

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**Psychická resilience všeobecných sester
na dvou vybraných klinikách fakultní nemocnice**

Bakalářská práce

Autor práce: **Sarah Freibauerová**

Vedoucí práce: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2019

CHARLES UNIVERSITY
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRALOVE

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

Psychological resilience of Nurses
in Two Selected Clinics of University Hospital
Bachelor`s Thesis

Author: **Sarah Freibauerová**

Supervisor: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je můj původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

(podpis)

Poděkování

Touto cestou bych rád poděkoval prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za odborné vedení mé práce, cenné rady a připomínky při zpracování, za jeho čas, ochotu a vstřícnost. Mgr. Hynku Cíglerovi, Ph.D. z Fakulty sociálních studií MU za statistické zpracování výsledků a odborné komentáře k nim. Dále děkuji všem zdravotním sestřám, které se účastnily mého výzkumu.

.....

podpis studenta

Obsah

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 OSOBNOST ČLOVĚKA	9
1.1 SYSTÉMOVÝ MODEL OSOBNOSTI – DISPOZICE A SLOŽKY OSOBNOSTI	10
1.2 OSOBNOST V ZRCADLE VĚDOMÍ – VNITŘNÍ OBRAZ OSOBNOSTI	11
1.3 OSOBNOST V ZRCADLE JEDNÁNÍ – VNĚJŠÍ OBRAZ OSOBNOSTI.....	11
1.4 BIOLOGICKÉ ZÁKLADY OSOBNOSTI.....	12
1.5 TEMPERAMENT	12
1.6 ZAMĚŘENOST.....	13
1.7 ADAPTACE	14
1.8 INTELIGENCE, SCHOPNOSTI, TVOŘIVOST	15
1.9 JÁSTVÍ A CHARAKTER	15
2 ADAPTACE NA ZÁTĚŽOVÉ SITUACE	17
2.1 STRES	18
2.1.1 <i>Stres jako reakce organismu</i>	18
2.1.2 <i>Stres jako stimulus</i>	19
2.1.3 <i>Stres jako transakce</i>	19
2.1.4 <i>Příznaky stresu</i>	20
2.1.5 <i>Reakce na stres</i>	21
2.1.6 <i>Druhy psychologického stresu</i>	21
2.1.7 <i>Stresory vs. salutory</i>	22
3 ZVLÁDÁNÍ STRESU – COPING	23
3.1 COPINGOVÉ STYLY A STRATEGIE	24
3.2 ÚČINNOST COPINGU	24
4 PSYCHICKÁ ODOLNOST – RESILIENCE	25
4.1 DEFINICE	25
4.2 RESILIENCE JAKO OSOBNOSTNÍ RYS	26
4.2.1 <i>Hardiness</i>	26
4.2.2 <i>Sense of coherence (SOC)</i>	27

4.3	RESILIENCE JAKO PROCES	28
4.4	RIZIKOVÉ FAKTORY PŮSOBÍCÍ V PROCESU RESILIENCE.....	29
4.5	PROTEKTIVNÍ FAKTORY PŮSOBÍCÍ V PROCESU RESILIENCE.....	30
4.6	MOŽNOSTI ROZVÍJENÍ PSYCHICKÉ RESILIENCE	30
4.7	MĚŘENÍ RESILIENCE.....	32
4.7.1	<i>Connor – Davidson Resilience Scale (CD-RISC)</i>	32
4.7.2	<i>Resilience Scale for Adults (RSA)</i>	32
4.7.3	<i>Resilience Scale</i>	32
4.7.4	<i>Brief Resilience Coping Scale (BRCS)</i>	32
4.7.5	<i>Brief Resilience Scale (BRS)</i>	33
4.7.6	<i>The Scale of Psycho-immunological Structure (SPS)</i>	33
5	OSOBNOST VŠEOBECNÉ SESTRY	35
6	ZÁTĚŽ V PRÁCI VŠEOBECNÉ SESTRY	36
6.1	ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE V PRÁCI SESTRY – COPING	37
6.2	PSYCHOHYGIENA	37
6.2.1	<i>Spánková hygiena</i>	38
6.2.2	<i>Relaxace</i>	38
6.2.3	<i>Péče o tělo</i>	40
6.2.4	<i>Stravování</i>	40
	EMPIRICKÁ ČÁST	42
7	CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	42
8	HYPOTÉZY	42
9	ZKOUMANÝ SOUBOR VŠEOBECNÝCH SESTER	43
10	METODA VÝZKUMU	45
10.1	CONNOR – DAVIDSON RESILIENCE SCALE (CD-RISC).....	45
11	VÝSLEDKY	47
11.1	POPIS VÝSLEDKŮ	47
11.2	FAKTOROVÁ ANALÝZA	48
11.3	RELIABILITA	50
11.4	VÝSLEDKY NAVAZUJÍCÍCH ANALÝZ	51

12 DISKUSE VÝSLEDKŮ	52
ZÁVĚR	56
POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY	57
ABSTRAKT	62
ABSTRACT	63
SEZNAM TABULEK	64
SEZNAM OBRÁZKŮ	65
SEZNAM GRAFŮ	66
PŘÍLOHY	67

ÚVOD

České zdravotnictví se již delší dobu potýká s kritickým nedostatkem všeobecných sester v oboru. Podle posledních státních statistik z roku 2017 bylo v českém zdravotnictví přibližně 83 tisíc pracovních úvazků všeobecných či praktických sester a porodních asistentek. Aktuálně chybí v českých nemocnicích asi 3 tisíce sester. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©1960)

Sestry podobně jako lékaři odcházejí pracovat do zahraničí. Ty čerstvě vystudované mnohdy do zaměstnání vůbec nenastoupí, a pokud ano, tak pouze na pár měsíců. Odmítají přesčasovou práci a chtějí pracovat na zkrácený úvazek. Práce všeobecné sestry je náročná.

Jedním z hlavních důvodů výběru tématu práce je výrazná psychická náročnost profese všeobecné sestry, kterou jsem sama pocítila během specializovaných praxí v rámci studia.

Řada výzkumů zkoumá zátěžové situace, ve kterých sestry pracují, intenzitu zažívaného stresu, stupeň vyhoření a podobně. Existuje ovšem relativně málo prací zabývajících se pozitivními aspekty práce sester jako je např. sociální opora nebo právě odolnost sester vůči zátěži.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části. Teoretická část práce se pro začátek rámcově zabývá pojetím osobnosti, dále se zaměřuje na problematiku stresu, který provází všeobecné sestry téměř každým pracovním dnem. Zmiňuje nejen základní teoretické poznatky o stresu jako jsou příznaky, reakce na stres, ale také zvládání zátěžových situací (coping). S tím vším velmi úzce souvisí psychická resilience, které je v teoretické části věnována samostatná kapitola. Teoretická část se dále zaměřuje na konkrétní problematiku osobnosti všeobecných sester, jejich zátěž v práci a na možnosti duševní hygieny, jež napomáhá k posílení psychické resilience.

Druhá část, která je pro celou práci stěžejní, je část empirická. Nejdříve je přiblížena hlavní problematika, je zde popsán výzkumný soubor, sběr dat a metoda zpracování dat. V následující části jsou popsány výsledky celého výzkumu. Pro výzkum byla zvolena kvantitativní metoda formou standardizovaného amerického dotazníku CD-RISC přeloženého do českého jazyka. Empirická část si klade za cíl zjistit psychometrické charakteristiky české verze vybraného dotazníku CD-RISC měřícího úroveň resilience osob, a na vybraných souborech všeobecných sester dvou vybraných klinik Fakultní nemocnice Hradec Králové zjistit, jaká je úroveň jejich resilience a jaké proměnné na ni mají vliv.

Zjištěné poznatky mohou najít své uplatnění nejen v psychoterapii a poradenství, ale i v osobním rozvoji člověka.

TEORETICKÁ ČÁST

Cílem první kapitoly teoretické části je stručné přiblížení osobnosti člověka z několika různých pohledů a jejich stručný popis. Druhá kapitola se zaměřuje na problematiku adaptace, konkrétně pak adaptace na zátěžové situace. Součástí této kapitoly je mimo jiné podkapitola zabývající se stresem, jeho pojetím na pozadí historických souvislostí, psychologickým rozdělením, jeho příznaky a reakcemi člověka na stres. V rámci teoretické části je dále přiblížena problematika zvládání zátěžových situací. Jádrem teoretické části je charakteristika psychické odolnosti – resilience, jak je tomu ve čtvrté kapitole.

Teoretická část se dále zaměřuje na konkrétní problematiku osobnosti všeobecných sester, jejich zátěže v práci a na možnosti duševní hygieny, jež napomáhá k posílení psychické resilience.

1 Osobnost člověka

„Osobnost je to, čím jsme. Ovlivňuje prakticky vše v našem životě, počínaje tím, co děláme, a konče tím, s kým se stýkáme. Jsme to my.“ (Honzák, 2015, s. 31)

Český pojem *osobnost* je odvozen z termínu osoba (latinsky *persona*). Termín „*persona*“ původně znamenal masku, kterou si antičtí herci nasazovali během představení. Původní význam během času podlehl změnám a z masky, která dávala hercům odlišnou tvář, se stal obecně používaný pojem pro povahu i vnější výraz člověka.

Osobností se zabývá mnoho vědních oborů. **Filozofie** uvažuje o osobnosti jako o složité jednotě organismu a vlivů prostředí a zdůrazňuje tak její odlišnost od věci. **Sociologie** považuje osobnost za prvek hrající důležitou roli především ve společenské skupině. **Etika** zkoumá osobnost z hlediska mravních hodnot, zabývá se otázkou mravního vědomí a jednání. **Pedagogika** považuje osobnost za cíl výchovy. **Medicína**, podobně jako **biologie**, zkoumá vliv dědičnosti, životních podmínek a životního stylu na osobnost člověka. V dnešní době se k úloze osobnosti v souvislosti se zdravím a nemocí přihlíží mnohem intenzivněji a častěji.

