



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce

Strategie zvládnutí zátěžových situací  
u ošetrovatelského personálu hospicových  
zařízení

Vypracovala: Kateřina Kadeřábková

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Mrhálek Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

V Českých Budějovicích dne 01. 07. 2024

Podpis .....

## Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce, kterým je Tomáš Mrhálek Mgr. Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a podporu, kterou mi poskytoval během procesu psaní této práce. Ráda bych také poděkovala hospicovým zařízením, která se aktivně do výzkumu zapojila.

## Abstrakt

Cílem této bakalářské práce bylo kvantitativně prozkoumat resilienci, copingové strategie a zátěž ošetrovatelského personálu hospicových zařízení a zjistit souvislosti mezi copingovými strategiemi a dalšími charakteristikami respondentů.

Bylo uskutečněno dotazníkové šetření na výzkumném souboru čítajícím 37 respondentů a výsledky byly prezentovány pomocí rozdílových testů a korelací. Byl použit dotazník resilience CD-RISC, dotazník copingových strategií SVF 78 a Meisterův dotazník pracovní zátěže.

Ošetrovatelský personál více než běžná populace využívá strategie Podhodnocení, Odmítání viny, Odklonu, Náhradního uspokojení, Potřeby sociální opory a vyhýbání se. Běžná populace oproti hospicovým pracovníkům častěji využívá strategii Perseverace. Potřeba sociální opory korelovala se zaměřením na ošetrovatelskou činnost a s mírou, do jaké byly převažující klientelou senioři.

Resilience negativně korelovala s negativními copingovými strategiemi, jako je úniková tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování. Psychická pracovní zátěž nevykazovala významnou souvislost s pracovními charakteristikami kromě pracovního režimu, který pozitivně koreloval s faktorem Monotonie a Nespecifickým faktorem. Vyšší míru těchto faktorů vykazovali pracovníci ve vícesměnném provozu. Resilience a negativní copingové strategie negativně korelovaly s hrubým skóre psychické pracovní zátěže.

Tato práce přispívá k pochopení toho, jak ošetrovatelský personál hospicových zařízení zvládá zátěž a jaké strategie používá, což může být užitečné pro návrhy intervencí na podporu jejich duševního zdraví a pracovního výkonu.

## Klíčová slova

copingové strategie; resilience; pracovní zátěž; ošetrovatelský personál; hospicová zařízení

## Abstract

The aim of this bachelor's thesis was to quantitatively explore the resilience, coping strategies, and workload of the nursing staff in hospice facilities and to explore the connections between these coping strategies and other characteristics of the respondents. A questionnaire survey was conducted with a research group of 37 respondents, and the results were analyzed using t-tests and correlations. The CD-RISC resilience questionnaire, the SVF 78 coping strategies questionnaire, and the Meister workload questionnaire were utilized.

The findings indicate that nursing staff frequently employ strategies such as undervaluation, denial of blame, diversion, substitute gratification, need for social support, and avoidance more than the general population. Conversely, the general population tends to use the perseverance strategy more often than hospice workers. The need for social support was correlated with a focus on nursing activity and the extent to which the predominant clientele were seniors.

Resilience was negatively correlated with negative coping strategies such as avoidance, perseveration, resignation, and self-blame. Psychological workload did not show a significant association with work characteristics, except for work mode, which was positively correlated with the monotony factor and the non-specific factor. Workers in multi-shift operations exhibited higher levels of these factors. Resilience and negative coping strategies were negatively correlated with the psychological workload raw score.

This work contributes to the understanding of how nursing staff in hospice facilities cope with workload and what strategies they use, which may be useful for designing interventions to support their mental health and work performance.

## Keywords

coping strategies; resilience; workload; nursing staff; hospice facilities

# Obsah

Abstrakt.....	4
Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 Zátěž .....	11
1.1 Teoretická vymezení pojmu zátěž.....	11
1.2 Teoretická vymezení pojmů stres a stresory .....	13
1.3 Důsledky zátěže a stresu .....	15
1.4 Strategie zvládnání zátěžových situací .....	16
1.4.1 Mechanismy zvládnání zátěže .....	17
1.4.2 Obranné mechanismy .....	17
1.4.3 Coping.....	18
1.4.4 Copingové strategie .....	20
2 Resilience .....	23
2.1 Teoretická vymezení pojmu resilience.....	23
2.2 Příbuzná pojetí odolnosti .....	25
3 Specifika práce v hospicovém zařízení .....	29
3.1 Cíle hospicové péče .....	29
3.2 Náplň práce v hospicovém zařízení .....	29
3.3 Pracovní zátěž .....	31
3.4 Zátěž v paliativní péči.....	32
3.4.1 Zátěžové situace a stresory v kontextu hospicové péče.....	35
3.4.2 Protektivní faktory v kontextu hospicové péče.....	37
PRAKTICKÁ ČÁST .....	41
4 Výzkumný problém a cíle práce.....	42
5 Metodika.....	45
5.1 Výzkumné nástroje .....	45
5.1.1 Sociodemografické a pracovní charakteristiky.....	45
5.1.2 SVF 78 – Strategie zvládnání stresu .....	46
5.1.3 CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale).....	47
5.1.4 Meisterův dotazník .....	47
5.2 Sběr dat a výzkumný soubor.....	48
5.2.1 Sběr dat .....	48
5.2.2 Etika výzkumu a ochrana soukromí.....	49
5.2.3 Popis výzkumného souboru .....	49

5.3	Analýza dat .....	51
6	Výsledky .....	53
6.1	Shrnutí výzkumných otázek.....	61
7	Diskuze .....	64
8	Závěr.....	70
9	Souhrn.....	72
	Seznam literatury .....	74
	Seznam tabulek.....	80

# Úvod

Zdravotnický personál je často zkoumán v kontextu zátěže a resilience, zejména v tématu syndromu vyhoření, výzkumy v oblasti paliativní péče a hospicových zařízení jsou však méně rozsáhlé. Mou motivací k výběru tohoto tématu je osobní zkušenost a přítomnost u práce ošetrovatelského personálu. Tato profese je známá svou vysokou náročností, vyžaduje nejen odborné znalosti a dovednosti, ale také silnou emocionální odolnost a schopnost zvládat extrémní stresové situace. Resilience, tedy schopnost přizpůsobit se a vyrovnávat se s nepřízní osudu, hraje klíčovou roli v tom, jak ošetrovatelé zvládají náročné pracovní podmínky. Copingové strategie, které jedinci využívají k zvládnutí stresu, jsou důležitým faktorem ovlivňujícím jejich schopnost vyrovnat se s pracovní zátěží.

Cílem tohoto výzkumu je kvantitativně prozkoumat resilienci, copingové strategie a pracovní zátěž u ošetrovatelského personálu hospicových zařízení a ověřit, zda existuje souvislost mezi copingovými strategiemi a dalšími charakteristikami respondentů. Výzkum se zaměřuje na analýzu, jak různé sociodemografické a pracovní faktory ovlivňují schopnost ošetrovatelů zvládat stres a jaký vliv má pracovní zátěž na jejich psychickou odolnost a volbu copingových strategií.

Zkoumání vztahů mezi resiliencí, copingovými strategiemi a pracovní zátěží u ošetrovatelského personálu hospicových zařízení je klíčové pro identifikaci mechanismů, které mohou zlepšit jejich psychickou pohodu, pracovní spokojenost a snížit riziko vyhoření. Identifikace efektivních copingových strategií a faktorů podporujících resilienci může přispět k vytvoření lepší podpory pracovníků a zlepšit pracovní podmínky a celkovou kvalitu života těchto pracovníků. Zaměření se na tyto vztahy může nejen poskytnout hlubší vhled do dynamiky resilience a copingu v náročném prostředí hospicové péče, ale také přinést praktické návrhy na zlepšení pracovních podmínek a podporu ošetrovatelského personálu.

Studie zabývající se pracovníky hospicových zařízení upozorňují na extrémní pracovní podmínky, kterým ošetrovatelé čelí, včetně častého styku se smrtí, emocionálního vypětí a vysoké pracovní zátěže. Mnoho z těchto výzkumů se však zaměřuje na kvalitativní analýzy nebo na specifické aspekty, jako je syndrom vyhoření, a méně na komplexní kvantitativní zkoumání vzájemných vztahů. Potřeba dalšího zkoumání vychází především



z nedostatku kvantitativních studií, které by systematicky prozkoumaly, jak resilience, copingové strategie a pracovní zátěž vzájemně souvisejí u ošetrovatelského personálu v hospicích.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 Zátěž

Zátěž nás provází celým životem (Paulík, 2017). Pojmy zátěž a stres jsou některými autory zaměňovány a používány jako pojmy s překrývajícím se významem. Většina autorů tyto pojmy však rozlišuje na základě jejich odlišného obsahu. Zátěž není chápána jako nežádoucí, naopak je považována za takovou úroveň požadavků kladených na organismus, bez které by jinak organismus ve svém vývoji stagnoval. Zátěž může mobilizovat organismus, podněcovat ho k učení, hledání nových cest a k vyšším výkonům (Kebza, 2005).

Stresové situace mají podle Atkinsonové následující charakteristické znaky: neovlivnitelnost situace, ta přispívá k vnímání situace jako stresující, a nepředvídatelnost vzniku zátěžové situace, ta ztěžuje přípravu na zvládnutí situace a zvyšuje pocit intenzity stresu. Pro stresové situace jsou charakteristické subjektivně nepřiměřené nároky, nedostatek informací a životní změny, které vyžadují značné přizpůsobení a mohou znehodnotit dosud funkční strategie chování. Za stresové situace jsou považovány například smrt partnera, rozvod nebo sňatek (Vágnerová, 2004).

## 1.1 Teoretická vymezení pojmu zátěž

Hladký a kol. (1993) tvrdí, že stres je možné chápat jako specifický případ zátěže, kdy došlo k překročení únosnosti adaptačních možností organismu v daných podmínkách. Tuto hranici únosnosti určuje jako podíl dispozičních předpokladů a expozičních požadavků (požadavky, kterým je člověk vystaven). Na jedné straně tedy stojí nároky kladené na jedince a na straně druhé jeho míra odolnosti jako předpoklad pro úspěšnou adaptaci. Při neoptimální zátěži dochází k přetížení odolnosti organismu, nebo naopak k nevyužití jejího potenciálu. Jde tedy o nároky extrémně silné, nebo o nároky dlouhodobě minimální, které jsou v konečném důsledku jedincem prožívány jako nuda a monotonie.

Oproti tomu například Selye zdůrazňuje, že stresu by se lidé neměli vyhýbat. Nelze mu uniknout, protože udržení života vyžaduje neustálou potřebu energie. I když člověk spí, jeho orgány musí stále pracovat. Úplné zbavení se stresu lze očekávat pouze po smrti (Fink, 2017). V tomto pojetí tedy termín „stres“ odpovídá vymezení pojmu „zátěž“ v rámci jiných teorií. Selye tedy nepracoval s termínem „zátěž“, ale pouze s termínem „stres“, který navíc rozdělil na dva druhy, a to na distres a eustres (Selye, 1975). Distres

je prožíván jako nežádoucí a nepříjemný a nastává ve chvíli, kdy přetížení z nároků převyšuje možnosti člověka tyto nároky zvládat (Křivohlavý, 2010). Oproti tomu eustres přináší radost a současně vyžaduje určitou míru námahy, může jim být svatba, výhra v loterii, narození dítěte, pro některé to mohou být i rizikové činnosti jako vysokohorské horolezectví nebo adrenalinové sporty (2009). I při eustresu je člověk přetížen, ale celková situace je pro něj tak příjemná a vítaná, že přetížení nepociťuje. Když se hovoří o stresu, často se tento stav odděluje od celkového kontextu života. Klíčové je věnovat pozornost věcem, které člověka zatěžují, identifikovat zátěžové faktory a podle toho jednat. To znamená snížit nebo odstranit zátěž. Snižování zátěže je spojeno s posilováním sil, které nám pomáhají se zvládnutím náročných situací. Tyto síly zahrnují náš zdravotní stav (fyzické síly), naši psychickou odolnost, naše zkušenosti, postoje, dovednosti a celkově náš vztah k životu a motivaci (2010).

Podle Hoška (2001) je možné za zátěž považovat veškeré podněty, které na jedince působí, protože vše, co ovlivňuje lidský organismus, vyvolává také reakci. Míra, s jakou se organismus mobilizuje, se odvíjí od míry zátěže. Škála se pohybuje od mírné zátěže, při které nemusí dojít k mobilizaci energetické rezervy člověka, až po extrémní zátěž, která kapacitu jedince převyšuje. V každém případě se ale jedná o proces adaptace člověka na prostředí. Štikar (2003) tvrdí, že zátěží je vše, co člověka obklopuje, ať už jde o události, požadavky na jeho chování nebo sociální vazby. Zátěž je podle něj prožitek, reakce i podnět a může být: sensorická zátěž (požadavky na periferní smyslové orgány a odpovídající struktury CNS), mentální zátěž (zpracovávání informací pomocí vyšších psychických procesů jako je pozornost, představitost, paměť, rozhodování a myšlení) a emoční zátěž (psychosociální stres).

Selye v rámci své teorie uvádí, že jakýkoliv faktor, který nějak naruší rovnováhu organismu, je možné považovat za stresor. Jedná se tedy o stabilní nespecifický vzor odpovědi organismu na nějaké ohrožení, který nazval právě GAS – General Adaptation Syndrom (Selye, 1971). Situace, které pro většinu lidí představují zvýšenou zátěž, autoři označují různě a tyto označení se často obsahově překrývají nebo se liší podle důrazu na jednotlivé aspekty. Tyto situace mohou zahrnovat problémy, deprivaci, frustraci, nemoci, konflikty, bolest, krize nebo utrpení. Je možné je chápat jako stresové situace, jejich podstatné zdroje nebo je možné o nich přemýšlet jako o důsledcích stresu (Paulík, 2017).

Zátěž je možné dělit podle různých hledisek. Z hlediska délky působení na krátkodobou a dlouhodobou, z hlediska emoční odezvy na nepříjemnou a příjemnou nebo podle podnětu či intenzity na minimální, mírnou, střední a těžkou. Minimální zátěž je spojena s nečinností, relativním klidem a nízkou intenzitou podnětů. Lehká zátěž je vyvolána především nám známými běžnými činnostmi, které už pro nás nejsou namáhavé. Střední zátěží jsou aktivity subjektivně prožívané jako obtížnější, na které mohou působit různé rušivé vlivy a překážky. A nakonec těžká zátěž se pojí s masivními nároky, jde především o havarijní situace a ohrožení života a zdraví. Rozlišit je také možné zátěž biologickou (její působení vyvolává biologickou odezvu), fyzickou (týkající se svalové činnosti) a psychickou. (Paulík 2017).

## 1.2 Teoretická vymezení pojmů stres a stresory

Stres se stal běžně používaným termínem, který často označuje jakoukoli formu zátěže, bez rozlišování, zda je prospěšná či škodlivá. Termín "stres" se používá jako univerzální označení pro různé aspekty stresové reakce, včetně podnětů vyvolávajících stres, samotných stresorů, iniciace a průběhu stresové reakce i jejích následků. Vymezení pojmu "stres" není ani v rámci akademické obce jednotné, ale obecně je vnímán jako nespécifická reakce organismu (Kebza, 2005). Mezitím co jedni autoři považují pojmy stres a zátěž za totožné nebo jako překlad z anglického jazyka, jiní vnímají jako mezník, který tyto pojmy odděluje, tzv. práh adaptability neboli hraniční úroveň, do jaké je organismus schopný tolerovat tlak. Zatímco zátěž se týká působení podnětů obecně, stresem už je podnět takové intenzity, která se nachází nad prahem adaptability tzv. hyperstres (Křivohlavý, 1994).

Podle WHO je stres přirozenou lidskou reakcí na náročné situace, které vyvolávají úzkost a nutí jedince k řešení výzev a hrozeb. Každý reaguje na stres individuálně, což se projevuje různými způsoby zvládnání a různými příznaky. Stres je se běžně vyskytuje v situacích jako jsou pracovní pohovory nebo rodinné konflikty, může se zvýšit v krizových situacích, ale často klesá, když se situace zlepší nebo se naučíme lépe ji zvládat (World Health Organization, 2023). Stres také souvisí s potřebami jedince, pokud není například potřeba lásky a bezpečí dostatečně saturována, může dojít k rychlé náchylnosti ke stresu (Ulrichová, 2012).

Lazarus rozlišuje mezi dvěma druhy stresu: fyziologickým, který ovlivňuje fyzické funkce organismu, a psychologickým, který se projevuje změnami v chování a prožívání.

Klíčové pojmy jeho teorie jsou kognitivní hodnocení a zvládání (coping). Stres může vzniknout i v situaci, kde není fyzické ohrožení, pokud jedinec situaci vnímá jako nebezpečnou. Lazarus rozlišuje primární (hodnocení nebezpečnosti situace a rizika různých řešení) a sekundární kognitivní hodnocení (možnosti úspěšného zvládnutí situace). Pokud člověk vnímá situaci jako ohrožující, dochází k mobilizaci energetických zdrojů a aktivují se mechanismy pro návrat k rovnováze. Lazarovo pojetí stresu se soustřeďuje především na distres, na rozdíl od pozdější koncepce Selyeho, který zahrnuje všechny formy zátěže (Paulík, 2017). Selye identifikoval již zmíněný obecný adaptační syndrom (GAS), který popisuje odpověď organismu na stres. Tento model má tři fáze: 1) poplachová fáze, kdy organismus reaguje na stres mobilizací obranných mechanismů; 2) fáze resistance, kdy organismus bojuje se stresorem, což může vést k dlouhodobému vyčerpání a vzniku tzv. "nemocí adaptace", jako jsou například vředy nebo hypertenze; 3) fáze vyčerpání, kdy dochází k úplnému vyčerpání energie organismu, což může vést k vážným následkům, jako jsou deprese nebo dokonce smrt. Selye zdůrazňuje význam adaptace organismu na stres, ale také varuje před negativními dopady dlouhodobé expozice stresu (Křivohlavý, 2009).

Matoušek (2003) rozdělil stres do čtyř základních podob podle doby a způsobu působení stresorů. Akutní stres vzniká v důsledku náhlé události nebo situace, která trvá pouze krátkou dobu, jako je například dopravní nehoda, pracovní úraz nebo záchvat. Naopak chronický stres se vyvíjí dlouhodobě vlivem jednoho nebo více stresorů, jejichž intenzita se může měnit nebo se vyskytovat v nepravidelných intervalech. Příklady takových stresorů mohou zahrnovat narušené sociální vztahy, nepříznivé pracovní podmínky nebo špatnou organizaci. Posttraumatický stres je reakce na krátkodobou, ale velmi intenzivní a hroživou situaci s vážnými důsledky, jako jsou přírodní katastrofy, války nebo havárie. Naopak anticipační stres vzniká v souvislosti s předvídaním budoucích událostí, které mohou ohrozit naši osobní integritu, jako je ztráta důvěry nebo autority. Tento typ stresu se často objevuje před důležitými událostmi, jako jsou zkoušky, změna školy, práce, nebo chirurgický zákrok.

Stres slouží k obnovení vnitřní rovnováhy, která byla narušena vnějšími vlivy, ty se mohou projevit jako akutní nebo chronické stresory (Cungi, 2001). Stresory jsou obecně vzato všechny požadavky nějak působící na jedince, které jsou pro něj zatěžující (Křivohlavý, 2009). Stresory nevnímáme všichni stejně, právě naopak. To, co je pro jednoho v určité chvíli ohrožující, pro druhého být vůbec nemusí, dokonce

ani pro toho samého jedince v jinou chvíli (Cungi, 2001; Ulrichová, 2012). Faktory, které ovlivňují, jak vyhodnotíme míru zátěže, jsou mimo jiné nečekanost situace, aktuální nálada, předchozí zkušenosti s podobnou situací a její ne/zvládnutí. Některé vlivy navozují stres už ze své podstaty a působí negativně na všechny osoby, jiné působí jen na někoho. Pro někoho je relativně snadné dostat se do stresu, jiní jsou vůči němu odolnější. Abychom předpověděli, jak se bude jedinec chovat ve stresové situaci, je důležité znát jeho strategie pro zvládání obtížných životních okamžiků. O stresu je možné mluvit jako o komplexním fenoménu, který je ovlivněn mnoha faktory (Ulrichová, 2012). Podle Paulíka (2010) na jedince může působit jeden nebo více stresorů, které je možné rozdělit na stresory reálné a potenciální. Reálné stresory jsou v životě jedince rušivé nebo vyloženě ohrožující. Oproti tomu potenciální mohou vyvolat stres, pokud dosáhnou určité frekvence, intenzity a nějakou dobu se kumulují.

