše přisuzuje své činy sobě než člověk věřící, který svět chápe v kontextu vyšších sil a většinu dění ve svém životě bere jako cestu, kterou mu určil Bůh.

Zamítnutí hypotézy bylo dáno tím, že jak věřící, tak ateisté používají tuto strategii bez výrazného rozdílu a pravděpodobně přisuzují odpovědnost za zátěž sobě. Tím, že jsou každodenně v kontaktu se smrtí a umíráním, můžeme dojít k závěru, že se naučili zacházet s odpovědností za zátěž. Pohybují se ve stejném pracovním prostředí a bez ohledu na svou víru či ateismus užívají strategii Odmítání viny stejně.

Z analýzy převažujících strategií bylo zjištěno, že celkově nejpoužívanějšími strategiemi u pracovníků hospice, jsou „**Pozitivní strategie**“, v jejich rámci to jsou strategie „**Pozitivní sebeinstrukce**“ a „**Kontrola situace**“. Domníváme se, že to je dáno správnou mírou zvolených strategií a tím, že jednotliví pracovníci vědí, jak se účinně bránit zátěži, případně jak ji dobře zvládnout a co dělat pro její minimalizaci.

Vzhledem k tomu, že cílem naší práce bylo zjištění míry používání jednotlivých strategií zvládnání zátěže v rámci pracovníků konkrétního hospice, nemůžeme srovnat výsledky našeho výzkumu s výsledky jiných výzkumů, neboť tyto byly zaměřeny na vztah mezi jednotlivými používanými strategiemi a typem osobnosti, o který bychom náš výzkum doplnili příště.

Co ale srovnat můžeme, jsou nejčastěji používané strategie zvládnání zátěže u celého zkoumaného souboru. Z výsledků naší práce, stejně jako z výsledků Diplomové práce I. Landecké (2010), jejíž výzkumný soubor byl složen ze zdravotních sester, pedagogů a psychologů, vyplývá, že nejčastěji používanou strategií byla strategie Pozitivní sebeinstrukce. Dále jsme zjistili, stejně jako zmiňovaná autorka, že nejméně používanými strategiemi jsou negativní strategie Sebeobviňování a Rezignace. V tomto ohledu se tedy výsledky naší práce shodují. Protože do oblasti pomáhajících profesí patří zdravotní sestry, ošetrovatelé, pedagogové i psychologové, mohli jsme výsledky porovnat v rámci pomáhajících profesí všeobecně.

## **Závěr**

V teoretické části diplomové práce věnujeme pozornost stresu a zátěži, historii stresu a stresovým reakcím jako je např. naučená bezmocnost. V kapitole o příznacích a důsledcích stresu se věnujeme třem oblastem, které stres postihuje, je to oblast psychologická, fyziologická a behaviorální. Dále se zabýváme copingovými strategiemi, kde obecně popisujeme, co znamená adaptace a coping, popisujeme vhodné a nevhodné způsoby zvládnání zátěže. Do teoretické části naší práce jsme zahrnuli také kapitolu o pomáhajících profesích, o předpokladech pomáhajících pracovníků a hospicovém hnutí, kde se zabýváme jeho vznikem a jeho posláním.

Ve výzkumné části práce analyzujeme data, která byla získána výzkumným šetřením v Hospici na Svatém Kopečku u Olomouce, a to metodami jak kvalitativními (pozorování a rozhovor), tak metodami kvantitativními (dotazníkové šetření). Výzkum byl proveden u pracovníků hospice u skupiny zdravotních sester a ošetřovatelů. Cílem výzkumu byla analýza strategií zvládnání zátěže u pomáhajících profesí, konkrétně v tomto hospicovém zařízení. Dílčím cílem pak byla deskripce a analýza způsobu Hospice na Svatém Kopečku u Olomouce. Dalším dílčím cílem bylo určení převažujících strategií a analýza rozdílů ve strategiích zvládnání u jednotlivých pracovníků hospice.

Na závěr je nutno zmínit téma důležitosti pracovníků v pomáhajících profesích. Tomuto tématu totiž není věnována dostatečná pozornost ani ze strany veřejnosti, ani ze strany zaměstnavatelů. Jak již bylo zmíněno, je to dáno jejich finančními možnostmi, ale také nezájmem široké veřejnosti o toto téma. Navzdory tomu jsou tyto pracovníci velice potřební, přináší útěchu lidem v jejich posledních chvílích. V neposlední řadě je zapotřebí těmto lidem pomáhat, aby také oni pocítili podporu a pomoc, kterou sami poskytují. U pracovníků hospiců to jistě platí dvojnásob, neboť stres je pro ně nedílnou součástí života a je nutno vědět, jak jej zvládnout a umět si od něj pomoci. Právě to je dáno jak individuálními kompetencemi daného pracovníka, tak i pomocí od dané zaměstnavatelské organizace.