Psychologie osobnosti popisuje, jak a čím se od sebe lidé vzájemně liší ve svém vědomí, chování a jednání. Popisuje vnitřní a vnější podmínky, příčiny a cíle určující, proč tomu tak je.

Znalost psychologie osobnosti není užitečná jen z hlediska odborného, ale také objasnění obsahu vědomí, prožitků a činů, jež jsou důležité pro každého, kdo chce znát a porozumět sobě samému a druhým lidem nejen z osobních důvodů, ale často také z důvodů

profesních. I lidé, kteří psychologii nikdy nestudovali, si během celého života vytváří určitý pohled a názor na lidskou povahu. Na základě těchto názorů pak jednají s druhými lidmi.

Chce-li se člověk zabývat osobnostmi druhých co možná nejobjektivněji, musí se nejdříve dokonale vyznat ve své vlastní. Důvodů, proč osobnost druhého člověka vidíme zkresleně, je mnoho. K těm nejzákladnějším patří ve společnosti tradované názory na druhé lidi, vliv příběhů, které jsme slyšeli nebo četli, vliv zážitků a zkušeností, které jsme zažili. Tím v naší vlastní osobnosti vzniká tendence vnímat lidi způsobem, v němž preferujeme některou ze stránek osobnosti druhého člověka, to znamená, že určité pojetí osobnosti je nám bližší než jiné. (Smékal, 2002)

Osobnost je jeden z nejsložitějších a nejrozmanitějších pojmů, co jsou známy. Existuje mnoho definic a mnoho přístupů, jak na osobnost jako takovou nahlížet a jak o ní lze v mnoha směrech přemýšlet. Další podkapitoly jsou tak věnovány různým typům představ, pojetí a názorů na to, co je to vlastně osobnost (opíráme se v ní zejména o souhrnnou práci Vl. Smékala, 2002).

1.1 Systémový model osobnosti – dispozice a složky osobnosti

Systémové myšlení je holistické, to znamená, že v každém aktu chování a v každém momentu bytí se osobnost projevuje celá, modifikuje veškeré chování, jednání a obsah vědomí jedince.

Systémový model člení osobnost na jednotlivé **dispozice**. Dispozice osobnosti jsou nejčastěji definovány jako vrozené či získané vlastnosti, které ovlivňují prožívání a způsoby jednání v určitých situacích.

V psychologii osobnosti se k dispozicím nejčastěji řadí rysy, schopnosti a trvalé motivy. Jsou považovány za determinanty našeho vědomí a jednání. Pod pojmem *determinanta* si v rámci psychologie osobnosti můžeme představit program, který vyvolává určité jednání, prožívání. V tomto smyslu je determinanta prakticky synonymem k pojmu dispozice.

Skupiny dispozic, které spolu souvisí svým původem či funkcí, jsou označovány jako *složky* osobnosti. Tradiční psychologie osobnosti rozlišuje přibližně 5 až 7 složek, tj.: stavba těla, temperament, schopnosti, motivace, charakter, jáství a životní dráha. Modernější přístup pak poukazuje na to, jak je osobnost utvářena a jak jsou uváděny do chodu jednotlivé vnitřní a vnější podmínky prožívání a jednání. (Smékal, 2002)

1.2 Osobnost v zrcadle vědomí – vnitřní obraz osobnosti

Vědomí je jednou ze základních kategorií psychologie člověka. I přesto, že je velice těžké tento pojem jednoznačně definovat, lze říci, že jde o jakési uvědomování si a prožívání vlastního jáství. To se manifestuje jako pocit osobní, tělesné, sociální a kulturní identity. Vědomím se rozumí souhrn obrazů skutečnosti a plánů činnosti. Jeho základní funkcí je možnost zrcadlit skutečnost a na základě toho naplánovat jednání. Člověk má sklon představu o sobě samém vytvářet na základě toho, jak si uvědomuje svou pozici ve společnosti, ve světě a jak vnímá své působení na druhé. Vědomí je také chápáno jako základní kámen pro tvorbu všech psychických procesů od vnímání, paměti, myšlení až po syntézu emocí a představ.

Nelze již dnes tvrdit, že jednáme pouze na základě rysů, které jednání spouštějí a řídí, ale že také vědomí hraje nepostradatelně významnou roli v aktuální genezi našich činů. (Smékal, 2002)

1.3 Osobnost v zrcadle jednání – vnější obraz osobnosti

„*Chování je zrcadlo, v němž každý ukazuje svoji povahu.*“ W. Goethe (Smékal, 2002, s.113)

Vnější obraz osobnosti navazuje na předchozí oddíl zabývající se pohledem na osobnost zevnitř. Tento oddíl tak doplňuje vnitřní obraz pohledem na osobnost zvenčí a umožňuje nám pochopit nejen, proč se člověk vnímá určitým způsobem, ale také proč se chová tak, jak se chová.

Nejvíce se o osobnosti člověka dozvíme, máme-li možnost pozorovat ji v činnosti. Ne nadarmo se říká, že *činností se člověk utváří*. Z obecného pohledu je činnost procesem, jehož prostřednictvím se realizuje určitý vztah člověka ke světu. Vztah člověk – svět lze analyzovat ve třech rovinách. Zaprvé jako vztah organismus – prostředí, který se realizuje chováním v užším smyslu. Zadruhé jako vztah osobnost – společnost, který je realizován prostřednictvím sociálního styku, interakce, transakce a sociálních vztahů. Zatřetí jako vztah subjekt – objekt, který se realizuje poznáním a tvořením. Tuto trojici lze interpretovat jako vztahy ke třem oblastem bytí – ke světu věcí, lidí a idejí, a promítá se tak do ní multidimenzionální pohled na člověka jakona jednotu těla, duše a ducha.

Základním pojmem přístupů k vnějším aspektům činností je *chování*. Chování lze kategorizovat podle úrovně regulace do čtyř kategorií: reflexní, instinktivní, reaktivní či impulzivní a volní, tedy záměrné.

Během kontaktu s člověkem je tzv. *výsledek činnosti* (dále konsekvence) jednou z prvotních informací o osobnosti. Konsekvence jsou důsledky, které člověk svou činností a chováním způsobuje buď ve vnějším prostředí, nebo v myslích svých blízkých. Konsekvencí rozumíme skutky dobré ale i špatné; oběma se zabývá například etika. Zvláštností v analýze konsekvencí je zkoumání vedlejších, neplánovaných výsledků, které mohou být pro poznání osobnosti stejně důležité jako zkoumání kvality konsekvence činnosti, o kterou člověk usiloval vědomě. Sigmund Freud ve svém díle interpretoval chybné konsekvence činností – chyby, omyly – jako nevědomé informace o potlačených afektech nebo vytěsněných představách. (Smékal, 2002)

1.4 Biologické základy osobnosti

Biologická složka osobnosti přímo netvoří, ovšem velmi výrazně ji ovlivňuje. Morfologické a fyziologické dispozice, tedy biologické základy, tvoří výchozí látku osobnosti, dávají jejím obsahům vědomí a jednání specifická zabarvení a modulaci. Na základě některých dispozic je pak poměrně snadné odhadnout zvláštnosti dalších jednotek lidské osobnosti jako je např. temperament, adaptace, sebepojetí a další.

Tělesná stavba, biologické dispozice a procesy jsou základem pro porozumění vztahu dispozic a činností osobnosti. Tradiční myšlenka dvou typů tělesné stavby: úzký protáhlý typ a krátký široký typ, se vyvinula již v době Hippokratově. Souvislosti tělesné konstituce a osobnosti jsou zkoumány v mnoha vztazích i dnes. Z tělesné konstituce vyplývá i dojem o větší či menší fyzické zdatnosti jedince, která se někdy přenáší do úvah o síle osobnosti a dynamice jednání.

Biologické základy osobnosti determinují dynamiku činností naší osobnosti, ovlivňují tělesné schéma a způsob, jakým se člověk vnímá a jak se cítí. Tělesné zdraví je jednou z podmínek zdraví psychického. (Smékal, 2002)

1.5 Temperament

Pojem temperament poprvé použil Hippokrates, čímž dokonale vyjádřil vztah mezi základními složkami organismu a psychiky. V psychologii existuje řada pojetí temperamentu, ať kategoriálních či dimenzionálních. (Cakirpaloglu, 2012)

Hlavním přínosem pro dnešní psychologii představuje Hippokratova soustava čtyř temperamentových typů: choleric, sangvinik, melancholik a flegmatik. Ke každému typu přiřadil specifické emoční ladění, projevy a prožívání. I přes mnohé nedostatky zůstává

humorální teorie významným mezníkem ve výzkumu temperamentu osobnosti.(Cakirpaloglu, 2012)

Mezi další pojetí temperamentu patří neurofyzilogická teorie I. P. Pavlova, psychometrická teorie H. J. Eysenecka, Konstituční teorie Kretschmera a antropometrická teorie W. Sheldona. Tyto teorie jsou považovány za nejběžnější. (Cakirpaloglu, 2012)

1.6 Zaměřenost

Činnost člověka je determinována a regulována systémem osobnostních rysů, procesů a potřeb, které bývají zařazovány pod kategorii *zaměřenosti* a souhrnně jsou označovány jako *motivy*.

Pojmy motivace a motivy patří mezi základní terminologii psychologie lidské osobnosti. *Motivace* zpravidla označuje proces zaměření, regulace a spuštění aktivity člověka vedoucí k dosažení cíle. Na druhé straně *motiv* je považován za hnací sílu, popuzující psychickou tendenci člověka k aktivitě. (Cakirpaloglu, 2012), „*Za bezprostřední příčiny činnosti a jednání se někdy považují snahy, které se realizují jako proces chtění. Motivační obsah mají sklony, jako motivy vystupují zájmy a záliby, ale i postoje a přesvědčení. V současné psychologii se motivy nejčastěji označují termínem ‚potřeba‘.*“ (Smékal, 2002, s.232) Již ve středověku se o motivech mluvilo v rámci lidských pudů jako o základních hnacích silách duše. Do motivačního systému se v moderní psychologii řadí i názory, zásady, ideály a hodnoty.