Praško rozděluje každodenní stresory na vztahové, výkonové, pracovní a související s životním stylem a nemocemi. Stresory je možné dělit také na ministresory a makrostresory. Ministresory se mohou kumulovat a vyústit v depresi. Oproti tomu makrostresory už přesahují hranici, kterou je jedinec schopen zvládnout, a mohou mít doživotní následky (Hladký, 1993).

Faktory, které člověka posilují a představují tím protipól ke stresorům, jsou salutory. Salutory dodávají sílu, posilují člověka, pozitivně ovlivňují jeho zdraví, výkon a odolnost (Venglářová, 2011). Příklady mohou být smysluplnost toho, co dělám, pochvala, vlastní přesvědčení nebo uznání (Křivohlavý, 2009). Dále například zdravá strava, relaxační metody, pohyb. Ideální je, aby míra stresorů a salutorů byla v rovnováze, tedy aby byla rovnováha mezi tím, jaká jsou na jedince kladena očekávání a co může dělat (Venglářová, 2011).

### 1.3 Důsledky zátěže a stresu

V případě, kdy coping není dostatečně účinný a osoba není schopna zátěžovou situaci zvládnout a je-li stres nadměrný a opakující se, pravděpodobně povede k somatickým potížím, traumatům organismu nebo k široké škále onemocnění (Vágnerová, 2004).

Stres má rozsáhlé negativní dopady na tělo i mysl jedince, ty se projevují na třech úrovních: fyziologické, psychologické a behaviorální. Behaviorální reakce na stres mohou zahrnovat nerozhodnost v situacích s více možnostmi, poruchy spánku a denního režimu, časté stížnosti a vyhýbání se zodpovědnosti, případně zvýšenou konzumaci

cigaret či alkoholu. Psychologické symptomy se mohou projevovat prudkými změnami nálad, zvýšenou podrážděností, nadměrnými obavami o zdraví nebo ztrátou schopnosti vyjadřovat emocionální náklonnost v mezilidských vztazích. Fyziologické reakce zahrnují různé formy bolesti, zvýšené svalové napětí, trávicí problémy nebo dokonce poruchy dýchání. Stres má výrazný vliv na celkové zdraví, což se projevuje například v oblasti kardiovaskulárního systému, gastrointestinálního traktu, imunitního systému, genitourinárního systému, svalového a dýchacího systému (Křivohlavý, 2010).

Fáze reakce na stres podle Raheho se skládá z několika kroků: 1. uvědomění zátěže, kdy jedinec prožívá a interpretuje určitou situaci jako stresující, což závisí na jeho zkušenostech, stavu a sociální podpoře; 2. aktivace psychických obranných reakcí, jako je popírání reality nebo izolace; 3. aktivace fyziologických reakcí, které jsou spuštěny psychickými podněty; 4. hledání copingových strategií; 5. projevy prvních chorobných příznaků; 6. diagnostikování stresem podmíněných poruch, často psychosomatických (Vágnerová, 2004).

Dopady stresu rozděluje Paulík (2017) na bezprostřední a trvalejší účinky. Bezprostřední důsledky zahrnují psychické a krátkodobé stavy, jako je emoční nestabilita, únava a poruchy výkonu. Trvalejší účinky se projevují jako psychické symptomy (nespokojenost, únava) a somatické symptomy (bolesti hlavy, sexuální problémy, změny chování). Akutní stres může vyvolat různé reakce, včetně patologických například šok, zúžené vědomí a somatické příznaky. Může dojít i k posttraumatické stresové poruše, která vznikne jako opožděná reakce na traumatické události, projevující se strachem, vyhýbáním se traumatizujícím podnětům a dalšími symptomy. Na druhou stranu masivní stres může vést i k osobnímu růstu a pozitivním změnám v chování a prožívání jako například k vyšší úrovni odolnosti a adaptace, nebo změny postojů k životu.

#### 1.4 Strategie zvládnání zátěžových situací

Stres, definovaný jako odchylka od běžné úrovně excitace, produkuje psychické a somatické reakce spojené s vegetativními změnami a emočním prožíváním (Janke a Erdmannová, 2003). Jak lidé reagují na stres, jak se s ním vyrovnávají a jaké mechanismy jim slouží k ochraně psychické rovnováhy, jsou klíčová témata zkoumaná v následujících podkapitolách.



### 1.4.1 Mechanismy zvládání zátěže

Paulík (2017) tvrdí, že se se zátěžovými situacemi buď vyrovnáme, adaptujeme se na ně nebo nastane stresová reakce po stránce biologické, psychické i behaviorální. Mezi způsoby, jak se se zátěží vyrovnat, řadí coping a obranné mechanismy. Pod slovo coping v jeho pojetí spadají způsoby adaptace na stresory. Pokud se osoba dokáže s nároky určité situace přiměřeně vyrovnat, můžeme na to hledět jako na výsledek úspěšné stávající adaptace. Adaptaci je tedy možné definovat jako proces vyrovnávání se s nároky, které jsou na jedince kladeny v interakci s prostředím. Dispozicí je adaptabilita a souhrnným označením pro nároky je zátěž. Pokud se jedná o nároky překračující aktuální nebo běžnou adaptační kapacitu nebo ji naopak využívají nedostatečně, je možné tuto neoptimální zátěž označit jako stres a požadavky nebo podněty stres vyvolávající jako stresory.

Stane-li se, že se člověk nachází v nežádoucím stavu zátěže, tedy ve stresu, snaží se docílit změny, aby situace nebyla nadále nepříjemná a nežádoucí. Křivohlavý (2009) tento proces označuje jako „čelení stresu“, „moderování stresu“ a „stress management“, tedy řízení dění tak, aby se nepříjemný a nežádoucí stav stresu změnil. Lazarus a Folkmanová (1984) definují zvládání stresu či zátěže jako řízení (monitorování, minimalizování, tolerování atd.) vnějších i vnitřních faktorů, které na člověka kladou nějaké požadavky a ohrožují jeho zdroje.

Z hlediska efektivity zvládacích postupů dělí Křivohlavý (2009) kritéria na fyziologická, ty zahrnují regulaci pulzu, krevního tlaku, úroveň kortikosteroidů, katecholaminů v moči atd., a kritéria v psychologické oblasti, kde se jedná o snížení psychického vzrušení, návratu k normální činnosti a pokračování v již zahájeném díle. Pozitivním výsledkem zvládání může být osobnostní změna ve formě zralejšího postoje k realitě.

### 1.4.2 Obranné mechanismy

Jedná se o nevědomé procesy umožňující naši psychice adaptovat se na stres a nepříjemné situace. Jsou důležitou součástí psychické adaptace a byly poprvé pojmenovány v rámci psychodynamického přístupu (Paulík, 2017). Obecně se předpokládá, že obranné mechanismy spíše představují alternativní způsob zvládání situací než plnohodnotné řešení, protože nejsou zaměřeny na skutečné vyřešení problému, ale spíše na vytvoření iluzorní náhrady. Na rozdíl od nich jsou skutečné strategie zvládání zaměřeny na efektivní řešení stresových situací a uskutečňují se spíše vědomě (Kebza, 2005). Obranné

mechanismy vycházejí z minulých zkušeností, kdy byly vyhodnoceny jako užitečné, jedinec si je zafixoval a má tendenci je opakovat (Vágnerová, 2004). Základy obranných mechanismů položili S. Freud a A. Freudová, kteří přispěli pojmy jako potlačení, vytěsnění, regrese, případná fixace, projekce, bagatelizace, racionalizace, introjekce, sebeobviňující chování, sociální izolace, reakční výtvoř, altruistická sebe prezentace atd. Později mezi ně byla zařazena i naučená bezmocnost charakteristická přesvědčením, že jedinec není schopen ovlivnit události nebo řešit problémy, a to i v případech, kdy by mohl mít reálnou kontrolu a vliv. Zajímavým konceptem je i záměrné sebezvýhodňování, což je chování, kdy jedinec vědomě a záměrně přijímá nevýhodné postavení, často za účelem získání soucitu, podpory nebo jiných výhod. Záměrně se tak předem hlásí k nějakému handicapu, který bude bariérou k úspěšnému jednání (např. trauma, hypochondrie atd.). Obranné mechanismy původně sloužily k obraně ega, a to pomocí zmírnění nebo úplné eliminace emočně nepříjemných pocitů a tenzí a tím k podpoře sociální adaptace (Paulík, 2017).

### 1.4.3 Coping

Coping se využívá v případech, kdy zátěž překračuje odolnost osobnosti nebo je výrazně nedostatečná, a je proto nezbytné vyvinout zvýšené úsilí k vyrovnání se s touto zátěží. Jinými slovy, coping představuje strategie zvládnání náročných nebo stresových situací s důrazem na úsilí při řešení problémů. Lidé mají tendenci využívat základní strategie zvládnání ve všech situacích a na základě hodnocení, co je v daných okolnostech možné udělat, preferují některé z těchto strategií. (Paulík, 2017).

Coping je „dynamický proces, který se vztahuje ke kognitivnímu a behaviorálnímu úsilí jedince řídit vnitřní nebo vnější požadavky transakce osoba-prostředí“ (Lazarus & Folkmanová, 1984, s. 141). Lazarus identifikoval dva hlavní druhy copingu podle jejich účinku: 1. coping zaměřený na problém (problémově orientovaný coping), který se vyznačuje snahou o změnu situace k lepšímu prostřednictvím úpravy okolností nebo vlastního chování. 2. Coping zaměřený na emoce (emocionálně orientovaný coping), jehož cílem je umožnit jednotlivci kontrolovat své emoce a zabránit jim narušovat jeho integritu nebo vztahy s lidmi kolem něj. Pokud člověk vnímá, že je možné něco udělat, volí coping zaměřený na problém, což zahrnuje přímé kroky, úsilí o získání a využití potřebných informací a aktivní intervence do vlastního chování nebo prostředí, včetně hledání pomoci od ostatních (Paulík, 2017). Sociální opora hraje klíčovou roli v pomáhajících profesích, zejména v profesi zdravotní sestry. To je zvláště důležité tam,

kde je jedinec vystaven tlaku okolí a může snadno upadnout do stavu psychického vyčerpání. Bez sociální sítě je obtížné čelit stresu. Se sociální oporou může stres přestat být vnímán jako hrozba, nebo jedinec nemusí pociťovat distres vůbec. Podstatné pro zvládnání zátěže není tolik samotná intenzita stresující situace, ale spíše způsob, jak interpretujeme tu míru zátěže a jak s ní následně pracujeme (Ulrichová, 2012). V případě, že jedinec dojde k závěru, že nemůže udělat nic, převažuje coping zaměřený na emoce. Tento způsob se zaměřuje na regulaci emocionální reakce na stresové situace, které přinášejí škodu nebo mají rizikový charakter. Jednotlivec se obvykle snaží vyhnout myšlenkám na hrozbu, mění svůj názor na to, co se děje nebo se bude dít a přikládá odlišný význam událostem. Efektivní zvládnání vlastních emocí umožňuje jednotlivci celkově se uklidnit a získat odstup od problému. Carver, Scheier a Weintraub přidali ještě jednu skupinu (dysfunkčních) způsobů copingu. Jejich podrobnější popis zahrnuje: projevování negativních emocí, behaviorální a mentální oddálení a snahu vyhnout se řešení situace nebo snahu úplně uniknout pomocí návykových látek (Paulík, 2017).

Coping je také možné dělit na reaktivní, anticipační, preventivní a proaktivní. Reaktivní coping zahrnuje zvládnání opakujícího se nebo minulého stresu (např. zkouška, nehoda) popř. předvídání nevyhnutelných hrozeb. Cílem je kompenzace či snížení újmy a zaměřuje se na emoce, problém nebo sociální vztahy. Anticipační coping reaguje na bezprostřední hrozby a kritické události v blízké budoucnosti (např. pracovní pohovor). Cílem je vyřešení aktuálního problému. Preventivní coping zahrnuje budování zdrojů odolnosti pro snížení zátěže a kritických událostí, které mohou nastat v daleké budoucnosti (např. nejistota ohledně nalezení práce po skončení školy). Proaktivní coping je možné pojímat jako snahu vybudovat obecné zdroje. Jedinec vnímá obtížné situace jako výzvy a příležitost k růstu. Stres je interpretován jako „eustres“, který produkuje životní energii. Proaktivní jedinec usiluje o zlepšení života, pracovních/školních podmínek a dosahování lepších výkonů (Schwarzer & Luszczynska, 2008).

Existuje mnoho rozmanitých cílů, které jednotlivci sledují při konfrontaci se stresovými situacemi. Jedním z klíčových cílů je snížení úrovně zátěže, což může zahrnovat například úpravu pracovních úkolů či jejich množství. Může jít o zachování naděje, že to, co je dlouhodobě neúnosné, bude v budoucnu lepší, řadí se sem také zachování pozitivního sebeobrazu (před sebou i před druhými), zachování emocionálního klidu a zlepšení životních podmínek, které napomohou regeneraci po zažitém stresu. Neméně důležitým cílem je také pěstování sociálních vazeb (Křivohlavý, 2010). Důležitost

sociální interakce a začlenění člověka do sociální struktury zmiňuje též Šolcová (2009). Ta je vnímá jako významné determinanty psychického zdraví a pohody a tvrdí, že pomocí sociálních vazeb si lidé vytváří jakýsi sociální fond, ze kterého mohou čerpat v případě potřeby sociální opory.

Při rozhodování, jak postupovat ve stresové situaci, je nutné zvážit náklady spojené se setrváním ve stresu. Tato analýza by měla zahrnovat nejen fyzické zdraví, ale i dopady na osobní životní sféry, včetně rodinného vztahu a výchovy dětí. Je nezbytné přistupovat k těmto situacím s komplexním pohledem a aktivně hledat metody, které budou sloužit nejen okamžitému zvládnutí stresu, ale i dlouhodobému zachování psychické a fyzické pohody (Křivohlavý, 2010).

#### 1.4.4 Copingové strategie

Už od dětství jednotlivci používají různé strategie ke zvládnutí stresových situací, ať už spontánně či v důsledku doporučení rodičů. S přibývajícím věkem se objevují sofistikovanější metody, jako relaxace, konfrontace, hledání sociální opory, plánované hledání řešení problémů, sebeovládání, distancování, hledání pozitivních stránek, přijímání odpovědnosti, únik před stresovými situacemi a snaha se jim vyhnout. Tato variabilita strategií podtrhuje flexibilitu a individuální adaptabilitu v procesu zvládnání stresu od dětství až do dospělosti (Křivohlavý, 2010)

Podle Erdmannové a Jankeho (2003) strategie zvládnání stresu zahrnují plánovité a neplánovité psychické procesy, které mohou a nemusí být vědomé a které směřují k dosažení zmírnění nebo ukončení stresu. V dotazníku SVF autoři vymezili 13 subtestů, které tvoří způsoby, jak reagovat ve stresu a v zátěžových situacích. Patří mezi ně subtesty: Podhodnocení (tendence ve srovnání s ostatními pociťovat nižší úroveň stresu), Odmítání viny (poukázat na to, že to není jejich osobní odpovědnost), Odklon (odklon od stresujících podnětů nebo volba aktivit neslučitelných se stresem), Náhradní uspokojení (obrácení k pozitivním možnostem), Kontrola situace (vyhodnotit situaci, naplánovat kroky a podniknout akce pro kontrolu a řešení problému), Kontrola reakcí (mít pod kontrolou vlastní reakce), Pozitivní sebeinstrukce (připisovat si kompetenci a schopnost kontroly), Potřeba sociální opory, Vyhýbání se (zamezit zátěži nebo se jí úplně vyhnout), Úniková tendence (tendence rezignovaně vyváznout ze zátěžových situací), Perseverace (dlouhé myšlenkové přemítání), Rezignace (vzdávání na základě pocitu bezmoci a beznaděje) a Sebeobviňování (přisuzování zátěže vlastním chybám).

Lidé si během svého života vytváří individuální „repertoár“ způsobů zvládání stresu s jeho určitou situační a časovou stabilitou. Ten se v průběhu života modifikuje našimi zkušenostmi a učením. Vzhledem k velké variabilitě situací a stresorů může být změna copingových strategií nezbytná, aby se jedinec dokázal účinně vyrovnat se stresujícími situacemi. Proto podle některých autorů i když máme do jisté míry dispozičně fixované preference konkrétních strategií, tak jsou vždy limitovány závažností změn situačních podmínek, které jsou pro jedince významné (Paulík, 2017).

Strategie zvládání stresu a zátěže je možné rozlišit podle druhu, funkce, zaměření a také podle jejich účinnosti. Rozlišení podle druhu je možné na akční (směřující k jednání) a intrapsychické způsoby zvládání. Mezi akční strategie autoři řadí útok, útek, navázání sociálního kontaktu, nečinnost, sociální uzavřenost a další řetězce jednání a komplexní činnosti, které směřují ke zmírnění nebo odstranění zátěžové situace nebo reakce na zátěž. Intrapsychické metody zvládání zahrnují kognitivní procesy a strategie jako je odklon, podceňování, popírání a přehodnocení jak samotného stresoru, tak i reakce na stres. Mnohé ze strategií zvládání jsou spojeny s pojmy, které vycházejí z psychoanalytických modelů, jako je například potlačení, identifikace, a jejich operacionalizace může být obtížná. Jiné zase vychází z hlubinné psychologie a psychologie osobnosti, kde jde o obtížně vymežitelné konstrukty, u nichž nelze najít indikátory k operacionalizaci. Autoři dále odlišují zvládací strategie na situačně orientované, které se zaměřují na stresor, a na orientované na reakci, ty se zaměřují na stres jako takový (Paulík, 2017). Hlavní rozlišení podle jejich zaměření je na již zmíněný coping zaměřený na řešení problému a zaměřený na emocionální pohodu (Křivohlavý, 2010). Lazarus a Folkmanová (1980) upozornili na to, že se tyto strategie obvykle vyskytují vedle sebe. Například v pracovních konfliktech se častěji setkáme se strategiemi zaměřenými na řešení problému, oproti tomu v rodinných konfliktech spíše s těmi zaměřenými na řízení emocí.

Způsoby, které lidé při zvýšené zátěži a kumulativním stresu využívají z hlediska účinnosti, rozděluje Paulík (2017) na racionální a méně racionální. Mezi racionální řadí úpravu pracovního režimu, tedy lepší organizaci času, odpočinek a spánek, poté využití psychology doporučených technik jako je například meditace, relaxace atd., hledání sociální opory a odborné pomoci (lékařské, psychologické či právní). Mezi ty méně racionální řadí mimo jiné zvýšenou konzumaci alkoholu, léků, cigaret a dalších stimulujících či tlumivých návykových látek, ty sebou nesou řadu nepříznivých vlivů a rizik. Erdmannová a Janke (2003) rozlišují účinnost zvládání podle směru působení na

snižující se a zvyšující se. Směr a intenzita jsou závislé na situaci a jedinečnosti jednotlivce, přesto můžeme vycházet z toho, že některé strategie u většiny podmínek stres zvyšují, nebo snižují, například akční tendence snižují stres, zatímco rezignace ho udržuje.

Křivohlavý (2010) pojmenoval několik strategií, které je možné použít pro zvládnání stresu. Patří mezi ně:

- plánování hledání řešení problému
- defenzivní chování s cílem uklidnit rozrušené emoce
- útok (konfrontace tváří v tvář stresoru)
- distancování se od situace, která nám působí stres
- hledání pozitiv na stresující situaci
- hledání pomoci, sociální opory
- snaha utéct/vyhnout se situaci apod.

Křivohlavý uvádí také několik konkrétních technik jako je relaxace, imaginace, biofeedback nebo meditace.

## 2 Resilience

Resilience, jako protipól vulnerability, dnes jako koncept obsahuje v psychologii a medicíně řadu přístupů a modelů. Obecně je možné říci, že do resilience v psychologii spadají všechny koncepce, které obsahují určité protektivní prvky důležité pro zdraví a osobní pohodu. Termín "resilience" je v psychologickém kontextu používán v širším slova smyslu k označení osobnostních vlastností, které zvyšují odolnost jedince vůči stresu, a v užším smyslu označuje specifickou formu odolnosti, jako je například odolnost ve smyslu "hardiness" (Kebza, 2005).

### 2.1 Teoretická vymezení pojmu resilience

Connor a Davidson (2003) operacionalizovali resilienci jako schopnost vypořádat se se stresem (stress coping ability). Mastenová et al. (1990) představují resilienci jako schopnost dosáhnout lepších výsledků, než se očekávalo při vystavení riziku, schopnost dobře se přizpůsobit obtížným podmínkám a úspěšný výsledek adaptace. Autoři identifikují tři situace, kde lze pozorovat fenomén resilience: 1. jedinci jsou vystaveni vysokému riziku, a přesto dosahují lepších výsledků, než jaké byly očekávány. 2. jedinci udržují pozitivní adaptaci navzdory stresujícím podmínkám. 3. dochází k uzdravení z traumatických událostí.