Na závěr můžeme říci, že všechny cíle, které jsme si stanovili, byly splněny.

## Seznam použité literatury

### *Knižní publikace:*

1. ATKINSON, Rita, L. *Psychologie*. Praha: Victoria Publishing, 1993. 751 s. ISBN 80-7178-640-3.
2. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní a hospicová péče*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. 62 s. ISBN 978-80-7464-208-1.
3. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče v geriatrici*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. 101 S. ISBN 978-80-7368-835-6.
4. ČÁP, Jan a Jiří MAREŠ. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001. 655 s. ISBN 80-7178-463-X.
5. CARNEGIE, Dále. *Jak překonat starosti a stres*. Praha: Práh, 2011. 155 s. ISBN 978-80-7252-320-7.
6. DEWE, Philip. *Coping with work stress: a review and critique*. John Wiley and Sons Ltd, 2010. 193 s. ISBN 978-0-470-99766-6.
7. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
8. HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2007. 119 s. ISBN 978-80-7367-346-8.
9. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
10. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
11. HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, 2008. 94 s. ISBN 978-80-7345-157-8.
12. HLADKÝ, Aleš. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. Praha: Karolinum, 1993. 173 s. ISBN 80-7066-784-2.
13. HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada, 2006. 160 s. ISBN 80-247-1424-8.
14. HUNT, Morton. *Dějiny psychologie*. Praha: Portál, 2000. 708 s. ISBN 80-7178-386-2.
15. CHARVÁT, Josef. *Život, adaptace a stress*. Praha: Avicenum, 1973. 136 s.

16. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
17. JANKE, Wilhelm a Gisela ERDMANNOVÁ. *Strategie zvládání stresu – SVF 78*. Praha: Testcentrum, 2003.
18. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
19. KOHOUTEK, Tomáš. *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia, 2009. 362 s. ISBN 978-80-200-1816-8.
20. KOPECKÝ, Miroslav a Martina CICHÁ. *Somatologie pro učitele*. Olomouc: UNiverzita Palackého v Olomouci. 263 s. ISBN 80-244-1072-9.
21. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha: Portál, 1997. 147 s. ISBN 80-7178-150-9.
22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada, 2012. 138 s. ISBN 978-80-247-4007-2.
23. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
24. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada, 2003. 176 s. ISBN 80-247-0575-3.
25. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
26. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing, 1997. 125 s. ISBN 80-7169-349-9.
27. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Stanislav KACZMARCZYK. *Poslední úsek cesty*. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.
28. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. 190 s. ISBN 80-7169-121-6.
29. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených: Příručka pro zdravotnické pracovníky (Jak zlepšovat psychický stav nemocných)*. Praha, 1985. 98 s. ISBN 80-85495-43-0.
30. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

31. MACHOVÁ, Jitka. *Biologie člověka pro učitele*. Praha: Karolinum, 2002. 269 s. ISBN 80-7184-867-0.
32. MATOUŠEK, Oldřich. *Pracovní stres a zdraví*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce. 18 s. ISBN 80-239-1051-5.
33. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 2000. 336 s. ISBN 80-200-0628-1.
34. OREL, Miroslav. *Stres, zátěž a jeho zvládnutí*. Valašské Meziříčí: Obchodní akademie a VOŠ, 2009. 46 s. ISBN 978-80-254-4204-3.
35. PETERSON et al. *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press, 1993. ISBN 10: 0195044673.
36. PRAŠKO, Ján. *Panická porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén, 2006. 55 s. ISBN 80-7262-424-5.
37. PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana Prašková. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Praha: Portál, 2006. 226 s. ISBN 80-7367-079-8.
38. RENAUDOVÁ, Jacqueline. *Co je stres a jak se mu vyhnout*. Praha: Práce, 1993. 137 s. ISBN 80-208-0297-5.
39. SELYE, Hans. *Stress: Bewältigung und Lebensgewinn*. München: R. Piper, 1988. 213 s. ISBN 3-492-10631-3.
40. SELYE, Hans. *Život a stres*. Bratislava, 1966. 460 s. ISBN 65-093-66.
41. SLÁMA, Ondřej. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
42. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. 103 s. ISBN 978-247-3553-5.
42. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce homo, 1998. 148 s. ISBN 80-902049-1-0.
43. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995. 144 s. ISBN 80-902049-0-2.
44. ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. 128 s. ISBN 80-86429-36-9.
45. VAŠINA, Lubomír a Věra STRNADOVÁ. *Psychologie osobnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. 299 s. ISBN 978-80-7041-0.