K neznámějším pojetím motivace patří Maslowova teorie nedostatkových a růstových motivů. Teorie představuje soustavu pěti úrovní potřeb, v níž musí být uspokojeny nižší potřeby, aby se mohly rozvíjet potřeby vyšší. Neuspokojení nižších potřeb navozuje pocity nedostatku (deficitu) doprovázeného frustrací. Deficit ve vyšších potřebách si člověk často ani zřetelně neuvědomuje (Smékal, 2002). *(Pokud se vyšší potřeby dosud zřetelně nezformovaly, pak se jejich vývojové počátky hlásí nespecifickými pocity úzkosti a vnitřního napětí.*“ (Smékal, 2002, s.245)



Obr. 1: Maslowova pyramida potřeb,

dostupné z: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/8b/Maslowova_pyramida_potreb_-

Znalost motivace je klíčem k poznání lidské osobnosti. (Smékal, 2002)

1.7 Adaptace

Systém regulace a determinace zvládání životních situací je tvořen rysy, stavy a procesy osobnosti, které současná psychologie označuje souhrnem *dynamismy adaptace*. Dynamismy zajišťují individuální způsoby vyrovnávání se se situacemi a úkoly, zároveň na nich závisí zachování vnitřní integrity osobnosti. Narozdíl od původního pojetí Freuda o obranných mechanismech osobnosti se v dnešní psychologii tyto dynamismy zkoumají spíše jako styly zvládání (tzv. *coping styles*). (Smékal, 2002)

Dobře adaptovaná osobnost se vyznačuje úspěšností v řešení různých životních úkolů a vyrovnáváním se s problémy a požadavky, kterým je vystavena. Špatně adaptovaná osobnost je ta, která se svou činností neustále dostává do různých konfliktů se sebou samým a okolím, zároveň nedovede zdolávat překážky a obtíže. (Smékal, 2002)

Adaptační dynamismy determinují a regulují individuální prožívání a jednání člověka teprve ve chvíli, kdy se jedinec dostává do zátěžové situace, která je pro něj nová či neobvyklá. Často dochází ke spuštění adaptačních dynamismů zejména tehdy, kdy navyklá schémata chování ke zvládnutí situace nestačí. (Smékal, 2002)

Za nejznámější se považuje teorie R. Lazaruse (1980), ve které tvrdí, že součástí zpracování podnětů na psychické úrovni je vždy určité hodnocení jejich významu pro osobnost. Hodnocení může podnět kvalifikovat jako příznivý, pozitivní, neutrální nebo stresující. Zhodnotí-li se podněťová situace jako stresující, lze dále rozlišovat tři různé

varianty zpracování, tj. ublížení/poškození, ohrožení a výzva. Na rozdíl od ublížení/poškození a ohrožení výzva znamená, že situaci člověk hodnotí jako zvládnutelnou. (Smékal, 2002) Hodnotí-li člověk situaci v perspektivě ohrožení, je náchylnější upevňovat v sobě dynamismus tzv. *naučené bezmocnosti*, naopak přistupuje-li člověk k situaci jako k výzvě, upevňuje v sobě tzv. *hledačskou aktivitu*, jež je protipólem naučené bezmocnosti. (Smékal, 2002)

1.8 Inteligence, schopnosti, tvořivost

Tradičním tématem psychologie je studium inteligence. Inteligence je charakterizována někdy jako obecné nadání, rozumová vyspělost, mentální úroveň jedince či mentální kapacita. Je považována za jednu z podmínek pro efektivní adaptaci v náročných situacích a v kombinaci s tvořivostí se podílí také na zvládání nových situací (Smékal, 2002). Z toho lze usoudit určitý vliv inteligence na míru osobnostní resilience u člověka. I přesto, že inteligenci nelze ztotožňovat s osobností přímo, je velmi úzce propojená s výše zmíněnými stránkami osobnosti.

Dle E. L. Thorndika (1918) lze inteligenci rozdělit do tří klasických druhů inteligence – teoretická, praktická a sociální. V posledních letech k nim přibyla ještě emocionální. Teoretickou inteligenci lze chápat jako schopnost porozumět a umět pracovat se slovními pojmy a jinými symboly. Praktická inteligence naopak odpovídá schopnosti jedince rozumět a umět pracovat s věcmi. Jako schopnost porozumět lidem a umět s nimi jednat je chápána inteligence sociální.

Ve 20. století se výrazně konceptualizovaly názory na podstatu inteligence a schopností. Mezi základní funkční koncepce inteligence patří pojetí inteligence jako přizpůsobení, jako schopnost abstraktně myslet, jako vhled a pochopení a jako schopnost učit se. (Smékal, 2002)

1.9 Jáství a charakter

Já je ústředním činitelem lidské osobnosti. Pomocí Já vyjadřuje člověk vědomí o vlastní existenci a totožnosti (Cakirpaloglu, 2012). *Jáství* (též sebeobraz) vyjadřuje jednak celostní představu o vlastním já, jednak komplexní vztah k sobě samému (Smékal, 2002). Já má svůj vlastní vývoj. Jeho základy jsou dané pomocí řady vnitřních činitelů, zejména těch vrozených. Neméně důležitou působící skupinou jsou vnější činitelé, mezi ně patří především charakteristiky fyzického, sociálního a kulturního prostředí (Cakirpaloglu, 2012). Z obou

skupin faktorů se formuje ideální já a konkretizuje se vlastní sebepojetí jedince. (Smékal, 2002)

Sebepojetí je základem jáství člověka, je souhrnem názorů na sebe, na své místo ve světě. V tomto smyslu je souhrnem pocitů, jimiž člověk prožívá spokojenost nebo nespokojenost se sebou, sebedůvěru, sebeúctu a vliv na druhé. (Smékal, 2002)

Ze sebepojetí vyrůstá *charakter*, který je strukturou zásad a mravů prezentujících se v postojích jedince. (Smékal, 2002)

2 Adaptace na zátěžové situace

Teoretická část bakalářské práce se dále zaměřuje na problematiku adaptace. V rámci kapitoly *Adaptace na zátěžové situace* bude probráno téma stresu a budou přiblíženy známé koncepce stresu. V odolnosti lze spatřit dispoziční bázi adaptačních procesů, uplatnění obranných mechanismů a využití copingových strategií v zátěžových situacích (Paulík, 2017).

Psychologická úroveň adaptace je značně složitější než úroveň biologická. Z psychologického hlediska lze adaptaci definovat jako „přizpůsobení organismu okolnímu prostředí“. Mimo jiné do hry vstupují ještě další činitelé, jako je subjektivní hodnocení vzniklé situace a emoce. Psychická adaptace se realizuje pomocí psychické regulace, která umožňuje jedinci dokonaleji se přizpůsobit v existujícím prostředí a pomáhá mu adaptovat se na vzniklé situace. Psychická regulace probíhá ve třech základních rovinách: (1) *instinktivní*, kam jsou zařazeny pudy a nepodmíněné reflexy, (2) *zvykové*, tedy naučené zvyklosti a (3) *volní*, které jsou vůlí člověka ovlivnitelné, tedy záměrné.

Obecně lze adaptační schopnosti člověka souhrnně označit jako *adaptabilitu*. Její teoretická analýza se zabývá od celostní osobnostní úrovně adaptace, až po dílčí adaptační funkce organismu (např. adaptace smyslových orgánů).

Mnozí vědci rozdělují různé stránky adaptace z hlediska lidského vývoje a z hlediska zvládnání zátěže. K těmto stránkám patří například *akomodace*, *asimilace*, *imunizace*. Piaget ve svém známém konceptu považuje akomodaci a asimilaci za dva základní momenty adaptačního procesu. Pasivní přizpůsobování se nárokům prostředí označuje jako akomodaci, naopak přizpůsobení okolního prostředí sobě samému označuje jako asimilaci. V kognitivních procesech, v rámci *asimilace*, jde o úpravy nových informací takovým způsobem, aby odpovídaly zkušenostem jedince při jejich zařazení do stávajícího souboru poznatků. Na druhou stranu *akomodace* směřuje ke změnám ve vlastním systému tak, aby lépe vyhovoval nárokům okolního prostředí. To znamená, že člověk respektuje požadavky okolí a snaží se chovat tak, aby jim vyhověl. V asimilačních a akomodačních procesech tlumivě působí specifický adaptační proces tzv. *imunizace*. Je uplatňována zejména v situacích, kde hraje roli sebepojetí člověka.,, *Přitom interpretuje situace tak, aby to odpovídalo jeho stávajícímu sebehodnocení. V pozdějším věku může například nastalou situaci, s níž se nedokáže uspokojivě vyrovnat, interpretovat tak, aby nebylo patrné jeho selhání jako úbytek schopností.*“ (Paulík, 2017, s.17) Tímto zakrýváním vlastních nedostatků omezuje jedinec své akomodační i asimilační tendence. V období stárnutí se imunizace logicky může stát určitou

formou zvládnutí zátěžové situace, která plyne ze snižování sebehodnocení na základě dojmu poklesu vlastních schopností a omezení osobní kontroly nad okolím.

Obecně se adaptační schopnost, jak již bylo zmíněno výše, označuje jako adaptabilita. Její rozsah v rámci zátěžových podnětů (stresorů) vymezuje pojem *odolnost vůči zátěži (stresu)*. Výraznější změny ve vnitřním (organismu) i vnějším prostředí ohrožující systém organismu představují výjimečný stav, který je označován jako *stresová situace*. (Paulík, 2017)

2.1 Stres

Stres, tedy zátěž, tlak či nápor, může nabývat mnoha podob a mnoha definic, ovšem všechny mají jedno společné – vždy dochází k narušení vnitřní rovnováhy člověka. (Venglářová, 2011)

V rámci této podkapitoly jsou pro začátek popsány teoretické přístupy ke koncepcím stresu a jejich vzájemné vztahy na pozadí historických souvislostí, dále jsou pak stručně zmíněny příznaky stresu a reakce na něj, základní dělení psychologického stresu a závěru je popsán význam pojmů *stresor* a *salutor*.

