

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

David Jakeš

**Resilience u zdravotních sester během
pandemie COVID-19**

**Resilience in nurses during the COVID-
19 pandemic**

Praha 2022

Vedoucí práce: Mgr. Sylvie Tichotová

Poděkování

Tímto bych rád poděkoval vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Sylvii Tichotové, za to, že si na mě vždy udělala čas, když jsem potřeboval a poskytla mi cenné rady a připomínky.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 17. 4. 2022


.....
David Jakeš

Abstrakt

Tato práce se zabývá fenoménem resilience, kterému se dostává, čím dál více pozornosti v zahraniční literatuře. Předmětem teoretické části je představit koncept resilience a jeho vývoj. Práce popisuje, jakým způsobem lidé reagují a pokračují po střetu s nepříznivou situací. Dále se věnuje faktorům participujícím v celém tomto procesu. Na závěr teoretické části je zpracovaný přehled možností měření resilience. Návrh výzkumu je zasazený do kontextu pandemie COVID-19, konkrétně u zdravotních sester starajících se o pacienty s tímto onemocněním. Jeho cílem je zjištění celkové úrovně resilience u této profese v České republice pomocí dotazníku Connor – Davidson Resilience Scale (CD – RISC) a následně zjištění protektivních faktorů prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova

resilience; nepřízeň; faktory; měření; CD – RISC; COVID-19

Abstract

This paper deals with the phenomenon of resilience, which is receiving more and more attention in the foreign literature. The subject of the theoretical part is to introduce the concept of resilience and its development. The thesis describes how people react and continue after encountering an adverse situation. It also discusses the factors involved in this process. The theoretical part concludes with an overview of the possibilities of measuring resilience. The research design is set in the context of the COVID-19 pandemic, specifically in nurses caring for patients with this disease. It aims to determine the overall level of resilience in this profession in the Czech Republic using the Connor - Davidson Resilience Scale (CD - RISC) questionnaire and then to identify protective factors through a semi-structured interview.

Keywords

Resilience; Adversity; Factors; Measuring; CD – RISC; COVID-19

Obsah

Úvod.....	8
Literárně přehledová část	9
1. Koncept resilience a jeho vývoj	9
1.1 Definice	9
1.1.1 Rys nebo proces	9
1.1.2 Resilience u dospělých jedinců	11
1.1.3 Podmínky a situace resilience	13
1.2 Historie.....	14
1.3 Cesty resilience	17
1.4 Významné poznatky	19
2. Faktory působící v procesu resilience	23
2.1 Faktory resilience u zdravotních sester	23
2.1.1 Intrapersonální charakteristiky.....	24
2.1.2 Oslabující faktory.....	25
2.1.3 Strategie na podporu resilience	25
2.2 Zdravotní sestry během pandemie COVID-19	27
3 Měření resilience u dospělých jedinců.....	29
Návrh výzkumného projektu.....	32
4. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy nebo výzkumné otázky	32
4.1 Výzkumné otázky.....	32
4.2 Hypotézy:	33
5. Design výzkumného projektu	33
5.1 Typ výzkumu	33
5.2 Metody získávání dat	34
5.3 Metody zpracování a analýzy dat.....	36
5.3.1 Kvantitativní část	36

5.3.2 Kvalitativní část	36
5.4 Etika výzkumu	37
6. Výzkumný soubor	38
7. Diskuse.....	39
7.1 Srovnání výsledků.....	39
7.2 Úskalí a limity.....	39
7.3 Možnosti uplatnění výsledků	40
7.4 Další možnosti výzkumu.....	40
Závěr	42
Seznam použité literatury.....	44
Seznam obrázků	52
Seznam zkratk	53

Úvod

Každý člověk se během svého života střetne s nějakou velice nepříznivou situací, která ohrozí jeho zdraví a běžné fungování. V tom, jak lidé zareagují na danou událost, existuje velká různorodost. Někteří dané nepřízní podlehnou a bez pomoci ostatních jí nezvládnou. Některým se povede dostat k žadáným výsledkům, ale trvá jim to měsíce až roky. Nakonec jsou tu tací, kterým zvládnutí situace nedělá žádný velký problém. Vyřeší jí během krátkého času, až to vypadá, že na ně ani nijak nazaúčinkovala. I přestože se jedná o stejně silnou negativní zkušenost. To je právě to, co mě zaujalo a co si myslím, že je hodné zkoumání. V čem se tito lidé liší od ostatních? Proč zvládají takové situace a ostatní ne? Odborná literatura nám nabízí jednu možnou odpověď a tou je konstrukt resilience. Resilience jako psychologický zdroj, který se projeví pouze ve zvláště nepříznivých situacích. Teorie stojící za tímto konstruktem se snaží vysvětlit a odpovědět na to, proč někteří lidé reagují lépe na potencionálně traumatické události, než ostatní.

Úvod teoretické části je věnovaný rozdílnostem v odborné literatuře, co se týká samostatné definice konstruktu. Práce představuje jednotlivé názory a nabízí konečné východisko vztahující se k dospělé populaci. Dále navazuje přehled historie vývoje a zkoumání resilience. Obsahem je také popis možných trajektorií, kterými se jedinci mohou vydat po střetu s nepříznivou událostí. Důraz je kladen hlavně na to, jak se pozná resilientní trajektorie od těch ostatních. Ve druhé kapitole jsou identifikovány jednotlivé faktory participující v celém procesu resilience a možnosti jejího posilování, související se zkoumanou populací. Závěrem teoretické části je přehled různých možností měření resilience.

Jelikož je resilience multifaktorovým fenoménem, ve kterém hraje velkou roli kontext, je její zkoumání v cíle šíři najednou prakticky nemožné. Návrh výzkumu je tedy zúžen na zdravotní sestry starající se o pacienty s onemocněním COVID-19, které bylo dne 11. března 2020 prohlášeno Světovou zdravotnickou organizací za pandemii (WHO, 2020). Klade si za cíl zjistit, jakou celkovou úroveň resilience má tato profese v daném období a zjistit jaké protektivní faktory pomáhají při jejím zvyšování.

Výzkumem resilience se zabývá převážně zahraniční literatura, proto práce čerpá převážně z ní. I přesto ale předkládá myšlenky z českých řad. V práci je citováno podle normy APA (American Psychological Association, 2020).

Literárně přehledová část

1. Koncept resilience a jeho vývoj

1.1 Definice

Resilience pochází z latinského slova „resiliere“, které lze přeložit jako „skočit zpět“. S pohledem do slovníků můžeme naleznout shodu ve vysvětlení termínu jako houževnatost, odolnost, elasticnost a přizpůsobivost (Kebza & Šolcová, 2008). V odborné literatuře tuto shodu bohužel nenajdeme, protože co autor, to jiná definice. V českém jazyce se jako synonymum používá „psychická odolnost“, ale to bohužel nezahrnuje ve svém obsahovém významu všechny atributy spojené s termínem resilience, proto je lepší držet se originálu (Novotný, 2010).

1.1.1 Rys nebo proces

Herrman s kolegy (2011) ve svém přehledu definic uvádějí, že se v základu jedná o **pozitivní adaptaci či schopnost udržet si nebo znovuzískat psychické zdraví za přítomnosti nějaké negativní životní události**. Ale bohužel žádný konsenzus na operacionální definici neexistuje. To však může mít neblahé následky. Nesoulad v definicích vede k nesrovnalostem týkajících se povahy potencionálních ochranných a rizikových faktorů či procesů a odhadu prevalence. Dále nelze, nebo s velkými složitostmi, porovnávat studie, nemožnost adekvátního využití resilientního přístupu pacienty nebo zdravotníky v případě krize a špatná generalizace výsledků z různých kontextů. Univerzální definice by také velice pomohla ve vedení dalších výzkumů na tomto poli. To, jak je resilience definovaná reflektuje způsob, jakým bude měřena (Windle 2010; Aburn et al. 2016).

První rozdíly můžeme shledat v centru konceptualizace resilience jako **osobnostní charakteristiky** nebo jako **dynamického procesu**. Příkladem může být Connor a Davidson (2003), kteří na resilienci pohlíží jako na osobnostní kvalitu, která dovoluje jedinci prosperovat tváří tvář protivenství. Podobným způsobem resilienci chápe i Kirkwood s kolegy (2010), kteří jí považují za relativně stabilní osobnostní rys (podle Windle, 2010). Druhou stranu poskytuje třeba Thorová (2015) s tvrzením, že „[resilience se] *rozvíjí v dynamickém procesu interakce vznikajícím mezi osobností člověka a prostředím, jež ho obklopuje*“. K procesuální perspektivě se také přiklání WHO (2009) a APA (2014).

K perspektivě resilience jako osobnostního rysu se kriticky vyjadřují přední odborníci na tomto poli, Rutter a Mastenová. Rutter (2006) argumentuje, že resilience nemůže být vnímána jako samostatná kvalita, protože lidé mohou být resilientní ve vztahu k jednomu druhu nepřízně, ale ne k dalším. Stejně tak mohou prokazovat resilienci v určitých doménách, ale ne v jiných. A dále, jelikož velice záleží na kontextu, lidé mohou být resilientní v jednom časovém období, ale ne v dalších, i když se jedná o stejnou negativní událost. To je v souladu s výsledky Herrmana a kol. (2011), kteří zmiňují, že všechny definice, které se zaměřují na proces mají společné dva body. Za prvé resilience je časově a kontextuálně specifická a nemusí být přítomna ve všech doménách fungování. A za druhé několik faktorů a systémů mezi sebou interaguje v dynamickém procesu zvyšujícím resilienci. Je zde několik zdrojů, které na sebe působí – biologické, psychologické a dispoziční atributy současně se sociálními systémy jako rodina, přátelé, škola a komunita.

Mastenová ke kritice pohledu na resilienci jako osobnostní kvalitu dodává, že při takovém pohledu se mohou vyskytnout potencionální škodlivé důsledky. Je zde totiž tendence vidět jedince, kterým se nepovede adaptovat, jako selhání a dochází tak k obviňování oběti. Takový pohled však minimalizuje silný vliv sociálních stresorů a chronické nepřízně osudu, jakou je například válka či chudoba, na jedince a zároveň podceňuje i extenzivní roli kontextu a mnoha systémů, ve kterých je individuální resilience zasazena (Wright et al., 2012). I z českých řad se ozývá kritika tohoto přístupu od Novotného (2014, str. 9): „*Chápání resilience jako individuální vlastnosti silně omezuje možnost porozumět složité, komplexní, interakční a situační podstatě resilience. Navíc znesnadňuje i samotné vymezení resilience jako takové*“.

Výsledky přehledu uskutečněného Aburn a kol. (2016) souhlasí s výše uvedeným. Autoři zkoumaných studií se spíše přikláněli k označení resilience jako procesu. Mezi nimi byli i klíčoví výzkumníci na tomto poli – Rutter, Mastenová, Lutharová, Cicchetti a další.

Šolcová (2009) se ve své knize věnuje chytrému návrhu Lutharové a kolegů (2000), jímž je doporučení vyhradit termín „resilience“ pro dynamický proces, kterým jedinec dosahuje pozitivní adaptace za působení nepřízně. A pro označení osobnostního rysu mít „resiliency“ jako například ego-resiliency Blocka (1980) nebo resiliency jako sebeopravující schopnost Wernerové a Smithové (2001). Šolcová (tamtéž) zmiňuje problém tohoto rozdělení ve spojitosti s českým jazykem. Navrhuje tedy, abychom používali termín

resilience ve shodě s návrhem Lutharové a kolegů. A osobnostní rysy související s resiliencí popisovaly jako odolnost ve smyslu hardiness, sebeuplatnění, smyslu pro soudržnost, apod.

1.1.2 Resilience u dospělých jedinců

Konstrukt psychologické resilience může znamenat mnoho věcí. U dospělé populace se nejčastěji objevuje v kontextu izolované, aktuální stresové situace nebo potencionálně traumatické životní události. V tomto pojetí je resilience definována jako schopnost umožňující zabránit, minimalizovat či přemoci poškozující dopad nepřízně osudu. Je tedy chápána spíše jako vlastnost či výsledek a příklání se tedy více ke konceptu „resiliency“. Postrádá vývojový charakter a soustředí se na časově relativně omezený úsek, který je dán působením silného stresoru či traumatu a schopností osoby (jeho resilientností) vypořádat se s danou situací a předejít tak škodlivým důsledkům. Nejčastějším důsledkem a vlastně kritériem hodnocení resilience se uvádí rozvinutí post-traumatické stresové poruchy (PTSD). Liší se od pojetí kontextu chronické nepřízně s důrazem na její proces a životní okolnosti, která je spíše studovaná u dětí a dospívajících (Novotný, 2015).

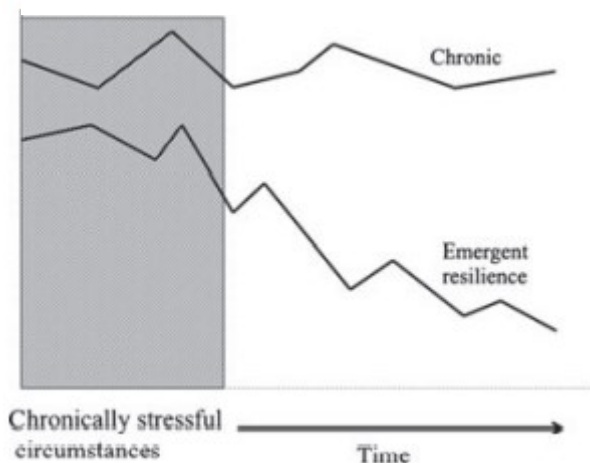
S podobným pohledem přichází i Bonanno (2004; 2005), který je předním odborníkem v oblasti resilience u dospělých ve spojení s traumatickými událostmi. Definuje resilienci jako schopnost dospělých jedinců udržet si relativně stabilní, zdravou úroveň psychologického a fyzického fungování, i přes vystavení izolované a potencionálně vysoce rušivé skutečnosti, jako je například smrt blízké osoby nebo násilná či život ohrožující příhoda. Jedná se o stabilní trajektorii zdravého fungování v čase až dva roky od potencionálně traumatické události.