Resilience u dospělých je často popisována jako všeobecná schopnost, která jednotlivcům, skupinám nebo společnostem umožňuje předcházet, minimalizovat nebo překonávat negativní účinky nepříznivých událostí. Termín "resilience" označuje nejen schopnost odolnosti vůči stresogenním situacím, ale také schopnost pružného a adaptivního návratu systému k původním podmínkám (Hartl & Hartlová, 2015; Šolcová, 2010). Existuje mnoho proměnných, které autoři považují za odlišující jedince s vysokou mírou resilience od těch s nižší, protože tyto proměnné mohou zmírnit negativní účinky stresu na zdraví. Těmi jsou například koncepty: chování typu A/B, smysl pro koherenci, hardiness, optimismus, lokalizace kontroly, atribuční styl, sebevědomí, osobní kontrola, zásobenost zdroji a negativní afektivita/stabilita. Tyto charakteristiky jsou někdy označovány jako nárazníkové (buffering) nebo salutoprotektivní a patří k dlouhodobým vlastnostem osobnosti jedince (Šolcová, 2009). Jedinec s vyšší mírou resilience je podle Křivohlavého (2010) charakterizována integrovanou osobností, tedy opakem vnitřního chaosu a disharmonie, která žije smysluplný život a vnímá svět jako strukturovaný a pochopitelný celek s určitým řádem a sebe jako součást tohoto světa.

Dále taková osoba chápe problémy ve svém životě jako výzvy, které je schopna zvládnout.

Resilience se projevuje jako schopnost adaptace tedy vyrovnávání se s těžkostmi. Důležitou roli tzv. protektivní faktory, které mohou tlumit negativní účinky stresu a podporovat efektivní adaptaci. Tyto faktory je možné dělit podle ekologického modelu na různé úrovně: na úroveň jedince (self-efficacy, kladný sebeobraz, víra ve smysl, smysl pro humor, pozitivní náhled na svět, kvalita kognitivních schopností atd.), na úroveň rodiny (dobrá socioekonomická úroveň, vřelé a pozitivní vztahy a aktivní zájem), na úroveň širších sociálních vztahů (s prosociálními kompetentními osobami, které jsou oporou) na úroveň společenství (dobré zdravotnictví a veřejná bezpečnost, služby pro pomoc lidem v krizi) (Hartl & Hartlová, 2015).

Je potřeba také zmínit rizikové faktory, jakými jsou různé životní události, dysfunkční rodina, konflikty, nepříznivá sociální situace nebo kumulace drobnějších nepříjemností. Narušují jedincovu schopnost efektivně se adaptovat a zvyšují jeho zranitelnost, což může způsobit různé obtíže nebo i vývojové poruchy. Mohou působit přímo i zprostředkovaně skrze jiné faktory, zároveň mohou být různě závažné, kdy míra závažnosti je v čase proměnlivá (Paulík, 2017). Šolcová (2009) uvádí, že za rizikové faktory běžně považujeme traumatické životní události, konflikty v rodině, socioekonomické znevýhodnění, dlouhodobé vystavení násilí, závislostní chování, kriminální jednání a problémy s rodiči nebo sourozenci. Rizikové faktory jsou charakteristiky označované jako zcitlivující nebo oslabující (vulnerability factors). Oproti tomu protektivní faktory napomáhají resilienci.

Někteří autoři rozdělují resilienci na dvě formy: skutečnou, která vyplývá z vnitřních a sociálních faktorů, a zdánlivou nebo také pseudoresilienci, která spočívá v přetvářce, stylizaci a vnější demonstraci určitých vlastností (například tvrdost, síla nebo mužnost), často pod tlakem sociálního prostředí, které považuje tyto vlastnosti za žádoucí (Kebza, 2005). Existuje několik teoretických konceptů zkoumajících různé aspekty resilience, zahrnující individuální, skupinové, vztahové, sociální, kulturní a vývojové roviny. Tyto koncepce se však liší v v kladení důrazu na různé aspekty, což znesnadňuje nalezení jednotné a široce akceptované definice resilience. V odborné literatuře se pojem resilience někdy používá jako synonymum k pojmu odolnosti, zatímco někteří jiní autoři ho chápou specifitěji jako určitý typ odolnosti existující vedle dalších jako je například hardiness



nebo sense of coherence. Nicméně základním předpokladem, na kterém se většina definic resilience shoduje, je schopnost účinné adaptace na situace, které přinášejí nepřízeň, nebezpečí a riziko, včetně situací, které mohou ohrozit jedince a jsou spojeny se stresem. Někteří autoři považují za důležité zahrnout do konceptu resilience nejen zvládání závažných rizik, ale také zvládání běžných nároků a relativně slabých rizik každodenního života, kde je škodlivá spíše jejich kumulace a dlouhodobé působení (Paulík, 2017).

Stresující situace, jak už bylo napsáno, mohou být akutní nebo chronické, jednorázové nebo kumulované. První studie o stresu se zaměřovaly na definování odolnosti jako trvalé vlastnosti osobnosti, avšak nebylo možné identifikovat obecný faktor odolnosti. Výzkumy v další vlně byly zaměřeny na interakci mezi situacemi a jednotlivci, zatímco třetí generace studií se soustředila na proměnné, které mohou zmírnit negativní dopady stresu na zdraví (Šolcová, 2009).

## 2.2 Příbuzná pojetí odolnosti

Hlavními pojmy pro coping s obtížemi jsou resilience a odolnost. Resilience i odolnost se zabývají tím, jak jednatel čelí nástrahám života, ale zdůrazňují trochu odlišné aspekty. U resilience je kladen větší důraz na přítomnost nepřízně a rizik, kdy se jedná o poněkud užší pojem ve smyslu okolností, díky kterým je možné daný jev zvládat. Na druhou stranu, odolnost v širším a obecnějším pojetí je zastřešující koncept, který zahrnuje soubor jevů vznikajících z interakce mezi osobnostními dispozicemi a prostředím. Může zahrnovat jak pozitivní, tak i negativní vlivy. Užití termínu resilience se často omezuje na situace, kde je důležité zdůraznit schopnost překonat stres a vyrovnat se s nástrahami, zatímco pojem odolnost se častěji používá jako obecný rámec pro zvládání obtíží v životě, bez ohledu na jejich intenzitu. Mezi další koncepce zvládání patří například hardiness, účinná integrovanost osobnosti, sense of coherence, egoresilience, kompetence ke zvládání případně i frustrační tolerance a další (Paulík, 2017).

Frustrační tolerance označuje schopnost zvládat náročné situace bez maladaptivních a nepřiměřených reakcí, zároveň schopnost vynaložit úsilí k překonání překážek, dostatečnou míru sebedůvěry ve své schopnosti a v možnost nalézt přijatelné řešení. Také udává, jak velkou míru zátěže dokáže jedinec bez větších obtíží zvládnout. Frustrační tolerance jako kompetence se nerozvíjí u všech stejně, záleží na vrozených dispozicích, zkušenostech, vývojové úrovni a aktuálním stavu (Vágnerová, 2004). Paulík (2017) uvádí, že právě díky frustrační toleranci jsme schopni odolávat vnitřnímu napětí, které je

vyvolané kontaktem s překážkou, popř. překážkami, které brání saturaci aktualizovaných potřeb, bez vážnějšího narušení psychosomatické rovnováhy.

Vulnerabilita jako opak odolnosti vyjadřuje zranitelnost, křehkost, zvýšenou citlivost jedince vůči stresorům, sníženou toleranci a určitou náchylnost k obtížím a újmě. Je ji možné chápat jako důsledek i jako příčinu nabourání procesu adaptace a jeho nižší účinnosti nebo selhání (Paulík, 2017). Následkem stresorů a pocitu ztráty kontroly nad situací, se může zvýšit vulnerabilita jedince vůči duševním a pravděpodobně i tělesným chorobám (Kebza, 2005).

Avoidance je zase protikladem flexibility. Potlačování nežádoucích prožitků může přinést okamžitou úlevu, ale může také vést k jejich hromadění a omezení možnosti jejich využití v budoucnosti. Odolnost vůči zátěži je jak efektivní adaptace, tak i výsledek a podmínka pro úspěšné přizpůsobení se budoucím výzvám. Z dlouhodobého hlediska jedinci s vyšší resiliencí obvykle pociťují větší spokojenost se svým životem, dosahují výkonu odpovídajícího jejich schopnostem a mají tendenci mít méně problémů v mezilidských vztazích a se zdravím (Paulík, 2017).

Paulík (2017) přináší pojetí odolnosti jako osobnostního rysu, které stojí na předpokladu, že odolnost je relativně stálá a individuální, ať už je vrozená nebo získaná, a je spojena s adaptivním zvládním specifických požadavků nebo širší škálou nároků, přičemž jejich rozsah a intenzita ovlivňují míru odolnosti u každého jednotlivce. Odolnost je kvalitou adaptační schopnosti jedince, která umožňuje zvládnání dynamických podmínek, ve kterých žije. Také umožňuje vyrovnání se se zátěží a kladenými nároky právě v interakci s těmito podmínkami, aniž by to významně ovlivnilo jeho fungování. Odolnost je možné dělit na fyzickou a psychickou. Fyzická odolnost se především týká nároků na lidský organismus a má za úkol udržovat interní stabilitu organismu v průběhu změn v prostředí. Psychická odolnost se projevuje schopností zůstat v rovnovážném stavu, kde jsou potřeby, zájmy a realita relativně vyváženy. Tato vyváženost (rovnováha) trvá i při vystavení určitým nárokům a po skončení stresu se rychle obnovuje. Jedinec tvořivě využívá relevantní zkušenosti, přizpůsobuje nové poznatky a vynakládá odpovídající úsilí pro další adaptaci, což pravděpodobně souvisí s vyšší spokojeností, schopností podávat odpovídající výkony, lepšími mezilidskými vztahy atd. V tomto rámci je odolnost obecným znakem adaptace, který charakterizuje rozsah podnětů, se kterými se jedinec dokáže efektivně vyrovnat, aniž by došlo k narušení adaptačních mechanismů. Z hlediska

časového výhledu může být odolnost aktuální nebo dlouhodobá. Aktuální je jakousi kvalitou psychosomatického stavu tedy momentální úrovní adaptace. Oproti tomu z dlouhodobého hlediska je odolnost dispoziční charakteristikou.

Hardiness, známé také jako nezdolnost, zahrnuje schopnost vytrvale a rozhodně čelit obtížím. Optimalizovaná hardiness poskytuje jedinci pocit aktivního zapojení do dění a jistotu, že může ovlivnit svou budoucnost. Takový jedinec je ochoten se plně věnovat smysluplným aktivitám a vytrvat ve svých cílech i za nepříznivých podmínek. Jeho vztahy s ostatními jsou důležité a projevuje se aktivním jednáním a iniciativou. Situace, které jsou neobvyklé nebo obtížné, považuje za výzvu a věří ve své schopnosti je zvládnout. Nedostatečně rozvinutá hardiness naopak může vést k pocitu bezmoci, beznaděje a odcizení, spojenému s nedůvěrou v sebe i v ostatní, pesimismem a depresemi (Paulík, 2017).

Optimismus jako takový představuje individuální očekávání pozitivního výsledku ve většině situací. Podle tohoto konceptu se dá předpokládat, že jedinci s optimistickou povahou účinněji zvládají vyrovnat se se stresem a snížit tak i riziko jeho negativních dopadů (Khatoon, 2017). Optimismus je zároveň osobnostní charakteristikou. Prvky, které jsou pro optimismus důležité jsou například smysluplnost života, smysl pro humor, sebedůvěra, kladné sebehodnocení, svědomitost a naučené zdroje síly (Křivohlavý, 2009).

Za příbuzný pojem můžeme považovat i pojem kompetence, které se sice od resilience v mnohém liší, na druhou stranu ale také souvisí s adaptibilitou jedince a schopností úspěšně se přizpůsobit změnám a vyrovnat se se zátěží. I kompetence jsou předpoklad pro zvládání nároků a vyrovnáváním se v různé míře s různými vlivy (Paulík, 2017).

Příbuzným pojmem je podle Paulíka (2017) i sence of coherence (SOC), který je dlouhodobou osobnostní orientací, pro niž je typické vnímání světa jako souvislého a vnitřně logického celku. V této perspektivě existuje důvěra v to, že člověk je součástí uspořádaného prostředí, kde je možné pochopit a předvídat, jak prostředí ovlivňuje jedince a jak na to může reagovat. Tato orientace umožňuje jedinci považovat požadavky života za výzvu, kterou je možné zvládnout, a věnovat svou energii úkolům, které považuje za smysluplné. Tento pohled na svět přináší radost a spokojenost, protože jedinec vnímá své úsilí jako smysluplné a efektivní.

Julian Rotter přišel s dalším příbuzným konceptem, a tím je locus of control. Tento koncept představuje dva typy osobností podle toho, jak se staví k různým obtížím, nazval je interní locus of control (vnitřní ohnisko kontroly) a externí locus of control (vnější ohnisko kontroly). Lidé s interním locus of control věří, že mají svůj život pevně v rukou a že události a vše ve svém životě mohou ovlivnit. Oproti tomu lidé s externím locus of control často čekají, až se situace vyřeší sama nebo až zasáhne někdo zvenčí, protože oni sami ji ovlivnit nemohou, je zcela závislá na vnějších vlivech (Křivohlavý, 2009)

K odolnosti také přispívá self-efficacy neboli vnímaná osobní zdatnost. Termín vytvořil A. Bandura a hraje důležitou roli pro zvládnání sebeúcty, sebehodnocení, sebeakceptaci a víru ve vlastní schopnosti. Člověk s vysokou self-efficacy má pocit, že řídí dění, aspiruje na vyšší cíle a je odolnější vůči neúspěchu. Oproti tomu člověk s nízkou self-efficacy je zranitelnější, nevěří si a snadno se vzdává (Paulík, 2017).

## 3 Specifika práce v hospicovém zařízení

Hospic je holistický koncept, který představuje jakési znovuobjevení tradic lidského přístupu k umírání. Podstatou je pomoci člověku zemřít v klidu a bezpečí, kdy jsou podmínky přizpůsobeny klientovým požadavkům a možnostem. Základním cílem je umožnit umírajícím dožít zbytek svého života až do konce ve vlastním prostředí. Za ideální se zpravidla považuje domácí péče, ne vždy je ale možná. Pro takové případy funguje stacionární péče, do které je ráno klient přijat a odpoledne či večer se vrací domů a lůžková péče (Mühlum et al., 2006).

### 3.1 Cíle hospicové péče

Cílem je sloužit a pomáhat nemocnému i jeho rodině, aby mohli konečné období jeho života prožít společně, láskyplně a pokojně. Jde o to, aby nemocný nezůstal na konci svého života osamělý, v neosobním prostředí, které mu neumožní zachovat si lidskou důstojnost. Hospic pomáhá klientům všech věkových skupin, kteří trpí nějakou nevléčitelnou nemocí (Novotná, 2016). Hospic se snaží nemocnému garantovat, že bude respektována jeho lidská důstojnost, že nebude na konci života osamělý a že nebude trpět nesnesitelnou bolestí. Klade důraz na kvalitu života, a to až do samotného konce. Úkolem je doprovázet nemocného i jeho blízké, kterým se hospic věnuje i po smrti nemocného. Poskytování pomoci nezahrnuje pouze ošetřovatelskou péči, klíčová je pomoc pacientovi a jeho rodině pochopit smysl utrpení. K tomu je potřeba hluboký lidský a zároveň profesionální přístup s koordinovanou prací všech zúčastněných, nevyjímaje dobrovolníků, kteří jsou nezbytní pro fungování hospiců. Je zde značný kontrast s nemocnicemi, které jsou často zaměřeny na léčbu nemoci, která zde už není potřeba a pacient jako člověk často ustupuje do anonymity (Svatošová, 2011).

Péči a doprovázení ze stany hospicových zařízení je možné rozdělit do tří časových úseků: prae finem, in finem a post finem. Hospicová péče prae finem je možná od sdělení diagnózy až do nástupu terminálního stavu. Období in finem se týká doprovázení a péče o nemocného i jeho rodinu v terminálním stádiu nemoci a péče v období post finem, tedy po smrti, zahrnuje mimo jiné i péči o tělo zemřelého a doprovázení pozůstalých, a to klidně až do doby 1 roku od smrti (Svatošová, 2011).

### 3.2 Náplň práce v hospicovém zařízení

Podpora člověka, který není emocionálně tak zapojen a má určitý distanc, může rodině poskytnout cennou pomoc tím, že naslouchá jejich starostem, přáním a potřebám

s objektivním pohledem zvenku, tato náplň práce hospicových pracovníků se nazývá doprovázení (Kübler-Rossová, 1992). „Doprovázení znamená jít kus cesty společně s umírajícím.“ (Svatošová, 2003, s. 78). Základem doprovázení je prosté bytí s klientem a vedení rozhovoru. A aby mohl klient po rozhovoru pocítit úlevu, je podle Hájka (2012) potřeba přistupovat ke klientovi s opravdovostí, empatií a nepodmíněným pozitivním přijetím. Opravdovost ve smyslu souladu mezi tím, co doprovázející říká, jaké jsou jeho verbální i neverbální signály a co cítí. Je nutné mít na paměti individuální prožívání každého klienta a být vůči tomu empatický. To, co jednoho rozhodí, může druhého naštvat a třetího rozesmtnit. Pro vytvoření atmosféry bezpečí a důvěry je, kromě již zmíněného, klíčové nepodmíněné pozitivní přijetí, které si neklade žádné podmínky a dokáže přijímat všechny pocity a obsahy, které klient potřebuje sdělit, ať už bolestivé, nenávislné nebo radostné. Honzík (n.d.) uvádí velmi podobný přístup ke klientům, sám zdůrazňuje bezvýhradné a láskyplné přijetí a přirozenost, autenticitu (zůstat sám sebou, nestylizovat se do odborníka, akceptace vlastních pocitů, mluvit otevřeně, nedržet distanc) stejně jako Hájek, ale přidává k tomu i prosté bytí s umírajícím, uvolněnou atmosféru, nebrat si možnou agresi klienta osobně, vyhnout se spasitelským iniciativám, mít tělesný kontakt s umírajícím, mluvit pravdu, mít soucit a pomoci pochopit smysl. Jednoduché doprovázení umírajícího znamená nepokoušet se při této činnosti dosáhnout něčeho výjimečného, ani neočekávat žádné mimořádné výsledky nebo důsledky naší podpory. Velké ambice mohou v tomto ohledu narušit uvolněnou atmosféru a přirozený mezilidský kontakt, a stát se zdrojem frustrace pro doprovázejícího i zdrojem odporu ze strany umírajícího. I když to může znít jako jednoduchý úkol, ve skutečnosti je to docela obtížné. Doprovázející může zažívat pocity bezmoci a úzkosti, se který se musí umět vyrovnat i bez akcí jako je dávání rad, utěšování, hledání řešení atd. Naslouchání s empatií a trpělivostí samo o sobě poskytuje významnou podporu a v některých fázích procesu umírání stačí právě to. I když je situace závažná a možná mnohdy napjatá, je dobré pokoušet se o uvolnění atmosféry a napětí alespoň dočasně zmírnit. Mohou se vyskytnout chvíle, kdy je umírající přehlcen emocemi, které ze sebe potřebuje dostat, a ventiluje si zlost, výčitky apod. na někom, kdo je na blízku. Není vhodné pokoušet se vnucovat umírajícímu své vlastní přesvědčení o tom, jak by měl vnímat život a smrt, ani mu poskytovat duchovní rady, pokud o ně vyloženě neprojeví zájem. Nejen slovo může léčit, proto je dobré s umírajícím mít i tělesný kontakt jako vyjádření podpory, může jít o pohlazení, držení za ruku nebo i jen o laskavý pohled do očí.

Komunikace s umírajícími je klíčový nástroj pro podporu jejich důstojného a co nejvíce naplněného odchodu. Každý rozhovor představuje velmi intimní a subjektivní záležitost. Mluvit o citlivém a často tabuizovaném tématu smrti může být obtížné. Častým jevem při těchto diskusích je ignorování nebo vytěsnění smrti, protože mnoho lidí se bojí a raději se této problematice vyhýbá. Avšak vyhýbání se tématu smrti ze strany zdravotnického personálu může vést k neosobní péči a v efektivní péči o pacienty v pokročilém stádiu nemoci je klíčové, aby byla péče osobní (Firthová et al., 2007).

Jako cíl doprovázení uvádí Svatošová (2011) pomoci nemocnému i jeho blízkým projít nepříjemnými fázemi truchlení (popsané Kübler-Rossovou) až ke smíření a akceptaci, a to co nejrychleji a nejšetrněji.

### 3.3 Pracovní zátěž

Stresové faktory v pracovním prostředí se projevují vysokou mírou požadavků na jednotlivce spojenou s omezenou schopností ovlivnit průběh událostí, což může vést k pracovnímu stresu. Tyto faktory zahrnují přetížení prací, časový tlak, velkou míru odpovědnosti, zejména za lidské životy, nejasné pravomoci a interakci s lidmi (Křivohlavý, 2009).