2.1.1 Stres jako reakce organismu

Za zakladatele učení o stresu je považován Hans Selye (1907-1982), světoznámý kanadský lékař, který se narodil ve Vídni, dětství prožil v Komárně a studoval lékařství v Praze, Paříži, Římě a doktorát obdržel v Praze. Před nacisty utekl do Kanady, kde uskutečnil své hlavní objevy. Selye se věnoval problematice stresu velmi do hloubky. Napsal na toto téma mnoho prací, z nichž nejznámější je kniha *Poznámky o adaptačním syndromu*.

Selye chápal stres jako nespecifickou reakci (odpověď) organismu na škodlivé podněty či stresory působící z okolí (environmentální stresory). Ve své práci se soustředil především na popis a vysvětlení způsobu fyziologických reakcí, známých jako všeobecný adaptační syndrom (general adaptation syndrome – GAS). (Lyon, 2000)

Všeobecný adaptační syndrom (GAS), je souhrn reakcí, jejichž úkolem je udržet či zajistit homeostázu (stálost) lidského organismu. Tato stálost je důležitá pro udržení základních životních funkcí (tělesná teplota, srdeční činnost, hladina cukru v krvi apod.). (Lyon, 2000)

Mezi základní myšlenky Selyeho teorie patří:

- a) Reakce na stres je obranným mechanismem, který nezávisí na povaze působícího stresoru.
- b) GAS, jakožto obranný mechanismus, probíhá ve třech jasně definovaných stádiích (poplach, rezistence, vyčerpání).
- c) Pokud GAS trvá dlouho, stává se závažným, může vyústit v onemocnění jedince (tzv. adaptační nemoc), až v jeho smrt. (Lyon, 2000)

2.1.2 Stres jako stimulus

Psychologové Holmes, Rahe a Masuda (1967) zkoumali, co se stane, když osoba zažívá změnu životních okolností, a na základě výsledků dospěli k teorii, která nechápe stres jako vnitřní reakci organismu, nýbrž jako vnější *stimul*. Autoři považují životní událost za stres, na který člověk určitým způsobem reaguje.

Základní myšlenka je založena na předpokladu, že: (1.) životní změny mají obdobnou povahu a každá z nich klade stejné adaptační nároky na každého člověka, (2.) každá změna je stresem, bez ohledu na to, zda si ji jiný člověk přeje či nikoliv, (3.) existuje pro všechny stejný strop pro adaptaci, po jehož překročení člověk onemocní. Z toho vyplývá, že při příliš velkém množství životních změn se výrazně zvyšuje zranitelnost člověka, a zvyšuje se tak i jeho náchylnost k nemoci.

Výzkum zpochybňující pojetí stresu jako stimulu provedla Kobasová (1979). Ta zavedla velice významný pojem *nezdolnost (hardiness)*. Také A. Antonovsky (1987) přišel s konstruktem tzv. *soudržnosti osobnosti (sense of coherence)*, (Lyon, 2000). Oba tyto pojmy jsou blíže specifikovány v podkapitole 4.2 *Resilience jako osobnostní rys*.

Pojetí stresu jako stimulu dominovalo především období 70. a 80. let. Tato teorie při vysvětlení vztahu mezi stresem a nemocí ovšem nebyla výzkumně potvrzena.

Později, v roce 1993, Wernerová modifikovala toto pojetí a navrhla nový rámec pro zkoumání spouštěcích stimulů (událostí), jež vyvrcholí v zážitek stresu. Zmíněný stimul nazvala jako tzv. *stresor*. (Lyon, 2000)

2.1.3 Stres jako transakce

Richard Lazarus, psycholog, došel k závěru, že stres není událostí, tedy stimulem, ale spíše výsledkem vzájemného působení (*transakce*) mezi jedincem a prostředím. V tomto pojetí je stres brán jako soubor kognitivních, afektivních a zvládacích proměnných.

Lazarusův uvedený rámec pro objasnění stresu zdůrazňoval, jak důležité je pro poznání reakcí, pocitů a chování člověka zjistit, jak daný jedinec celou situaci vnímá a hodnotí. Lazarus a Folkmanová (1984) došli k závěru, že základem transakce mezi člověkem a prostředím je právě zmíněné *hodnocení*. Identifikovali tři typy hodnocení: primární, sekundární a přehodnocení (*reappraisal*). Při primárním hodnocení jedinec posuzuje míru závažnosti, nebezpečnosti stresu, stupeň svého ohrožení. Při sekundárním hodnocení jedinec posuzuje své síly, své možnosti zvládnout novou situaci, vyrovnat se s ní.

Existuje řada faktorů, které ovlivňují jedincovo hodnocení situace. Patří sem jeho hodnoty, životní cíle, dostupné zdroje, novost situace, sociální opora, intenzita a trvání hrozby a bezpochyby i psychická odolnost (resilience). Vše, co se projeví během procesu hodnocení, ovlivní jedincovy emoce, chování a celkové zvládnutí vzniklé situace.

Všechny odborné pojmy, jež jsou součástí transakčního modelu, ovlivňují výsledek adaptace. Lazarus a Folkmanová rozdělili tři typy výsledků adaptace: (1.) fungování jedince v práci a ve společnosti, (2.) morální uspokojení a spokojenost v životě, (3.) somatické zdraví. (Lyon, 2000)

2.1.4 Příznaky stresu

Stres jako takový je charakteristický různými druhy příznaků. Jelikož se mnoho odborníků snažilo sestavit různé seznamy těchto příznaků, došlo ve Světové zdravotnické organizaci (WHO) ke sjednocení symptomů, které jsou pro stres typické. (Křivohlavý, 2010)

Behaviorální příznaky se dle Křivohlavého objevují jako první a jsou nejcitlivější. Objevují se v našem chování a jednání. Mezi tyto příznaky řadíme nerozhodnost v situacích, kde je více možných řešení, problémy s usínáním a poruchy spánku, únava související s deficitem spánku, bédování a stěžování si, ztráta chuti či naopak příjem většího množství jídla, snížená pozornost, zhoršující se kvalita práce, zvýšené množství vykouřených cigaret, zvýšené pití alkoholu.

Mezi **psychické příznaky** patří prudké změny nálad, zvýšená podrážděnost, úzkostnost, únava, emocionální oploštělost, uzavřenost, omezení sociálních styků.

Fyziologické příznaky, se kterými se můžeme ve stresové situaci setkat, zahrnují bušení srdce (palpitace), zvýšený svalový tonus především v oblasti krční a křížové oblasti páteře, bolesti hlavy až migrenózní stavy, svíravý pocit na hrudi, křečovitě bolesti břicha často doprovázené průjmem, plynatost, změny v menstruačním cyklu, ztráta sexuálního apetitu až možná sexuální impotence. (Venglářová, 2011; Křivohlavý, 2010)

2.1.5 Reakce na stres

Pokud se člověk dostane do situace ohrožení, zpravidla má tendence reagovat dvěma základními způsoby – bojovat či utéct. Tak reagovali již v dávných dobách naši předkové, kdy na správném řešení závisel jejich život. Dnes se málokdy dostáváme do stavu ohrožení života, ale i přesto náš organismus reaguje na stresové situace velmi podobně. Problémem dnešní společnosti je ovšem fakt, že ve stresové situaci často své reakce potlačíme, a dostáváme tak náš organismus opakovaně na vysokou úroveň aktivace, která, pokud není adekvátním způsobem snížena, může být příčinou obtíží. Jestliže je organismus zatížen výrazně a dlouhodobě, začínají se objevovat výše zmíněné příznaky, které později vedou k onemocněním jedince právě v důsledku působícího stresu. (Venglářová, 2011)

Reakce na stres se mohou projevit **v našem chování a jednání**. Člověk ve stresu může například křičet, nadávat, mlátit dveřmi, kousat si nehty, intenzivně se škrábat, zvýšeně kouřit, chodit z místa na místo apod.

Co je ovšem velice typické při působící stresové reakci jsou **psychické reakce** jako je pláč, úzkost, strach, zoufalství, deprese, vztek až agrese. Záleží na individualitě osobnosti člověka.

Mezi **fyzicky se projevující reakce** patří zrychlení dechu (tachypnoe), zvýšení tlaku a tepu, nadměrné pocení, časté nucení na močení a jiné.

Při působícím stresu je velmi typické, že se daný člověk přestává dostatečně soustředit, stále přemýšlí nad problémy, má neustálé tendence k rozebírání stresu. Tyto **reakce v myšlení** často vedou, k již zmíněné poruše spánku a v důsledku spánkového deficitu k rozvoji fyzické únavy. (Venglářová, 2011)

2.1.6 Druhy psychologického stresu

Následující dělení zavedl Hans Selye v roce 1975:

- **Distres** je stres nepříjemný, který ve větší míře a dlouhodobém trvání působí škodlivě. Vede k výraznému přetížení člověka a v dané situaci převyšuje jeho možnosti (úmrť v rodině, rozvod).
- **Eustres** je stres příjemný, kde sice k přetížení jedince dochází, avšak i ve slabší míře působí příznivě a dodává jedinci aktivní energii (narození dítěte, svatba). (Venglářová, 2011; Křivohlavý, 2010)

2.1.7 Stresory vs. salutory

Pojem **stresor** je v souvislosti se stresem definován jakožto negativní životní faktor vyvolávající stres. Jde o všechno to, co člověka zatěžuje v nežádoucím slova smyslu. Stresorem je navozen nejen pocit strachu a ohrožení, ale také pocit, že člověk ztrácí sám sebe.