Resilientní jedinci mohou také na začátku prožívat distres a nějakou dobu bojovat se zachováním psychologického ekvilibria, ale po několika týdnech se navrátí na svou běžnou úroveň fungování jako před potencionálně traumatickou událostí. Jako kritické zde však uvádí, že úvodní stresová reakce je pouze mírná, přechodná a nijak neovlivní schopnost pokračovat v normálním fungování. Tuto podmínku považuje za tak důležitou kvůli rozlišení trajektorie resilience a trajektorie zotavení (*recovery*). Obě jsou popsány níže (Bonanno & Diminich, 2012). Často resilienci spojuje s naplňováním osobních a vztahových povinností, kapacitou zachovat si pozitivní emoce, tvořivostí a produktivitou hned po stresové události, a/nebo následující měsíce. Hlavními kritérii jsou post-traumatická stresová porucha, deprese, sebevražedné chování a užívání drog (Bonanno, 2005).

Podobně jako Mastenová (2015) u dětí a dospívajících, dospěl Bonanno k tomu, že resilientní trajektorie je nejběžnějším výsledkem u dospělé populace. V průměru jí dosahuje kolem 60 % lidí. Bonanno také navrhuje označovat resilienci v kontextu chronické nepřízně jako emergentní resilience a při ojedinělém incidentu potencionálně traumatické události jako resilience minimálního-dopadu (*minimal-impact*) (Bonanno & Diminich, 2012).

Obrázek 1

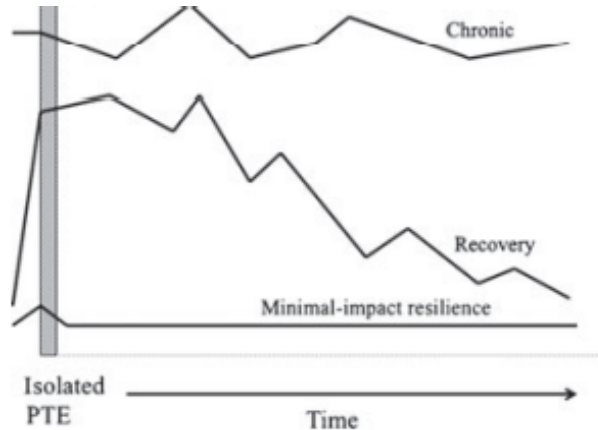
Resilience projevující se v kontextu chronické nepřízně



Zdroj: Bonnano & Diminich (2012)

Obrázek 2

Resilience projevující se po izolované potencionálně traumatické události



Zdroj: Bonnano & Diminich (2012)

Mnoho protektivních faktorů se shoduje s těmi, které jsou důležité pro mladší jedince, například podporující vztahy a flexibilita. Avšak při řešení izolovaných a často krátkých potencionálně traumatických událostí (oproti chronické nepřízni v dětství a dospívání) je vyžadován většinou pragmatický přístup „za jakoukoliv cenu“, který může obsahovat neočekávané chování a strategie, které mohou být za normálních nebo jiných podmínek neúčinné nebo dokonce až maladaptivní. Například někteří resilientní jedinci **neprojevovali negativní emoce**, i když se obecně předpokládá, že jejich projevy mají zdravotní benefity. Dalším příkladem může být rys **sebezdokonalování** (*self-enhancement*), který může za tendenci k nadhodnocování a přehánění vlastních pozitivních kvalit. Za normálních okolností se tito lidé jeví jako narcističtí a evokují negativní reakci v okolí. Avšak podle výzkumů mají vysoké sebevědomí a dobře se tak vypořádávají s nepřízní, zachovávají vysokou úroveň fungování, dosahují lepšího mentálního a fyzického zdraví, vytyčených cílů a schopností copingu (Bonnano, 2005).

I u resilientních jedinců můžeme naléznout velkou heterogenitu. Líší se v demografických profilech, osobnosti, životní historii, sociálních a ekonomických zdrojích,

minulých a současných stresorech, a mnoha dalších faktorech. Působí zde mnoho nezávislých prediktorů resilientního výsledku. Resilience nevyvstává pouze z jednoho dominantního faktoru, ale z celé mozaiky individuálních proměnných a socio-kulturních faktorů. Několik rizikových a protektivních faktorů splývá kumulativním nebo přídatným způsobem. Každý z nich buď přispívá či odečítá od celkové pravděpodobnosti resilientního výsledku. Bonanno také upozorňuje, že osobnostní rysy jsou důležité, ale vysvětlují pouze 10 % variance v lidském chování. Avšak personální charakteristiky jsou v dospělosti méně tvárné, tudíž mohou sloužit jako lepší prediktory resilience. Přesto jsou však pouze jedním dílkem skládačky (Bonanno, 2007).

1.1.3 Podmínky a situace resilience

K tomu abychom mohli mluvit o fenoménu resilience, musí být splněny tři podmínky. Za prvé antecedent: signifikantní hrozba (např. válka, chudoba nebo napadení) pro normální vývoj či fungování a hrozí tak rozvoj psychopatologie nebo jiných problémů. Druhou podmínkou je přítomnost ochranných faktorů uvnitř jedince a prostředků v jeho okolí, které zvrátí negativní účinky nepřízně. A posledním požadavkem je pozitivní adaptace nebo vyhnutí se negativním výsledkům (Windle, 2010). Domény, na základě kterých se hodnotí, jestli je jedinec resilientní, mohou zahrnovat akademický či pracovní výkon, interpersonální vztahy, behaviorální problémy, emoční regulaci či zdravotní potíže. U dětí a dospívajících se ještě často navíc udává úspěch ve vývojových milnících. Indikátory mohou být příznaky deprese nebo úzkosti, užívání návykových látek a kriminalita. Resilientní jedinci se nevyznačují mimořádnými výkony, ale výsledky v doménách, které jsou srovnatelné s obecným průměrem populace nebo výsledky lepšími, než které by se daly očekávat pro jedince podstupující takovou stráž (Herrman et al., 2011). Důležité je také myslet na to, že měřítko by mělo být přizpůsobeno ve spojitosti se studovanou nepřízní, ne pouze populaci. To znamená, že pokud nás zajímá resilience dětí, které vyrůstají s depresivními rodiči, hlavní zkoumanou doménou by měl být jejich emoční stav a až poté třeba školní výkonnost. Současně je příhodné používat popisná adjektiva jako „vzdělávací resilience“ nebo „emoční resilience“, protože označení „resilientní jedinec“ implikuje úspěch ve všech oblastech (Luthar et. al, 2014).

O resilienci tedy mluvíme v situacích, kdy působí negativní životní událost, a přesto je u jedince buď: nízký výskyt vývojových defektů; zachová si určité chování; je úspěšnější nad rámec očekávání díky charakteristice nepřízně nebo obnoví své fungování na normální či vyšší úroveň po katastrofické události, traumatu nebo vážné deprivaci (Novotný 2015;

Mastenová, 2007). Kebza a Šolcová (2015) vyzdvihují, že její proces není ukončen. Neustále se mění, stejně jako jedinec společně s jeho okolím. Potřebuje k rozvinutí čas a prochází různými výkyvy a změnami, jelikož jednotlivé působící faktory mají rozdílný účinek, díky závislosti na obsahu a kontextu.

1.2 Historie

Problematikou resilience se zabývá na jedné straně **vývojová psychopatologie**, což je interdisciplinární obor studující psychické problémy ve vývoji člověka. Na druhé straně **pozitivní psychologie**, která se zaměřuje na zdůrazňování zdravého vývoje, fungování a silných stránek (Novotný, 2015). V uplynulých padesáti letech prošla teorie resilience razantním vývojem, který je důkladně popsán Mastenovou (2015; Wright et al., 2012) ve čtyřech na sebe navazujících vlnách.

První vlna (deskripce) se vynořila kolem roku 1970 a byla zaměřená zejména na popis. Vědci se zabývali základními otázkami definice, měření a popsání tohoto fenoménu. Současně se snažili identifikovat prediktory resilience. Typické otázky byly: Co je resilience? Jak jí můžeme měřit? Co může za to, že se někomu daří lépe (Masten, 2015)? Průkopníci v této oblasti si všimli vyskytujícího se fenoménu pozitivní adaptace u dětí, kteří si prošli těžkými životními okolnostmi a hrozilo, že se u nich rozvine psychopatologie. Navzdory okolnostem to ale některé z nich zvládly a jejich vývoj nebyl nijak zvlášť narušený. Mezi hlavní představitele se řadili Garmezy, který v roce 1973 studoval, jak si vedou děti, jejichž rodiče jsou schizofrenici. Dále Rutter (1979) se svojí přelomovou prací ohledně protektivních faktorů v dětské reakci na stres. A Wernerová se Smithovou (1982) začaly longitudinální studii dětí vyrůstajících v těžké chudobě.

Definice v tomto období typicky odkazovala jednoduše na to, že se někomu daří dobře za přítomnosti minulé či probíhající nepřízně osudu. Lišila se tak od pozdějších, které jsou rozsáhlejší, dynamičtější a snaží se zahrnout více úrovní analýzy a disciplín (Wright et al., 2012). Děti, které byly úspěšné navzdory očekávání, se popisovaly jako „nezranitelné“ (Anthony, 1974) a zaměření bylo na jejich osobnostní vlastnosti. Tento termín však implikuje absolutní odolnost vždy a proti všemu, což není možné. A tak s postupem času a narůstajícími výzkumy byl tento termín nahrazený více dynamickým termínem „resilience“. Předpokládalo se, že více vystihuje souhrn rizikových a ochranných procesů zahrnujících i ostatní systémy jako je rodina a širší sociokulturní vlivy (Wright et. al, 2012). Současně má tento termín vystihovat kromě odolnosti vůči stresogenním situacím i pružnost návratu systému do původní stavu bez jeho deformace (Šolcová, 2007). Výzkumníci si začali

uvědomovat, že za každým jednotlivým faktorem se skrývá komplexní proces jeho působení na jednotlivce či skupinu. Tím začala druhá vlna výzkumu resilience.

Ve druhé vlně (porozumění) se vědci posunuli za pouhou deskripci a společně s poznatky z první vlny změnili své zaměření na procesy resilience. Začali se ptát pomocí otázek *jak*: Jaké procesy dávají vznik resilienci? Jakým způsobem je pozitivní vývoj podpořený v kontextu rizika? Jak fungují protektivní, podporující nebo preventivní vlivy (Masten, 2015)? To se odrazilo i na definicích, které byly více dynamické. Například Wyman (2003) popisoval resilienci jako něco, co odráží různorodý soubor procesů, které ovlivňují interakci dítěte s negativní životní událostí tak, že snižuje negativní dopady a podporuje zvládnání vývojových úkolů či určitých domén fungování. Druhá vlna přejala přístup vývojových systémů do své teorie a výzkumu (Bronfenbrenner, 1979; von Bertalanffy, 1968; podle Wright et. al, 2012). Zaměření padlo na komplexní transakce mezi jedinci a mnoha systémy, do nichž je jejich vývoj zakotven. Toto vedlo k většímu důrazu na kontextuální vlivy, roli vztahů mezi systémy sahajících dále za rodinu, s pokusy zahrnout i sociální a kulturní procesy do modelů a studií resilience. Takový přístup lépe reflektoval individuální rozdíly ve vývojových cestách a kontextuálních variacích v rodině, komunitě, společnosti, kultuře a historické době. Tím, že budeme chápat resilienci tak, že se jedná o procesy, které pozitivně ovlivňují jedincovy transakce s nepříznivými životními okolnostmi, se zároveň vyhneme typu poškozující nálepky, která se někdy objeví, když se na resilienci odkazuje jako na individuální výsledek. Jedinci, kteří si projdou nějakým stresovým obdobím, obzvláště když trvá dlouhou dobu a je silného rázu, tak by mělo být očekáváno, že se objeví nějaké symptomy distresu. Z takového důvodu je dobré přemýšlet spíše o kontinuu resilience a vulnerability v několika různých doménách (fyzické, psychologické, interpersonální a pracovní) a mít na mysli, že jedincovo fungování se časem dynamicky mění (Wright et. al, 2012).

Třetí vlna (změna) se zaměřila na podporu a tvorbu resilience pomocí intervencí, zatímco současně výzkumníci testovali teorie prvních dvou vln ohledně toho, na čem záleží a jak to funguje. Může být resilience podněcována? Jsou teorie ohledně procesů vedoucích k resilienci na správné cestě (Masten, 2015)? Výzkumníci třetí vlny využívali poučení z prvních dvou vln výzkumů a začali tak poznatky překládat do akcí podporující resilienci. Uvědomili si, že experimentální intervence na posílení pozitivní adaptace a prevenci problémů byly silnou strategií na testování teorie a hypotetizovaných adaptivních procesů. Zezačátku byl design intervencí založený pouze na teorii, ale s postupem času výzkum ve třetí vlně nabyl formy experimentů s náhodnými a kontrolními skupinami s explicitními

modely změny. Experimenty toho typu reprezentovaly „zlatý standard“ důkazů ohledně účinnosti intervence a procesu změny (Wright et. al, 2012).

Důkazy začaly nasvědčovat tomu, že lze využívat „oken příležitostí“ (detaily viz níže) pro změnu směru vývoje, a tak se stalo strategické načasování intervencí velkým zájmem třetí vlny výzkumů. V těchto časových úsecích je jedinec více náchylný ke změně a je zde větší pravděpodobnost vyvolání pozitivní kaskády zasahující do mnoha důležitých domén fungování. Takto mířené intervence mohou vést k silnějším a déletrvajícím účinkům a vyšší návratnosti investovaného času a úsilí. Například při vývojovém přechodu z adolescence do dospělosti může být intervence kriticky důležitá v posílení několika aspektů a zvrátit negativní kaskády maladaptivního chování, která podkopává přizpůsobení (Masten & Cicchetti, 2010).