Je potřeba si zmínit i specificky pracovní psychickou zátěž, která je jedním ze sledovaných a hodnocených faktorů práce a pracovních podmínek. Jak už bylo zmíněno, jsou rozeznávány 3 formy psychické zátěže – senzorická, mentální a emoční. Jaké jsou ale nejvýznamnější rizikové faktory v pracovním prostředí, které na ně působí? Patří mezi ně vnucené tempo na práci, monotonie práce, časový tlak a intenzita práce, noční směny, práce ve třísměnném provozu či nepřetržitém pracovním režimu, nároky kladené v oblasti kooperace a komunikace, riziko ohrožení zdraví svého nebo zdraví druhých, odpovědnost (hmotná, organizační), sociální klima na pracovišti, šikana, mobbing a další vztahové problémy. Patří mezi ně i pracovní podmínky např. vykonávání práce na odloučených pracovištích nebo práce spojená se sociální izolací a vlivy, které narušují prostředí např. hluk (Blažková, 2008). Vnuceným tempem práce je myšlena přímá závislost práce na technologiích, kdy je pracovník tempu technologie striktně podřízen. Patřila by sem např. pásová výroba. Třísměnný nebo nepřetržitý provoz mají vysoké nároky na spánkový rytmus, změnu životního stylu a na adaptaci cirkadiálního rytmu, na který není ve směnném provozu během jednoho týdne možné se plně adaptovat. Může vést k poruchám spánku a chronické únavě. Práci v časovém tlaku je myšleno

především omezení možnosti přestávek, nedostatek času na regeneraci a odpočinek, což má za následek rychlý nástup únavy a představuje zátěž psychickou i senzorickou. Špatné sociální klima na pracovišti vede k celkové nespokojenosti a k možné šikaně a je proto důležité o vztahy v pracovním týmu pečovat. Je potřeba myslet na to, že dlouhodobá psychická zátěž může vést k narušení zdraví. To se děje převážně buď jako psychosomatická onemocnění (např. vysoký krevní tlak, vředové choroby, ischemická choroba srdce, porucha metabolismu cukru a tuků atd.) nebo jako porucha v oblasti mentálního zdraví (např. PTSD, emoční a náladové dysbalance, reaktivní psychóza, psychotické a neurotické poruchy, abusus návykových látek a řada dalších) (Šplíchalová, 2016).

### 3.4 Zátěž v paliativní péči

Pracovní faktory přispívající k vytváření zátěže je možné rozdělit do 3 typů stresorů. Prvním je proces práce, tedy pracovní úkoly a zpracování. Do toho je možné započítat množství práce, čas strávený prací a charakteristiky práce, kam spadá například stereotypní pracovní činnost, vysoké nároky na pozornost, druh směn narušující biorytmus, také nepravidelnost směn a jejich časté střídání. Druhým typem stresorů jsou biologické a fyzikální podmínky ovlivňující pracovní činnost a výkon. Řadí se do nich i riziko pracovního úrazu nebo nemoci a dalších vlivů na organismus. Za třetí stresor jsou považovány sociálně psychologické podmínky vyplývající z mezilidských vztahů na pracovišti (Hladký & Žídková, 1999; Štikar et al., 2003).

Paliativní péče představuje trvalý stresový kontext, kdy se pracuje s nevléčitelně nemocnými jedinci a těmi, kteří se přibližují smrti. Poskytování péče umírajícím pacientům a jejich rodinám patří mezi nejnáročnější situace vzhledem k psychické a emoční zátěži. Je zkoušena odolnost personálu a schopnost zvládat mezní situace. Klíčem k úspěšné adaptaci na zátěž v takovéto profesi je nutnost čelit pocitům spojených s vlastní smrtelností, znalost thanatologie a supervizní podpora (Kupka, 2008). Payne (2001) ve svém výzkumu s výzkumným souborem 89 respondentů zjistil, že nejčastější copingové strategie hospicových sester jsou v následujícím pořadí: plánování řešení problému (planful problem solving), hledání sociální opory a sebekontrola. Ke stejným výsledkům došli i Healy a McKay (2000), jejich výzkumný soubor čítal 129 respondentů a nejčastějšími strategiemi byly jako u předchozího výzkumu plánování řešení problému (20 %), hledání sociální opory (19 %) a sebeovládání (15 %). Harris (2012) s výzkumným souborem 19 respondentů shodně s předchozími výzkumy přišel na plánování řešení



problému, sebekontrolu a hledání sociální opory, k těmto ještě přidává pozitivní přehodnocení a distancování. Ve výzkumu Vodičkové (2012) 64 % respondentů, z celkového počtu 137, uvedlo jako způsob ke zmírnění stresu sociální oporu, 61 % relaxační aktivity a 51 % fyzické cvičení. V přehledu 20 studií Gillmana et al. (2015) věnovaným zdravotním sestřám pracujících v paliativě a onkologii autoři uvádí, že mezi přínosné strategie patří ty, které: 1) podporují týmové fungování, 2) poskytují vzdělání a získávání znalostí a kompetencí v práci s emocemi a se stresem a 3) pomáhají zpracovávat emoce a učit se ze zkušeností. Copingové strategie se liší na základě náboženství, vzdělání, hospice, povolání, volnočasových aktivit a spokojenosti se zaměstnáním, zároveň čím vyšší stres, tím větší počet copingových strategií (Kim & Kim, 2020).

V kontextu zdravotnictví je možné zmínit výzkum Casse a Hacketta z roku 1979 (dle Kupka, 2008), kteří na základě faktorové analýzy identifikovali několik faktorů zátěže. Patří mezi ně nelékařské zevní rušivé vlivy (př. vztahy na pracovišti, telefonáty), emoční problémy pojící se s lékařskou praxí (př. denní kontakt s umírajícími, jejich příbuznými, nadměrné vnímání utrpení, léčení vlastních příbuzných a přátel), přetížení administrativní činností a přetížení z denní rutiny (Kupka 2008). Zatěžující pro ošetřovatele či sestru může být také nepřijetí nemoci a ztráty ze strany rodiny, snaha rodiny zatajit umírajícímu závažnost jeho stavu, kdy se pracovník dostává do střetu s etickými principy, nebo skutečnost, že pacient bude pravděpodobně umírat v nemocnici místo doma (Hawkins et al., 2007).

V současné době je pro zdravotnictví v České republice charakteristické nedostatečné finanční odměňování zdravotnických pracovníků s přihlédnutím k náročnosti jejich profese. Vodičková (2012) uvádí ve svém výzkumu platové ohodnocení jako jeden z velkých a zdraví ohrožujících stresů, společně s péčí o těžce nemocné a umírající pacienty a strachu ze ztráty zaměstnání.

Sociální problémy pracovníků v oblasti paliativní péče jsou často spojeny s jejich izolovaností, kdy nemohou o svých pracovních problémech otevřeně diskutovat ani s rodinou, ani s přáteli (Kupka, 2008). Shimoinaba et al. (2015) na základě svého výzkumu s 15 zdravotními sestrami zjistil, že potřebují mít podpůrnou síť tvořenou především z kolegů a peer skupin, kde mají možnost vyjádřit své emoce, pocity a dovolit

si truchlit. Podpůrná síť funguje jako prevence před kumulativním zármutkem a podporuje týmovou práci.

Problémy s plněním různých aspektů hospicové práce obvykle zahrnují obtíže spojené s neustálým vystavením potřebám umírajících osob a jejich rodin. Zaměstnanci uvádějí, že je obtížné naplňovat svá vlastní pracovní očekávání a pocítují tlak, aby neustále věnovali čas a energii především péči o umírající. To je dáno přesvědčením, že čas pro péči je velmi omezený a aktuální proces je jediným smysluplným měřítkem kvality péče o daného pacienta. Respondenti také zdůrazňují, že se snaží zmenšovat propast mezi "reálným" a "ideálním", jsou konfrontováni se stresem z rozptýlených požadavků domácí péče a výzvou být profesionálem a zároveň přítelem (Hawkins et al., 2007). Ve výzkumu Powella et al. (2019) zdravotní sestry uvádějí svou spokojenost s tím, že něco změnily (make a difference) a tento postoj je motivuje k zvládání každodenních pracovních výzev. Stejný poznatek je výstupem i kvalitativní studie autorů Camerona a Brownieho (2010). Výzkumný soubor 9 zdravotních sester se shoduje na pocitu uspokojení a hrdosti. Tento pocit jim přináší možnost dělat změny a zároveň ho uvádí jako faktor zvyšující odolnost. Na tom se s nimi shoduje i studie Ablett et al. (2007) s 10 participanty, kde kromě víry v možnost nastolit změnu autoři zjišťují postoje k poskytování péče, k životu a co vlastně zdravotní sestry k této práci vedlo. Ukázalo se, že vliv měla vlastní zkušenost s blízkým příbuzným, jenž byl paliativním pacientem, nebo předchozí zkušenosti s prací v nemocnicích, kde nebylo možné poskytovat dostatečnou paliativní péči. Zdravotní sestry chtěly dávat do své práce 100% úsilí a dopřát pacientům dobrou smrt. Rozhodnutí pro práci v paliativní péči bylo jejich aktivní rozhodnutí, které zpětně hodnotily jako pozitivní.

Podle Mastiliakové (2002) patří mezi profesní role sester: role ošetřovatelky, asistentky, komunikátorky a prostřednice, učitelky, poradkyně a zastánkyně práv pacientů. Dále uvádí kritéria hodnocení výkonu sester v závislosti na délce praxe v oblasti psychofyziologických ošetřovatelských intervencí ve vztahu ke zvládání stresu. Sestra s méně, než roční praxí nemá dostatečné znalosti v oblasti mezilidských vztahů a komunikace, což brání v efektivním využití těchto dovedností. Přijímá konstruktivní kritiku a dokáže identifikovat stresové faktory, zatímco udržuje profesionální chování. Není vždy schopna rozpoznat situace, ve kterých vznikají problémy, a nedokáže vždy adekvátně reagovat na měnící se okolnosti. Během prvních tří let praxe má sestra omezené dovednosti a zkušenosti co se týče efektivního jednání a komunikace. Na běžný

stres reaguje sebekontrolou a přiměřeným chováním, avšak neangažuje se aktivně v řešení problémů. Sestra s třemi až pěti lety praxe (některé zůstávají na této úrovni dlouhodobě) už rozumí určitým problémům a aktivně se zapojuje do jednání s problémovými lidmi. Když se ocitne v stresových situacích, reaguje profesionálně a pomáhá řídit komunikaci mezi členy zdravotnického týmu. Sestra s více než pěti lety praxe (na středně pokročilé úrovni) má rozsáhlé znalosti při práci s pacienty i kolegy a umí efektivně komunikovat. Její dovednosti v oblasti komunikace podporují spolupráci a vytvářejí profesionální atmosféru. Na začátku je schopna předcházet vzniku krizí a zvládat stresové situace. Získává si důvěru a respekt nejen pacientů, ale i kolegů. Sestra s více než 10 lety praxe (expert, na této úrovni se nachází jen málo sester) má komplexně začleněny odborné znalosti do konkrétních postupů. Je schopna vést a převzít odpovědnost v situacích s vysokým stresem nebo s konfliktními jednotlivci. Její komunikační schopnosti jsou efektivní. Často je využívána jako expert při řešení komunikačních problémů. Má schopnost předejít vzniku stresových situací. Kondráková (2020) ve svém výzkumu zkoumala resilienci pracovníků v pomáhajících profesích na výzkumném souboru 147 respondentů. Nejnižší míru resilience měly zdravotní sestry, zároveň nejvyšší míry resilience dosáhli pracovníci s délkou praxe 0-2 roky a nejnižší s délkou 11-15 let.

### 3.4.1 Zátěžové situace a stresory v kontextu hospicové péče

Ulrichová (2012) uvádí jako pracovní stresory zatěžující zdravotní sestry následující:

1. Pracovní zatížení, které zahrnuje fyzické i psychické nároky a úzce souvisí se zvýšenou potřebou odolnosti.
2. Pracovní doba a s ní související časté nepravidelné střídání směn.
3. Absence pevně daných přestávek na jídlo, hygienu a odpočinek. Na zdravotní sestry je kladen velký nárok na časovou flexibilitu.
4. Situace v práci, které vyžadují okamžitou a rychlou reakci, jako je hromadění pracovních úkolů kvůli nedostatečnému počtu personálu, neočekávané změny v pracovní situaci nebo napětí vyplývající z nepříznivých podmínek na pracovišti. Začínajícím pracovníkům mohou navíc způsobovat stres hraniční situace, jako jsou závažné úrazy, umírání a smrt, pocit izolace během nočních služeb a zvýšená až neúnosná míra zodpovědnosti.

To podporují i zjištění autorů Abletta a Jonese (2007). Jako stresory byly v jejich studii identifikovány dopady nedostatku zaměstnanců, dopad pracovní směny a komunikace s příbuznými ve chvíli, kdy jim jejich milovaná osoba zemřela. Nešpor (2001) pojmenoval celou řadu stresujících faktorů a situací, se kterými se ve zdravotnictví je možné setkat. A to například: kontakt se smrtí a bolestí, reakce pacientů a jejich emoční stavy jako deprese, hněv, podrážděnost atd., velká míra odpovědnosti, trojsměnný provoz, spánková deprivace, časové nároky, náročná oddělitelnost soukromého života od pracovního (často bývá i svými blízkými vnímán přes svou profesní roli). Zdravotník si kontaktem s nemocným může narazit i na vlastní bolavé téma, kterému ale nemá čas věnovat pozornost, stejně jako nemá čas uspokojovat své vlastní potřeby, psychické i fyzické. Také se snadno dostane k lékům, což může vést k samoléčení nebo vzniku závislosti. Nevyhne se ani pocitům profesního selhání, zavalení řadou složitých a neslučitelných úkolů, na které bude mít velmi omezený čas. Ve výzkumu Mudrové (2014) označili pracovníci hospice jako stres, když je mnoho práce a málo lidí, což znovu podporuje již zmíněné neúměrné množství práce a zátěže a nedostatek personálu. Pracovníci označili pracovní klima za důležitý faktor psychického zdraví, zároveň upozorňují na dějící se konflikty na pracovišti často pramenící z nevyjasněných pracovních kompetencí. Payne (2001) došel s respondenty ke stresorům jako je smrt a umírání, nedostatečná příprava, pracovní zátěž a konflikty na pracovišti s jinými sestrami nebo doktory. U Powella et al. (2019) účastníci jako stresory identifikovali: nezvladatelnou pracovní zátěž, práci na směny, nedostatek zaměstnanců a nedostatek školení na specifická témata jako komunikace konfliktních situací nebo psychiatrie.

Finálním důsledkem těchto a mnoha dalších zátěžových situací a stresorů může být syndrom vyhoření, který je ve zdravotnictví relativně častý. Vodičková (2012) ve své práci zjistila, že čím delší je praxe zdravotní sestry, tím vyšší je výskyt příznaků syndromu vyhoření. Oproti tomu Payne (2001) ale uvádí, že u zdravotních sester z hospiců je v porovnání se sestrami z jiných oborů nízký skóre syndromu vyhoření. Powell et al. (2019) dodává, že zdravotní sestry v paliativní péči zažívají podobné stresory jako sestry na jiných odděleních. Navíc jsou však vystaveny časté smrti a umírání. Náročná je pro ně práce hlavně s dvěma druhy pacientů: 1) se kterými se identifikují a 2) kteří mají psychiatrické nebo fyzické příznaky, které je náročné kontrolovat.

Práce s chronicky nemocnými, kteří nejsou uzdravitelní, může být dlouhodobě vyčerpávající. Péče o umírajícího pacienta a komunikace s jeho rodinnými příslušníky

představuje extrémní zátěž. Často dochází i k emočně vypjatým situacím plným hněvu a různých forem agrese. Práce s lidmi obecně, zejména v oblasti paliativní péče, je spojena s dlouhodobým stresem a emočním vyčerpáním, způsobeným nadměrnými psychickými a emočními nároky. Zdravotníci všeobecně čelí každodenním situacím, které vyžadují nejen odbornost, ale i lidské kvality (Holeksová, 2002; Kebza, 2005). A právě pracovní dlouhodobý stres, který nese obrovské emoční i psychické nároky, přináší jako důsledek syndrom vyhoření (burnout syndrome). Ten byl poprvé popsán mimo jiné právě i u zdravotnických profesí (Kebza, 2005). Pokud syndrom vyhoření není včas rozpoznán, může vést až k profesní deformaci vyznačující se nedostatkem soucitu vůči nemocnému a jeho osudu. Díky dostupnosti léčiv zde hrozí i riziko již zmíněného závislostního chování, dokonce i sebevraždy (Boleloucký, 1998). Mezi ne ojedinělé maladaptivní strategie, kterými se ošetřovatel/zdravotník snaží zmírnit stres, je abúzus návykových látek, ať už alkoholu, tabákových výrobků, kofeinu nebo léků (Křivohlavý, 2010). Ve výzkumu Vodičkové (2012) 45 % zdravotních sester uvedlo kouření cigaret jako jimi používaný způsob zmírnění stresu, dále 22 % provedlo užívání alkoholu a 9 % užívání léků. Z výsledku vyplynula zvyšující se tendence k užívání negativních způsobů zmírnění stresu společně s rostoucí délkou praxe. Sestry s praxí 0-5 let uváděly negativní způsoby zvládnání ve 24 %, sestry s praxí 6-10 let ve 26 %, s praxí 11-15 let ve 34 % případů a s praxí vyšší jak 15 let 35 %. Laal a Aliramaie (2010) na datech od 100 pracovníků nemocnice zase naopak zjistili, že ti s praxí 5-9 let mají tendenci využívat spíše pozitivních metod zvládnání jako například hudby, čtení, procházky nebo rozhovor s kolegy.

Velkým tématem v téhle profesi je smysluplnost, která se při syndromu vyhoření může vytrácet. Tu zkoumali ve studii čítající 120 paliativních zdravotních sester, kde byla vnímána jako strategie umožňující se adaptovat na stres v paliativní péči (Desbiens & Fillion, 2007). Sapeta et al. (2021) ve svém souhrnu 31 studií u zdravotních sester, v paliativní péči i jiné oblasti, uvádí smysl jako jednu ze čtyř hlavních copingů, dalšími jsou proaktivní coping (sebevědomí, ovládnání emocí a situací), coping založený na péči o sebe a coping sebetransformace týkající se přijetí vlastních limitů.

### 3.4.2 Protektivní faktory v kontextu hospicové péče

Prevence stresu v kontextu hospicových pracovníků zahrnuje různé strategie a faktory, které přispívají k adaptaci a ochraně pracovníků. Klíčovým prvkem je existence sociální podpůrné sítě, která zahrnuje blízké lidi a osvědčené zaměstnavatele (Cameron a Brownie,

2010). Ti, nejenže ohodnotí dobrou práci, ale také podporují účast pracovníků na vzdělávání a sociálních setkáních. Jako důležitý faktor rozvoje odolnosti na pracovišti jmenují Cameron a Brownie (2010) emocionální podporu ze strany kolegů a mentorů. Hart et al. (2012) také považuje kolegiální podporu za významný faktor ve své syntéze 7 dalších studií. I výzkumný soubor čítající 15 zaměstnanců paliativní kliniky jmenoval sociální a emoční podporu a důležitost sdílení zkušeností a emoční podpory od kolegů jako protektivní faktory (Perez et al., 2015). Cooper et al. (2021) syntézou 20 studií také dokládají významnou a pozitivní souvislost mezi podporou vrstevníků a odolností. Cameron a Brownie (2010) považují za důležité atributy zvyšující odolnost v práci pozitivní přístup a optimistické vyhlídky. Společně přinášejí naději, která se pojí s lepšími copingovými strategiemi. Çan a Büyükbayram (2017) ve svém přehledu studií pojmenovali celou řadu protektivních faktorů přímo související s odolností. Jsou jimi: bezpečná citová vazba, sebeúcta, interní locus of control, humor, pozitivní emoce, self-efficacy, emoční inteligence, naděje, optimismus, autonomie, víra ve druhé, sebeocenění, kreativita, altruismus, inovativnost, cíle, pozitivní očekávání atd.

Důležitou roli hraje také sebepoznání a sebehodnocení pracovníků a supervize, která směřuje k podpoře pracovního růstu a zlepšení pracovní atmosféry. Supervizi se věnuje i Mudrová (2014) ve své kvalitativní studii u 5 pracovníků hospice. Ta ji prezentuje jako formu prevence uváděnou svými respondenty. Supervize a pravidelné setkávání zaměstnanců respondenti považovali jako způsob odpočinku, možnost probírat pracovní těžkost a preventovat rizikové faktory.