Na člověka mohou působit stresory malé intenzity či silné intenzity, stresory krátkodobé či dlouhodobé. Charakter stresoru ovlivňuje propuknutí a průběh stresové reakce. (Venglářová, 2011)

Příklady stresorů, se kterými se může všeobecná sestra setkat na pracovišti:

- akutní bolest působící na pacienta
- neodkladná záchrana života pacienta
- zodpovědnost za pacienty
- konflikt na pracovišti
- náročné a dlouhé směny apod. (Venglářová, 2011)

Salutory jsou opakem stresorů. Jde o pozitivní životní faktory, které člověka v náročných životních situacích člověka posilují a dodávají mu energii, která mu pomáhá zvládnout stresovou situaci. (Venglářová, 2011)

Příklady salutorů, se kterými se může všeobecná sestra setkat na pracovišti:

- uzdravení pacienta
- pochvala a ocenění dobře vykonané práce
- smysluplnost vykonané činnosti
- navození pozitivního vztahu na pracovišti (Venglářová, 2011)

„Ideální je, když jsou stresory a salutory v rovnováze. To znamená, že máme rovnováhu mezi tím, co se od nás očekává, a tím, co můžeme dělat.“ (Venglářová, 2011, s. 53)

3 Zvládání stresu – coping

Z terminologického hlediska je vhodné rozlišovat mezi výše zmíněnou adaptací a copingem. Rozdílnost v těchto dvou pojmech úzce souvisí s rozlišením zátěže a stresu. Adaptace se, jak již bylo výše zmíněno, vztahuje ke zvládání zátěže jako takové. Coping se naopak uplatňuje v situacích, kdy je zátěž vzhledem k odolnosti osobnosti silná natolik, že je nutné vyvinout určité úsilí k jejímu zvládnutí. Coping, jinými slovy, představuje zvládání náročných stresových situací. (Paulík, 2017)

Susan Folkmanová, americká psycholožka, charakterizuje coping jako „behaviorální, kognitivní nebo sociální odpovědi související s úsilím osoby eliminovat, zvládat či tolerovat vnitřní nebo vnější tlaky a tenze přicházející z interakce osobnosti a prostředí.“ Jinými slovy představuje coping jako zvládání stresových situací. (Paulík, 2010)

R. S. Lazarus ve své starší práci rozlišil čtyři **kategorie strategií copingu**:

1. útok na rušivý fenomén (noxa)
2. posilování vlastní obranyschopnosti vůči noxám pomocí různých aktivit
3. vyhýbání se noxám
4. apatie spojená s pocitem beznaděje a bezmoci, deprese

Později Lazarus určil dva **obecné typy copingu** na základě jejich působení:

- a) zvládání zaměřené na problém (*problem-focused coping*) volí jedinec ve chvíli, kdy usoudí, že je možné s problémem něco dělat.
- b) zvládání zaměřené na emoce (*emotion-focused coping*) volí jedinec tehdy, kdy usoudí, že již není možné cokoli udělat, a tak se zpravidla snaží vyhnout negativním myšlenkám.

Autoři uvažují i nadále o dalších hlediscích třídění typů copingu. Například C. S. Carver a spol. přidali ke dvěma typům copingu dle Lazaruse také třetí typ, který je charakterizován proječováním negativních emocí, snahou odpoutat se od problému, snahou utéct od problému a vyhnout se jeho řešení pomocí drog (*avoidance-oriented coping*). (Paulík, 2010)

V rámci duálního modelu podle B. F. Compas a spol. rozlišili dále zvládání na kontrolovaný coping a automatické zvládací reakce na stresory. (Paulík, 2017)

S ohledem na časovou perspektivu lze coping rozlišit dále na *reaktivní* a *proaktivní*. Reaktivní coping nastává ve chvíli, kdy stres již nastal, proaktivní coping je naopak zaměřený na potenciální stresové situace. Proaktivní zvládání je ve své podstatě pozitivní. Zaměřuje se převážně na cíle, nikoliv hrozby. Jedinec je přesvědčený o svých schopnostech vyrovnat se s potenciální výzvou a dosahuje cílů i za nepříznivé situace. (Paulík, 2017)

3.1 Copingové styly a strategie

Na základě předešlých informací lze chápat coping především jako děj. Podle Paulíka (2017) je však žádoucí uvažovat o v čase relativně stabilizované osobnostní proměnné, eventuálně o více proměnných, které tvoří jeden základ, od něž se pak odvíjí tendence ke specifickému způsobu chování ve stresových situacích. Takový základ je označován jako **zvládací (copingový) styl**. Jde o určité opakující se vzorce chování a prožívání zátěžové situace a o tendenci hodnotit danou situaci určitým způsobem a reagovat ustáleným, předvídatelným způsobem. Copingové styly jsou chápány spíše jako obecnější charakteristiky chování jedince v zátěžové situaci.

Zvládací (copingové) strategie jsou na rozdíl od stylů méně obecné. Jsou více podmíněny učením konkrétních úkonů. Ve vztahu ke zvládacímu stylu lze chápat strategii jako určitý prostředek realizace.

Někteří autoři v rámci analýzy komplikované stresové situace spojené se zvládáním vyplývajících nároků, uplatňují charakteristiku copingu jako mnohostranného, vícedimenzionálního, dynamického jevu, který se adekvátně mění se změnami situace a odolnosti osobnosti.

Mnohé výzkumy také naznačují, že při volbě copingových strategií se objevují určité rozdíly v souvislosti s osobnostními rysy i pohlavím jedinců. (Paulík, 2017)

3.2 Účinnost copingu

Jednou z nejpodstatnějších charakteristik copingu je jeho *účinnost*. Lidé reagují na stres buď racionálním nebo méně racionálním způsobem. Někteří se ve stresové situaci snaží upravit svůj pracovní režim, využívají různé psychologické postupy jako je například meditace, relaxace, autogenní trénink apod., hledají sociální oporu ve svém okolí, nebo přímo pomoc odbornou. Takové způsoby lze charakterizovat jako racionální. Mezi méně racionální způsoby zvládání zátěže lze nejčastěji zařadit zvýšenou konzumaci alkoholu, cigaret, léků a drog.

A. J. Zautra a spol. (1991) definují účinnost copingu jako hodnocení úspěšnosti jedince ve zvládání působícího stresu. Vnímání vlastní úspěšnosti copingu je pak dynamickou interakcí osobnostních zdrojů, adaptivních podnětů ze stresorů a dosažené úrovně psychické adaptace. Podle autorů se například lidé, kteří se vyznačují aktivním copingovým úsilím, lépe vyrovnávají se zhoršováním jejich zdravotního stavu. (Paulík, 2017)

4 Psychická odolnost – resilience

4.1 Definice

Resilience pochází z latinského „resilio“, což lze dle latinského slovníku přeložit jako „odskočit zpět“ či „odrazit se zpět“. (Latinský slovník, ©2009) Podle slovníku cizích slov je resilience definována jako tzv. nezdolnost, odolnost, houževnatost, pružnost či nezlomnost. (Slovník cizích slov, ©2005)

Překladové i výkladové slovníky si jsou v definování pojmu resilience relativně blízko. Ovšem v definicích odborných studií a literatur lze najít velkou různorodost.

Na obecné úrovni představuje odolnost podle Paulíka (2017) kvalitu adaptačních schopností adekvátně zvládat dynamické podmínky, v nichž člověk žije. V interakci s těmito podmínkami se vyrovnává se zátěží, aniž by bylo podstatně narušeno fungování jeho osobnosti.

Na humánní úrovni lze rozlišit odolnost na fyzickou a psychickou. V rámci bakalářské práce se zaměřujeme především na *odolnost psychickou*.

Psychická odolnost je určitá schopnost lidské psychiky nenechat se výrazněji vyvést z míry, rychle po odeznění zátěže obnovit původní stav akceschopnosti a využít poznatky z již zvládnuté zátěže s využitím v další adaptaci (Paulík, 2017).

Na základě této definice odolnost představuje:

- schopnosti klást odpor a odolávat tlakům (*resistence*)
- schopnost rychlé regenerace systému, návrat k původnímu stavu (*recovery, bounce back*)
- využití nově osvojených poznatků a dovedností ve stresové situaci k zvládnutí situací příštích (*reconfiguration*)
- schopnost využívat vnější a vnitřní zdroje pro zvládnutí náročných úkolů
- schopnost cíleně aktivizovat osobní rozvoj k adaptaci na zátěžové situace
- schopnost akceptovat pozitivní i negativní prožitky, nepodvolit se jim, nevyhýbat se jim a nesnažit se je za každou cenu kontrolovat (*flexibility*)

(Paulík, 2017)

Psychickou odolnost lze chápat mnoha způsoby: (1) jako vrozený či získaný znak osobnosti, (2) aktuální stav úrovně adaptace, (3) kvalitu procesu adaptace za účasti osobnostních, situačních, rizikových i protektivních faktorů, (4) výstup dynamických procesů

vzájemné interakce mezi jedincem a prostředím nebo jako (5) jev, který se během života vyvíjí a jehož zdroje jsou v jedinci i mimo něj.

Ve vymezení odborného termínu odolnost se však objevuje poměrně mnoho problémů spojených především s jejím empirickým zkoumáním. Při vymezování psychické odolnosti se objevují nejasnosti v oblasti stability odolnosti v čase, její univerzálnosti, míry jejího vztahu k prostředí. Dalším problémem hodným k diskuzi je, zda se má odolnost studovat jako celek či po jednotlivých doménách, míra závažnosti zátěže a rizik, která se během života mění a další. V české odborné praxi podobně uvažují i V. Kebza a I. Šolcová (2008), kteří uvažují o odolnosti jako o jasně nevymezené (*fuzzy*) množině (Paulík, 2017):

*„Je patrně velmi obtížné postihnout v empirickém výzkumu celý komplex fenoménů spadajících pod daný koncept. Autoři věnující se problematice odolnosti obvykle pracují s určitými zjednodušeními. Více či méně akcentují některé podstatné znaky a stránky sledovaných jevů a do jisté míry abstrahují od některých jiných, aniž by je popírali. Ať tak či tak, je třeba rozlišit odolnost jako **relativně dlouhodobou dispoziční charakteristiku** a jako **aktuální úroveň adaptace na zátěž zde a nyní** – čili odolnost jako **kvalitu aktuálního psychosomatického stavu**.“* (Paulík, 2017, s.151)

4.2 Resilience jako osobnostní rys

Resilienci je možno chápat jako osobnostní vlastnost či osobnostní rys. Existují teoretické koncepce, které dodnes popisují resilienci jako osobnostní vlastnost. Mezi takovéto teorie lze zařadit např. **Hardiness** (Kobasa 1979), **Sense of coherence** (Antonovsky 1987), **Locus of Control** (Rotter 1966), **Ego-resiliency** (Dugan a Coles 1989) a koncept A. Bandury **Self-efficacy** (1977); (Novotný, 2014).