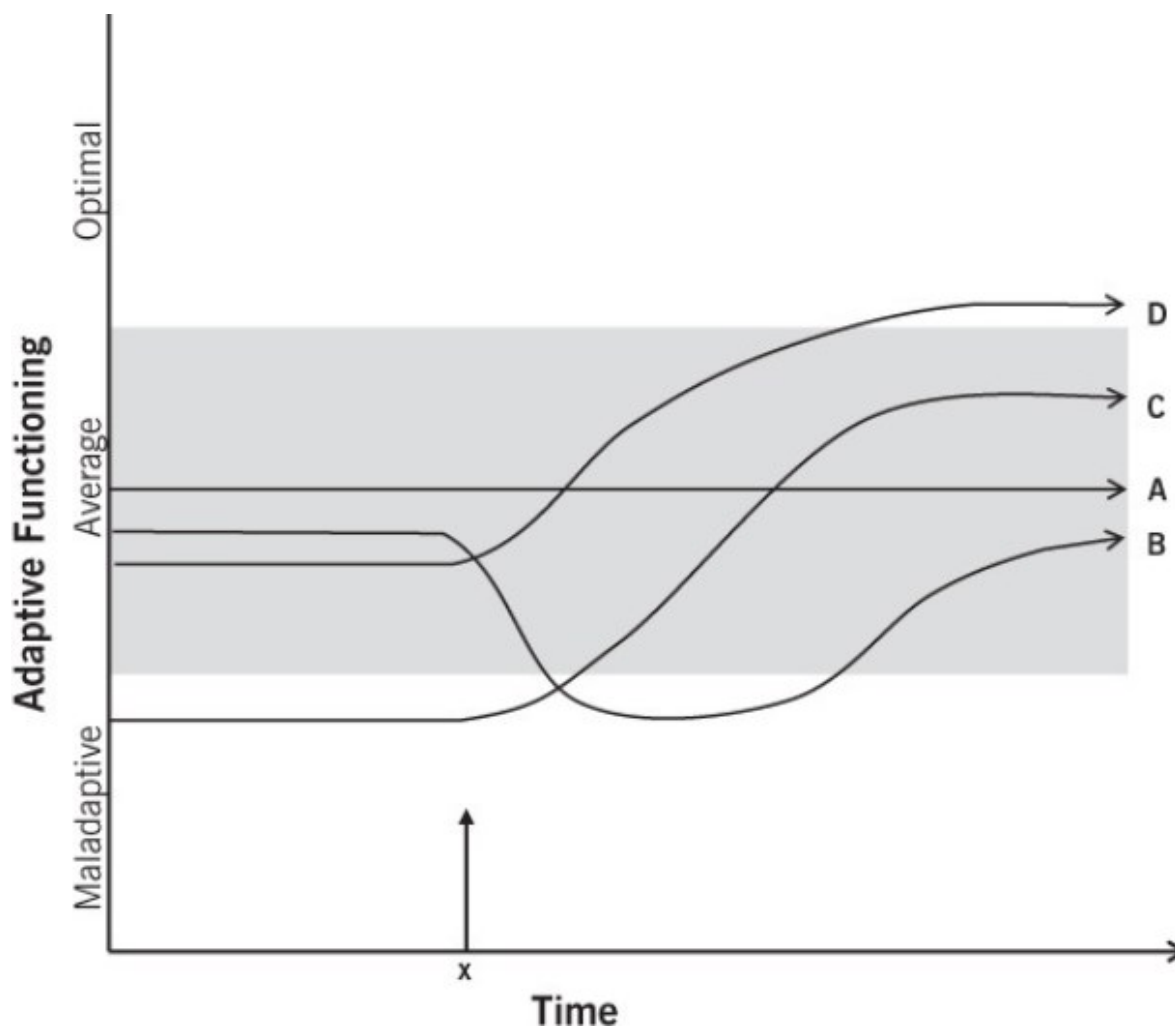
Čtvrtá vlna (integrace) vděčí svému vzniku pokrokům v technologiích a znalostech v genetice, neurovědě, statistice a zobrazovacích metodách. Je zaměřená hlavně na více úrovní analýzu a multidisciplinární integraci a na mnoho procesů propojujících geny, neurobiologickou adaptaci, vývoj mozku, chování, kulturu a kontext. Příklady otázek čtvrté vlny: Jakou hrají genetické rozdíly roli v resilienci? Mají lidé rozdílnou senzitivitu vůči traumatickým zkušenostem? Jakou hraje roli mikrobiom v resilienci? Jak je vývoj mozku chráněn proti vysokým úrovním stresu a stresových hormonů (Masten, 2015)?

1.3 Cesty resilience

Podstata resilience může být také vyjádřena jako životní vzorce fungování či vývoje. Následující obrázek zobrazuje základní životní cesty související s tímto konstruktem. Jak je možné si povšimnout, ve všech případech je přítomna určitá nepřízeň (x), která může narušit normální fungování.

Obrázek 3

Cesty resilience



Zdroj: Masten, 2015, s. 11

Cesta A – odolnost vůči stresu: Relativně stabilní fungování je zachováno, i přes zážitek akutního traumatu (x) nebo je zde historie chronického působení domácího násilí nebo chudoby před a po čase x. Adaptace jedinců může lehce klesat či stoupat, ale jejich fungování zůstává pořád v normální zóně a splňují tak obecná očekávání pro zdravý vývoj. Příkladem může být dítě vyrůstající v chaotickém domácím prostředí, ale přesto se mu daří ve škole, akademicky i sociálně. **Cesta B** – zotavení: Jedinci na této cestě pracují normálně,

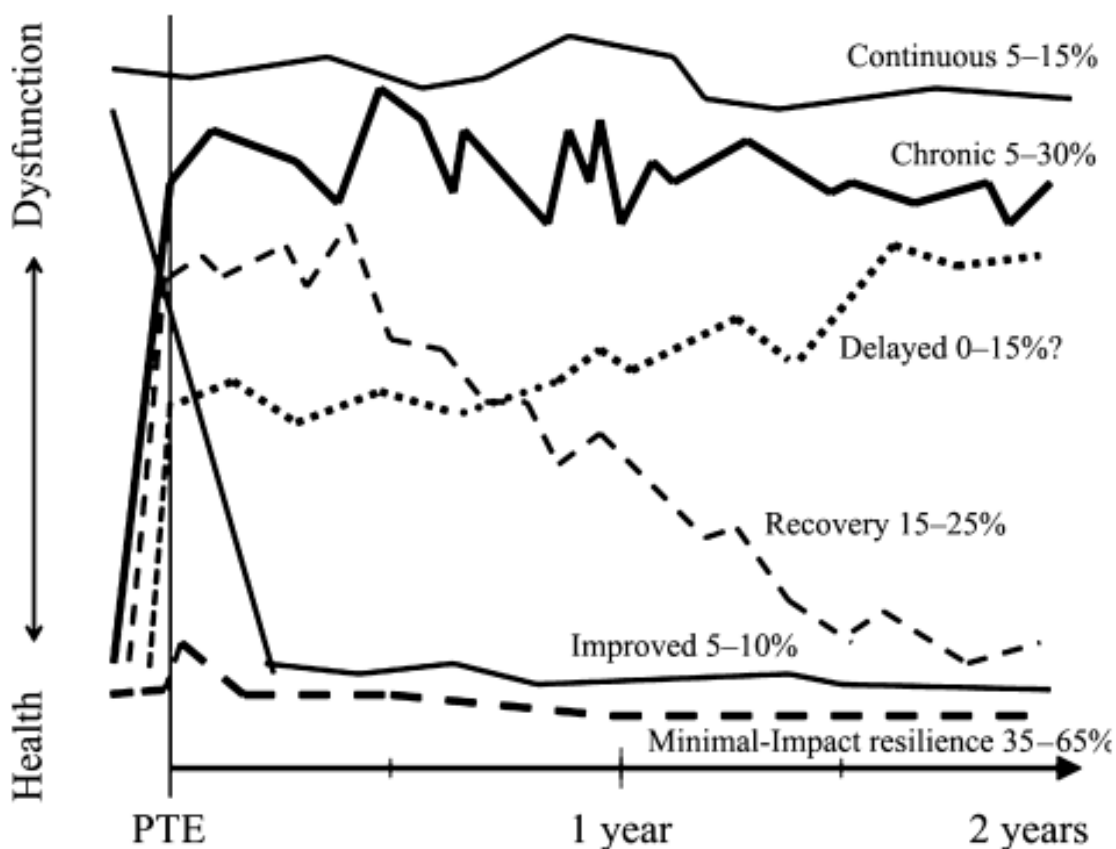
dokud se nestřetnou se stresovou událostí. Jejich adaptivní fungování rapidně klesá až na úroveň maladaptivního. S postupem času se zotaví a vrátí na stejnou úroveň jako před nepřízní osudu. Může se tak stát po úmrtí blízké osoby nebo u oběti trestného činu. **Cesta C** – normalizace: Tato cesta zobrazuje významnou změnu ze špatného k dobrému fungování. Při změně podmínek pro život a/nebo zlepšení dostupných prostředků je tento vzorec adaptace cílem. Jako příklad může být adopce dítěte z nekvalitního sirotčince nebo přestěhování rodiny ze země zužované válkou. **Cesta D** – posttraumatický růst: Poučení se z traumatické zkušenosti a získání nových znalostí vede k lepšímu adaptivnímu fungování, než bylo před výskytem dané nepřízně (Masten, 2015).

Bonnano poskytuje trochu jiný pohled. Na následujícím obrázku popisuje prototypické trajektorie toho, jak se člověku daří po střetu s potencionálně traumatickou událostí (PTE). Největší význam zde přisuzuje trajektoriím zotavení (*recovery*) a resilienci minimálního dopadu (*minimal-impact resilience*). Resilientní jedinec se pozná jedinečně tak, že se nachází právě na trajektorii druhé. Zažívá nevýznamné symptomy distresu před i po negativní události. Jeho fungování se tak nijak významně neodlišuje od běžného stavu. Což je velice rozdílné od trajektorie zotavení, která se vyznačuje středními až silnými symptomy distresu trvajících několik měsíců, než se začnou blížit úrovni jako před potencionálně traumatickou událostí.

Dále zde můžeme vidět chronickou trajektorii, ve které se jedincův stav zhorší po střetu s potencionálně traumatickou událostí a k návratu na běžnou úroveň fungování nedojde ani po několika letech. Pokračující (*continuous*) trajektorie se vyznačuje velice špatným fungováním před i po potencionálně traumatické události. Opožděnou trajektorii charakterizuje střední zhoršení běžného fungování, které se po několika měsících začne dále stupňovat. A jako poslední trajektorie zlepšení, ve které slouží negativní životní událost jako katalyzátor ke změně k lepšímu (Bonnano & Diminich, 2012).

Obrázek 4

Trajektorie resilience



Zdroj: Bonnano & Diminich (2012)

1.4 Významné poznatky

Mastenová (2018) uvádí, že v kontextu resilience záleží na expoziční dávce a kumulativním riziku. Podle Mastenové (tamtéž) existuje mnoho studií zaměřujících se na chudobu, zneužívání, válku atp., které ukazují, že vážnost vystavení traumatické události má za následek rozdíl ve výsledcích. Nalezneme zde rizikový gradient, kde problémů je více (nebo jsou silnější) a úspěch adaptace je tak nižší, v závislosti na frekvenci a intenzitě zažité nepřízně nebo akumulaci více stresových událostí.

Velkou roli hraje také načasování, kdy se negativní životní událost objeví. Účinky nepřízně a stejně tak protektivních faktorů nebo volby copingových strategií se mění v závislosti na věku jedince. Brzké protivenství může mít negativní dlouhodobé následky, může podkopat vývoj mozku, kvalitu péče a další kritické aspekty pro lidský vývoj. Chudoba například může podkopat vývoj sebe-regulačních schopností důležitých pro učení nebo poporodní deprese může silně narušit formování bezpečného attachmentu. Rostoucí důkazy

poukazují na programující účinek (např. stresová reakce těla) brzké nepřízně osudu ovlivňující pozdější celkové zdraví a psychosociální vývoj (Masten, 2018). Studie naznačují, že jsou zde „okna příležitosti“ (*windows of opportunity*) pro facilitaci resilience skrze preventivní intervence. V těchto obdobích je vysoká plasticita lidského vývoje. Některá okna se otevrou díky samotné nepřízni nebo při věkových přechodech. Mastenová (2015) mluví v této souvislosti o opozdilcích v rozvoji (*late bloomers*), kteří se při přechodu do dospělosti vydají správnou cestou a napraví tak chyby z adolescentního věku. Využijí okna příležitosti v podobě pozdního dozrávání mozku, jeho funkcí a také možností poskytnutých společností.

Pro Mastenovou (2015) je největším překvapením, jak poměrně běžná resilience je a přirovnává jí k „obyčejné magii“ (*ordinary magic*). Většina osob, které „to“ zvládnou, mají obyčejné lidské zdroje a ochranné faktory v jejich životech. Běžnými adaptivními systémy, z kterých vyvstává, jsou například zdravý mozek, blízký vztah s kompetentním a pečujícím dospělým, příležitosti pro úspěch, kvalitní škola a další (podrobný seznam je uveden v následující kapitole).

Rutter (2012) přichází s „body zvratu“ (*turning points*). Označuje tím vhodné události v dospělém životě, které zvrátí účinky předešlé nepřízně. Poskytnou nové příležitosti, posílí coping, budují nové prostředky, z kterých je možno později čerpat a odříznou negativní minulost. Těmito událostmi jsou manželství, vstup do armády, začátek nového vzdělání nebo zaměstnání, odstěhování se atd.