Čas strávený mimo pracovní prostředí je velmi důležitý. Je to pro hospicový personál možnost načerpat znovu síly, protože emoční zátěž, kterou zažívají, nemá dopad pouze na jejich pracovní výkon, ale také na jejich osobní život (Clayton & Marczak, 2023). Tam bychom mohli zahrnout osobní život, koníčky, přátele a další zdroje. Mudrová (2014) jako důležité uvádí: odpočinek, kvalitní rodinné vztahy, aktivity mimo práci a jmenuje i víru a smysluplnost.

Již zmíněné sebepoznání představuje trvalé uvědomování si vlastních schopností, vlastností, dovedností a nedostatků v různých situacích. Pro zaměstnance hospice je klíčové, aby porozuměli sobě samým, svým reakcím, aby uměli komunikovat své potřeby a potíže i aby rozuměli rozdílným potřebám a chování pacientů. Existuje několik metod pro lepší pochopení sebe sama, včetně sebereflexe, zpětné vazby od okolí, analýzy

vlastních činností a konzultace s odborníky (Venglářová, 2011). V kontextu hospicové péče je prevence klíčová ve smyslu výběru členů personálu, kteří jsou vyrovnáni se svou vlastní smrtelností, jsou ochotni o smrti mluvit a nazývat jí pravým jménem (Svatošová, 2011). Mudrová (2015) ve své studii uvádí, že podle respondentů je důležité ujasnit si své vnímání smrtelnosti, které představuje jednu z forem prevence rizikových faktorů napomáhající psychické rovnováze. Dále je podle Svatošové (2011) důležité bránit se rutině a neustále hledat nové přístupy a metody práce, vylepšovat svoje prostředí, zároveň si umět i odpočinout, odreagovat se, pobavit se a mít smysl pro humor. Humor jako coping uvádějí například i studie Abletta a Jonese (2007) a Hart et al. (2012).

Klíčové pro zvládnutí zátěže jsou protektivní faktory, kromě těch již zmíněných v předchozích kapitolách, se u zdravotníků obvykle udává i vyšší inteligence, vzdělání, smysluplnost a zaujetí pro práci nebo vysoká společenská prestiž (Nešpor, 2001). Ve výzkumu Kondrákové (2020) nejvyšší míry resilience dosahovali pracovníci s bakalářským vzděláním a nejnižší míry absolventi VOŠ. Statistický vliv vzdělání na míru resilience zjištěn nebyl. Gillespie et al. (2007) na výzkumném souboru 772 zdravotních sester také nenašel statisticky významný vliv věku, vzdělání nebo zkušeností na resilienci. Cooper et al. (2021) po syntéze 27 studií uvádí vztah mezi věkem, vzděláním, zkušenostmi a odolností jako smíšený. Gillespie et al. (2009) na výzkumném souboru 735 účastníků našli statisticky významné souvislosti mezi resiliencí a demografickými proměnnými, věkem a zkušenostmi. Nenašli ale žádný vztah mezi resiliencí a vzděláním. Gillman et al. (2015) se svým přehledu 20 studií uvádí poskytnutí vzdělání jako strategii pro praxi a udržení psychické pohody zdravotních sester.

Pro nového pracovníka by měla být kdykoli k dispozici podpora v podobě psychologa, sociálního pracovníka nebo zkušenějších kolegů, jimž by se mohl svěřit se svými obtížemi. Lékaři a sestry pracující v paliativní medicíně často potlačují svou úzkost a nechtějí si ji připustit. Tento tlak se projevuje např. omezením komunikace s pacientem a únikem do jiné činnosti. Někdy je tento únik tak zřetelný, že naznačuje selhání komunikace. Hlavním postiženým tímto způsobem je samozřejmě pacient, který si obvykle tuto situaci vykládá jako nedostatek respektu ke své osobě. Někteří pracovníci reagují na rostoucí úzkost somatizací, jiní si pouze stěžují, zatímco další se ocitají v situaci pracovní neschopnosti (Kupka, 2008). Ve výzkumu Vodičkové (2012) na sobě 88 % zdravotních sester pociťovalo únavu a vyčerpanost. Další příznaky byly: bolesti

hlavy (54 %), poruchy spánku (43 %) a bolesti zad (43 %). Zároveň se ukázala zvyšující se tendence k únavě a vyčerpání s nárůstem délky praxe. S praxí 0-5 let šlo o 19 % respondentů, 6-10 let praxe o 26 %, 11-15 let praxe o 30 % a s praxí delší než 15 let pociťovalo únavu a vyčerpání 34 % respondentů.

Ošetřující sestra může k pacientovi pociťovat velkou lítost, kterou se snaží schovávat za masku drsnosti. I přesto může být ve své práci profesionálně zdatná a obětavá. Avšak pacienti spíše oceňují slušné chování a menší preciznost. Mezi závažnější citové deformace patří citová otupělost, která je buď hraná, nebo se jedná o skutečný projev citového otupění. Projevuje se v cynismu, nevhodném chování, neodpovídajícím humoru i před pacienty, zbytečném a hlasitém zlehčování intimních záležitostí pacientů, kolegů a občas i vlastních (Kupka, 2008). Ablett a Jones (2007) vysvětlují distanc jako ochranou funkci, která vyplývá buď z vlastních aktuálně řešených existenčních otázek, nebo z identifikace s pacientem, rodinou nebo situací. Ve studii Pereze et al. (2015) uváděl personál distancování jako způsob, jak znovu získat klid a jak si zachovat psychickou rovnováhu v náročných situacích. Zdravotní sestry ve výzkumu Camerona a Brownieho (2010) vyjádřily, jak náročné je zachovat si empatii a soucit, když nemají dostatek času na plánování a poskytování vhodné péče.



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 Výzkumný problém a cíle práce

Cílem výzkumu je kvantitativně prozkoumat resilienci, copingové strategie a zátěž ošetrovatelského personálu hospicových zařízení a ověřit, zda existuje souvislost mezi copingovými strategiemi a dalšími charakteristikami respondentů.

VO1: Jaká je souvislost mezi sociodemografickými charakteristikami a resiliencí?

VO2: Jak se liší soubor ošetrovatelského personálu hospicových zařízení v copingových strategiích oproti populaci?

VO3: Jaká je souvislost mezi pracovními charakteristikami a copingovými strategiemi?

VO4: Jaký je vztah mezi resiliencí a copingovými strategiemi?

VO5: Jaká je souvislost mezi psychickou pracovní zátěží a pracovními charakteristikami?

VO6: Jaká je souvislost psychické pracovní zátěže s resiliencí a copingovými strategiemi?

Podklad pro VO1:

Studie zabývající se sociodemografickými charakteristikami nejsou ve svých výsledcích jednotné. Gillespie et al. (2007) na výzkumném souboru 772 zdravotních sester nenašel statisticky významný vztah mezi věkem, vzděláním nebo praxí a resiliencí. Kondráková (2020) sice uvádí nejvyšší míry resilience pracovníků s bakalářským vzděláním a nejnižší u absolventů VOŠ. Statisticky významný vztah ale nenašla. Cooper et al. (2021) po syntéze 27 studií uvádí vztah mezi věkem, vzděláním, zkušenostmi a odolností jako smíšený. Oproti tomu např. Gillespie et al. (2009) na výzkumném souboru 735 účastníků našli statisticky významné souvislosti mezi resiliencí a demografickými proměnnými, věkem a zkušenostmi.

Podklad pro VO2:

Kopecký et al. (2020) pomocí dotazníku SVF 78 u studentů ošetrovatelství a budoucích záchranářů zjistili vyšší skóre v používání copingových strategií oproti populaci, studenti ošetrovatelství ale často používali negativní strategie. Kondráková (2020) ve svém výzkumu zjistila, že se liší míra resilience na základě pomáhající profese, z nichž

zdravotní sestry dosahovaly nejnižšího průměrného skóru oproti ostatním pomáhajícím profesím.

Podklad pro VO3:

Vodičková (2012) ve své studii zjistila, že zdravotní sestry mají tendenci se zvyšující se délkou praxe užívat více negativních způsobů zvládnání stresu. Podle výsledků jiné studie se copingové strategie liší na základě náboženství, vzdělání, hospice, povolání, volnočasových aktivit a spokojenosti se zaměstnáním, zároveň čím vyšší stres, tím větší počet copingových strategií (Kim & Kim, 2020). Významný vztah mezi pracovními zkušenostmi a pozitivním zvládnáním ukázal výzkum autorů Laal a Aliramaie (2010). Zároveň ze studie Abletta a Jonese (2007) vyplynul mimo jiné jako stresor a dopad pracovních směn.

Podklad pro VO4:

Řada již zmíněných autorů (Ablett & Jones, 2007; Mudrová, 2014) se zabývala resiliencí a copingem, ale šlo především o kvalitativní výzkumy. Cooperova et al. (2021) syntéza 27 studií obsahuje řadu výzkumů, které se zabývaly resiliencí a copingem zdravotních sester a ošetřovatelek, byly to ale výzkumy zpravidla kvalitativní. Chybí tedy kvantitativní přístup ke vztahu mezi resiliencí a copingovými strategiemi u ošetřovatelského personálu.

Podklad pro VO5 a VO6:

Pracovní zátěž a pracovní směny byly identifikovány v práci Powela et al. (2019) jako stresory působící na resilienci. Výzkum byl však kvalitativní, proto je potřeba ověřit vztah mezi resiliencí a psychickou pracovní zátěží i kvantitativní cestou. Leodoro et al. (2018) uvádí ve svém integrativním přehledu uvádí protichůdné výsledky studií, kdy některé uvádějí vyšší míru zátěže u zkušenějších sester, jiné naopak u méně zkušených. Vodičková (2012) ve svém výzkumu přijala hypotézu, že s rostoucí praxí roste i míra pociťované únavy a vyčerpání, které jsou projevem zátěže. Ablett & Jones (2007) uvádějí pracovní zátěž hůře zvladatelnou při nedostatku zaměstnanců a při dopadu pracovních

směn. Studie na paramedicích zjistila, že vyšší míra pozitivních copingových strategií a vyšší míra odolnosti byly spojeny s nižším stresem (Duschek, 2020).

## 5 Metodika

Pro účely této bakalářské práce byl zvolen kvantitativní přístup zaměřující se na zkoumání vztahů mezi různými proměnnými pomocí korelační analýzy. Cílem korelační studie je zjistit, jestli vůbec a jak těsný vztah je mezi proměnnými (Ferjenčík, 2000). Namísto testování předem stanovených hypotéz jsem se rozhodla formulovat výzkumné otázky, které umožňují širší a flexibilnější přístup k analýze dat. Kvantitativní přístup byl zvolen proto, aby bylo možné přesně měřit a analyzovat vztahy mezi proměnnými. Výzkumné otázky byly zvoleny proto, že poskytují širší možnosti pro analýzu a zkoumání vztahů mezi proměnnými, které by hypotézy poskytnout nemohly.

### 5.1 Výzkumné nástroje

Ve výzkumu byly využity dotazníky: SVF 78, CR-RISC, Meisterův dotazník a vlastní doplňující sociodemografické otázky. Dotazníky byly vybrány s ohledem na jejich dostupnost, jednoduchost a využitelnost pro tuto práci a výzkumný soubor. Jedná se o tři standardizované dotazníky. Ovšem je potřeba upozornit, že použitý dotazník resilience CD-RISC je sice ve své anglické verzi standardizovaný, ale verze použita v rámci této bakalářské práce je převzatá z Diplomové práce Švarcové (2015), jedná se o překlad původní anglické verze do českého jazyka.

#### 5.1.1 Sociodemografické a pracovní charakteristiky

Úvodní část dotazníku seznamuje čtenáře s tématem bakalářské práce, informuje o tom, pro koho je určen a jakou časovou dotaci vyžaduje. Tyto informace doplňuje znění emailu, které kromě uvedeného seznamuje se zásadou anonymity, ujišťuje, že data budou použita výhradně pro tuto bakalářskou práci a možnost na cokoliv se doptat.

Další část se věnuje právě sociodemografickým a pracovním charakteristikám. A to konkrétně těmto:

- Gender (žena, muž, jiné)
- Věk
- Charakter práce (zhodnocení skutečné náplně práce na škále 1 – zdravotní sestra až 10 – pečovatel/ošetřovatel)
- Délka praxe v paliativní péči
- Dosažené vzdělání
- Týdenní pracovní doba

- Typ pracovního režimu (jednosměnný, dvousměnný, třisměnný)
- Převažující klientela (děti a mládež, dospělí, senioři)
- Typ poskytované péče (domácí, lůžková, stacionární)

Zde je potřeba dovysvětlit dvě z těchto charakteristik. Dotaz na gender nebyl položen otázkou, ale jednalo se o doplnění věky: „Jsem...“ Proměnná vzhledem ke zvolené terminologii odpovědi vhodně nazývána jako gender (European Institute for Gender Equality, n.d.).

Druhou proměnnou, kterou je potřeba dovysvětlit, je škála mezi prací zdravotní sestry a ošetřovatelem/pečovatelem. Škála byla vybrána z důvodu, že různá hospicová zařízení používají různá označení, zároveň jak uvádí Mudrová (2014) ne vždy jsou kompetence jasně ohraničeny. Zdravotní sestry budou možná dělat i práci ošetřovatelů, ošetřovatelé ale nebudou moci naplno zastat práci zdravotní sestry.

### 5.1.2 SVF 78 – Strategie zvládání stresu

Autory jsou W. Janke a G. Erdmannová, do češtiny dotazník přeložil J. Švancara a vydalo Testcentrum v roce 2003. Dotazník je zaměřen na copingové strategie a skládá se ze 78 položek, byl zkrácen z původní verze čítající 120 položek, a 13 subtestů: Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Náhradní uspokojení, Kontrola situace, Kontrola reakcí, Pozitivní sebeinstrukce, Potřeba sociální opory, Vyhýbání se, Úniková tendence, Perseverace, Rezignace sebeobviňování. Subtest Potřeba sociální opory a Vyhýbání se jsou samostatné strategie, které se vyhodnocují samy za sebe, zbytek subtestů je možné zařadit pod pozitivní strategie, nebo negativní strategie. Pod pozitivní spadají strategie: Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Náhradní uspokojení, Kontrola situace, Kontrola reakce a Pozitivní sebeinstrukce. Pod negativní spadají: Úniková tendence, Perseverace, Rezignace a Sebeobviňování. Pro dotazník je použita Likertova škála: 0 – vůbec ne; 1 – spíše ne; 2 - možná; 3 – pravděpodobně; 4 – velmi pravděpodobně, v rámci které respondent hodnotí míry pravděpodobnosti konkrétního tvrzení, které vždy představuje dokončení věty: „Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry... (Janke & Erdmannová, 2003). Normativní studie (N=124) ověřila vnitřní konzistenci a reliabilitu metodou split-half. Vyhodnocení výsledků umožňuje analyzovat strategie zaměřené na zmírnění stresu (pozitivní strategie) a strategie, které stres zvyšují (negativní strategie). Z důvodu autorského zákona, který tuto metodu chrání, je možné poskytnout pouze velmi krátkou ukázkou položek (Janke & Erdmannová, 2003):

- ... ptám se, co jsem už zase udělal(a) špatně
- ... mám špatné svědomí
- ... řeknu si, že za to nemohu
- ... požádám někoho o pomoc

### 5.1.3 CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale)

Dotazník se zaměřuje na měření resilience a byl poprvé publikován v roce 2003 autory K. M. Connorem a J. R. T. Davidsonem. Dotazník obsahuje 25 položek, ty jsou hodnoceny likertovou škálou: 0 – zcela nesouhlasím; 1 – spíše nesouhlasím; 2 – někdy souhlasím; někdy nesouhlasím; 3 – spíše souhlasím; 4 – zcela souhlasím. Čím vyšší je výsledné číslo, tím vyšší je resilience. Normativní studie (N=252) byly uskutečněny na klinické populaci a byla tak ověřena konstruktová validita. Reliabilita byla ověřena formou test retest.

V České republice byl dotazník přeložen T. Švarcovou (2015), ta použila metodu zpětného překladu. Vnitřní konzistence byla 0,86, což je velmi podobné výsledku původního souboru, kde autoři uvádějí Cronbachovo  $\alpha$  0,87.

I přestože je překlad Švarcové volně dostupný na internetu, na všechny překlady původní anglické verze se vztahuje autorský zákon, proto je i u této metody možné poskytnout pouze velmi krátkou ukázkou položek.

- I když jsem pod tlakem, soustředím se a myslím jasně.
- Nenechávám se jen tak odradit neúspěchem.
- Mám silný pocit, že to, co dělám, má smysl.
- Mám rád/a výzvy.

### 5.1.4 Meisterův dotazník

Meisterův dotazník je nástrojem pro posuzování vlivů pracovních aktivit na psychický stav zaměstnanců. Slouží jako orientační metoda pro hodnocení psychické zátěže při práci. Tento dotazník byl převzat od W. Meistera ze Zentralinstitutu für Arbeitsmedizin v Berlíně. Normativní vzorek čítal 867 žen a 660 mužů, na kterých byly určeny aritmetické průměry, směrodatné odchylky a kritické hodnoty pro tři faktory a hrubý skór. Tyto tři faktory jsou: Přetížení, Monotonie a Nespecifický faktor. Je použita 5 bodová Likertova škála s možnostmi: 5 - ano, plně souhlasím; 4 - spíše ano; 3 - nevím, někdy ano, někdy ne; 2 - spíše nesouhlasím; 1 - ne, vůbec nesouhlasím. Dotazník obsahuje přesně 10 položek. Vyhodnotit výsledky je možné dvojím způsobem: podle faktorů nebo

podle jednotlivých položek. Pro účely této bakalářské práce bude dotazník vyhodnocen podle faktorů. Dotazník psychickou zátěž klasifikuje do tří stupňů, a to pomocí tří různých způsobů operací s mediány jednotlivých faktorů. Výsledná klasifikace je následující:

1. Psychická zátěž, u které je nepravděpodobné, že ovlivní zdraví, subjektivní stav nebo výkonnost (přitom je třeba ignorovat náhodné, situačně podmíněné výkyvy během pracovní směny).
2. Psychická zátěž, při které může pravidelně docházet k dočasnému ovlivnění subjektivního stavu nebo výkonnosti.
3. Psychická zátěž, při které není možné vyloučit zdravotní rizika (VŠB – Technická univerzita Ostrava, n.d.)

Zde je 10 dotazníkových položek:

- Při práci mívám často pocit časového tlaku.
- Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a.
- Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky.
- Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.
- V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby.
- Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje.
- Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost.
- Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného.
- Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost.
- Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností.

## 5.2 Sběr dat a výzkumný soubor

### 5.2.1 Sběr dat

Sběr dat byl uskutečněn formou Formuláře Google (Google Forms), který je určen k vytváření a rozesílání formulářů různých druhů. Do tohoto dokumentu byly na úvod vloženy potřebné informace pro respondenty, v první části byly položky zjišťující



uvedené sociodemografické charakteristiky a ve druhé části byly vloženy dotazníky SVF 78, CD-RISC a Meisterův dotazník. Odkazy na tento dokument byly rozesílány emailovou korespondencí, která obsahovala: stručný popis bakalářské práce, cílovou skupinu respondentů, seznámení s anonymitou, nabídku na cokoliv se doptat a žádost o přeposlání emailu mezi zaměstnance. Na vyžádání jednoho z hospiců byla vyhotovena alternativní varianta, kterou bylo možné vytisknout a dát zaměstnancům k vyplnění – tužka, papír. Emaily byly rozeslány ředitelům/ředitelkám hospiců nebo vedoucím sestrám. Bylo osloveno celkem 40 hospiců napříč celou Českou republikou. Cílovou skupinou byly pouze zaměstnanci vykonávající funkci zdravotních sester a ošetřovatelů/pečovatelů. Ze 40 oslovených hospiců se vrátilo 10 pozitivních odpovědí s informací, že byl email přeposlán zaměstnancům, ze 2 hospiců přišla odpověď o neúčasti a jeden z oslovených hospiců ještě nebyl v provozu. Hospici, ze kterých žádná odpověď nepřišla, byly osloveny znovu, ovšem bez úspěchu. Sběr dat probíhal od 7.5.2024 do 14.6.2024 a to metodou samovýběru.

### 5.2.2 Etika výzkumu a ochrana soukromí

Samotným dotazníkům předcházel zasláný email s potřebnými informacemi o bakalářské práci, ve kterém bylo uvedeno využití dat pouze pro tuto bakalářskou práci, zároveň byla zdůrazněna anonymita dotazníku. Dotazník byl zcela anonymní, nebyly požadovány, ani shromažďovány žádné osobní údaje respondentů. Účast byla zcela dobrovolná, dobrovolnost zaručovala i online podoba dotazníku, jehož vyplňování bylo možné kdykoliv ukončit, a tím tedy odstoupit. Účastníkům byla nabídnuta možnost kontaktovat realizátorku výzkumu s případným dotazem či připomínkou.