„K nejznámějším explicitním konceptům odolnosti se řadí hardiness a sense of coherence (SOC).“ (Paulík, 2010, s. 105).

4.2.1 Hardiness

Hardiness znamená nezdolnost, tuhost, schopnost člověka vytrvale a usilovně bojovat se zátěží (Paulík, 2010). Křivohlavý (1991) definuje nezdolnost jako „takovou charakteristiku osobnosti, která umožňuje člověku zmírnit či ztlumit negativní vliv nepříznivých životních situací.“ (Paulík, 2010)

Dle studií zabývajících se fenoménem hardiness, osoby s vyšší úrovní hardiness vykazovaly nižší úroveň distresu a vyšší míru sebeovládání, jejich tělesný i duševní stav je

v lepší kondici, lépe zvládají obtíže po kardiochirurgických operacích apod. Naopak jedinci s nedostatečně rozvinutou tuhostí osobnosti bývají často plni pocitů beznaděje, nerozhodnosti, nedůvěry, odcizení, trpí depresí a jsou pesimističtí (Paulík, 2010). „*Relativně vysoká negativní korelace mezi hardiness a neuroticismem, kterou uvádí C.S. Funk (1992), navozuje otázku, zda nízké hodnoty hardiness nepředstavují neuroticismus.*“ (Paulík 2010, s. 109).

Mezi tři základní komponenty hardiness patří:

- **Kontrola** (*Control*) tedy vědomá schopnost zvládat dění okolo sebe.
- **Výzva** (*Challenge*) jako podnět k aktivitě, nasazení a k dalšímu rozvoji.
- **Osobní zaujetí, závazek** (*commitment*), tj. cíleně zaměřená životní orientace a osobní angažovanost plně se věnovat tomu, co dělají, co považuje za hodnotné a smysluplné.

(Hošek, 1999)

4.2.2 Sense of coherence (SOC)

Nezdolnost osobnosti v pojetí SOC se prosazuje od poloviny 80. let a je spojeno s prací profesora Aarona Antonovského. Antonovsky v rámci svého výzkumu psychické odolnosti u vězňů, kteří si prošli koncentračním táborem, zjistil, že čtvrtina z celku zkoumaných osob neutrpěla zdravotní újmu v důsledku působící zátěže. Tato skupina lidí je charakteristická společným osobnostním rysem, který nazval jako sense of coherence (SOC) (Hošek, 1999). S využitím Křivohlavého lze tento pojem přeložit jako nezdolnost či vědomí souvztažnosti (Paulík, 2010).

Základem koncepce SOC je důvěra člověka vůči prostředí, jehož působení a reagování na něj je uspořádané, pochopitelné a předvídatelné. Člověk je díky svým charakterovým rysům schopen vynaložit energii k řešení zátěžových situací a chápe je jako výzvu (Paulík, 2010).

„*Jde vlastně o globální orientaci člověka, která má z pravidla tři komponenty:*“ (Hošek, 1999, s. 60)

- **Zvládnutelnost** (*Manageability*) se týká uvědomění si vlastních možností zvládnout danou situaci ve vztahu s nároky okolí (Paulík, 2010). Souvisí se sebevědomím a aspirační úrovní. (Hošek, 1999)
- **Srozumitelnost** (*Comprehensibility*) se týká kognitivní stránky osobnosti. Člověk je schopen vnímat okolní svět jako uspořádaný s minimem chaosu, dá se říci, že vnímá svět kauzálně. (Hošek, 1999)

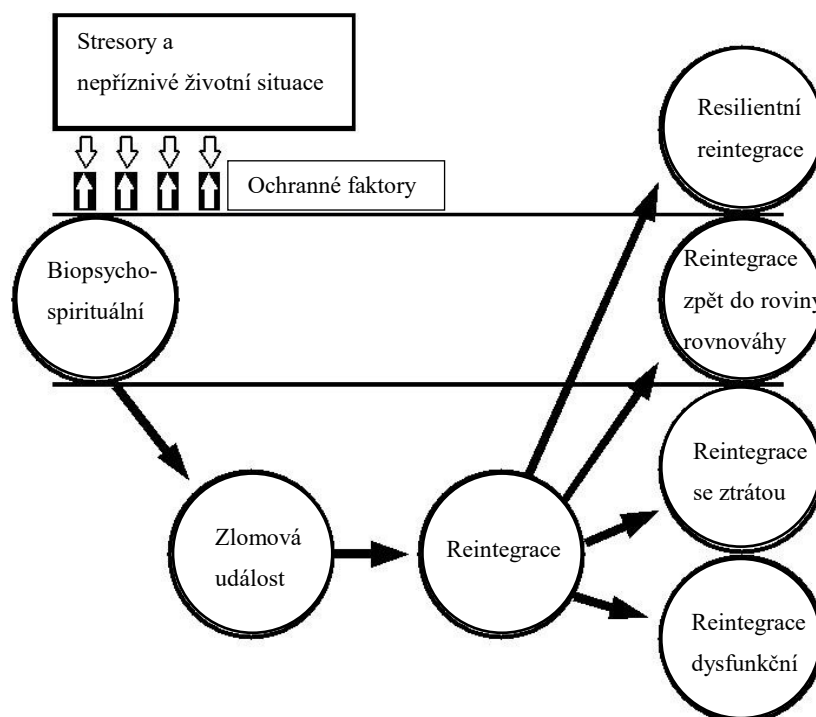
- **Smysluplnost** (*Meaningfulness*) vyvolává pozitivní emoce. Člověk je schopen smysluplně řešit nastalou stresovou situaci (Paulík, 2010). Souvisí s iniciativou a tvořivostí. (Hošek, 1999)

4.3 Resilience jako proces

Chápat resilienci jako individuální vlastnost omezuje porozumět komplexní podstatě resiliencie. Samotné vymezení resiliencie jako takové je v kontextu výše uvedených teorií (Hardiness, SOC) značně nedostatečné (Novotný, 2014).

Autoři současných studií chápou pojem resiliencie spíše jako **dynamický proces**, který člověku umožňuje adaptovat se na nepřízeň osudu. (Novotný, 2014; Tusaie & Dyer, 2004)

Například Richardson (2002) chápe resilienci jako proces vyrovnání se s nepřízní osudu, což následně vede k identifikaci a posílení protektivních faktorů vůči stresorům. Tuto teorii popsal na známém *Homeostatickém modelu resiliencie*. (Richardson, 2002)



Obr. 2: **Homeostatický model resiliencie**, zdroj: Richardson, 2002, s. 311, český překlad dopsán

Počátečním bodem Richardsonova modelu je stav **bio-psycho-spirituální rovnováhy**, kdy se člověk plně adaptuje na danou situaci, a to v rovině fyzické, mentální i duchovní. Tento stav je dle Richardsona neustále „bombardován“ vnějšími i vnitřními podněty od **stresorů, nepříznivých životních situací, výzev až po změny**. Vnějšími podněty jsou

myšleny informace, zkušenosti, vnitřními zase myšlenky a pocity. Většinu těchto působících podnětů zvládá člověk, díky již nabytým resilientním kvalitám, které slouží jako **ochranné faktory**. Pokud nedojde k rozvoji určitých resilientních kvalit, působící stresory jsou silnější než ochranné faktory, a dojde tak k jejich prolomení. Nastává **zlomová událost**. Prožití tzv. zlomové události vede k pozdějšímu procesu **reintegrace**. Richardson ve svém modelu resilience zmiňuje čtyři stupně reintegrace:

1. **Resilientní reintegrace** je proces vedoucí k identifikaci a nabytí resilientních kvalit. Zjednodušeně řečeno dotyčný se tak obohatí o nové zkušenosti a tím posílí svou psychickou odolnost.
2. **Reintegrací do roviny homeostázy** má člověk tendence dostat se zpět do své „komfortní zóny“. Smyslem takové reintegrace je především dostat se přes těžkosti života a hlavně mít klid. Občas ovšem reintegrace zpět do roviny rovnováhy není zcela možná, jelikož zlomová událost je příliš závažná (smrt blízké osoby, ztráta domova).
3. **Reintegrace se ztrátou** nastává ve chvíli, kdy je životní situace nezvladatelná, člověk se nedokáže bránit působícím podnětům.
4. **Dysfunkční reintegrace** se může projevit až destruktivním chováním, kdy člověk již potřebuje terapeutickou pomoc (Richardson, 2002).

Jinými slovy se odolnější, tzv. resilientní člověk, v porovnání s méně odolným, se cítí lépe, má méně problémů v mezilidských vztazích, méně zdravotních potíží a je schopen zachovat si relativně stabilní duševní stav navzdory dlouhodobě působícímu stresu. Takový člověk senenechá jen tak vyvést z míry, po odeznění zátěže co nejrychleji obnoví původní stav akceschopnosti, a následně tak využije poznatky ze zvládnuté zátěže v další adaptaci. (Paulík, 2010)

4.4 Rizikové faktory působící v procesu resilience

Rizikové faktory hrají v rozvoji procesu resilience nezastupitelnou roli. Prakticky se dá říci, že tento proces spouští (Šolcová, 2009).

V kontextu resilience je výše zmíněný **temperament** chápán nejen jako protektivní faktor, ale také jako faktor rizikový. Některé temperamentové vlastnosti, jako například neuroticismus, negativní emocionální reaktivita či dokonce introverze činí jedince

náchylnějším vůči stresu a jeho úroveň psychické resilience se tak oslabuje (Novotný & Tarinová & Seidlová, 2016).