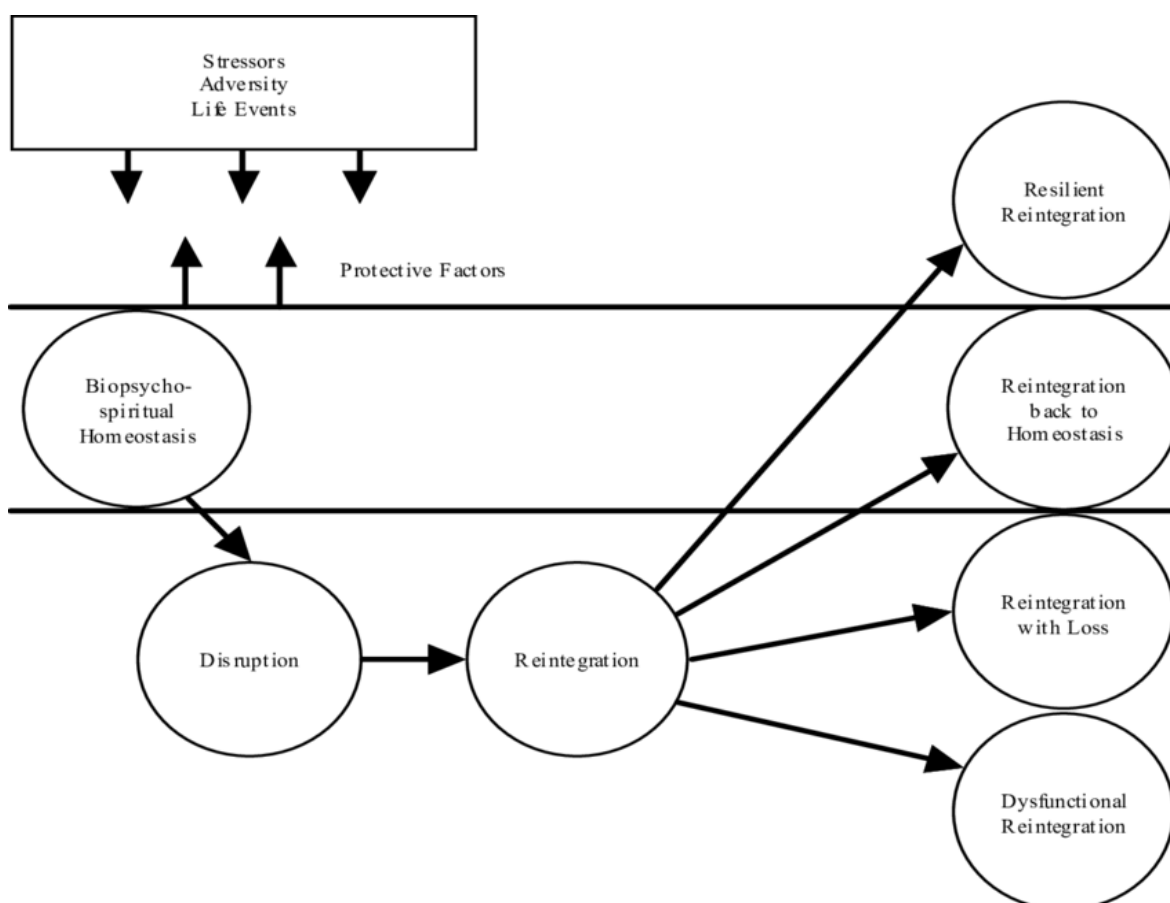
Rutter (2013) tvrdí, že resilience může pramenit z účinků vystavení negativním událostem v okolnostech, ve kterých se s nimi jedinec může úspěšně vypořádat. Nazývá to „zocelujícím efektem“ (*steeling effect*) a přirovnává to k získání imunity skrze vystavení infekčním činitelům, ať přírodní cestou nebo díky očkování. Jako příklad udává studii Elderse (1974), kde adolescenti museli během ekonomické krize přibrat navíc několik rodinných odpovědností. Ti, kteří se s tím vypořádali, byli posílení touto zkušeností a zvládali budoucí nepříjemnosti lépe.

Richardson (2002) představuje zajímavý model (obr. 5), který také částečně pracuje se „zocelujícím efektem“. Model popisuje získávání resilientních kvalit (vhodné by tedy bylo označení „resiliency“) na základě **narušení** a **reintegrace**. Na začátku procesu je jedinec (či skupina) v bio-psycho-spirituální homeostáze, která je běžně zatěžována externě životními výzvami, stresory, nepřízni a dalšími formami změny. Současně také vnitřně skrze myšlenky a pocity. Díky zvládnutí těchto stimulů se lidé učí resilientním kvalitám (na obrázku jako

protektivní faktory). Události se stávají více rutinními a narušení je méně pravděpodobné. V procesu může dojít ke čtyřem výsledkům. Prvním je **dysfunkční reinteegrace**, ve které jedinec volí neefektivní coping v podobě používání drog a alkoholu, destruktivního chování a podobných způsobů. Dalším výsledkem je **reinteegrace se ztrátou**, to znamená, že se lidé vzdají nějaké naděje nebo motivace v důsledku působení nepřízně. Za třetí je **reinteegrace zpět do homeostázy**, kde se jedná jen o to nějak přežít událost a vrátit se k normálnímu stavu. Jedinci tak odmítají příležitosti pro růst proto, aby se vyhnuli potencionálně dalším narušením. Posledním a nejlepším výsledkem je **resilientní reinteegrace**, který odkazuje na copingový proces vedoucí k růstu, novým vědomostem, sebe-porozumění a posílení resilientních kvalit.

Obrázek 5

Proces reinteegrace po střetu s nepřízní



Zdroj: Richardson, 2002, s. 11

Ungar je jeden z předních autorů prosazující význam kultury a kontextu v přístupu k resilienci. Přichází tak se sociálně ekologickou perspektivou. Tento pohled se zaměřuje na

komplexitu interakcí mezi člověkem a prostředím. Vidí sociální a fyzické okolí jako ohnisko prostředků, které nasměrují pozitivní adaptaci za přítomnosti nepřízně. Tudíž tyto zdroje považuje za účinnější, než jsou individuální charakteristiky, i když ty považuje taky za důležité. Uvádí příklad jedince, u kterého se neprojeví resilience, dokud se nedostane z prostředí (nebo se stávající prostředí výrazně nezlepší) násilí nebo chudoby, i když projde těmi nejlepšími intervencemi zlepšujícími individuální vlastnosti. Pracuje se systémovým modelem resilience založeným na Ekologické systémové teorii Bronfenbrennera (1979). Zde je jedinec zasazený v mikrosystému (škola, rodina, komunita), mesosystému (zde probíhá interakce mikrosystémů), exosystému (vzdálená rodina, vládní nařízení, masová média), makrosystému (postoje a ideologie kultury) a chronosystému (změny prostředí vyskytující se skrze celý život). Všechny tyto systémy z různých úrovní se ovlivňují a směřují tak vývoj jedince. Kulturní variace ovlivňuje každý aspekt těchto systémů, protektivních faktorů, i to, jak je samotná nepřízeň vnímána a následně zvolena copingová strategie (Theron et. al, 2015).

Ungar (2012) přichází s termínem „skrytá resilience“ (*hidden resilience*), který odkazuje na funkční ale kulturně nenormativní náhradu adaptace. Setkáme se s tím, když jedinci naleznou nekonvenční cesty k ochraně a osobnímu růstu ve vysoce zátěžových situacích. Tyto strategie můžou být viděny školou či rodinou jako problematické, i přesto, že to jsou validní pokusy o úspěch v nepodporujícím kontextu a kultuře. Příkladem může být jedinec, který se přidá do gangu, aby si tak zajistil jídlo, oblečení a bezpečí, jelikož vyrůstá v komunitě, kde nejsou příležitosti k dobře placené práci a kvalitnímu vzdělání.

2. Faktory působící v procesu resilience

Hlavním úkolem výzkumníků resilience je identifikovat oslabující a protektivní faktory, které ovlivňují negativní účinek nepříznivé životní situace a následně určit procesy skrývající se za těmito vazbami. **Oslabující** (*vulnerability factors*) jsou ty, které zesilují negativní účinek nějaké nepřízně osudu, jako je třeba psychická nemoc matky nebo málo přátelských vztahů. **Protektivní faktory** jsou činitelé, kteří upravují negativní účinky nepřízně pozitivním směrem, jako je třeba podporující vztah s mentory a silné sociálně-emoční schopnosti (Luthar & Eisenberg, 2017). V této souvislosti se také můžeme setkat s **vývojovými aktivy** či **vývojovými výhodami** (*assets*), které se liší od protektivních tím, že působí pozitivně i za běžných podmínek čili bez působení nějaké nepřízně (Paulík, 2017). **Nepřízní osudu** (*adversity*), často také jako **rizikové faktory**, se zde myslí: „*Rizikové faktory, rizika, jsou environmentální stresory, které zvyšují u dítěte pravděpodobnost špatné adaptace nebo negativních důsledků v oblasti fyzického zdraví, mentálního zdraví, školního výkonu a sociálního přizpůsobení. Obvykle se jedná o traumatické životní události, socioekonomické znevýhodnění (chudoba), rodinný konflikt, dlouhodobé vystavení násilí, a vážné problémy rodičů jako je alkoholismus, závislost na drogách, kriminální jednání nebo duševní choroba*“ (Šolcová, 2009, s. 13).

K nalezení těchto faktorů se používají dva hlavní statistické přístupy. **Přístup zaměřený na proměnnou** zkoumá statistickou propojenost a vzorce mezi měřením individuálních charakteristik, prostředím a zkušenostmi za účelem zjistit, co může za dobré výsledky, když je nepřízeň osudu silná. Tato metoda čerpá sílu z celého vzorku stejně jako z účinnosti multivariační statistiky k identifikaci procesů resilience. Tento přístup je vhodný pro hledání specifických protektivních faktorů pro určité aspekty adaptace. **Přístup zaměřený na osobu** identifikuje resilientní jedince k pochopení, jak se odlišují od těch, kteří jsou vystavení stejné úrovni nepřízně osudu, ale nedaří se jim dobře. Nebo také jak se liší od těch, kteří nebyli vystaveni žádné hrozbě pro vývoj. Tento přístup reflektuje perspektivu, že resilience je hodnocena na základě více domén adaptivního fungování (Lopez & Snyder, 2009).

2.1 Faktory resilience u zdravotních sester

V návaznosti na druhou část této práce, kterou je návrh výzkumu zaměřený právě na resilienci a s ní spojené faktory u zdravotních sester, je vhodné uvést poznatky odborné literatury z tohoto kontextu. Cooper et al. (2020) na základě koncepční analýzy definují

resilienci u zdravotní sester jako dynamický a komplexní proces, který umožňuje sestřám se pozitivně adaptovat na stresory pracovního prostředí, vyhnout se psychologickému poškození a poskytovat vysoce kvalitní péči pacientům. Což je ve shodě s tím, že resilience je ovlivněna vnitřními i externími faktory a mění se v závislosti na čase a kontextu (Connor & Davidson, 2003).

Resilience v tomto kontextu negativně koreluje se stresem, profesním vyhořením (Rushton et al., 2015), únavou, úzkostí, depresí, stresem (Saksvik-Lehouillier, 2012) a posttraumatickou stresovou poruchou (Mealer et al., 2017). Naopak pozitivně koreluje s pracovní spokojeností (Brown, 2018), copingovými schopnostmi, sociální podporou (Russo, 2018), self-efficacy (Ren, 2018), setrváním na pracovní pozici (Lanz, 2017) a obecným well-being (Gao, 2017). Resilientní chování zdravotních sester je asociováno také se zvýšenou kvalitou života, lepším zdravím a efektivním používáním adaptivních copingových strategií (Hart et al., 2014).

V odborné literatuře existují určité nekonzistence ohledně toho, jak demografické údaje souvisí s celkovou mírou resilience. Například Ang et al. (2018) našli signifikantní vztah u věku, rodinného stavu, vzdělání a roky praxe, zatímco Gillespie et al. (2009) tvrdí na základě svého výzkumu, že resilience není závislá na těchto faktorech.

2.1.1 Intrapersonální charakteristiky

Ablett & Jones (2007) řadí mezi personální charakteristiky přispívající resilienci: hardiness a smysl pro soudržnost (*sense of coherence*). Součástí je dále aktivní komunikace; spoléhání se na osobní zkušenosti z minulosti; neustálé připomínání si, že jejich práce má za následek pozitivní změnu; rozvíjení osobního pohledu na život a smrt; uvědomování si vlastní spirituality; připomínání si závazku vůči své práci a schopnost stanovit si osobní a profesní hranice. Signifikantními faktory také byly kolegiální podpora s dalšími aspekty lidské interakce, ať už s pacienty či jejich rodinami.

Gillespie et al. (2007) přidávají naději, optimismus, self-efficacy, coping, kontrolu a kompetence. Dále zde můžeme zařadit flexibilitu, adaptabilitu a emoční inteligenci (Glass, 2009). Zdravotní sestry projevující resilienci ve studii Hodges et al. (2008) projevovaly schopnost soustředění, adekvátně řešit problémy a zaměřit se na cíl (*goal oriented*). Sestry s přesvědčením o vlastní efektivitě při péči o klienty (*skill recognition*) a ty, které nevizualizovaly svůj vlastní neúspěch, byly více resilientní (Simoni et al., 2004). K posílení resilience pomáhalo také psaní reflektivního deníku (Hodges et al., 2008), zajišťování a

posilování spojení s ostatními (Glass, 2009), nebo vytváření profesních vztahů a spolupráce (Gillespie et al. 2009).

2.1.2 Oslabující faktory

Ke klíčovým faktorům, které negativně ovlivňují resilienci u profesionálních zdravotních sester patří náročné, proměnlivé a nepředvídatelné pracovní prostředí a organizační cíle, které nejsou v souladu s osobními nebo profesními cíli zdravotních sester (Kornhaber & Wilson, 2011). Dále pokud sestřičky vnímají, že se o ně jejich pracovní prostředí nezajímá a neváží si jejich názorů či neschopnost vybalancovat požadavky pracovního a osobního života, což vede k větší náchylnosti na profesní vyhoření a snížení vnitřní rovnováhy (Glass, 2009). K dalším faktorům náleží velký nesoulad mezi tím, co se učí na škole a tím, co se po nich požaduje v práci; nedostatek zaměstnanců; změna směn; konflikt na pracovišti a jako velice významným oslabujícím faktorem se ukázala náplň práce zahrnující smrt, umírání či trápení pacientů (Ablett & Jones, 2007; Hodges et al., 2008). Kromě toho také nespokojenost s pracovním prostředím zahrnující minimální kariérní postup, neadekvátní výplata a rozvrhy směn, problémy s péčí o pacienty, nedostatek moci k uskutečnění změny a neslušnost na pracovišti (Casey et al., 2004).

Baernholdt & Mark (2009) přidávají nedostatek podpory a zdrojů či materiálu, pacientova vysoká potřeba péče, nedostatek autonomie a přílišná komplexita pracovní náplně a prostředí. To vše může vést k emočnímu vyčerpání, vyhoření a odchodu z práce. Roberts et al. (2009) mezi oslabující faktory přispívající fyzické a psychologické nepohodě řadí disruptivní chování jako šikana, zneužívání a horizontální násilí.