Nedílnou součástí bylo také dodržení správné administrace dotazníků a zanechání přesného znění a pořadí otázek.

### 5.2.3 Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor, kterým je ošetřovatelský personál hospicových zařízení, se skládá ze zdravotních sester a ošetřovatelek/ošetřovatelů. Celkový počet vyplněných dotazníků byl 44, z tohoto počtu bylo 7 respondentů vyřazeno z důvodu nekompletních informací. Finální počet respondentů je tedy 37. Výsledný počet sice není vysoký, ale je potřeba brát v úvahu specifickou výzkumnou skupinu. Jak už bylo zmíněno, pozitivní odpověď přišla od ¼ oslovených hospiců, 2 hospici odmítli účast a zbytek nereagoval ani na opakovanou prosbu. Zároveň velkou roli hrála i dobrovolnost a délka dotazníků.

Vzhledem k minimálnímu zastoupení mužů (N = 3) 8,1 % a nulovému zastoupení možnosti „jiné“ ve výzkumném souboru, nebyla data dále rozdělována podle genderu. Věkový průměr výzkumného souboru je 42,6 let, jak je to zobrazeno v Tabulce 1. Nejmladšímu respondentovi bylo v době sběru dat 20 let a nejstaršímu 62 (viz Tabulka 1). Průměrná délka praxe je necelých 6 let s tím, že nejkratší doba praxe představuje 2 měsíce a nejdelší doba praxe je 17 let. Na sebeposuzovací škále určující charakteristiku práce dosáhl výzkumný soubor průměru 4.43 a Mediánu 4 (viz Tabulka 1). Tyto hodnoty jsou na škále blíže k charakteristikám práce zdravotní sestry spíše než ošetřovatele.

**Tabulka 1:** *Deskriptivní charakteristiky výzkumného souboru*

	N	Průměr	Medián	SD	Min	Max	Shapiro-Wilk	
							W	p
<b>Věk</b>	37	42.59	41	9.14	20	62	0.96	0.147
<b>Praxe</b>	37	5.78	4	4.18	0.17	17	0.89	0.002
<b>Charakter práce</b>	37	4.43	4	3.09	1	10	0.88	0.001

Poznámka. Charakter práce = 10 stupňová škála, 1 - zdravotní sestra, 10 - ošetřovatel

Většina respondentů dosáhla jako nejvyššího vzdělání vysokoškolského titulu, jak uvádí Tabulka 2. Vysokou školu uvedlo celkem 20 respondentů (54,05 %) a vyšší odbornou školu 4 respondenti (10,81 %). Střední škola zakončená maturitní zkouškou je nejvyšším dosaženým vzděláním u 11 respondentů (29,73 %) a bez maturitní zkoušky u 2 respondentů (5,41). Varianta základní škola ne zvolil nikdo (viz Tabulka 2).

**Tabulka 2:** *Deskriptivní charakteristiky souboru na základě vzdělání*

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>ZŠ</b>	0	0
<b>SŠ bez matu</b>	2	5,41
<b>SŠ s maturit</b>	11	29,73
<b>VOŠ</b>	4	10,81
<b>VŠ</b>	20	54,05
<b>Celkem</b>	37	100

V rámci pracovních charakteristik 29 dotazovaných (78,38 %) pracuje v domácí péči, zbylých 8 (21,62 %) pracuje v lůžkové péči. Stacionární péči nikdo z výzkumného vzorku. Většinou klientelu tvoří senioři a to u 24 respondentů (64,86 %), u zbylých 13 respondentů (35,14 %) jsou převažující klientelou dospělí. Děti a mládež neuvádí

nikdo. Z hlediska pracovního režimu 23 dotazovaných (62,16 %) uvedlo, že pracují v jednosměnném provozu, 12 (32,43 %) ve dvousměnném a 2 (4,4 %) ve třisměnném.

Ve sledované proměnné týdenní pracovní doba 18 dotazovaných (50 %) uvádí průměrně 40 a více hodin (viz Tabulka 3), do kterých započítávají i přesčasy. Jak uvádí Tabulka 3, 13 dotazovaných (36,11 %) udalo 30-39 hodin práce, 2 dotazovaní (5,56 %) udalo 20-29 hodin a 3 dotazovaní (8,33) uvedli méně než 10 hodin. Jeden z dotazovaných uvedl pouze 1 hodinu práce/týdně, což bylo vyhodnoceno jako omyl.

**Tabulka 3:** Deskriptivní charakteristiky souboru na základě týdenní pracovní doby

Týdenní pracovní doba	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<10	3	8.33
20-29	2	5.56
30-39	13	36.11
40+	18	50
<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

### 5.3 Analýza dat

V této kapitole jsou popsány metody použité při analýze dat v rámci kvantitativní metodologie. Budou uvedeny použité statistické testy, definovány analyzované proměnné a popsány postupy transformace dat.

Data byla zpracovávána ve statistickém programu jamovi verze 2.3.28 a v programu Excel. Pro zajištění správnosti a přesnosti analýzy byly provedena kontrola chybějících hodnot. V případě operací s proměnou Týdenní pracovní doba byla odpověď jednoho z respondentů vyhodnocena jako chyba, proto nebyl do korelačních operací započítán. Analyzovány byly tyto proměnné:

- Resilience – měřena pomocí dotazníku CD-RISC
- Copingové strategie – měřeny podle dotazníku SVF 78
- Psychická pracovní zátěž – měřena Meisterovým dotazníkem
- Sociodemografické charakteristiky (gender, věk, vzdělání)
- Pracovní charakteristiky:
  - o délka praxe

- charakter práce = zhodnocení skutečné náplně práce na škále 1 – zdravotní sestra až 10 – pečovatel/ošetřovatel
- týdenní pracovní doba
- převažující klientela (1 - dospělí, 2 – senioři)
- typ poskytované péče (1 – domácí, 2 – lůžková)
- Pracovní režim (1 – jednosměnný, 2 – dvousměnný)

Normalita rozložení dat byla testována pomocí Shapiro-Wilkova testu. Jako hladina významnosti pro následující práci s daty byla určena hladina  $p < 0,05$ . Proměnné s normálním rozložením (parametrické) byly následně analyzovány pomocí Pearsonova korelačního koeficientu, zatímco neparametrické proměnné byly analyzovány pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Následně pro srovnání výsledků psychické pracovní zátěže dvou skupin na základě pracovní charakteristiky byl použit t-test pro nezávislé výběry, u parametrických dat se jednalo o Studentův T-test a u neparametrických dat o Mann-Whitney U-test. Před použitím t-testu pro nezávislé výběry bylo potřeba kategorizovat proměnnou Pracovní režim a přiřadit kategoriím číselné hodnoty (jednosměnný = 1, vícesměnný = 2). V rámci srovnávání výsledků copingových strategií s normou byla použita jednovýběrová analýza, u parametrických šlo o Studentův T-test a u neparametrických o Wilcoxon test.

## 6 Výsledky

### VO1: Jaká je souvislost mezi sociodemografickými charakteristikami a resiliencí?

Průměrná resilience výzkumného souboru je 73,84 (SD = 8,33). Normalita resilience dotazníku CD-RISC byla ověřena pomocí Shapiro-Wilkova testu a p-hodnota ( $W = 0.97$ ;  $p = 0,287$ ) dokládá normální rozložení (viz Tabulka 4).

**Tabulka 4:** Deskriptivní charakteristiky resilience dotazníku CD-RISC

	N	Průměr	Medián	SD	Min	Max	Shapiro-Wilk	
							W	p
<b>Resilience</b>	37	73.84	74	8.33	58	87	0.97	0.287

Výsledky analýzy Pearsonůvým korelačním koeficientem neodhalily žádnou statisticky významnou souvislost mezi věkem a resiliencí. Spearmanův korelační koeficient použitý pro proměnné vzdělání a praxe také neodhalil statisticky významnou souvislost mezi nimi a resiliencí (viz Tabulka 5).

**Tabulka 5:** Výsledky korelační analýzy mezi Resiliencí a sociodemografickými charakteristikami

		<b>Resilience</b>
<b>Věk</b>	Pearson's r	0.20
	df	35
	p-value	0.228
<b>Vzdělání</b>	Spearman's rho	-0.04
	df	35
	p-value	0.811
<b>Praxe</b>	Spearman's rho	0.12
	df	35
	p-value	0.490

### VO2: Jak se liší soubor ošetrovatelského personálu hospicových zařízení v copingových strategiích oproti populaci?

Podle výsledků jednovýběrového t-testu ošetrovatelský personál hospicových zařízení oproti populaci více využívá copingových strategií: Podhodnocení ( $t = 2,44$ ;  $p = 0,020$ ), Odmitání viny ( $t = 4,11$ ;  $p < 0,001$ ), Odklon ( $t = 4,47$ ;  $p < 0,001$ ), Náhradní uspokojení ( $W = 637$ ;  $p < 0,001$ ), Potřeba sociální opory ( $W = 628$ ;  $p < 0,001$ ) a Vyhýbání se ( $t = 2,80$ ;  $p = 0,008$ ). Populace normativního vzorku více využívá strategii Perseverace ( $t = -3,41$ ;  $p = 0,002$ ). U strategií Kontrola situace, Kontrola reakcí, Pozitivní sebeinstrukce,

Úniková tendence, Rezignace a Sebeobviňování nebyl mezi výzkumným souborem a normativní skupinou statisticky významný rozdíl (viz Tabulka 6).

**Tabulka 6:** *Výsledky jednovýběrového t-testu*

Subtest	M výz. Soubor	M norma	Test	Testová statistika	df	p
Podhodnocení	10.9	9.48	Student's t	2.44	36.0	0.020*
Odmítání viny	12.5	10.71	Student's t	4.11	36.0	<.001***
Odklon	14.2	11.83	Student's t	4.47	36.0	<.001***
Náhradní uspokojení	12.4	8.91	Wilcoxon W	637	-	<.001***
Kontrola situace	17.4	16.78	Student's t	1.27	36.0	0.212
Kontrola reakcí	16.1	15.41	Student's t	2.03	36.0	0.050
Pozitivní sebeinstrukce	16.2	16.37	Student's t	-0.50	36.0	0.618
Potřeba sociální opory	16.3	12.89	Wilcoxon W	628	-	<.001***
Vyhýbání se	13.9	11.97	Student's t	2.80	36.0	0.008**
Úniková tendence	8.76	8.24	Student's t	0.84	36.0	0.404
Perseverace	12.1	15.13	Student's t	-3.41	36.0	0.002
Rezignace	7.54	8.04	Student's t	-0.95	36.0	0.347
Sebeobviňování	9.78	10.64	Student's t	-1.19	36.0	0.240

Poznámka. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

### **VO3: Jaká je souvislost mezi pracovními charakteristikami a copingovými strategiemi?**

Normalita copingových strategií dotazníku SVF 78 byla ověřena Shapiro-Wilkovým testem. Normální rozložení nebylo nalezeno pouze u proměnných: Náhradní uspokojení ( $W = 0,93$ ;  $p = 0,019$ ) a Potřeba sociální opory ( $W = 0,93$ ;  $p = 0,019$ ) viz Tabulka 7.

**Tabulka 7: Deskriptivní charakteristiky subtestů dotazníku SVF**

	N	Průměr	Medián	SD	Min	Max	Shapiro-Wilk	
							W	P
<b>POZITIVNÍ C. S.</b>	37	14.3	14.3	1.82	10.29	18.1	0.98	0.757
<b>NEGATIVNÍ C. S.</b>	37	9.5	9.50	3.57	3.5	16.3	0.96	0.255
<b>Podhodnocení</b>	37	10.9	11	3.45	4	20	0.97	0.319
<b>Odmítání viny</b>	37	12.5	13	2.59	6	17	0.95	0.130
<b>Odklon</b>	37	14.2	14	3.29	5	21	0.97	0.327
<b>Náhradní uspokojení</b>	37	12.4	13	3.66	4	18	0.93	0.019*
<b>Kontrola situace</b>	37	17.4	18	3.12	12	23	0.96	0.237
<b>Pozitivní sebeinstrukce</b>	37	16.1	16	3.49	7	23	0.97	0.508
<b>Kontrola reakcí</b>	37	16.2	16	2.42	10	22	0.96	0.268
<b>Potřeba sociální opory</b>	37	16.3	16	3.58	9	22	0.93	0.019*
<b>Vyhýbání se</b>	37	13.9	13	4.24	7	23	0.96	0.206
<b>Úniková tendence</b>	37	8.76	9	3.72	1	18	0.98	0.750
<b>Perseverace</b>	37	12.1	13	5.49	2	24	0.98	0.618
<b>Rezignace</b>	37	7.54	7	3.18	2	14	0.96	0.167
<b>Sebeobviňování</b>	37	9.78	9	4.36	3	21	0.96	0.258

Poznámka. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Výsledky korelační analýzy Spearmanovým korelačním koeficientem mezi copingovými strategiemi dotazníku SVF 78 a délkou praxe, škálou určující charakter práce Škála sestra <ošetřovatel, typem péče, převažující klientelou, pracovním režimem ukazují, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi těmito charakteristikami a pozitivními ani negativními copingovými strategiemi. V případě potřeby sociální opory však byla nalezena slabá pozitivní korelace se škálou zdravotní sestry <ošetřovatel ( $r_s = 0,39$ ;  $p = 0,018$ ) a s převažující klientelou byla nalezena slabá pozitivní korelace ( $r_s = 0,33$ ;  $p = 0,045$ ). Mezi škálou Vyhýbání se z dotazníku SVF 78 a ani mezi těmito pracovními charakteristikami nebyla nalezena statisticky významná souvislost (viz Tabulka 8).

**Tabulka 8:** *Výsledky korelační analýzy mezi copingovými strategiemi a pracovními charakteristikami*

		<b>Pozitivní copingové strategie</b>	<b>Negativní copingové strategie</b>	<b>Potřeba sociální opory</b>	<b>Vyhýbání se</b>
<b>Praxe</b>	Spearman's rho	0.05	0.02	-0.27	0.13
	df	35	35	35	35
	p-value	0.757	0.892	0.106	0.444
<b>Charakter práce</b>	Spearman's rho	0.14	0.01	0.39*	-0.20
	df	35	35	35	35
	p-value	0.412	0.941	0.018	0.243
<b>Typ péče</b>	Spearman's rho	-0.03	0.15	0.15	-0.02
	df	35	35	35	35
	p-value	0.857	0.373	0.379	0.928
<b>Převažující klientela</b>	Spearman's rho	0.20	0.18	0.33*	0.02
	df	35	35	35	35
	p-value	0.231	0.278	0.045	0.913
<b>Pracovní režim</b>	Spearman's rho	-0.08	0.26	0.09	-0.14
	df	35	35	35	35
	p-value	0.620	0.118	0.595	0.398

Poznámka. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ; Charakter práce = 10 položková škála zdrav. sestra < ošetrovatel; Typ péče = 1 – domácí, 2 – lůžková; Převažující klientela = 1 – dospělí, 2 – senioři; pracovní režim = 1 – jednosměnný, 2 – dvousměnný

#### **VO4: Jaký je vztah mezi resiliencí a copingovými strategiemi?**

Zkoumání vztahu mezi resiliencí v rámci dotazníku CD-RISC a copingovými strategiemi dotazníku SVF 78 neprokázalo statisticky významnou souvislost mezi resiliencí a Pozitivními strategiemi, škálou Potřeba sociální opory ani škálou Vyhýbání se. Mezi Negativními strategiemi a resiliencí byla Pearsonovým korelačním koeficientem naměřena silná negativní korelace ( $r = -0,68$ ;  $p < 0,001$ ; viz Tabulka 9).

**Tabulka 9:** *Výsledky korelační analýzy mezi resiliencí a copingovými strategiemi*

		<b>Resilience</b>
<b>Pozitivní copingové strategie</b>	Pearson's r	0.29
	df	35
	p-value	0.078
<b>Negativní copingové strategie</b>	Pearson's r	-0.68***
	df	35
	p-value	<.001
<b>Potřeba sociální opory</b>	Spearman's rho	-0.11
	df	35
	p-value	0.507
<b>Vyhýbání se</b>	Pearson's r	-0.09
	df	35
	p-value	0.612

Poznámka. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$



Vzhledem k silné negativní korelaci mezi resiliencí a Negativními copingovými strategiemi byl tento vztah zkoumán více do hloubky. Místo zahrnující kategorie Negativní strategie byly použity přímo čtyři škály, které ji saturují – subtest Úniková tendence, Perseverace, Rezignace a Sebeobviňování uvedené i s naměřenými hodnotami v Tabulce 9. Vzhledem k normálnímu rozložení byl ke zjištění korelace u všech proměnných použit Pearsonův korelační koeficient. Mezi resiliencí a subtestem Úniková tendence byla nalezena silná negativní korelace ( $r = -0,61$ ;  $p < 0,001$ ). Mezi subtestem Perseverace a resiliencí byla zjištěna střední síla negativní korelace ( $r = -0,55$ ;  $p < 0,001$ ). Subtest Rezignace silně negativně koreluje s resiliencí ( $r = -0,75$ ,  $p < 0,001$ ). Subtest Sebeobviňování středně silně koreluje s resiliencí ( $r = -0,48$ ,  $p < 0,01$ ), jak je uvedeno v Tabulce 10.

**Tabulka 10:** *Výsledky korelační analýzy mezi resiliencí a negativními copingovými strategiemi*

		<b>Resilience</b>
<b>Úniková tendence</b>	Pearson's r	-0.61***
	df	35
	p-value	<.001
<b>Perseverace</b>	Pearson's r	-0.55***
	df	35
	p-value	<.001
<b>Rezignace</b>	Pearson's r	-0.75***
	df	35
	p-value	<.001
<b>Sebeobviňování</b>	Pearson's r	-0.48**
	df	35
	p-value	0.003

Poznámka. \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

## VO5: Jaká je souvislost mezi psychickou pracovní zátěží a pracovními charakteristikami?

Normalita rozložení dat položek Meisterova dotazníku byla ověřena Shapiro-Wilkovým testem a výsledky jsou uvedeny v Tabulce 11.

**Tabulka 11:** Deskriptivní charakteristiky pro faktory zátěže

	N	Průmě r	Media n	SD	Minimu m	Maximu m	Shapiro- Wilk	
							W	P
<b>Hrubý skór</b>	37	20.32	20	5.87	11	39	0.96	0.138
<b>Přetížení</b>	37	7.43	7	1.99	4	12	0.95	0.075
<b>Monotonie</b>	37	4.46	4	1.89	3	10	0.77	<.001***
<b>Nespecifický faktor</b>	37	8.43	8	3.18	4	18	0.94	0.048*

Poznámka. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Následně byla zjišťována korelace mezi pracovními charakteristikami a Hrubým skórem s faktory, které ho sytí. U žádného z faktorů nebyla nalezena statisticky významná souvislost s proměnnými: Týdenní pracovní doba, Škála zdravotní sestry <ošetřovatel, Typ péče a Převažující klientela (viz Tabulka 12). Mezi faktorem Přetížení a Pracovním režimem nebyla nalezena statisticky významná souvislost. Pracovní režim vykazoval středně silnou pozitivní korelaci s faktorem Monotonie ( $r_s = 0,42$ ;  $p = 0,010$ ) a s Nespecifickým faktorem ( $r_s = 0,56$ ;  $p < 0,001$ ). Mezi Pracovním režimem a faktorem přetížení nebyla nalezena statisticky významná souvislost.

**Tabulka 12:** *Výsledky korelační analýzy mezi zátěží a pracovními charakteristikami*

		Pracovní režim	Týdenní pracovní doba	Charakter práce	Typ péče	Převažující klientela
<b>Hrubý skór</b>	Spearman's rho	0.51**	0.25	-0.14	0.17	0.23
	df	35	34	35	35	35
	p-value	0.001	0.146	0.418	0.307	0.179
<b>Přetížení</b>	Spearman's rho	0.23	0.16	-0.05	0.10	0.16
	df	35	34	35	35	35
	p-value	0.170	0.355	0.751	0.543	0.338
<b>Monotonie</b>	Spearman's rho	0.42*	0.20	0.05	0.22	0.30
	df	35	34	35	35	35
	p-value	0.010	0.232	0.777	0.191	0.068
<b>Nespecifický faktor</b>	Spearman's rho	0.56***	0.20	-0.31	0.13	0.13
	df	35	34	35	35	35
	p-value	<.001	0.243	0.065	0.433	0.441

Poznámka. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ; Charakter práce = 10 položková škála zdrav. sestra < ošetrovatel; Typ péče = 1 – domácí, 2 – lůžková; Převažující klientela = 1 – dospělí, 2 – senioři; pracovní režim = 1 – jednosměnný, 2 – dvousměnný

Pro bližší prozkoumání vztahu mezi pracovním režimem a psychickou pracovní zátěží byl použit T-test, jehož výsledky jsou uvedeny v Tabulce 13. Tři typy pracovního režimu (jednosměnný, dvousměnný a třisměnný) byly zredukovány pouze na dvě – jednosměnný a vícesměnný. Podle výsledku T-testu mezi jednosměnným a vícesměnným pracovním režimem existuje statisticky významný rozdíl ve faktoru Monotonie ( $U = 89$ ;  $p = 0,019$ ) a v Nespecifickém faktoru ( $t = -3,72$ ;  $p < 0,001$ ). U faktoru Přetížení není statisticky významný rozdíl (viz Tabulka 13).