Osobnostní faktory nejsou jediné, kterou mohou úroveň odolnosti člověka značně ohrozit. Mezi sociální rizikové faktory patří: **ztráta zaměstnání, chudoba, chronická nemoc, rozvod, násilí** a podobné zátěžové situace. Šolcová ve své publikaci *Vývoj resilience u dětí a v dospělosti* zmiňuje negativně působící stresory na raný proces resilience. Mezi ně patří **těžké perinatální komplikace, vývojové nepravidelnosti, rodičovské konflikty**, objevující se **psychopatie u rodičů** (duševní choroba, abúzus alkoholu či drog) (McGuinness & Dyer, 1996; Šolcová 2009).

4.5 Protektivní faktory působící v procesu resilience

Protektivní faktory mají takzvaný salutogenní účinek (viz. kapitola 3.2 Stresory vs. salutory). Mezi tyto faktory lze zařadit **optimismus, pozitivní myšlení, sebedůvěru, smysl pro humor, vnímání vlastní účinnosti** a také **neuropsychickou stabilitu**. Jedinci vykazující tyto pozitivní charakteristiky dokážou navzdory okolnostem zvládat působící zátěž bez ztráty duševní rovnováhy a poruchy zdraví (Paulík, 2010).

Hutchinson, Stuart a Pretorius (2010) ve své publikaci *Biological contributions to wellbeing* došli k závěru, že **temperament** hraje významnou roli při rozvoji silných stránek jedince a jeho odolnosti. Pochopením a poznáním temperamentových vlastností jedince je dle autorů možno předvídat úroveň jedincovy psychické odolnosti. Tím lze následně navrhnout cílené intervence u jedinců vykazujících určité známky slabé psychické odolnosti (Hutchinson & Stuart & Pretorius, 2010).

Pevné interpersonální vztahy, prosociální chování, stabilní situaci v rodině a dobré socioekonomické zázemí nelze v kontextu protektivních faktorů opomenout. Podle McGuinnessové a Dyerové je pro podporu resilience nepostradatelná přítomnost pečující důvěrné osoby v určitém období života člověka, ať už v raném dětství či v dospělosti (McGuinness & Dyer, 1996).

4.6 Možnosti rozvíjení psychické resilience

Úvahy o psychické resilienci v rámci jejího rozvoje lze rozdělit do několika různých oblastí: (1) prevence vzniku zátěže nepřiměřené možnostem jedince, (2) zvyšování efektivity

schopnosti klást odpor a vypořádat se s již existujícím tlakem, (3) posilování schopnosti rychlé a účinné regenerace a obnovy sil a (4) rozšiřování možností využití zdroje zvládnání.

Při rozvíjení resilience jde v obecném slova smyslu o to, aby se existující potenciální stresory nestaly stresory reálnými.

V **kognitivní rovině** se lze zaměřit na informace o zdrojích, projevech a důsledcích působícího stresu, o osobnostních zdrojích, o možnostech pomoci ostatních lidí. Dále je důležitý způsob, jakým jedinec stresovou situaci hodnotí a zároveň jaký význam přičítá svým zvládacím schopnostem. V rámci hodnocení je dobré zmínit eventuální odstranění chyb v hodnocení situace. Touto problematikou se zabývá například kognitivně-behaviorální terapie.

Při snaze o zdokonalení kognitivních schopností zvládnání zátěže je možné vyjít z analýzy stěžejních momentů zátěžové situace a věnovat se především tomu, co je zjevně řešitelné, a ostatní, pokud možno, ignorovat.

V **emocionální rovině** je v rámci rozvoje resilience důležité zaměřit se na signály nežádoucích reakcí na stres dříve, než se plně rozvinou (lze vycházet z předchozích zkušeností).

Jinou možnost představuje *psychická imunizace*, tj. zlepšování psychické imunity. V praxi jde o snahu vytvořit „skleníkové prostředí“ s cílem být co možná nejvíce ochráněn od požadavků a nároků zvenčí. Tato forma rozvoje resilience se ovšem nezdá být zcela racionální, a tak se jako vhodnější alternativy uvádí různé formy otužování a přivykání spočívající v postupném přiměřeném zatěžování. Hovoří se o tzv. psychickém „očkování“.

Z hlediska **rovin behaviorální** lze lidské chování směřovat tak, aby se člověk se stresorem aktivně utkal a nevyhýbal se mu, aby v případě možnosti využil pomoci ostatních, případně jim některé své úkoly svěřil úplně.

Vedle zmíněných rovin je považováno za vhodné snažit se rozvinout sebekontrolu, netolerovat nedostatky a za dobré výsledky se odměnit a uvědomit si, že většinu dovedností lze rozvíjet opakovaným tréninkem. (Paulík, 2017)

Možnosti rozvoje psychické odolnosti vůči stresu budou více přiblíženy v kapitole *Psychohygiena*.

4.7 Měření resilience

Cílem této podkapitoly je přiblížit několik v současné době používaných metod měření resilience, poukázat na jejich specifika a odlišnosti.

4.7.1 Connor – Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

Dotazník obsahuje 25 položek, na něž se odpovídá pomocí pětistupňové škály. Dotazník zahrnuje pět základních faktorů: (1) osobní kompetence, vysoké standardy a houževnatost; (2) Důvěra ve vlastní instinkty, tolerance k negativním afektům, posilující vliv stresu; (3) Pozitivní přijímání změn, blízké vztahy; (4) Kontrola; (5) Spirituální vlivy. Vyšší skóre značí vyšší míru resilience. Dotazník je určen pro klinickou i neklinickou dospělou populaci (Connor & Davidson, 2003).

4.7.2 Resilience Scale for Adults (RSA)

Dotazník resilience podle Friborga a spol. (2003) je zaměřena na zjišťování resilience jako osobnostní i dynamické charakteristiky umožňující zvládat nepříznivé situace efektivně. Zjišťuje se přítomnost znaků, jako je flexibilita, smysl pro humor, sebedůvěra, pozitivní vztah k lidem, sebeovládání. Dotazník obsahuje 37 položek rozdělených do pěti faktorů: (1) osobní kompetence (*personal competence*), (2) sociální kompetence (*social competence*), (3) rodinná soudržnost (*family coherence*), (4) sociální opora (*social support*) a osobnostní struktura (*personal structure*) (Friborg et al., 2003).

4.7.3 Resilience Scale

Další dotazník resilience byl vyvinut v roce 1993 Wagnildem a Youngem. Tvoří ho dvě dimenze: osobní kompetence a akceptace sebe a života. Dimenze se skládají z 25 položek, na které se odpovídá na škále. Je určena pro širokou skupinu lidí (Wagnild & Young, 1993). K dispozici je také zkrácená verze o 14 položkách (RS-14) (Paulík, 2017).

4.7.4 Brief Resilience Coping Scale (BRCS)

Jde o krátkou čtyřpoložkovou metodu, která je na rozdíl od mnohých dalších metod k dispozici široké veřejnosti pro nekomerční použití. Skóre položek je pohybuje od jedné do pěti. Čím vyšší celkové skóre, tím je vyšší míra resilience jedince. Škála byla původně navržena pro měření resilience u pacientů s revmatoidní artritidou (Sinclar & Walltson, 2004).

4.7.5 Brief Resilience Scale (BRS)

Mezi další příklady krátké metody k měření resilience je Brief Resilience Scale, která se skládá z šesti položek ve formě tvrzení. Tři z nich vyznívají pozitivně, tři negativně. Skupina respondentů tato tvrzení označují mírou souhlasu na škále od jedné (nesouhlas) do pěti (souhlas).

Metoda je zaměřena pouze na specifickou charakteristiku resilience jedince – schopnost regenerace, návratu k původním stavu (*bounce back*) (Paulík, 2017; Smith at al., 2008).

4.7.6 The Scale of Psycho-immunological Structure (SPS)

Dotazník psychoimunologické struktury Biela a spol. (2015) je 29 položková metoda vyvinutá v Polsku a na Slovensku pro zjišťování struktury mentální resilience. Tvoří ji čtyři faktory: (1) síla a vůle ke smysluplnému životu, (2) pocit copingové kompetence, (3) sociální opora, (4) autonomie cílů. Jednotlivé položky obsahují výroky, se kterými respondent buď souhlasí nebo nesouhlasí. Míru svého souhlasu vyjadřuje na pětibodové škále (Paulík, 2017).

Přestože je dnes často chápána resilience především jako komplexní multikondicionální jev, ne všichni autoři k resilienci v tomto smyslu přistupují. Mezi uvedenými příklady lze vidět metody zkoumající spíše znaky resilientní osobnosti (viz Connor-Davidson Resilience Scale; Resilience Scale Wagnilda a Younga; Brief Resilience Scale Smitha a spol.). Řada autorů se dále zaměřuje spíše na zjišťování faktorů pozitivně ovlivňujících a podporujících resilienci osobnosti (viz Connor-Davidson Resilience Scale; Resilience Scale for Adults Friborga a spol. 2003). (Paulík, 2017)

Ukázkou komplexně zaměřené metody je **Child and Youth Resilience Measure** M. Ungara a spol. (2011). Dotazník je členěn do tří základních dimenzí resilience: (1) individuální faktory, tj. osobnostní a sociální dovednosti, (2) vztahy s primárně pečujícími osobami, (3) faktory kontextu, tj. kultura a vzdělání (Paulík, 2017).

Příkladem českých metod původně koncipovaných pro zjištění psychické odolnosti a integrovanosti osobnosti jsou **Mikšíkovy inventáře IHAVES, SPIDO, VAROS**(1991). Dotazník IHAVEZ je multidimenzionální a je zaměřený na strukturu osobnostních proměnných, které ovlivňují chování jedince v zátěžových situacích. Dotazník SPIDO vznikl z výběru položek z prvního dotazníku Mikšíkova inventáře, který se zaměřoval na psychickou variabilitu. Dotazník VAROS se též zaměřuje na psychickou variabilitu, ale slouží především

k detenční účelům, tj. k vyhledávání osob, u nichž je zvýšená pravděpodobnost psychického selhání ve vybraných situacích (Paulík, 2017).