2.1.3 Strategie na podporu resilience

Podle Ruttera (1985) podpora resilience spočívá ve správném načasování střetu se stresovou událostí a volba správného způsobu, který umožní situaci adekvátně zvládnout a zvýšit tak sebedůvěru a sociální kompetence. Raději než vyhýbání se situaci. Hart et al. (2014) na základě svého integrujícího přehledu doporučují zdravotním sestřím využívat následující strategie pro podporu resilience.

Na individuální úrovni

- Využívat uzemnění a kognitivního přerámování pro podporu psychologické flexibility a přizpůsobivosti ve svém pracovním prostředí.

- Aktivně rozvíjet emoční vhled pro identifikaci rizikových a protektivních faktorů souvisejících s emoční houževnatostí.
- Aktivní upevňování spojení s rodinou, přáteli a kolegy.
- Uvědomit si a podpořit své kariérní i osobní cíle.
- Udržovat rovnováhu mezi prací a osobním životem.
- Používat kritickou reflexi k řešení problémů a vytváření řešení, která pomohou v budoucích situacích.
- Potvrdit si oddanost svému zaměstnání a najít si v něm smysl.
- Sladit osobní a profesní život se svými přesvědčeními a hodnotovým systémem.
- Využívat humoru, smíchu, technik pozitivního myšlení, vizualizace a pozitivních afirmací k udržování obecného pozitivního přístupu.
- Dopřát si dostatek spánku a zdravé stravy.
- Zapojovat se mimopracovních aktivit jako je dobrovolnictví, cvičení a účast ve skupinách v rámci sociálních sítí.
- Vyhledat důvěryhodného mentora, který dodá motivaci, emoční podporu, profesní i osobní rady a vedení a slouží jako vzorový příklad (*role model*).

Dalšími strategiemi, které využívaly zdravotní sestry jsou: zocelení (*toughening up*) svého pohledu na práci v podobě opakovaného vystavení pacientovo utrpení (Kornhaber & Wilson, 2011). Emoční houževnatost, emoční vzdálení a oddělení (*deachment*); aktivně se zaměřit na systém vlastních přesvědčení a hodnot a adekvátní balanc mezi prací a osobním životem (Ablett & Jones, 2007; Glass, 2009).

Ačkoli se lze psychické resilienci naučit, není to zodpovědnost pouze individuálních zdravotních sester. Důvodem k nízké úrovni resilience jsou často nepříznivé pracovní podmínky Hart et al. (2014).

Na organizační úrovni

- Zavést formální a neformální debriefingy pro sestry, které se ocitly v traumatické/stresové situaci s pacientem a jeho rodinou.
- Poskytnout profesionální rozvojové programy zaměřené na: interdisciplinární a efektivní komunikaci, copingové strategie, efektivní team building a spolupráci, emoční inteligenci, management a řešení konfliktů a workshopy na redukci stresu.

- Implementovat nařízení nulové tolerance vůči nevhodnému chování jako je násilí, šikana apod.
- Adekvátní obsazení pracovních pozic, skutečné docenění za odvedenou práci, autentický leadership a aktivně se podílet na identifikaci problémů.
- Propagovat pobídky pro zdraví: posilovny, zdravotní vyšetření zdarma ad.
- Programy pro mentorování nové příchozích sester.
- Implementovat společné rozhodování uvnitř oddělení.
- Zavést workshopy personální resilience pro zdravotní sestry.

Nemocnice charakteristické jejich schopností poskytnout adekvátní podmínky se vyznačovaly vysokou úrovní resilience u svých zdravotních sester. Takové prostředí bylo podporující, kolaborující, interdisciplinární a posilující profesionalitu zdravotních sester. Dále zaměřené na decentralizované rozhodování, autonomii při práci, kontrolu nad vlastní náplní práce, spolupracující management a vztah mezi lékař-sestra, přístup k informacím, podpora a adekvátní zdroje a vytváření příležitostí k růstu a rozvoji (Hart et al., 2014).

McDonald et al. (2012) vytvořili program zaměřující na posílení resilience. Zaměření padlo na rozvoj mentorujících vztahů, hardiness, udržování pozitivního přístupu, intelektuální flexibilita, emoční inteligence a reflexe v dobrovolných skupinách zaměřených na rozvoj. Výsledkem bylo posílené sebevědomí, sebeuvědomění, lepší komunikace a schopnosti zvládat konflikty. Dále posílení vrstevnických vztahů a rozvoj podpůrných sítí v jejich nemocnicích.

2.2 Zdravotní sestry během pandemie COVID-19

Dne 11. března 2020 Světová zdravotnická organizace prohlásila onemocnění COVID-19 za pandemii (WHO, 2020). Pandemie od té doby značně zatížila poskytování zdravotní péče a zvýraznila důležitost významu zdravotnického personálu. Nemoc zasáhla obrovské množství lidí a mnoho z nich bylo nuceno vyhledat lékařskou pomoc. Zdravotnický personál se tak ocitl ve velkém nebezpečí nákazy. Větší vystavení nemoci se ukázalo jako významný faktor související s nízkým mentálním zdravím, PTSD, strachem, depresí, úzkostí a nespavostí (De Brier et al., 2020). Nároky v podobě nedostatku materiálu, spánku, delší pracovní směny, nejistota a utrpení pacientů jsou pouze některé z dalších stresových faktorů, kterým museli čelit. Následkem je značné zhoršení kvality života v podobě poklesu fyzické a psychické pohody. Psychický tlak na zdravotnické pracovníky způsobil velký psychologický distres (Conversano et al., 2020). Značná část z nich uvedla,

že pociťuje příznaky úzkosti, deprese, nespavosti a stresu (Lai et al. 2020; García-Iglesias et al., 2020; Roberts et al., 2021). Shaw (2020) mezi další psychologický dopad práce v předních liniích s COVID-19 pacienty přidává pocit bezmoci a beznaděje.

Bohlken et al. (2020) ve svém přehledu, jak zdravotnický personál vnímal stres způsobený pandemií, poukazují na to, že obzvláště zdravotní sestry procházely extrémním stupněm stresu. Zdravotní sestry, jakožto nejpočetnější profesní kategorie v celém zdravotnictví, byly pandemií zasaženy neúměrně. Nejenom, že se potýkaly se všemi vzniklými problémy, ale navíc riskovaly své zdraví i život sebe a svých blízkých. Pracovaly pod extrémním fyzickým a emocionálním tlakem, k tomu navíc byly vystaveny utrpení a smrti pacientů, což mohlo jejich obavy a psychické problémy pouze umocnit (Lorente et al., 2021). Zdravotní sestry mají kritické expertní znalosti a dovednosti potřebné ke zvládnutí pandemie COVID-19. Proto je naprosto žádoucí, aby se jim dostalo potřebné pomoci.

Ne však všichni tomuto neskutečnému nátlaku podlehnou a danou situaci nejen, že zvládnou, ale ještě navíc jí využijí k posílení. Tato část lidí se jeví jako resilientní. Resilience jako psychologický zdroj, který se projeví pouze ve zvláště nepříznivých situacích a pomáhá zdravotním sestřím udržet si duševní a psychologické zdraví. Z výzkumu Yildirim et al. (2020) můžeme vidět, že resilience v tomto kontextu negativně koreluje s depresí, stresem, úzkostí a strachem z koronaviru. Důkazy dále naznačují, že vysoká míra resilience vede ke snížení rizika vyhoření (Duarte et al., 2020), odchodu ze zaměstnání (Yu & Lee, 2018) a naopak ke zvýšení jejich pracovní spokojenosti (Huang et al. 2020). Toto je přesně potřeba v době pandemie COVID-19, obzvláště pokud je vaší prací starat se o pacienty. Zdravotní sestry tak mohou dále zůstat ve službě a poskytovat kvalitní péči.

3 Měření resilience u dospělých jedinců

Pangallo, Zibarras, Lewis & Flaxman (2014) provedli systematickou analýzu metod pro měření resilience. Do jejich přehledu byly zařazeny metody z databází EBSCOHost a Scopus a musely splňovat požadavky pro zařazení: být v angličtině, pro dospělou populaci, originální/původní, recenzované a splňovat podmínky validity (stabilita, vnitřní konzistence a opakovatelnost). Autoři si ještě přidali jedno kritérium a tím byla použitelnost, která odkazovala na informaci ohledně toho, jestli daná metoda byla ověřena i v jiných studiích. Použity byly také ty, které měřily konstrukty nesplňující všechny definující atributy resilience, ale byly konceptuálně podobné.

Psychological Capital (PCQ; Luthans et al., 2007)

Konceptuální základ této škály staví na teorii psychologických zdrojů a teorii rozšiř a buduj. Původní vzorek tvořili studenti managementu a pracující ve výrobě a poskytování služeb. Je tvořena 24 položkami a má 4 subškály: optimismus, naděje, resilience a účinnost/sebejistota.

Resilience Scale for Adults (RSA; Friborg et al., 2003)

Teoreticky konzistentní s brzkými nálezy empirických studií Ruttera, Wernerové a Garnezyho. Normativním vzorkem byli zájemci o studium na vysoké škole vojenské v Norsku. Je složena ze šesti subškál: vnímání sebe sama, sociální kompetence, strukturovaný styl, plánování budoucnosti, rodinná soudržnost a sociální zdroje. Celkem obsahuje 33 položek.

Brief Resilience Scale (BRS; Smith et al. 2008)

Zaměřuje se charakteristiku resilience odrazení se zpátky (*bounce back*). Podporuje tak Carverův koncept resilience, který zahrnuje navrácení se do stejné úrovně fungování (anebo dokonce k lepší) jako před stresovou událostí. Tvoří ji 6 položek, má jednu dimenzi a původní vzorek se skládal z amerických studentů, pacientů s problémy se srdcem a ženami trpící fibromyalgií.

Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003)

Resilience je zde brána jako schopnost vypořádání se stresem. Škála je konceptualizována na základě odolnosti vůči stresu, zkušenostech přeživších a hardiness. Skládá se z 25 položek a adresuje 5 faktorů: 1. spirituální vlivy, 2. kontrola, 3. pozitivně

přijímat změnu a mít bezpečné mezilidské vztahy, 4. víra ve vlastní instinkty, tolerance negativních afektů, a posilující účinek stresu a za 5. personální kompetence, vysoké standardy a houževnatost. Původním vzorkem byli pacienti primární péče, obecná populace USA, psychiatrickí pacienti, osoby trpící PTSD a pacienti s generalizovanou úzkostnou poruchou. Tuto škálu můžeme nalézt ve zkrácených podobách s 10 položkami (Campbell-Sills & Stein, 2007) a také dvou položkovou verzí vytvořenou Vaishnavi et al. v roce 2007.

Trauma Resilience Scale (TRS; Madsen & Abell, 2010)

Celkem má 59 položek složených ze 4 subškál: řešení problémů, optimismus, spiritualita a mezilidské vztahy. Teoretickým základem je, že tyto protektivní faktory snižují negativní psychický účinek prožitého násilí. Normativním vzorkem byli studenti, z nichž si téměř polovina (47.3 %) prošla nějakým druhem násilí.

Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency Scale (MTRR; Harvey et al., 2003)

Konceptuálním základem této škály je ekologická perspektiva zaměřující se na interakce člověka a prostředí při reakci na stres. Původní vzorek tvořili dospělí, převážně ženy (86 %), kteří se zotavovali ze zneužívání. Obsahuje 135 položek s následným polostrukturovaným rozhovorem. Jejimi subškálami jsou: a) kontrola vlastní paměti (*authority over memory*), b) integrace paměti a afektu, c) tolerance afektů, d) rozpoznání a zvládání symptomů (*symptom mastery*) a pozitivní coping, e) sebevědomí, f) soudržnost sebe sama, g) bezpečný attachment, h) vytváření smyslu.

Sense of Coherence (SOC; Antonovsky, 1993)

Konceptuální základ je v teorii salutogeneze popsán jako zdroje obecné odolnosti: chápavost (*comprehensibility*), ovladatelnost (*manageability*) a smysluplnost. Obsahuje 29 položek a normativním vzorkem byli izraelští důchodci.

Resilience Scale (RS; Wagnild & Young 1993)

Tato škála vidí resilienci jako individuální adaptaci, která je posilována: vytrvalostí, vyrovnaností (*equanimity*), spolehnutím se na sebe sama, existencionální samotou (*existential aloness*) a smysluplností. Originálním vzorkem byli starší dospělí ve věku 53-95 let z USA. Skládá se ze subškál osobní kompetence a přijetí sebe sama a života s celkem 25

položkami hodnocených na sedmi bodové Likertově škále. Existuje také čtrnácti položková verze (Wagnild, 2009).

Autoři se také věnovali následujícím škálám, které splnily všechny kritéria pro zařazení uvedené na začátku kapitoly, avšak nevyšly tak psychometricky kvalitní. Konkrétně se jedná o **Brief Resilient Coping Scale** (BRCS; Sinclair & Wallston 2004), **Ego Resiliency-89** (ER89; Block & Kremen, 1996), **Personal Views Survey III-R** (PVS-III-R; Maddi et al., 2006), **Resilience in Midlife Scale** (RIM; Ryan & Caltabiano, 2009) a **Baruth Protective Factors Inventory** (BPFI; Baruth & Carroll, 2002) (podle Pangallo et al., 2014).

Pangallo et. al (2014) označili jako nejlepší na základě psychometrických vlastností PCQ, RSA, BRS, CD-RISC, což se shoduje s výsledky, které vyšly v analýze Windle et al. (2011). Ty označily jako psychometricky nejkvalitnější RSA, CD-RISC a BRS, avšak ve své studii neměly zahrnutou škálu PCQ.

Návrh výzkumného projektu

4. Výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy nebo výzkumné otázky

K výběru tématu mé bakalářské práce „Resilience v náročných životních období“ mě vedlo silné zaujetí tím, jak se lidé liší v přístupu k negativním událostem. Proč to někteří zvládnou bez problému a druzí nemůžou normálně fungovat? I přestože se jedná o tu stejnou situaci. V čem se liší? Jednou z možných odpovědí, kterou nabízí odborná literatura, je psychická odolnost, nebo-li resilience. Někteří lidé dokážou tohoto konceptu využít a vyrovnat se s nepřízní osudu bez vážnějších fyzických či psychických problémů. V důsledku kontextuální specifčnosti resilience se práce zaměřuje na zdravotní sestry během pandemie COVID-19.