46. VAŠINA, Lubomír. *Sanoterapie: (jeden ze směrů somatické psychoterapie)*. Brno: Masarykova univerzita, 1999. 300 s. ISBN 80-210-2017-2.
47. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

***Elektronické zdroje:***

1. SELIGMAN, Martin. Failure to Escape Traumatic Shock. In: *Journal of Experimental Psychology*. Vol. 74 [online]. 1967 [cit 2013-04-10]. Dostupné z: <http://psych.hanover.edu/classes/learning/papers/seligman%20maier%201967.pdf>
2. CARVER, Charles. Personality and Coping. In: *Annual Review of Psychology* [online]. 2010 [cit 2013-05-11].  
Dostupné z:  
<http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
3. LYON, Brenda. Stress, coping and health. In: *Rice, V. H. (Ed.), Handbook of stress, coping and health. Thousand Oaks: Sage Publication* [online]. 2000 [cit 2013-05-13]. Dostupné z: [http://www.sagepub.com/upm-data/44174\\_1.pdf](http://www.sagepub.com/upm-data/44174_1.pdf)

## **Seznam použitých zkratek**

apod. - a podobně

kol. - kolektiv

např. – například

popř. - popřípadě

tzv. – takzvaný

## Seznam tabulek

Tab. 1. Četnost respondentů .....	52
Tab. 2. Relativní četnost respondentů .....	52
Tab. 3. Popisná statistika vybraných strategií .....	59
Tab. 4. Rozdělení respondentů v jednotlivých kritériích .....	61
Tab. 5. Dvouvýběrový T-test s rovností rozptylů .....	74
Tab. 6. Rozdíl mezi skupinou zdravotních sester a skupinou ošetřovatelů .....	75
Tab. 7. Dvouvýběrový T-test s rovností rozptylů .....	76
Tab. 8. Rozdíl mezi skupinou zdravotních sester a skupinou ošetřovatelů .....	76
Tab. 9. Dvouvýběrový T-test s rovností rozptylů .....	77
Tab. 10. Rozdíl mezi skupinou věřících a skupinou ateistů .....	77
Tab. 11. Dvouvýběrový T-test s rovností rozptylů .....	80
Tab. 12. Rozdíl mezi skupinou věřících a skupinou ateistů .....	80

## Seznam grafů

Graf 1. Popisná statistika vybraných strategií .....	59
Graf 2. Pozitivní strategie .....	62
Graf 3. Pozitivní strategie 1 .....	63
Graf 4. Pozitivní strategie 2 .....	63
Graf 5. Pozitivní strategie 3 .....	64
Graf 6. Negativní strategie .....	65
Graf 7. Podhodnocení .....	65
Graf 8. Odmítání viny .....	66
Graf 9. Odklon .....	67
Graf 10. Náhradní uspokojení .....	67
Graf 11. Kontrola situace .....	68
Graf 12. Kontrola reakcí .....	69
Graf 13. Pozitivní sebeinstrukce .....	69
Graf 14. Potřeba sociální opory .....	70
Graf 15. Vyhýbání se .....	71
Graf 16. Úniková tendence .....	71
Graf 17. Perseverace .....	72
Graf 18. Rezignace .....	73
Graf 19. Sebeobviňování .....	73
Graf 20. Míra využití Negativních strategií zdravotními sestrami a ošetřovateli.....	76
Graf 21. Míra využití strategie Pozitivní sebeinstrukce zdravotními sestrami a ošetřovateli .....	77
Graf 22. Míra využití strategie Podhodnocení skupinou věřících a skupinou ateistů .....	78
Graf 23. Míra využití strategie Odmítání viny skupinou věřících a skupinou ateistů .....	80



## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 Dotazník

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Zuzana Bederková
<b>Katedra:</b>	Katedra psychologie a patopsychologie
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.
<b>rok obhajoby:</b>	2013

<b>Název práce:</b>	Strategie zvládání stresu u vybraných pomáhajících profesí
<b>Název v angličtině:</b>	Coping Strategies in Selected Helping Professions
<b>Anotace práce:</b>	Práce pojednává o zvládání zátěže u pomáhajících profesí. Pozornost se soustředí na popis stěžejních témat a jejich vzájemných souvislostí. Hlavním cílem práce je pak analýza strategií zvládání zátěže u pomáhajících profesí, konkrétně v hospicovém zařízení.
<b>Klíčová slova:</b>	Stres, zátěž, eustres, distres, coping, copingové strategie, pomáhající profese, hospicové hnutí
<b>Anotace v angličtině:</b>	The work discusses the management of burden by the helping professions. Attention will focus on a description of the key themes and their mutual relations. The main aim of the work is than copng strategies of burden analysis by the helping professions, specifically in the hospice facillity.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Stress, eustres, distres, coping, coping strategies, learned helplessness, helping professions, hospice
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Dotazník, vyhodnocovací list
<b>Rozsah práce:</b>	92
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk

Příloha č. 1: Dotazník SVF-78 v originální podobě pro zpracování tužka-papír

## DOTAZNÍK

### SVF 78

Wilhelm Janke, Gisela Erdmannová

Jméno: .....

Věk: ..... Pohlaví:  muž  žena

Povolání: .....

Datum: .....

#### Pokyny ke zpracování dotazníku:

Dotazník obsahuje řadu výroků – způsobů, jak člověk může reagovat v situacích, kdy je něčím (někým) poškozen, nebo vnitřně rozrušen, nebo vyveden z míry.

Přečtěte si, prosím, každý výrok a uveďte, nakolik odpovídá Vašemu způsobu reagování. Svou odpověď označte přeškrtnutím (křížkem **X**) zvoleného čísla na škále od **0 (vůbec ne)**, po **4 (velmi pravděpodobně)**:

vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
0	1	2	3	4

#### Příklad:

V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a)  
/ nebo vyveden(a) z míry ...

... zajdu navštívit dobré přátele nebo známé

vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
0	1	2	<b>X</b>	4

V tomto případě je označeno číslo **3 (pravděpodobně)**. To znamená, že „navštívit dobré přátele nebo známé“ pravděpodobně odpovídá Vašemu způsobu reagování v této situaci.

*Nevynechejte, prosím, žádný z uvedených výroků a při váhání se přikloňte vždy k vyjádření, které Vás nejlépe vystihuje.*

*Pokud omylem označíte jinou odpověď a chcete se opravit, označte křížkem **X** správnou odpověď a navíc ji i výrazně podtrhněte.*

*Pracujte plynule, ale pečlivě; nezdržujte se příliš u jednotlivých výroků. Ověřte prosím, zda jste vyplnil(a) údaje o Vás a začněte vyplňovat dotazník.*

V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a)  
/ nebo vyveden(a) z míry ....

	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
1) ... snažím se soustředit své myšlenky na něco jiného	0	1	2	3	4
2) ... řeknu si, že se nenechám vyvést z míry	0	1	2	3	4
3) ... snažím se, aby mě při řešení podpořil někdo jiný	0	1	2	3	4
4) ... cítím se nějak bezmocný(-á)	0	1	2	3	4
5) ... řeknu si, že si nemám co vyčítat	0	1	2	3	4
6) ... nemohu dlouhou dobu myslet na nic jiného	0	1	2	3	4
7) ... ptám se, co jsem už zase udělal(a) špatně	0	1	2	3	4
8) ... promyslím přesně své další jednání	0	1	2	3	4
9) ... chce se mi od toho utéct	0	1	2	3	4
10) ... řeknu si, že to vydržím	0	1	2	3	4
11) ... přemyslím, jak se příště nedostat do podobné situace	0	1	2	3	4
12) ... vyrovnám se s tím rychleji než ostatní	0	1	2	3	4
13) ... snažím se ujasnit si všechny detaily situace	0	1	2	3	4
14) ... přejdou k nějaké jiné činnosti	0	1	2	3	4
15) ... požádám někoho o radu, jak bych měl(a) postupovat	0	1	2	3	4
16) ... dám si něco dobrého k jídlu, něco co mám opravdu rád	0	1	2	3	4
17) ... pak o tom znovu a znovu přemyslím	0	1	2	3	4
18) ... řeknu si: „co nejrychleji pryč od toho“	0	1	2	3	4
19) ... mám špatné svědomí	0	1	2	3	4
20) ... řeknu si: „musíš se sebrat“	0	1	2	3	4
21) ... řeknu si, že si přece nemusím dělat výčitky svědomí	0	1	2	3	4
22) ... příště se takovým situacím hned při prvních náznacích vyhnu	0	1	2	3	4
23) ... mám tendenci hned ustoupit	0	1	2	3	4
24) ... jsem sám (sama) se sebou nespokojen(a)	0	1	2	3	4
25) ... podívám se na nějaký pěkný film	0	1	2	3	4
26) ... pomyslí si: „nedám se odradit“	0	1	2	3	4
27) ... musím o tom s někým mluvit	0	1	2	3	4