**Tabulka 13:** *Výsledky T-testu pro srovnání respondentů podle pracovního režimu*

		Statistika	df	p
<b>Hrubý skór</b>	Student's t	-3.29	35.0	0.002
<b>Přetížení</b>	Student's t	-1.01	35.0	0.319
<b>Monotonie</b>	Mann-Whitney U	89.0		0.019
<b>Nespecifický faktor</b>	Student's t	-3.72	35.0	<.001

Poznámka.  $H_a \mu$  Jednosměnný  $\neq \mu$  vícesměnný

Vyšší míru Monotonie měli pracovníci pracující ve vícesměnném provozu ( $M = 4,75$ ;  $SD = 1,85$ ) oproti těm pracujícím v jednosměnném provozu ( $M = 3,92$ ;  $SD = 1,93$ ). V Nespecifickém faktoru dosahovali vyšší míry respondenti pracující ve vícesměnném

provozu ( $M = 8,58$ ;  $SD = 2,76$ ) oproti těm pracujícím v jednosměnném provozu ( $M = 8,58$ ;  $SD = 3,93$ ; viz Tabulka 14).

**Tabulka 14:** Charakteristiky skupin *t*-testu

	Group	N	Průměr	Medián	SD	SE
<b>Hrubý skór</b>	1	13	19.15	18.00	7.16	1.99
	2	24	20.96	20.50	5.09	1.04
<b>Přetížení</b>	1	13	7.08	7.00	2.10	0.58
	2	24	7.63	7.00	1.95	0.40
<b>Monotonie</b>	1	13	3.92	3.00	1.93	0.54
	2	24	4.75	4.00	1.85	0.38
<b>Nespecifický faktor</b>	1	13	8.15	8.00	3.93	1.09
	2	24	8.58	9.00	2.76	0.56

#### **VO6: Jaká je souvislost psychické pracovní zátěže a rysů resilience a copingu?**

Souvislost mezi položkami Meisterova dotazníku psychické pracovní zátěže a resilience podle dotazníku CD-RISC byla stejně jako souvislost mezi zmiňovanou zátěží a copingovými strategiemi podle dotazníku SVF 78 ujišťována Pearsonovým a Spearmanovým korelačním koeficientem, jak je uvedeno v Tabulce 15.

Hrubý skór středně silně negativně koreloval s resiliencí ( $r = -0,46$ ;  $p = 0,004$ ) a slabě negativně s negativními strategiemi ( $r = 0,34$ ;  $p = 0,041$ ), s pozitivními strategiemi ani subtestem Vyhýbání se nebyla statisticky významná souvislost. Faktor Přetížení slabě negativně koreluje s resiliencí ( $r_s = -0,33$ ;  $p = 0,047$ ), se subtestem Vyhýbání se, pozitivními ani negativními strategie nijak významně nekoreluje. Faktor monotonie středně silně negativně koreluje s resiliencí ( $r_s = -0,47$ ;  $p = 0,003$ ) a středně silně pozitivně s negativními copingovými strategiemi ( $r_s = 0,44$ ;  $p = 0,006$ ), s pozitivními strategiemi ani subtestem Vyhýbání se nijak významně nekoreluje. Nespecifický faktor slabě negativně koreluje s resiliencí ( $r_s = -0,38$ ;  $p = 0,020$ ). Mezi Nespecifickým faktorem a subtesty Potřeba sociální opory, Vyhýbání se ani pozitivními a negativními strategiemi není žádná statisticky významná souvislost.

**Tabulka 15:** Korelační analýza mezi copingovými strategiemi a psychickou pracovní zátěží

		Resilience	Pozitivní copingové strategie	Negativní copingové strategie	Potřeba sociální opory	Vyhýbání se
<b>Hrubý skór</b>	Pearson's r	-0.46**	-0.11	0.34*	-	-0.17
	df	35	35	35	-	35
	p-value	0.004	0.529	0.041	-	0.306
	Spearman's rho	-	-	-	0.17	-
	df	-	-	-	35	-
	p-value	-	-	-	0.305	-
<b>Přetížení</b>	Pearson's r	-0.33*	-0.09	0.23	-	-0.27
	df	35	35	35	-	35
	p-value	0.047	0.602	0.177	-	0.108
	Spearman's rho	-	-	-	0.13	-
	df	-	-	-	35	-
	p-value	-	-	-	0.437	-
<b>Monotonie</b>	Spearman's rho	-0.47**	-0.22	0.44**	0.32	-0.08
	df	35	35	35	35	35
	p-value	0.003	0.195	0.006	0.051	0.644
	Spearman's rho	-0.38*	-0.15	0.18	0.03	-0.15
<b>Nespecifický faktor</b>	df	35	35	35	35	35
	p-value	0.020	0.372	0.287	0.879	0.367

Poznámka. \* p <.05, \*\* p <.01, \*\*\* p <.001

## 6.1 Shrnutí výzkumných otázek

### **VO1: Jaká je souvislost mezi sociodemografickými charakteristikami a resiliencí?**

Výsledky analýzy Pearsonůvým korelačním koeficientem neodhalily žádnou statisticky významnou souvislost mezi věkem a resiliencí. Spearmanův korelační koeficient použitý pro proměnné vzdělání a praxe také neodhalil statisticky významnou souvislost mezi nimi a resiliencí.

### **VO2: Jak se liší soubor ošetřovatelského personálu hospicových zařízení v copingových strategiích oproti populaci?**

Podle jednovýběrového t-testu ošetřovatelský personál hospicových zařízení oproti populaci více využívá copingových strategií: Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Náhradní uspokojení, Potřeba sociální opory a Vyhýbání se. Populace normativního vzorku více využívá strategii Perseverace. U strategií Kontrola situace, Kontrola reakcí,

Pozitivní sebeinstrukce, Úniková tendence, Rezignace a Sebeobviňování nebyl statisticky významný rozdíl.

### **VO3: Jaká je souvislost mezi pracovními charakteristikami a copingovými strategiemi?**

Korelační analýza neprokázala signifikantní korelace mezi copingovými strategiemi SVF 78 a délkou praxe, charakterem práce (sestra <ošetřovatel), typem péče, převažující klientelou a pracovním režimem. Statistickou významnost objevila pouze korelace mezi copingovou strategií potřeba sociální opory vůči charakteru práce ( $r_s = 0,39$ ) a vůči převažující klientele ( $r_s = 0,33$ ). U subtestu Vyhýbání se nebyla nalezena žádná statisticky významná souvislost.

### **VO4: Jaký je vztah mezi resiliencí a copingovými strategiemi?**

Zkoumání vztahu mezi resiliencí (CD-RISC) a copingovými strategiemi (SVF 78) neprokázalo statisticky významnou souvislost mezi resiliencí a pozitivními strategiemi, potřebou sociální opory ani vyhýbáním se. Pearsonův korelační koeficient ukázal silnou negativní korelaci mezi resiliencí a negativními strategiemi ( $r = -0,68$ ). Detailnější analýza odhalila korelace mezi resiliencí a jednotlivými negativními strategiemi: únikovou tendencí ( $r = -0,61$ ), perseverací ( $r = -0,55$ ), rezignací ( $r = -0,75$ ) a sebeobviňováním ( $r = -0,48$ ).

### **VO5: Jaká je souvislost mezi psychickou pracovní zátěží a pracovními charakteristikami?**

Souvislost mezi psychickou pracovní zátěží a pracovními charakteristikami byla zkoumána korelační analýzou. Nebyla nalezena statisticky významná souvislost mezi Hrubým skórem a týdenní pracovní dobou, charakterem práce (sestra <ošetřovatel), typem péče a převažující klientelou (viz Tabulka 11). Pracovní režim pozitivně koreloval s faktorem Monotonie ( $r_s = 0,42$ ) a s Nespecifickým faktorem ( $r_s = 0,56$ ).

T-test ukázal statisticky významný rozdíl mezi jednosměnným a vícesměnným režimem ve faktoru Monotonie a Nespecifickém faktoru. Vyšší míru Monotonie měli pracovníci ve vícesměnném provozu ( $M = 4,75$ ;  $SD = 1,85$ ) oproti jednosměnnému ( $M = 3,92$ ;  $SD = 1,93$ ). V Nespecifickém faktoru dosahovali vyšší míry pracovníci ve vícesměnném provozu ( $M = 8,58$ ;  $SD = 2,76$ ) oproti jednosměnnému ( $M = 7,34$ ;  $SD = 3,93$ ).

## **VO6: Jaká je souvislost psychické pracovní zátěže a rysů resilience a copingu?**

Souvislost mezi položkami Meisterova dotazníku, resiliencí (CD-RISC) a copingovými strategiemi (SVF 78) byla zkoumána korelační analýzou. Hrubý skóre koreloval negativně s resiliencí ( $r = -0,46$ ) a s negativními strategiemi ( $r = -0,34$ ). Faktor Přetížení ( $r_s = -0,33$ ), faktor Monotonie ( $r_s = -0,47$ ) a Nespecifický faktor ( $r_s = -0,38$ ) také negativně korelovaly s resiliencí. Faktor Monotonie též pozitivně koreloval s negativními strategiemi ( $r_s = 0,44$ ).

## 7 Diskuze

Cíle tohoto výzkumu byly zaměřeny na zkoumání souvislostí mezi pracovními a sociodemografickými charakteristikami, copingovými strategiemi, resiliencí a zátěží u ošetrovatelského personálu v hospicových zařízeních. Tyto cíle byly naplněny zodpovězením následujících výzkumných otázek.

### **VO1: Jaká je souvislost mezi sociodemografickými charakteristikami a resiliencí?**

Výsledky korelační neodhalily žádnou statisticky významnou souvislost mezi resiliencí a sociodemografickými charakteristikami. Tento výsledek je v souladu se studii Gillespie et al. (2007) a Kondrákové (2020), které také nenašly statisticky významný vztah mezi věkem, vzděláním nebo praxí a resiliencí. Naproti tomu ve studii Gillespie et al. (2009) autoři našli statisticky významné souvislosti mezi resiliencí a demografickými proměnnými, což naznačuje, že výsledky v této oblasti mohou být rozporuplné. Smíšené výsledky uvádí i syntéza 27 studií od Coopera et al. (2021), která také potvrzuje, že vztahy mezi sociodemografickými charakteristikami a resiliencí jsou nejednoznačné. Mastiliaková (2002) ve své publikaci přisuzuje profesně starším zdravotním sestřám vyšší kompetenci ve vztahu k čelení stresu, ty však podle zmíněných studií nemusejí mít přímý vliv na resilienci.

### **VO2: Jak se liší soubor ošetrovatelského personálu hospicových zařízení v copingových strategiích oproti populaci?**

Ošetrovatelský personál hospicových zařízení čelí specifickým výzvám a stresovým situacím, které mohou ovlivnit způsob, jakým zvládají stres ve srovnání s běžnou populací. Tato výzkumná otázka zkoumá rozdíly v používání copingových strategií mezi hospicovým personálem a širší populací.

Výsledky jednovýběrového t-testu odhalily, že hospicový personál využívá některé copingové strategie výrazně více než normativní populace. Konkrétně, následující strategie byly u hospicového personálu použity více Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Náhradní uspokojení, Potřebu sociální opory a Vyhýbání se. Naopak, normativní populace více využívá strategii Perseverace, která se je charakteristická dlouhým přemítáním a neschopností se od myšlenky odpoutat (Erdmannové & Jankeho, 2003).



U strategií jako Kontrola situace, Kontrola reakcí, Pozitivní sebeinstrukce, Úniková tendence, Reznice a Sebeobviňování nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly, což naznačuje, že v některých oblastech zvládnání stresu se ošetrovatelský personál a normativní populace nijak významně neliší. Tyto výsledky korespondují s výzkumem Formanové (2020) na výzkumné souboru 64 zdravotních sester, jejichž výsledky v dotazníku SVF 78 byly porovnány s normativním vzorkem. Výsledky se shodují ve vyšším skóru subtestu Podhodnocení, Odmítání viny, Odklonu, Náhradním uspokojení a Vyhýbání se u zdravotních sester oproti populaci. Stejně tak se shodují ve vyšším skóru Perseverace u populace, oproti výzkumnému souboru. Výsledky lze podpořit i studií Kopeckého et al. (2020), ti zjistili vyšší skóre v používání copingových strategií oproti populaci u studentů ošetrovatelství a budoucích záchranářů, podobně jako zjištění v této práci u hospicového personálu. U hospicového ošetrovatelského personálu tedy oproti jiným zdravotním sestřám vyšla v porovnání s populací vyšší míra potřeby sociální opory. Mohlo by se jednat o specifikum oblasti paliativy, zároveň je ale právě důležitost sociální opory podpořena řadou studií nejen u ošetrovatelského personálu v hospicích (Cameron & Brownie, 2010; Shimoimaba et al., 2015; Cooper, 2021; Hartl et al., 2012; Perez et al., 2015; Harris, 2012). Podle Paulíka (2017) si každý vytváří vlastní repertoár způsobů, jak zvládat stres. Tyto způsoby se modifikují na základě zkušeností a učení. Je tedy možné, že právě výše zmíněné strategie jsou důležité pro práci zdravotní sestry nebo ošetrovatele v hospici.

### **VO3: Jaká je souvislost mezi pracovními charakteristikami a copingovými strategiemi?**

Tato studie neodhalila statisticky významnou souvislost mezi subtestem Vyhýbání se, pozitivními ani negativními copingovými strategiemi a délkou praxe, charakterem práce, typem péče, převažující klientelou a pracovním režimem. Tato zjištění jsou částečně v souladu se studií Vodičkové (2012), která sice identifikovala zvýšenou míru negativních copingových strategií u zdravotních sester se zvyšující se délkou praxe, ale neuvádí signifikantní vztah s ostatními pracovními charakteristikami. To kontrastuje s výzkumem autorů Laal a Aliramaie (2010), autoři dokládají významný vztah mezi délkou praxe a copingem u zdravotních sester. Také studie Kim & Kim (2020) uvádějí, že copingové strategie u zdravotních sester se mohou lišit na základě náboženství, vzdělání, hospicové vzdělání, zaměstnání, spokojenost a volnočasové aktivity. Byl však

nalezen vztah mezi potřebou sociální opory a klientelou i mírou toho, jak moc je jejich práce blízko práci zdravotní sestry nebo ošetřovatele.

#### **VO4: Jaký je vztah mezi resiliencí a copingovými strategiemi?**

Zkoumání vztahu mezi resiliencí a copingovými strategiemi (SVF 78) neodhalilo statisticky významnou souvislost mezi resiliencí (měřenou pomocí CD-RISC) a pozitivními copingovými strategiemi, potřebou sociální opory ani vyhýbáním se. Tento výsledek je v souladu s předchozími studiemi (Ablett & Jones, 2007; Cooper et al., 2021), které naznačují, že vztah mezi resiliencí a copingem není jednoznačný a může se lišit v závislosti na kontextu a metodologii výzkumu. Zároveň řada kvalitativních výzkumů a souhrnů (Cameron, & Brownie, 2010; Cam, & Büyükbayram, 2017; Shimoimaba et al., 2015; Cooper et al., 2021; Hart, Brannan, & De Chesnay, 2012) uvádí sociální oporu jako protektivní faktor, který ovlivňuje odolnost zdravotních sester nejen v hospicích.

Byla naměřena silná negativní korelace mezi resiliencí a negativními copingovými strategiemi, jako je úniková tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování. Tento výsledek je zajímavý, protože naznačuje, že jedinci s nižší mírou resiliencie častěji uplatňují negativní copingové strategie při zvládání stresu. To je v souladu s teoretickými předpoklady o tom, že vyšší resiliencí disponující jedinci jsou schopni lépe překonávat stresové situace a adaptovat se na změny (Kebza, 2005; Connor & Davidson, 2003; Mastenová et al., 1990; Šolcová, 2010; Hartl & Hartlová, 2015). Ukázalo se tedy, že pro vyšší resilienci není tak důležité využívat pozitivní copingové strategie, ale spíše nevyužívat ty negativní.

#### **V05: Jaká je souvislost mezi psychickou pracovní zátěží a pracovními charakteristikami?**

Ve studii byla zkoumána souvislost mezi psychickou pracovní zátěží a různými pracovními charakteristikami zdravotního personálu. Pracovní režim pozitivně koreloval s faktorem Monotonie ( $r_s = 0,42$ ) a s Nespecifickým faktorem ( $r_s = 0,56$ ). Zároveň vyšší míru Monotonie i Nespecifického faktoru uváděl ošetřovatelský personál pracující ve vícesměnném provozu. To je v souladu se zjištěními Powella et al. (2019), kteří identifikovali pracovní zátěž a pracovní směny jako klíčové stresory ovlivňující resilienci, Ablett & Jones (2007) ve své studii zdůrazňují, že pracovní zátěž je obtížněji

zvládatelná při vysokém dopadu pracovních směn. Ablett & Jones (2007) uvádějí pracovní zátěž hůře zvladatelnou při nedostatku zaměstnanců a při dopadu pracovních směn. Z výsledků je tedy možné vyvodit, že práce ve vícesměnném provozu je pro personál více zatěžující než práce v jednosměnném provozu.

#### **VO6: Jaká je souvislost psychické pracovní zátěže a rysů resilience a copingu?**

Souvislost mezi položkami Meisterova dotazníku, resiliencí (CD-RISC) a copingovými strategiemi (SVF 78) byla zkoumána korelační analýzou. Hrubý skóre koreloval negativně s resiliencí ( $r = -0,46$ ) a s negativními strategiemi ( $r = -0,34$ ). Faktor Přetížení ( $r_s = -0,33$ ), faktor Monotonie ( $r_s = -0,47$ ) a Nespecifický faktor ( $r_s = -0,38$ ) také negativně korelovaly s resiliencí. Faktor Monotonie též pozitivně koreloval s negativními strategiemi ( $r_s = 0,44$ ). Z výsledků tedy vyplývá, že jedinci pociťující nižší míru zátěže zároveň disponují vyšší mírou resilience, což koresponduje i s teoretickou základnou této práce. Současně jedinci s vyšší mírou pociťované zátěže využívají více negativních copingových strategií.

Pracovní zátěž a pracovní směny byly identifikovány v práci Powela et al. (2019) jako stresory působící na resilienci. Výzkum byl však kvalitativní, proto je potřeba ověřit vztah mezi resiliencí a psychickou pracovní zátěží i kvantitativní cestou. Vodičková (2012) ve svém výzkumu přijala hypotézu, že s rostoucí praxí roste i míra pociťované únavy a vyčerpání, které jsou projevem zátěže. Studie na paramedicích zjistila, že vyšší míra pozitivních copingových strategií a vyšší míra odolnosti byly spojeny s nižším stresem (Duschek, 2020). Výsledky naznačují negativní korelaci mezi psychickou pracovní zátěží a úrovní resilience, což podporuje studie, které uvádějí, že vyšší míra pracovní zátěže koreluje s nižší úrovní resilience (Leodoro et al., 2018). Dále vaše studie identifikovala, že faktory resilience, jako je například přetížení a monotonie, negativně korelují s psychickou pracovní zátěží, což je v souladu s výzkumem Ablett & Jones (2007), který identifikoval pracovní zátěž jako hůře zvládatelnou při nedostatku zaměstnanců a při dopadu pracovních směn.

#### **Limity práce**

Je potřeba uvést, že bylo možné dohledat velmi omezené množství výzkumů, které využily dotazník copingových strategií SVF 78 na výzkumném souboru relevantním k této bakalářské práci. Zahraničních výzkumů bylo nalezeno naprosté minimum,

u českých výzkumů se jednalo převážně o bakalářské práce, které nebylo možné využít. Zároveň, jak již bylo zmíněno, většina studií zkoumající stejné proměnné v různých vztazích je kvalitativních.

Ve výzkumu bylo analyzováno 37 respondentů, což představuje relativně malý vzorek pro kvantitativní výzkum, je však potřeba brát v úvahu specifickou skupinu. Osloveno bylo celkem 40 hospicových zařízení, z nichž odpovědělo pouze 10, což může být způsobeno různými faktory, přes přehlcenost personálu až po jejich ochotu zúčastnit se výzkumu. Tato skutečnost je považována za limit výzkumu, i když byla vyvinuta snaha navázat kontakt se všemi dostupnými hospici.