Výzkumy této problematiky nám předkládají široký výčet toho, s čím resilience souvisí. Negativně koreluje s depresí, úzkostí, únavou, stresem, posttraumatickou stresovou poruchou a profesním vyhořením (Rushton et al., 2015; Saksvik-Lehouillier, 2012; Mealer et al., 2017). Naopak pozitivně koreluje s pracovním spokojeností, copingovými schopnostmi, self-efficacy a obecným well-beingem (Brown, 2018; Ren, 2018; Gao, 2017; Russo, 2018). Současně v celém procesu hraje roli velké množství různých faktorů. Například socio-demografické údaje, interpersonální charakteristiky jako je optimismus nebo flexibilita, síla mezilidských vztahů dotyčného nebo náročné pracovní prostředí (Ang et al., 2018; Gillespie et al., 2007; Kornhaber & Wilson, 2011).

V České republice není žádný výzkum v této oblasti, což je další pobídka, proč se této problematice věnovat. Je nutné tomuto fenoménu porozumět a následně být schopní pomoci zdravotním sestřím starajícím se o pacienty s COVID-19. Pokud pomůžeme jim, dosáhneme dominového efektu, protože ony zas budou schopny pomoci dalším. Současně budeme lépe připraveni na možné budoucí pandemie. Mým **cílem výzkumu** je tedy nalézt, jaké faktory zvyšují resilienci u zdravotních sester starajících se o pacienty s COVID-19 a pomáhají tak zvládnout nepříznivé situace.

4.1 Výzkumné otázky

- Jakou úroveň resilience mají zdravotní sestry starající se o pacienty s onemocněním COVID-19 v ČR?
- Jak se liší jednotlivé kraje v této úrovni?
- Jakým způsobem spolu korelují jednotlivé demografické údaje a míra resilience?

- Které z demografických údajů souvisejí s resiliencí?
- Jaké protektivní faktory používaly zdravotní sestry v době pandemie COVID-19?

4.2 Hypotézy:

Při formulacích hypotéz vycházím z výsledků výzkumů uvedených v teoretické části a níže v diskuzi (např. Ang et al., 2018; Alameddine et al., 2021).

H1: Respondenti z věkové kategorie 41 – 60 let dosáhnou signifikantně vyššího skóre v dotazníku CD – RISC, než respondenti z věkové kategorie 18 – 40 let.

H2: Muži dosahují statisticky významně vyššího skóre v dotazníku CD – RISC, než ženy.

H3: Respondenti, kteří jsou v partnerském vztahu vykazují statisticky významně vyšší úroveň mentální resilience, než svobodní.

H4: Respondenti s vysokoškolským vzděláním dosahují statisticky významně vyšší úroveň resilience, než ti se středoškolským.

H5: Respondenti, kteří mají už více než 10 let zkušeností v oboru, vykazují statisticky významně vyšší úroveň resilience, než ti s kratší dobou.

H6: Respondenti, kteří pracují v hlavním městě Praha, dosahují signifikantně vyššího skóre v dotazníku CD – RISC, než ti z ostatních krajů.

H8: Jednotlivé demografické údaje signifikantně souvisí s výslednou hodnotou resilience naměřenou dotazníkem CD – RISC.

5. Design výzkumného projektu

5.1 Typ výzkumu

Ke zkoumání této problematiky jsem se rozhodl využít smíšeného výzkumu a zajistit tak kvalitní triangulaci dat. Kvantitativní část této práce slouží k ověření poznatků, které předkládá odborná literatura uvedená v teoretické části. Konkrétně souvislost socio-demografických údajů s mírou resilience. Dále se dozvíme úroveň mentální resilience v jednotlivých krajích, což může případně sloužit jako vodítko, kde začít s intervencí nejdříve. Kvantitativní část pomůže také s výběrem do navazující kvalitativní části. Jelikož je mým cílem zjistit, jaké protektivní faktory zvyšují resilienci, dá se předpokládat, že

nejvíce se jich dozvíme od těch, kteří dosahují její vysoké úrovně. A to určíme na základě předloženého dotazníku. Bez tohoto údaje bych riskoval, že vyberu i zdravotní sestry, které mají nízkou úroveň resilience a využívají tak málo protektivních faktorů. Tudíž by se zvedly nároky na čas, finance a úsilí vložené do výzkumu za dosažením požadovaných výsledků. Rozhovor poskytne pestrou a důkladnou deskripci protektivních faktorů.

Osobní rozhovory se budou odehrávat v pronajaté místnosti v klidu a bez jakéhokoliv rušení. Bude také poskytnuta možnost online setkání z důvodu nařízených opatření či strachu z nákazy. Interview budou nahrávány na diktafon a záznamy z nich pořízené budou striktně důvěrné. Na osobu je vyhrazena délka trvání rozhovoru 40 – 60 minut. Sběr dat proběhne během první vlny pandemie COVID-19 v České republice a to v období mezi 1. dubnem a 31. květnem v roce 2020.

5.2 Metody získávání dat

V českém prostředí neexistuje dotazník měřící resilienci. Nejblíže se blíží soubor dotazníků IHAVEZ, SPIDO, SPIDO-MS, VAROS, VAROS-2D od O. Mikšíka. Avšak z důvodu časové náročnosti a faktu, že není zaměřený přímo na resilienci, ale měří jí pouze okrajově společně s dalšími kvalitami osobnosti, jsem se rozhodl tuto metodu nevyužít. Pro účel této práce jsem vybral dotazník The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (Connor & Davidson, 2003). Jeho skvělé psychometrické vlastnosti byly zjištěny v odborných studiích, které ho hodnotí jako nejlepší mezi ostatními škálami (Pangallo et al., 2014; Windle et al., 2011). Jeho oblíbenost lze dohledat v mnoha zahraničních studiích, ale také u nás, například v diplomových pracích Terezy Švarcové (2015) a Kateřiny Přibilové (2020).

Autoři zde definují resilienci jako schopnost vypořádat se se stresem. Seběposuzovací dotazník se skládá z 25 položek, na které respondenti odpovídají na pětibodové Likertově škále v podobě: Zcela nesouhlasím = 0 bodů; Spíše nesouhlasím = 1 bod; Někdy ano, někdy ne = 2 body; Spíše souhlasím = 3 body; Zcela souhlasím = 4 body. Vyšší skóre reflektuje větší resilienci. Minimální možný počet získaných bodů je tedy 0 a maximální 100. Stupnice je hodnocena na základě toho, jak se dotyčný cítil v posledním měsíci. Faktorová analýza na originálním vzorku ukázala pět faktorů. První faktor: osobní kompetence, houževnatost a vysoké standardy. Druhý faktor odpovídá důvěře ve vlastní instinkty, posilovacím účinkům stresu a toleranci negativních vlivů. Třetí faktor: bezpečné vztahy a pozitivní přijímání změn. Čtvrtý faktor souvisel s pocíťovanou kontrolou nad svým

životem. Poslední faktor 5: Spirituální vlivy. **Vnitřní konzistence:** Cronbachovo α pro celou škálu vyšlo 0,89 a mezipoložková korelace byla v rozsahu 0,30 až 0,70. **Test-retest reliabilita:** Jednotlivé skóry mezi sebou prokazovaly vysokou úroveň shody, vnitřní korelační koeficient byl 0,87. **Konvergentní a diskriminační** validity byly provedeny na testech Hardiness od Kobasové, The Perceived Stress Scale, The Sheehan Stress Vulnerability Scale, Sheehan Disability Scale, Sheehan Social Support Scale a ASEX (Connor & Davidson, 2003). Autoři opakovaně použili dotazník u pacientů procházející léčbou a na základě výsledků prokázali nárůst míry resilience, což pokládají jako důkaz možnosti jejího zvyšování v průběhu času a se změnou vnějších okolností.

Českou verzi dotazníku CD-RISC lze nalézt v diplomové práci Terezy Švarcové (2015). Použila metodu zpětného překladu. Tato metoda zahrnuje překlad z anglického jazyka do českého, následného předložení výsledku rodilému mluvčímu, který to zpětně přeloží do angličtiny. Poté se hledají a upravují rozdíly mezi AJ verzemi. V další fázi vypočítala vnitřní konzistenci, která vyšla Cronbachovo $\alpha = 0,86$, což je velice blízké originální verzi. Tím dokládá spolehlivost dotazníku a současně vhodnost překladu.

Dotazníku předcházela část s otázkami na demografické údaje. Otázky se zaměřovaly na: věk, pohlaví (Muž; Žena), rodinný stav (Zadaný; Svobodný), kraj pracoviště, dosažené vzdělání (Vysokoškolské; SŠ s maturitou) a délku praxe. Nacházela se zde také položka dotazující se na jiné negativní významné události v životě. Jako je třeba vážné zdravotní onemocnění, rozvod či ztráta zaměstnání z jiných důvodů, než je pandemie COVID-19. Dále zde respondenti mohli najít dobrovolné políčko na vyplnění kontaktu, pokud souhlasili se zařazením do výběru do kvalitativní části výzkumu.

Pro **kvalitativní část** tvořenou polo-strukturovaným rozhovorem byly vytvořeny tyto otázky:

- Jak jste rozuměl/a situaci COVID-19 předtím, než jste začal/a pracovat s pacienty s tímto onemocněním?
- Jak jste reagoval/a, když jste se dozvěděl/a, že budete pracovat na oddělení pro pacienty s COVID-19?
- Můžete mi popsat své zkušenosti s péčí o pacienty s COVID-19?
- Jaké byly rozdíly v práci oproti vašemu předchozímu pracovnímu prostředí?
- Jaké byly vaše pocity a myšlenkové pochody, když jste poskytovala ošetrovatelskou péči pacientům s COVID-19?

- Jaké problémy vás v tomto období trápily (osobně i profesně)?
- Co vám pomohlo tyto problémy zvládnout?
- Víte, co využívali Vaši kolegové ke zvládnutí jejich problémů?
- Je ještě něco, co byste mi chtěl/a říci?

5.3 Metody zpracování a analýzy dat

5.3.1 Kvantitativní část

K analýze dat bude použit statistický program jamovi (verze 2.2.5.0). V první části bude uvedena popisná statistiku všech proměnných vzorku. Pro představu souvislosti mezi jednotlivými proměnnými použiji Pearsonův korelační koeficient. S předpoklady, že data mají normální rozložení, lineární vztah a jsou bez odlehlých hodnot. Nominální data jsou pouze dichotomická, a tudíž splňují podmínku pro použití testu. K prozkoumání faktorů souvisejících s mentální resiliencí zdravotních sester během pandemie COVID-19 bych použil vícenásobnou regresní analýzu se zadáním všech prediktorů zároveň. Vztah mezi resiliencí a krajem nemocnice bude zjištěn testem One-Way ANOVA. Hypotézy 1 – 5 budou otestovány Welschovým T-testem nebo Mann-Whitneyho U testem. Podle toho, jak by vyšel test normality. Pro všechny statistické testy jsem zvolil hladinu $\alpha = 0,01$.

5.3.2 Kvalitativní část

Pro tuto část jsem zvolil interpretativní fenomenologickou analýzu, jelikož se jedná o způsob, který je vhodný pro hlubší porozumění žité zkušenosti člověka. A mě zajímají zážitky zdravotních sester během pandemie COVID-19 společně s identifikací jejich využívaných protektivních faktorů. Rozhovory budou doslovně přepsány společně se zaznamenaným neverbálním doprovodem respondentů. Každý jednotlivý případ bude analyzován samostatně „od začátku“, včetně identifikací témat. To je jako alternativa ke způsobu použití témat vzešlých z prvního případu k orientaci v těch následujících (Smith & Osborn, 2003; podle Řiháček, Čermák & Hytych, 2013).

Zvolený postup analýzy:

1. Čtení a opakované čtení přepisu rozhovoru
2. Počáteční (převážně deskriptivní) poznámky a komentáře
3. Rozvíjení rodících se témat
4. Hledání souvislostí napříč tématy
5. Analýza dalšího případu

6. Hledání vzorců napříč případy

Analýzu provede více výzkumníků zvláště pro zajištění větší kredibility interpretace. Případné rozdíly budou prodiskutovány, dokud by se nedosáhne konsenzu. Zároveň bude interpretace založena především na výrazech, které patří respondentovi s doložením přímých citací (Smith, Flowers & Larkin, 2009; podle Řiháček, Čermák & Hytych, 2013).

5.4 Etika výzkumu

V kvantitativní části bude na první stránce online dotazníku informovaný souhlas. Respondenti budou ujištěni, že veškeré odpovědi jsou anonymní. Vyplněné dotazníky mají přiřazené pouze online ID a v průběhu se nebude nikdo ptát na jejich identifikační údaje. Všechny případné údaje tohoto typu budou smazány před analýzou. Výjimkou je zájem o dobrovolnou účast v navazující kvalitativní části výzkumu, pro kterou bude vyhrazena kolonka na zadání kontaktu. Kontakt mohou v průběhu vyplňování kdykoliv smazat. Dále bude respondentům zdůrazněno, že účast je po celou dobu dobrovolná a mohou kdykoliv skončit bez jakékoliv penalizace.

Pokud bude v kvalitativní části probíhat rozhovor osobně, tak před začátkem budou respondenti požádáni o prostudování a podepsání informovaného souhlasu. Obsah bude téměř stejný jako v kvantitativní části s tím, že tam bude navíc uvedena žádost o nahrávání rozhovoru na diktafon pro zajištění pozdějšího převedení do psané formy a analýzy dat. V případě online rozhovoru dostanou tento dokument v elektronické podobě prostřednictvím e-mailu, který pak podepsaný naskenují a pošlou zpět. Online místnosti vždy vytvořím já, abych tak zajistil, co nejmenší předání informací o zařízení, které účastníci budou používat. Pokud účastník během rozhovoru začne pociťovat emoční problémy, bude mu okamžitě poskytnuta adekvátní psychologická intervence, aby se předešlo sekundární psychické újmě. Participanti můžou svůj informovaný souhlas kdykoliv odvolat bez jakékoliv penalizace. Výzkumník se bude snažit zůstat celou dobu neutrální, ve smyslu nevyjadřování určité míry souhlasu či nesouhlasu s odpovědí. Přesto se však bude snažit navázat dobrý vztah s účastníky. Budou použity techniky jako je bezpodmínečné přijetí, rekapitulace, aktivní naslouchání a objasňování, abychom podpořili autenticitu údajů a zabránili zkreslení.