V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a) / nebo vyveden(a) z míry ....	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
28) ... přepadají mne myšlenky na útěk	0	1	2	3	4
29) ... udělám vše, abych odstranil(a) příčinu	0	1	2	3	4
30) ... jsem rád(a), že nejsem tak přecitlivělý(-á) jako druzí	0	1	2	3	4
31) ... zabývám se pak touto situací ještě dlouho	0	1	2	3	4
32) ... dělám něco, co mě od toho odvádí	0	1	2	3	4
33) ... umíním si, že se příště takovým situacím vyhnu	0	1	2	3	4
34) ... snažím se potlačit své rozrušení	0	1	2	3	4
35) ... řeknu si, že já za to nemohu	0	1	2	3	4
36) ... řeknu si, že druzí by to tak snadno nestrávili	0	1	2	3	4
37) ... dělám si výčitky	0	1	2	3	4
38) ... řeknu si: „nesmíš to v žádném případě vzdát“	0	1	2	3	4
39) ... nevím, jak mohu takové situaci čelit	0	1	2	3	4
40) ... udělám něco příjemného pro sebe	0	1	2	3	4
41) ... pouze si přeji, abych z této situace co nejrychleji vyvázl(a)	0	1	2	3	4
42) ... požádám někoho o pomoc	0	1	2	3	4
43) ... vytvořím si plán, jak mohu tyto nesnáze odstranit	0	1	2	3	4
44) ... myslím si, že za to já odpovědný nejsem	0	1	2	3	4
45) ... říkám si: „jen se nenechat odradit“	0	1	2	3	4
46) ... myslím si, že bych se nechtěl(a) v budoucnu dostat do takové situace	0	1	2	3	4
47) ... nejde mně ta situace dlouho z hlavy	0	1	2	3	4
48) ... snažím se zachovat si pevný postoj	0	1	2	3	4
49) ... všechno se mně zdá tak beznadějně	0	1	2	3	4
50) ... vrhnu se do práce	0	1	2	3	4
51) ... řeknu si, že to nakonec byla moje chyba	0	1	2	3	4
52) ... lépe se kontroluji než druzí v téže situaci	0	1	2	3	4
53) ... koupím si něco, co už jsem dlouho chtěl(a) mít	0	1	2	3	4
54) ... obvykle se mně všechno zdá nesmyslné	0	1	2	3	4

V situaci, kdy jsem něčím (někým) poškozen(a) / nebo vnitřně rozrušen(a) / nebo vyveden(a) z míry ....	vůbec ne	spíše ne	možná	pravděpodobně	velmi pravděpodobně
55) ... ujasním si, že je v mých silách situaci zvládnout	0	1	2	3	4
56) ... myslím si, že na tom nenesu žádnou vinu	0	1	2	3	4
57) ... potřebuji k tomu slyšet názor někoho jiného	0	1	2	3	4
58) ... snažím se kontrolovat své chování	0	1	2	3	4
59) ... pokouším se vymanit se ze vzniklé situace	0	1	2	3	4
60) ... v myšlenkách si pak situaci znovu a znovu přehrávám	0	1	2	3	4
61) ... aktivně se snažím situaci změnit	0	1	2	3	4
62) ... řeknu si: „dokážeš se s tím vypořádat“	0	1	2	3	4
63) ... přece se zase uklidním rychleji než ostatní	0	1	2	3	4
64) ... dbám na to, aby příště k takovým situacím vůbec nedocházelo	0	1	2	3	4
65) ... hledám něco, co by mě mohlo potěšit	0	1	2	3	4
66) ... snažím se od toho odpoutat pozornost	0	1	2	3	4
67) ... hledám vinu sám (sama) u sebe	0	1	2	3	4
68) ... snažím se s někým o problému hovořit	0	1	2	3	4
69) ... prostě se pak nemohu zbavit myšlenek na tuto situaci	0	1	2	3	4
70) ... myslím si, že k tomu nedošlo mou vinou	0	1	2	3	4
71) ... řeknu si, že se nesmím nechat rozhodit	0	1	2	3	4
72) ... splním si nějaké dlouho vytoužené přání	0	1	2	3	4
73) ... beru to lehčeji než jiní ve stejné situaci	0	1	2	3	4
74) ... nějak se od toho odpoutám	0	1	2	3	4
75) ... mám sklon rezignovat	0	1	2	3	4
76) ... snažím se přesně si ujasnit důvody, které k situaci vedly	0	1	2	3	4
77) ... uvažuji, jak se mohu příště vyhnout takovým situacím	0	1	2	3	4
78) ... nejraději bych od toho jednoduše utekl(a)	0	1	2	3	4