Použité dotazníky, CD-RISC, SVF 78 a Meisterův dotazník, jsou standardizované nástroje pro měření resilience, copingových strategií a psychické pracovní zátěže. Sběr dat probíhal prostřednictvím online dotazníků, což bylo vzhledem k možnostem nejlepší dostupnou volbou, i když samosběr a sebesposuzovací škály mohou přinášet určitá zkreslení.

### **Hodnocení validity**

Interní validita výzkumu byla ovlivněna několika faktory. Malý vzorek respondentů a metoda samosběru online dotazníků mohou přinášet výběrové zkreslení, neboť se mohli účastnit spíše více motivovaní zaměstnanci. Sebeuposuzovací škály, i když jsou standardizované, mohou přinášet subjektivní zkreslení. Kombinace několika sebeuposuzovacích škál pro korelační analýzy je metodologicky náročná a může vést k dalším zkreslením výsledků. Nicméně, aby bylo omezeno zkreslení odpovědí, účastníci nebyli předem informováni o konkrétních cílech dotazníků. Na druhou stranu výběr metody samosběru a oslovení širokého vzorku prostřednictvím ředitelů a vrchních sester byl praktický způsob, jak rychle získat data a vzhledem k časovým a finančním omezením byl samovýběr efektivní metodou. Zároveň šlo o způsob, jak zajistit maximální anonymitu a dobrovolnost. Externí validita výzkumu je omezená. Výsledky mohou být zobecnitelné na podobné pracovní skupiny v hospicových zařízeních, avšak vzhledem k malé velikosti vzorku a specifickému prostředí je třeba opatrnosti při zobecňování na širší populaci zdravotnického personálu.

## **Přínos práce**

Tato bakalářská práce přináší rozšíření znalostí o resilienci ošetrovatelského personálu v hospicích a odhaluje, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi sociodemografickými charakteristikami (věk, vzdělání, praxe) a resiliencí. Tento výsledek je v souladu s některými předchozími studiemi, což podporuje závěr, že resilience není jednoznačně ovlivněna těmito faktory. Tato práce tedy potvrzuje a rozšiřuje toto poznání specificky pro hospicové prostředí. Výsledky ukazují, že hospicový personál používá určité copingové strategie více než běžná populace, jsou jimi Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Náhradní uspokojení, Potřeba sociální opory a Vyhýbání se. Toto zjištění je důležité pro tvorbu podpůrných prostředků a intervencí, které mohou být cíleny na práci s těmito copingovými strategiemi, to může zlepšit pracovní spokojenost a snížit riziko vyhoření. Zjištění o negativní korelaci mezi resiliencí a negativními copingovými strategiemi a mezi směnami a zátěží mohou přispět budoucí snaze zvyšovat resilienci a snížit zátěž hospicových pracovníků, a to i prostřednictvím eliminace negativních copingových strategií. To může přispět k lepšímu zvládnání stresu u hospicového personálu a snížit riziko vyhoření. Celkově přináší tato bakalářská práce informace, které mohou být využity ke zlepšení pracovních podmínek hospicového personálu, tvorbě cílených podpůrných opatření a dalšímu výzkumu v této oblasti. Další výzkum by mohl tato zjištění ověřit na větším počtu respondentů a prozkoumat vztah mezi proměnnými a pracovní spokojeností.

## 8 Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřila na zkoumání souvislostí mezi pracovními a sociodemografickými charakteristikami, copingovými strategiemi, resiliencí a psychickou zátěží u ošetrovatelského personálu v hospicových zařízeních. Výzkum byl realizován pomocí dotazníkového šetření u 37 hospicových pracovníků pomocí standardizovaných dotazníků.

Z analýzy vztahu mezi resiliencí a sociodemografickými charakteristikami vyplynulo, že není statisticky významná souvislost mezi věkem, vzděláním, praxí a resiliencí.

Srovnání rozdílů v copingových strategiích mezi hospicovým personálem a běžnou populací ukázalo, že hospicový personál používá strategie jako Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Náhradní uspokojení, Potřeba sociální opory a Vyhýbání se výrazně více než normativní populace. Normativní populace zase více využívá strategie Perseverace.

V rámci zkoumání souvislosti mezi pracovními charakteristikami a copingovými strategiemi byla změřena statisticky významnou souvislost mezi potřebou sociální opory a převažující klientelou i charakterem práce. Dále byla zjištěna silná negativní korelace mezi resiliencí a negativními copingovými strategiemi jako úniková tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování, ale nebyla zjištěna statisticky významná souvislost mezi resiliencí a strategiemi: pozitivními copingové strategie, potřeba sociální opory a vyhýbání se. Pracovní režim pozitivně koreloval s faktorem Monotonie a Nespecifickým faktorem, zejména ve vícesměnném provozu, ve kterém zaměstnanci pociťují zátěž více, než ji pociťují zaměstnanci v jednosměnném provozu. Zároveň hrubé skóre psychické pracovní (stejně jako všechny tři faktory) zátěže korelovalo negativně s resiliencí a faktor Monotonie pozitivně koreloval s negativními copingovými strategiemi.

Bylo by vhodné realizovat výzkum na větším počtu respondentů a prozkoumat vztah mezi těmito proměnnými a pracovní spokojeností. Zároveň by bylo užitečné prozkoumat vztahy mezi proměnnými více do hloubky. Jedním z limitujících faktorů této studie byl omezený počet respondentů. Dalšími faktory byl výběr samosběru a možného zkreslení na základě proaktivnosti hospicových pracovníků.

Práce rozšiřuje znalosti o resilienci ošetrovatelského personálu v hospicích, ukazuje nepřítomnost významné souvislosti mezi sociodemografickými faktory a resiliencí a odhaluje specifické copingové strategie využívané více než běžnou populací. Zjištění podporují tvorbu cílených intervencí ke zlepšení pracovních podmínek a snížení rizika vyhoření.

## 9 Souhrn

Teoretická část byla věnována klíčovým pojmům zátěže, strategií zvládání zátěžových situací, resilienci a specifickým práce v hospicovém zařízení. Pojem zátěž byl teoreticky vymezen spolu s pojmy stres a stresory a byly uvedeny jejich důsledky. Strategie zvládání zátěžových situací jako obecnější rámec byly vysvětleny v rámci konceptů obranných mechanismů a copingu. Copingové strategie byly vymezeny jako strategie zahrnující plánovité i neplánovité psychické procesy, které mohou být vědomé a směřují k dosažení zmírnění nebo ukončení stresu (Erdmannové & Jankeho, 2003). Resilience, tedy schopnost vypořádat se se stresem (Connor & Davidson, 2003), byla teoreticky vymezena spolu s příbuznými pojetími odolnosti. V rámci kapitoly specifika práce v hospicovém zařízení byly definovány cíle hospicové péče, Náplň práce, pracovní zátěž a zátěž v paliativní péči. V kontextu zátěže v paliativní péči byly pojmenovány zátěžové situace, stresory a protektivní faktory.

Cílem výzkumu bylo kvantitativně prozkoumat resilienci, copingové strategie a zátěž ošetrovatelského personálu hospicových zařízení a ověřit, zda existuje souvislost mezi copingovými strategiemi a dalšími charakteristikami respondentů. K měření těchto kvalit byly použity dotazníky: Connor-Davidson resilient scale (Connor & Davidson, 2003), dotazník copingových strategií SVF 78 (Janke & Erdmannová, 2003) a Meisterův dotazník psychické pracovní zátěže (VŠB – Technická univerzita Ostrava, n.d.). Tyto dotazníky byly rozeslány ve formě online formuláře všem dostupným hospicovým zařízením. Výzkumný soubor se skládal z 37 zdravotních sester a ošetrovatelů hospicových zařízení. Pro analýzu dat byly využity statistické metody: Pearsonův a Spearmanův korelační koeficient pro měření korelací, t-test pro komparaci a jednovýběrový t-test pro srovnání výzkumného souboru s normou. Pro naplnění výzkumného cíle bylo stanoveno šest výzkumných otázek, které umožnily resilienci, copingové strategie a zátěž více prozkoumat.

VO1: Jaká je souvislost mezi sociodemografickými charakteristikami a resiliencí?

VO2: Jak se liší soubor ošetrovatelského personálu hospicových zařízení v copingových strategiích oproti populaci?

VO3: Jaká je souvislost mezi pracovními charakteristikami a copingovými strategiemi?

VO4: Jaký je vztah mezi resiliencí a copingovými strategiemi?



VO5: Jaká je souvislost mezi psychickou pracovní zátěží a pracovními charakteristikami?

VO6: Jaká je souvislost psychické pracovní zátěže s resiliencí a copingovými strategiemi?

Výzkum neodhalil žádnou významnou souvislost mezi resiliencí a sociodemografickými charakteristikami, stejně jako mezi pracovními charakteristikami a copingovými strategiemi, vyjma potřeby sociální opory, ta korelovala s klientelou a s vnímáním své role na škále zdravotní sestra-ošetřovatel. Výzkumný soubor se oproti populaci lišil v častějším užívání strategie podhodnocení, odmítání viny, odklonu, náhradním uspokojení, potřeby sociální opory a vyhýbání se, méně častěji využíval strategii perseverace než populace. Dále byla změřena negativní korelace resilience s negativními copingovými strategiemi, což naznačuje, že při vyšším užívání negativního copingu jedinec snižuje svou schopnost vypořádat se se stresem. Dále podle výsledků existuje korelace mezi pracovním režimem (jednosměnný a dvousměnný) a mírou zátěže. V komparační analýze se ukázalo, že vyšší míru zátěže pocítují pracovníci pracující ve vícesměnném režimu. Současně zátěž negativně korelovala s resiliencí a negativními copingovými strategiemi (konkrétně faktor Monotonie). Tudíž zvyšující se zátěž zhoršuje schopnost vypořádat se se stresem a zvyšující se monotonie práce zvyšuje množství negativních copingových strategií.

## Seznam literatury

- Ablett, J. R., & Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, *16*(8), 733–740. <https://doi.org/10.1002/pon.1130>
- Blažková, V. (2008). *Psychická pracovní zátěž*. Státní zdravotní ústav. <https://szu.cz/temata-zdravi-a-bezpecnosti/pracovni-prostredi-a-zdravi/factory-pracovniho-prostredi/psychologicke/psychicka-pracovni-zatez/>
- Boleloucký, Z. (1998). *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně*. Masarykova univerzita.
- Cameron, F., & Brownie, S. (2010). Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australasian Journal on Ageing*, *29*(2), 66–71. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2009.00416.x>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cooper, A. L., Brown, J. A., & Leslie, G. D. (2021). Nurse resilience for clinical practice: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(6), 2623–2640. <https://doi.org/10.1111/jan.14763>
- Cungi, C. (2001). *Jak zvládat stres. Metody a praktická cvičení*. Portál.
- Desbiens, J.-F., & Fillion, L. (2007). Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, *13*(6), 291–299. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2007.13.6.23746>
- Duschek, S., Bair, A., Haux, S., Garrido, A., & Janka, A. (2020). Stress in paramedics: relationships with coping strategies and personality traits. *International Journal of Emergency Services*, *9*(2), 203–216. <https://doi.org/10.1108/ijes-06-2019-0029>
- European Institute for Gender Equality. (n.d.). Gender. <https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus/terms/1046>
- Fink, G. (2017). *Stress: Concepts Definition, History*. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.02208-2>

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Formanová, P. (2020). Strategie zvládání stresu perioperačních sester. [Diplomová práce, Univerzita Pardubice]. Digitální knihovna UPCE. <https://hdl.handle.net/10195/76096>
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2009). The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: A predictor study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 968–976. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.08.00>
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., & Grimbeek, P. (2007). Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 427–438. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04340.x>
- Gillman, L., Adams, J., Kovac, R., Kilcullen, A., House, A., & Doyle, C. (2015). Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(5), 131-204. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1898>
- Hájek, K. (2012). *Práce s emocemi pro pomáhající profesí tělesně zakotvené prožívání*. Portál.
- Harris L. J. M. (2012). *Ways of coping: understanding workplace stress and coping mechanisms for hospice nurses* [Disertační práce, University of Pittsburgh]. ProQuest Dissertations & Theses. <https://www.proquest.com/openview/809bba695fe51cef070d33e7c49e7e90/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2012). Resilience in nurses: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720–734. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x>
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Portál.
- Hawkins, A. C., Howard, R. A., & Oyebode, J. R. (2007). Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. *Psycho-Oncology*, 16(6), 563-72, <https://doi.org/10.1002/pon.1064>

- Healy, C. M., & McKay, M. F. (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 681–688. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01323.x>
- Hladký, A. & Žídková, Z. (1999). *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. Karolinum.
- Hogrefe – Testcentrum. (n.d.). *Strategie zvládnání stresu - SVF 78*. [https://hogrefe.cz/svf\\_78](https://hogrefe.cz/svf_78)
- Honzík, J. (n.d.). *Principy při doprovázení umírajících*. Lávka. [https://centrum-lavka.cz/images/Principy\\_doprov%C3%A1zen%C3%AD\\_um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%ADch.pdf](https://centrum-lavka.cz/images/Principy_doprov%C3%A1zen%C3%AD_um%C3%ADraj%C3%ADc%C3%ADch.pdf)
- Hošek, V. (2001). *Psychologie odolnosti*. Karolinum.
- Janke, W., & Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládnání stresu*. Testcentrum.
- Kandráková, R. (2020). *Resilience pracovníků v pomáhajících profesích* [Diplomová práce, Univerzita Tomáše Bati]. Digitální knihovna UTB. <http://hdl.handle.net/10563/48274>
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Academia.
- Khatoon, N. (2017). *Health Psychology*. Pearson India Education.
- Kim, H., & Kim, K. (2020). Palliative Cancer Care Stress and Coping Among Clinical Nurses Who Experience End-of-Life Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 22(2), 115–122. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000624>
- Kopecký, M., Pospí, J., Červenková, Z., & Černožorská, I. (2020). Coping studentů oborů všeobecná sestra a zdravotnický záchranář. *Praktický lékař*, 100, 22-26. <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2020-supplementum/coping-studentu-oboru-vseobecna-sestra-a-zdravotnicky-zachranar-124482>
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Grada.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Portál.
- Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres*. Grada.
- Křivohlavý, J. (2015). *Pozitivní psychologie*. Portál.
- Kübler-Ross, E. (2003). *O smrti a umírání*. Arica.
- Kupka, M. (2008). Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. *E-psychologie* 2(1), 23-35. <https://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>

- Kupka, M. (2008). Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. *E-psychologie*, 2(1), 23–35. <https://e-psycholog.eu/clanek/11#>
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Leocadio, M. C., Van Bogaert, P., & Cummings, G. G. (2018). Stress and ways of coping among nurse managers: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1346–1359. <https://doi.org/10.1111/jocn.14165>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Marczak, M., & Clayton, M. (2022). Palliative care nurses' experiences of stress, anxiety, and burnout: A thematic synthesis. *Palliative and Supportive Care*, 16(3), 1-17. <https://doi.org/10.1017/S147895152200058X>
- Mareš, J. (2001). Zvládání zátěže pomocí strategií záměrného sebeznevýhodňování. *Československá psychologie*, 45(4), 311-322. [https://www.researchgate.net/profile/Jiri-Mares-2/publication/298932897\\_Coping\\_by\\_means\\_of\\_self-handicapping\\_strategies/links/582ac12208ae138f1bf3eec3/Coping-by-means-of-self-handicapping-strategies.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jiri-Mares-2/publication/298932897_Coping_by_means_of_self-handicapping_strategies/links/582ac12208ae138f1bf3eec3/Coping-by-means-of-self-handicapping-strategies.pdf)
- Marjan Laal, M., & Aliramaie, N. (2010). Nursing and Coping With Stress. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 2(5), 168-181. <https://www.iomcworld.org/articles/nursing-and-coping-with-stress.pdf>
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444. <https://doi.org/10.1017/s0954579400005812>
- Mastiliáková, D. (2002). *Úvod do ošetrovatelství*. Karolinum.
- Mudrová, A. (2014). *Sociálně-pedagogické aspekty profese pracovníka hospice v ČR* [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální depozitář Univerzity Karlovy. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/69839>
- Němec, J. (2012). *Psychická zátěž jako výrazná a neoddělitelná součást práce vodního záchranáře* [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář UK. <http://hdl.handle.net/20.500.11956/42351>

- Novotná, L. (2016). *Důstojné doprovázení posledními dny, týdny, měsíci, ... života*. Hospic Mezi stromy. [https://hospicmezistromy.cz/wp-content/uploads/2015/09/brozura\\_MS\\_web.pdf](https://hospicmezistromy.cz/wp-content/uploads/2015/09/brozura_MS_web.pdf)
- Olçay Çam, O., & Büyükbayram, A. (2017). Nurses' Resilience and Effective Factors. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(2), 118-126. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.75436>
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Grada.
- Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 396–405. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01677.x>
- Perez, G. K., Haime, V., Jackson, V., Chittenden, E., Mehta, D. H., & Park, E. R. (2015). Promoting Resiliency among Palliative Care Clinicians: Stressors, Coping Strategies, and Training Needs. *Journal of Palliative Medicine*, 18(4), 332–337. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0221>
- Powell, M. J., Froggatt, K., & Giga, S. (2019). Resilience in inpatient palliative care nursing: a qualitative systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 10(1), 79-90. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001693>
- Sapeta, P., Centeno, C., Belar, A., & Arantzamendi, M. (2021). Adaptation and continuous learning: integrative review of coping strategies of palliative care professionals. *Palliative Medicine*, 36(1), 15-29. <https://doi.org/10.1177/02692163211047149>
- Selye, H. (1971). Hormones and Resistance. *Journal of Pharmaceutical Sciences*, 60(1), 1–28. <https://doi.org/10.1002/jps.2600600102>
- Shimoinaba, K., O'Connor, M., Lee, S., & Kissane, D. (2015). Nurses' resilience and nurturance of the self. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(10), 504–510. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.10.504>
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2008). Reactive, Anticipatory, Preventive, and Proactive Coping: A Theoretical Distinction. *The Prevention Researcher*, 15(4), 22-24. [https://www.researchgate.net/publication/234658120\\_Reactive\\_Anticipatory\\_Preventive\\_and\\_Proactive\\_Coping\\_A\\_Theoretical\\_Distinction](https://www.researchgate.net/publication/234658120_Reactive_Anticipatory_Preventive_and_Proactive_Coping_A_Theoretical_Distinction)
- Student, J.C., Mühlum, A., & Student, U. (2007). *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. H&H.

- Svatošová, M. (2011). *Hospice a umění doprovázet*. Karmelitánské nakladatelství.
- Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Grada.
- Šplíchalová, A. (2016, 29. března). *Psychická zátěž*. Verlag Dashöfer.  
[https://www.bozpprofi.cz/33/psychicka-zatez-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ElMrKgIu0xQ7QqdDP\\_c0ETyMB8q2Z8oGSQ/](https://www.bozpprofi.cz/33/psychicka-zatez-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ElMrKgIu0xQ7QqdDP_c0ETyMB8q2Z8oGSQ/)
- Štikar, J. (2003). *Psychologie ve světě práce*. Karolinum.
- Ulrichová, M. (2012). *Člověk, stres a osobnostní předpoklady*. Oftis.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Venglářová, M., Myšáková, L., Mahrová, G., & Laštovica, M. (2011). *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Grada.
- Vodičková, K. (2012). *Stresové faktory v práci zdravotní sestry* [Diplomová práce, Univerzita Tomáše Bati]. Digitální knihovna UTB. <http://hdl.handle.net/10563/19216>
- VŠB – Technická univerzita Ostrava. (n.d.). *Meisterův Dotazník*.  
<https://www.fbi.vsb.cz/export/sites/fbi/040/.content/galerie-souboru/AplikovanaErgonomie/MeisteruvDotaznik.pdf>
- World Health Organization. (2023, 21. února). *Stress*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>

# Seznam tabulek

**Tabulka 1:** *Deskriptivní charakteristiky výzkumného souboru*

**Tabulka 2:** *Deskriptivní charakteristiky souboru na základě vzdělání*

**Tabulka 3:** *Deskriptivní charakteristiky souboru na základě týdenní pracovní doby*

**Tabulka 4:** *Deskriptivní charakteristiky resilience dotazníku CD-RISC*

**Tabulka 5:** *Výsledky korelační analýzy mezi Resiliencí a sociodemografickými charakteristikami*

**Tabulka 6:** *Výsledky jednovýběrového t-testu*

**Tabulka 7:** *Deskriptivní charakteristiky subtestů dotazníku SVF 78*

**Tabulka 8:** *Výsledky korelační analýzy mezi copingovými strategiemi a pracovními charakteristikami*

**Tabulka 9:** *Výsledky korelační analýzy mezi resiliencí a copingovými strategiemi*

**Tabulka 10:** *Výsledky korelační analýzy mezi resiliencí a negativními copingovými strategiemi*

**Tabulka 15:** *Korelační analýza mezi copingovými strategiemi a psychickou pracovní zátěží*