V případě publikace výsledků budou dodrženy publikační náležitosti a výsledky budou prezentovány anonymně. Výzkum bude předložen pro schválení Komisi pro etiku výzkumu na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy.

6. Výzkumný soubor

Zkoumaná problematika se týká všech zdravotních sester a bratrů v České republice. I kdybychom měli data od všech patřící do této skupiny, generalizace na ostatní státy by byla nemožná, jelikož, mimo další podmínky, je kulturní prostředí významným faktorem resilience, jak bylo uvedeno v teoretické části.

Do výzkumu budou zahrnuti jedinci pracující na pozici zdravotní sestra či bratr v době pandemie COVID-19. Zároveň se budou muset aktivně podílet na péči o pacienty s tímto onemocněním. Z výzkumu budou vyloučeni ti, kteří mají v životě nějakou další významnou stresovou událost. Toto se zjistí skrze otázku na to zaměřenou v první části dotazníku. E-mailová pozvánka s odkazem na dotazník a prosbou o rozeslání zaměstnancům bude odeslána všem ředitelům vybraných nemocnic podle jednotlivých krajů. Na internetových stránkách [Seznam nemocnic - Ministerstvo Zdravotnictví.cz](http://seznam-nemocnic-ministerstvo-zdravotnictvi.cz) (ministerstvozdravotnictvi.cz) můžeme nalézt výpis všech nemocnic z daných částí ČR. Z každého kraje bude náhodně vybrána nemocnice, která bude oslovena. Náhodný výběr jsem zvolil kvůli tomu, aby vzorek byl více reprezentativní a byla možná lepší generalizace výsledků. Do kvalitativní části budou pozváni respondenti, kteří vyplnili dobrovolné políčko v první části dotazníku. Oslovím ty, kteří dosáhli nejvyšší naměřené míry resilience. Počet bude stanoven principem saturace. To znamená, že tato část skončí ve chvíli, kdy se přestanou objevovat nové informace a témata by se opakovala. S přihlédnutím k podobným výzkumům (viz Diskuze níže) odhaduji, že tento počet bude kolem 20 – 25 respondentů. Velikost vzorku do kvantitativní části jsem vypočetl pomocí aplikace G*Power. Výsledkem bylo, že alespoň 90 lidí by se mělo zúčastnit výzkumu.

7. Diskuse

7.1 Srovnání výsledků

Podle rešerše databází UKAŽ a Elsevier k datu 1. 3. 2022 není žádná podobná studie provedena v České republice. Ale předpokládané výsledky získané v **kvalitativní části** by bylo zajímavé porovnat se studii ze zahraničí, které se vydaly stejným směrem. Huang et al. (2021) identifikovali, z rozhovorů se zdravotními sestrami starající se o pacienty s onemocněním COVID-19 v Číně, tyto faktory posilující resilienci: důkladné seznámení s novými protokoly o infekční nemoci, dosažení pocitu profesního úspěchu, sociální podpora od rodinných příslušníků a personálu nemocnice a relaxační aktivity jako je tanec, hudba, spánek apod. Marey-Sarwan et al. (2021) došli k podobným výsledkům z Izraelského prostředí. Navíc přidávají mezi nejúčinnější faktory respekt a uznání od okolí a aktivní získávání informací vztahujících se k pandemii. Golechha et al. (2021) vedli rozhovory s doktory i sestřičkami v Indii. Jejich výsledky jsou téměř totožné, mezi nejúčinnější řadí také rekognici od okolí, podpůrné sítě rodiny, vyzdvihují důležitost sebepěče a sebereflexe. Villar et al. (2021) vedli interview se sestřičkami v Kataru a resilientní se projevovaly tak, že na svou práci pohlížely jako na poslání a viděly v tom velký smysl.

Mnohem více výzkumů v této oblasti bylo provedeno **kvantitativní** formou. Co se týká vztahu sociodemografických údajů a míry resilience, Roberts et al. (2021) našli vztah pouze s věkem a to, že starší dosahovali vyšších hodnot. Alameddine et al. (2021) potvrdili signifikantní význam pouze u pohlaví a stupně dosaženého vzdělání. Muži a participanti s magisterským titulem se jeví jako více resilientní. Ve studii Peñacoba et al., (2021b) identifikovali negativní korelaci u věku a délky zkušeností s úzkostností, která pak následně negativně korelovala s mírou resilience. Ženy v jejich studii měly vyšší hodnoty úzkostnosti. Výzkumy od Jo et al. (2021) a Peñacoba et al., (2021a) nenašly žádnou signifikanci a to měli zahrnuté údaje o věku, pohlaví, délce praxe, stupně vzdělání a rodinného stavu.

7.2 Úskalí a limity

Můžeme zde nalézt několik omezení. Prvním z nich je rozhovor v online prostoru. I přesto, že by tato možnost mohla být výhodou a zajistila tak větší ochotu podílet se na kvalitativní části, tento způsob může komplikovat navázání rapportu a některé neverbální podněty nemusejí být vůbec zachyceny. Vznikal by tak poměrně významný rozdíl v kontextu získávání dat než při rozhovoru tváří v tvář. U osobního setkání by se zase dalo předpokládat, že nasazené roušky povedou k podobným komplikacím. I když ne v tak

velkém rozsahu. Celkově u kvalitativní části výzkumu je třeba dát si pozor na zkreslení odpovědí z důvodu sociální desirability. Na základě reakcí výzkumníka by respondenti mohli zatajovat skutečnou míru negativních pocitů či účinků oslabujících faktorů. Nebo naopak přehánět množství používaných protektivních faktorů. U vyplňování dotazníku je tento faktor ošetřen alespoň částečně zdůrazněním anonymity, i přestože se jedná o sebe-posuzovací formu odpovědí. Za druhé bychom neznali vybavenost nemocnic. Podmínky tak mohou být velice rozdílné, což může mít významný dopad na mentální resilienci. Data by měla být tedy interpretována s určitou dávkou opatrnosti. Online administrace by pravděpodobně zvýšila oslovení a ochotu účastnit se, avšak může se zde objevit zkreslení výběru vzorku v podobě nutnosti možnosti připojit se online a mít nějaké základní počítačové schopnosti. Jelikož je dotazník vyplňován online, nemůžeme vyloučit to, že jejich odpovědi mohou být ovlivněny faktory v okolí respondenta. Bohužel neznám skutečnou míru návratnosti dotazníků, což může reflektovat zkreslení vlastního výběru (*self-selection bias*). Nemůžeme tak určit, zda a v čem se liší respondenti od ne-respondentů. Je pravděpodobné, že zdravotní sestry s nízkou mírou resilience se rozhodnou pozvánku ignorovat a díky tomu může mít za následek zkreslení dat. Z povahy výzkumu nemůžeme usuzovat na příčinnost, ale pouze na korelaci daných proměnných s resiliencí. Stejně tak nemůžeme usuzovat dopad pandemie na resilienci zdravotních sester.

7.3 Možnosti uplatnění výsledků

Je klíčové, aby zdravotní sestry dostaly potřebnou pomoc a podporu, aby ony samy dokázaly zůstat v boji s onemocněním COVID-19 a kvalitně se starat o pacienty. Předpokládané výsledky by mohly poskytnout hlubší náhled do toho, jakým způsobem dokázaly zdravotní sestry změnit negativní mentální stavy a přeměnit je na pozitivní silné stránky. Tento výzkum by tak mohl sloužit jako podklad pro vytvoření budoucích intervencí k posílení mentální resilience u zdravotních sester v době pandemie. Výstupy by tak zdůraznily, na jaké oblasti je potřeba se zaměřit. Nejen ohledně posílení osobních faktorů, ale také, jak by nemocnice měly zařídit pracovní prostředí. Posilování mentálního zdraví zaměstnanců ve zdravotnictví a zřízení protokolů může velice pomoci v boji s těmito nouzovými situacemi.

7.4 Další možnosti výzkumu

Budoucí výzkumy by se měly zaměřit více na to, jestli a případně jakým způsobem je resilience ovlivněna dalšími proměnnými jakou jsou například: místo bydliště, počet osob v domácnosti, plat a kvalita zdravotnických pomůcek nemocnice. Do kvantitativní části by

se mohl zařadit dotazník zaměřený na protektivní faktory, například The Scale of Protective Factors 24 (SPF24; Ponce-Garcia, Kennison & Madewell, 2014). Dalo by se tak lépe zasadit do kontextu, na co je důležitější se zaměřit. Jestli na individuální charakteristiky nebo nějaké komunitní či organizační faktory. Další doporučení směřuje k využití longitudinálních výzkumů. Studie by mohly testovat vztahy mezi dalšími proměnnými a mentální resiliencí u zdravotních sester pomocí sofistikovanějších statistických analýz. Longitudinální výzkum by poskytl lepší pochopení dopadu pandemie COVID-19 na resilienci.

Závěr

Resilience si zaslouží naší pozornost, jelikož nám pomáhá se zvládnutím náročných životních situací. Každý z nás se během života potýká s nějakou nepřízní a proto prohloubení poznatků z této oblasti má široký dosah. Teorie stojící za tímto konstruktem tak může poskytovat určitý návod, jak snadněji zvládnout negativní události. To je i jeden z hlavních úkolů celé psychologie – pomáhat.

V teoretické části byly představeny různé pohledy na resilienci a jejich konečné sloučení ve vztahu k dospělým jedincům. Tedy, že se jedná o schopnost minimalizovat negativní účinky nepřízně osudu. V celém procesu hrají roli intrapersonální charakteristiky jako je optimismus nebo flexibilita, ale také faktory z okolního prostředí v podobě sociálních vztahů či kvality pracovních pomůcek. Dále byly popsány způsoby či trajektorie, kterými se lidé vydají po střetu s nějakou potencionálně traumatickou událostí. Resilientní jedinci se právě poznají tak, že se vydají trajektorií, ve které jejich běžné fungování není nijak zvlášť narušeno. Může se jednat o mírné problémy se spánkem či náladou, které však během pár týdnů zmizí úplně. Liší se tak například od trajektorie obnovení, ve které jedince zažije vážné narušení běžného fungování v podobě silného distresu a k normálu se vrací až po několika měsících. Ve druhé kapitole jsme ukázali pohled odborné literatury na jaké oblasti působí a jaké faktory jí posilují či naopak oslabují. Konkrétně jsme se zaměřili na zdravotní sestry. Viděli jsme, že resilience negativně koreluje s depresí, úzkostí, únavou, stresem a posttraumatickou stresovou poruchou. A naopak, že pozitivně koreluje s obecným well-beingem, spokojeností v zaměstnání a volbou efektivních copingových strategií. Poté jsme popsali specifika resilience této profese při pandemii COVID-19. Mezi nejdůležitější faktory se řadí optimismus, dostatečné pracovní zdroje a pomůcky, a podpora od rodiny, přátel a kolegů. V závěru této části jsme představili možnosti měření úrovně resilience u dospělých jedinců. Mezi nástroje s nejlepšími psychometrickými vlastnostmi se řadí dorazník Connor – Davidson Resilience Scale (CD – RISC), který jsme zahrnuli do návrhu výzkumu.

Jelikož je tato nepříznivá situace novinkou pro celý svět, je důkladný popis protektivních faktorů v tomto kontextu ještě v začátcích. Proto se toto stalo cílem navrhovaného výzkumu. Některé ze studií dospěly například k těmto faktorům posilující resilienci: důkladné seznámení s protokoly o infekční nemoci, sociální podpora, sebezpečí a uznání od okolí. Současně jsme se věnovali nesouladu v odborné literatuře, co se týče vztahu mezi socio-demografickými údaji a resiliencí. Některé výzkumy našly vztah pouze u věku,

starší dosahovali signifikantně vyšších hodnot než mladší participanté. Jiní výzkumníci našli vztah pouze u pohlaví a vzdělání, muži a respondenti s magisterským titulem dosahovali signifikantně vyšších hodnot. Ale také několik studií nenašlo vztah u žádného socio-demografického údaje s resiliencí. Pro zajištění kvalitní triangulace dat byl vybrán smíšený typ výzkumu. Navrhovaný výzkum by nám poskytl důležité poznatky, jakým způsobem konstruovat intervence a současně, v jakých krajích s nimi začít. Zajistil by tak i lepší připravenost na možné budoucí krizové situace. Současně by přinesl originální poznatky, protože v České republice je úplná absence výzkumů v této oblasti. Mohl by tak i nastartovat zájem o tuto problematiku v daném kontextu a rozšířit tak poznání o další faktory participující v celém procesu.

Seznam použité literatury

- Ablett, J. R., & Jones, R. S. (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>
- Aburn, G., Gott, M., & Hoare, K. (2016). What is resilience? an integrative review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, *72*(5), 980–1000. <https://doi.org/10.1111/jan.12888>
- Alameddine, M., Clinton, M., Bou-Karroum, K., Richa, N., & Doumit, M. A. (2021). Factors associated with the resilience of nurses during the Covid-19 pandemic. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *18*(6), 320–331. <https://doi.org/10.1111/wvn.12544>
- American Psychological Association (2014). The Road to Resilience. *American Psychological Association*.
- Ang, S. Y., Uthaman, T., Ayre, T. C., Mordiffi, S. Z., Ang, E., & Lopez, V. (2018). Association between demographics and resilience - a cross-sectional study among nurses in Singapore. *International Nursing Review*, *65*(3), 459–466. <https://doi.org/10.1111/inr.12441>
- Anthony, E. J., & Koupernik, C. (Eds.). (1974). *The child in his family: Children at psychiatric risk*. John Wiley & Sons.
- Baernholdt, M., & Mark, B. A. (2009). The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units. *Journal of Nursing Management*, *17*(8), 994–1001. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01027.x>
- Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M., & Riedel-Heller, S. G. (2020). Covid-19-pandemie: Belastungen des Medizinischen Personals. *Psychiatrische Praxis*, *47*(04), 190–197. <https://doi.org/10.1055/a-1159-5551>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.1.20>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, *59*(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.1.20>
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, *14*(3), 135–138. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x>
- Bonanno, G. A., & Diminich, E. D. (2012). Annual research review: Positive adjustment to adversity - trajectories of minimal-impact resilience and Emergent Resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *54*(4), 378–401. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12021>

- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? the role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 671–682. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.75.5.671>
- Brown, R., Wey, H., & Foland, K. (2018). The relationship among change fatigue, resilience, and job satisfaction of Hospital Staff Nurses. *Journal of Nursing Scholarship, 50*(3), 306–313. <https://doi.org/10.1111/jnu.12373>
- Casey, K., Fink, R. N. R., Krugman, A. O. C. N. M., & Propst, F. A. A. N. J. (2004). The graduate nurse experience. *JONA: The Journal of Nursing Administration, 34*(6), 303–311. <https://doi.org/10.1097/00005110-200406000-00010>
- 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>
- Conversano, C., Marchi, L., & Miniati, M. (2020). Psychological Distress Among Healthcare Professionals Involved in the Covid-19 Emergency: Vulnerability and Resilience Factors. *Clinical neuropsychiatry, 17*(2), 94–96. <https://doi.org/10.36131/CN20200212>
- Cooper, A. L., Brown, J. A., Rees, C. S., & Leslie, G. D. (2020). Nurse resilience: A concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing, 29*(4), 553–575. <https://doi.org/10.1111/inm.12721>
- De Brier, N., Stroobants, S., Vandekerckhove, P., & De Buck, E. (2020). Factors affecting mental health of health care workers during coronavirus disease outbreaks (SARS, Mers & COVID-19): A rapid systematic review. *PLOS ONE, 15*(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244052>
- Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., Martins, V., Ribeiro-Vaz, I., Pinheiro, H. C., Silva, A. R., Ricou, M., Sousa, B., Alves, C., Oliveira, A., Silva, P., Nunes, R., & Serrão, C. (2020). Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health, 20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09980-z>
- Friedli, L., & World Health Organization. (2009). *Mental health, resilience and inequalities* (No. EU/08/5087203). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Gao, T., Ding, X., Chai, J., Zhang, Z., Zhang, H., Kong, Y., & Mei, S. (2017). The influence of resilience on mental health: The role of general well-being. *International Journal of Nursing Practice, 23*(3). <https://doi.org/10.1111/ijn.12535>
- García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R., & Ruiz-Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática [Impact of SARS-CoV-2 (Covid-19) on the mental health of healthcare professionals: a systematic review.]. *Revista española de salud pública, 94*, e202007088.

- 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.2007.08.006>
- 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>
- Glass, N. (2009). An investigation of nurses' and Midwives' academic/clinical workplaces. *Holistic Nursing Practice*, 23(3), 158–170. <https://doi.org/10.1097/hnp.0b013e3181a056c4>
- Golechha, M., Bohra, T., Patel, M., & Khetrapal, S. (2021). Healthcare worker resilience during the COVID-19 pandemic: A qualitative study of primary care providers in India. *World Medical & Health Policy*. <https://doi.org/10.1002/wmh3.483>
- Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). 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>
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258–265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
- Hodges, H. F., Keeley, A. C., & Troyan, P. J. (2008). Professional resilience in baccalaureate-prepared acute care nurses: First steps. *Nursing Education Perspective*, 29(2), 80–89. <https://doi.org/10.1097/00024776-200803000-00008>
- Huang, F., Lin, M., Sun, W., Zhang, L., Lu, H., & Chen, W. T. (2021). Resilience of frontline nurses during the covid pandemic in China: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 23(3), 639–645. <https://doi.org/10.1111/nhs.12859>
- Huang, L., Wang, Y., Liu, J., Ye, P., Cheng, B., Xu, H., Qu, H., & Ning, G. (2020). Factors associated with resilience among medical staff in radiology departments during the outbreak of 2019 novel Coronavirus Disease (covid-19): A cross-sectional study. *Medical Science Monitor*, 26. <https://doi.org/10.12659/msm.925669>
- Jo, S., Kurt, S., Bennett, J. A., Mayer, K., Pituch, K. A., Simpson, V., Skibiski, J., Takagi, E., Karaaslan, M. M., Ozluk, B., & Reifsnider, E. (2021). Nurses' resilience in the face of coronavirus (COVID-19): An international view. *Nursing & Health Sciences*, 23(3), 646–657. <https://doi.org/10.1111/nhs.12863>
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2008). Hlavní koncepce psychické odolnosti. *Československá Psychologie: Časopis pro Psychologickou Teorii a Praxi*, 52(1), 1–19.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2015). Resilience: některé novější koncepce psychické odolnosti. *Československá Psychologie*, 59, 444–451.

- Kornhaber, R. A., & Wilson, A. (2011). Building resilience in burns nurses: A descriptive phenomenological inquiry. *Journal of Burn Care & Research*, 32(4), 481–488. <https://doi.org/10.1097/bcr.0b013e3182223c89>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lanz, J. J., & Bruk-Lee, V. (2017). Resilience as a moderator of the indirect effects of conflict and workload on job outcomes among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 2973–2986. <https://doi.org/10.1111/jan.13383>
- Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2009). *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Lorente, L., Vera, M., & Peiró, T. (2021). Nurses' stressors and psychological distress during the Covid-19 pandemic: The mediating role of coping and resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 77(3), 1335–1344. <https://doi.org/10.1111/jan.14695>
- Luthar, S. S. (2015). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. *Developmental Psychopathology*, 27, 739–795. <https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch20>
- Luthar, S. S., & Eisenberg, N. (2017). Resilient adaptation among at-risk children: Harnessing Science toward maximizing Salutary Environments. *Child Development*, 88(2), 337–349. <https://doi.org/10.1111/cdev.12737>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Luthar, S. S., Lyman, E. L., & Crossman, E. J. (2014). Resilience and positive psychology. *Handbook of Developmental Psychopathology*, 125–140. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9608-3_7
- Marey-Sarwan, I., Hamama-Raz, Y., Asadi, A., Nakad, B., & Hamama, L. (2021). “it's like we're at war”: Nurses' resilience and coping strategies during the COVID-19 pandemic. *Nursing Inquiry*. <https://doi.org/10.1111/nin.12472>
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3), 921–930. <https://doi.org/10.1017/s0954579407000442>
- Masten, A. S. (2015). *Ordinary magic: Resilience in development*. The Guilford Press.
- Masten, A. S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*, 10(1), 12–31. <https://doi.org/10.1111/jftr.12255>

- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491–495. <https://doi.org/10.1017/s0954579410000222>
- McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., & Vickers, M. H. (2012). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and Midwives. *Nurse Education Today*, 32(4), 378–384. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.04.012>
- Mealer, M., Jones, J., & Meek, P. (2017). Factors affecting resilience and development of posttraumatic stress disorder in critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 26(3), 184–192. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017798>
- Novotný Jan Sebastian. (2015). *Zdroje resilience a problémy s přizpůsobením U Dospívajících*. Ostravská univerzita v Ostravě.
- Novotný, J. S. (2010). Resilience dnes: teoretické koncepce, nedostatky a implikace. *Československá Psychologie*, 54, 89–102.
- Novotný, J. S. (2014). Resilience versus „resilientní jedinec“: co vlastně zkoumáme? *Psychologie a Její Kontexty*, 5(1), 3–14.
- Pangallo, A., Zibarras, L., Lewis, R., & Flaxman, P. (2015). Resilience through the lens of interactionism: A systematic review. *Psychological Assessment*, 27(1), 1–20. <https://doi.org/10.1037/pas0000024>
- Paulík, K. (2017). *Psychologie Lidské Odolnosti*. Grada.
- Peñacoba, C., Catala, P., Velasco, L., Carmona-Monge, F. J., Garcia-Hedrerera, F. J., & Gil-Almagro, F. (2021a). Stress and quality of life of Intensive Care Nurses during the covid -19 pandemic: Self-efficacy and resilience as resources. *Nursing in Critical Care*, 26(6), 493–500. <https://doi.org/10.1111/nicc.12690>
- Peñacoba, C., Velasco, L., Catalá, P., Gil-Almagro, F., García-Hedrerera, F. J., & Carmona-Monge, F. J. (2021b). Resilience and anxiety among intensive care unit professionals during the COVID -19 pandemic. *Nursing in Critical Care*, 26(6), 501–509. <https://doi.org/10.1111/nicc.12694>
- Příbilová, K. (2020). *Dimenze temperamentu a jejich působení na individuální a týmovou resilienci*. Univerzita Karlova. Filozofická fakulta.
- Ren, Y., Zhou, Y., Wang, S., Luo, T., Huang, M., & Zeng, Y. (2018). Exploratory study on resilience and its influencing factors among hospital nurses in Guangzhou, China. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 57–62. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.11.001>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Roberts, N. J., McAloney-Kocaman, K., Lippiett, K., Ray, E., Welch, L., & Kelly, C. (2021). Levels of resilience, anxiety and depression in nurses working in respiratory clinical

areas during the COVID pandemic. *Respiratory Medicine*, 176, 106219. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106219>

Roberts, S. J., Demarco, R., & Griffin, M. (2009). The effect of oppressed group behaviours on the culture of the nursing workplace: A review of the evidence and interventions for change. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 288–293. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00959.x>

Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412–420. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291>

Russo, C., Calo, O., Harrison, G., Mahoney, K., & Zavotsky, K. E. (2018). Resilience and coping after hospital mergers. *Clinical Nurse Specialist*, 32(2), 97–102. <https://doi.org/10.1097/nur.0000000000000358>

Rutter M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 8(3), 324–338.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598–611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>

Rutter, M. (2006). The promotion of resilience in the face of adversity. *Families Count*, 26–52. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511616259.003>

Rutter, M. (2012). Annual research review: Resilience – clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474–487. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x>

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335–344. <https://doi.org/10.1017/s0954579412000028>

Řiháček Tomáš, Čermák Ivo, & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: Čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.

Saksvik-Lehouillier, I., Bjorvatn, B., Hetland, H., Sandal, G. M., Moen, B. E., Magerøy, N., Harvey, A., Costa, G., & Pallesen, S. (2012). Personality factors predicting changes in shift work tolerance: A longitudinal study among nurses working rotating shifts. *Work & Stress*, 26(2), 143–160. <https://doi.org/10.1080/02678373.2012.686344>

Shaw, S. C. K. (2020). Hopelessness, helplessness and resilience: The importance of safeguarding our trainees' mental wellbeing during the COVID-19 pandemic. *Nurse Education in Practice*, 44, 102780. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102780>

Simoni, P. S., Larrabee, J. H., Birkhimer, T. L., Mott, C. L., & Gladden, S. D. (2004). Influence of interpretive styles of stress resiliency on registered nurse empowerment. *Nursing Administration Quarterly*, 28(3), 221–224. <https://doi.org/10.1097/00006216-200407000-00012>

- Šolcová Iva. (2007). *Některé psychofyziologické souvislosti resilience*. Psychologický ústav AV ČR.
- Šolcová Iva. (2009). *Vývoj resilience V dětství a dospělosti*. Grada.
- Švarcová, T. (2015). *Resilience a vnímání životní smysluplnosti*. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.
- Theron, L. C., Liebenberg, L., & Ungar, M. (2015). *Youth resilience and culture: Commonalities and complexities*. Springer.
- Thorová Kateřina. (2015). *Vývojová Psychologie: Proměny Lidské Psychiky od početí Po Smrt*. Portál.
- Ungar, M. (2012). *The Social Ecology of Resilience: A handbook of theory and practice*. Springer.
- Villar, R. C., Nashwan, A. J., Mathew, R. G., Mohamed, A. S., Munirathinam, S., Abujaber, A. A., Al-Jabry, M. M., & Shraim, M. (2021). The lived experiences of frontline nurses during the coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic in Qatar: A qualitative study. *Nursing Open*, 8(6), 3516–3526. <https://doi.org/10.1002/nop2.901>
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable, But Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. McGraw-Hill.
- Windle, G. (2010). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152–169. <https://doi.org/10.1017/s0959259810000420>
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of Resilience Measurement Scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8>
- World Health Organization. (2020). *Who director-general's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 march 2020*. World Health Organization. Retrieved March 22, 2022, from <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Wright, M. O. D., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2012). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. *Handbook of Resilience in Children*, 15–37. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_2
- Wyman, P. A. (2003). Emerging perspectives on context specificity of children's adaptation and resilience: Evidence from a decade of research with urban children in adversity. *Resilience and Vulnerability*, 293–317. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511615788.014>
- Yıldırım, M., Arslan, G., & ÖZASLAN, A. (2020). Perceived risk and mental health problems among healthcare professionals during COVID-19 pandemic: Exploring the

mediating effects of resilience and Coronavirus Fear.
<https://doi.org/10.31234/osf.io/84xju>

Yu, M., & Lee, H. (2018). Impact of resilience and job involvement on turnover intention of new graduate nurses using structural equation modeling. *Japan Journal of Nursing Science*, *15*(4), 351–362. <https://doi.org/10.1111/jjns.12210>

Seznam obrázků

Obrázek 1: Resilience projevující se v kontextu chronické nepřízně.....	12
Obrázek 2: Resilience projevující se po potencionálně traumatické události	12
Obrázek 3: Cesty resilience	17
Obrázek 4: Trajektorie resilience.....	19
Obrázek 5: Proces reintegrace po střetu s nepřízní.....	21

Seznam zkratek

APA	American Psychological Association
BPFI	Baruth Protective Factors Inventory
BRCS	Brief Resilient Coping Scale
BRS	Brief Resilience Scale
CD – RISC	Connor – Davidson Resilience Scale
COVID-19	Coronavirus disease 2019
ER89	Ego Resiliency-89
MTRR	Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency Scale
PCQ	Psychological Capital
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
PVS-III-R	Personal Views Survey III-R
RIM	Resilience in Midlife Scale
RS	Resilience Scale
RSA	Resilience Scale for Adults
SOC	Sense of Coherence
SPF24	The Scale of Protective Factors 24
TRS	Trauma Resilience Scale