5 Osobnost všeobecné sestry

V povolání všeobecné sestry je její osobnost tím nejdůležitějším nástrojem v jednání s lidmi. Chování sestry podstatně ovlivňuje její činnost a výslednou kvalitu práce. Pacienti velmi citlivě vnímají, jak s nimi sestra jedná, jak se k nim chová a jak uplatňuje své dovednosti. Pokud je uplatňuje dobře, urychluje se tím terapeutický efekt ošetrovatelského procesu. Nevhodné jednání všeobecné sestry může naopak nejen ošetrovatelskou i léčebnou péči zkomplikovat, ale i devalvovat samotnou sesterskou profesi. Důvěryhodnost sester silně ovlivňuje názor společnosti na ošetrovatelské povolání a spoluvytváří jeho společenskou prestiž (Plevová, 2008; Staňková, 2002).

Mezi obecné osobnostní předpoklady všeobecné sestry patří fyzická zdatnost, jelikož pomáhat a starat se o druhé je těžká a vysilující práce, inteligence emoční a sociální, odborná zdatnost, dobrá pověst a dobrý vztah s pacienty a kolegy, již zmíněná důvěryhodnost, vzdělanost a nepostradatelné komunikační dovednosti, jež jsou klíčem k navázání terapeutického vztahu sestra – pacient (Plevová, 2008).

V posledních dvou desetiletích je často zkoumaným tématem souvisejícím s osobnostními předpoklady sestry její osobní motivace. Téma motivace v ošetrovatelské profesi je dnes velmi aktuálné zejména kvůli zvyšujícímu se nedostatku všeobecných sester v celé České republice. Po vyhodnocení dat výzkumného šetření u práce *Motivace v profesi všeobecných sester* z roku 2017 bylo zjištěno, že 54,1 % z dotazovaných sester se pohybuje v pásmu pozitivní motivace k profesi všeobecné sestry (Rambousková & Šlehofer, 2018).

V souvislosti s tím, jak vypadá sesterská profese dnes, je v posledních letech patrný výrazný nárůst požadavků na kvalitu fyzické i psychické odolnosti sestry. Je však zřejmé, že různé pracovní zařazení vyžaduje různá kombinace osobnostních vlastností (Loskotová a spol., 2015).

6 Zátěž v práci všeobecné sestry

Náplň práce všeobecné sestry je velmi fyzicky i psychicky náročná. Jsou na ní kladeny nejen vysoké fyzické nároky (dlouhodobá chůze, manipulace s pacienty, celková zátěž pohybového aparátu), ale také především osobnostní nároky (adaptabilita, uvědomění, zodpovědnost, tolerance, disciplína, psychická odolnost). (Drozdová & Kebza, 2011)

Pracovní směny jsou často nepravidelné. Sestry slouží nejčastěji 12 hodin v kuse, denní služby střídají noční, slouží o víkendech i během prázdnin. Směny se neliší pouze v časovém aspektu, liší se také v množství práce a míře zodpovědnosti dané sestry (Drozdová & Kebza, 2011).

„Poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči je velmi náročný proces plný proměnlivých stresorů.“¹ (Drozdová a Kebza, 2011, s. 292) Dle Drozdové a Kebzy si sestry nejčastěji stěžují na časový stres a stres spojený s velkou zodpovědností při závažných situacích (ohrožení života pacienta) (Drozdová & Kebza, 2011).

Povolání všeobecné sestry s sebou nese fyzickou, především však velkou psychickou zátěž, která vyplývá nejen ze samostatné podstaty této profese, ale i ze sociálních interakcí sester, z komunikačních a jiných problémů, ke kterým dochází v každodenní ošetrovatelské péči (Komačeková, 2009).

Zátěž v profesi všeobecné sestry lze dle Venglářové rozdělit do tří základních typů – zátěž z pracovní činnosti, zátěž plynoucí z odlišnosti diagnóz ošetrovaných pacientů a zátěž týkající se osobnosti zdravotníků. (Venglářová, 2011)

Mezi zátěže psychické, emocionální a sociální patří:

- neustálá pozornost a sledování (stavu pacientů, přístrojů, ordinací lékařů)
- pohotové reagování na různé požadavky a změny
- velká pracovní zodpovědnost
- rychlé rozhodování a účelné jednání i při nedostatku potřebných informací
- vyrovnání se s pocitem bezmoci
- působení fyzické bolesti druhým lidem
- komunikace s pacienty, ale i s příbuznými pacientů
- mezilidské interakce s kolegy, nadřízenými či pacienty

¹ „To provide a good-quality nursing care is a process that is very demanding and full of various stressors.“

- konflikt rolí
- nízké ohodnocení psychicky i fyzicky náročné práce (Venglářová, 2011)

6.1 Zvládání zátěže v práci sestry – coping

Zvládání zátěže pomáhá sestře najít adekvátní rovnováhu mezi energií a zapálením na jedné straně a příznaky nadměrného stresu na druhé straně. Tento druh rovnováhy je u každého jedince individuální a způsob jeho získávání a následného udržování je předmětem procesu učení. Z tohoto důvodu je důležité, aby se sestra naučila identifikovat stresory a příznaky stresu, určila východiska stresu a aby získala zručnost a schopnosti pro zvládnutí stresové situace. (Komačková, 2009)

V důsledku současné situace ve zdravotnictví považují za důležité zmínit část znění rámcové směrnice č. 89/391/EHS, která stanovuje, že zaměstnavatel je povinen řídit zátěž a stres související s výkonem práce. Je povinen postarat se o bezpečnost a ochranu zdraví při práci včetně ochrany před účinky stresu. Zaměstnavatel by měl být schopen mimo jiné identifikovat příčiny pracovního stresu, posoudit rizika a zajistit preventivní opatření. (Komačková, 2010; Směrnice č. 89/391/EHS)

Využívání efektivních strategií zvládání psychické zátěže je předmětem subkapitoly *Psychohygienu*, kde je dané téma podrobněji popsáno.

6.2 Psychohygienu

„Kdo se neumí postarat o sebe, nebude se pořádně umět postarat o druhé.“ H. S. Sullivan (Honzák, 2015, s. 35)

Jak už bylo v předešlém textu několikrát zmíněno, všeobecné sestry jsou ve své profesi neustále vystaveny komplexu různorodých rizikových faktorů. (Křivohlavý, 2010). Stres z povolání může sestru zpočátku stimulovat, pokud je však psychické přetížení dlouhodobé, začíná pomalu, ale jistě trpět. (Plevová, 2008)

Nelze opomenout, že soucit a žádoucí empatie jsou významně vysilujícím faktorem při budování vlastní odolnosti. Téměř nikdo z nás, sociálních tvorů, není vůči takovéto zátěži zcela imunní. Má-li všeobecná sestra zvládat vše, co se od ní očekává, musí být schopna regenerovat svoje fyzické a psychické síly, průběžně kompenzovat nadměrné zatížení.

V rámci všech rizikových faktorů, které jsou všeobecně známé pro svůj negativní účinek na rozvoj psychické odolnosti všeobecných sester, je důležité, aby sestra tuto problematiku znala a byla jí schopna čelit **duševní hygienou** (psychohygienou). (Plevová, 2008)

6.2.1 Spánková hygiena

Dostatečný a kvalitní spánek je nejen důležitou podmínkou svěžesti a přiměřeného výkonu druhý den, ale také dlouhodobou ochranou našeho zdraví. (Honzák, 2015)

Zásady pro dosažení dobrého spánku:

- **Dodržovat přibližně stejný čas ulehávání a vstávání.** Vstávat by člověk měl vždy ve stejný čas, bez ohledu na to, jak pozdě šel spát či kolik toho naspal.
- **Vytvořit mentální vztah mezi spánkem a postelí.** Do postele člověk ulehá až ve chvíli, kdy se cítí ospalý. Neměl by se v posteli dívat na televizi, do telefonu, jíst, ani pít, nečíst náročné texty, v případě potřeby pár stránek relaxační četby. Nemůže-li člověk usnout, měl by z postele vstát a začít dělat věci, co ho nebaví (učení, čtení pošty), nikoliv zapínat televizi, počítač, rozčítat napínavou knihu.
- **Zůstat v posteli pouze v období spánku.**
- **Vyhnout se přílišné reaktivitě**(fyzické i psychické) nejméně hodinu před ulehnutím do postele.
- **Večeřet přibližně 2–3 hodiny před ulehnutím.** Není vhodné přejídat se těsně před spaním, ani chodit spát zcela hladový. Pokud má člověk hlad později během večera, spraví to kousek ovoce.
- **Najít vhodný „rituál“**, který nám usnadní pravidelné usínání. Tento rituál je dobré pokusit se dodržovat každý den. (meditace, relaxace, sprcha aj.)
- **Vytvořit vhodné prostředí pro kvalitní spánek** spočívá v tom, že jsou z místnosti odstraněny veškeré rušivé světelné impulzy. V noci má být ticho, chladno (18 °C) a matrace by měla být pevná a pohodlná. (Honzák, 2015)

6.2.2 Relaxace

„Napětí (tenze) se obvykle fyziologicky projevuje stažením svalových vláken. Ukazuje se však, že v situaci, kdy jsme s to ovládat svou vůlí kosterní svaly, jsme schopni ovládat i vnitřní svalstvo. To znamená, že můžeme ovládat žaludek, střeva, ba dokonce i srdeční činnost a jiné orgány.“ (Křivohlavý, 2010, s. 34)

Nejjednodušším způsobem svalové relaxace je střídavé napínání a uvolňování určité skupiny svalů na rukách i na nohách. K tomu, aby byl člověk schopen uvolnit i svou vnitřní tenzi, emocionální, musí se naučit ventilovat emoce, dostat ven to, co ho uvnitř tlačí. Ventilací svých emocí se rozumí svěřit se se svými pocity někomu druhému. Dotyčný může

být schopen kladením vhodných otázek dovést člověka k tomu, že mu řekne daleko více, než by sám očekával. Emoce, se kterými se člověk svěřit druhým nechce či nedokáže, může ventilovat například psaním toho, co v danou chvíli prožívá.

Hlubší formou relaxace jsou klasická relaxační cvičení. Cílem relaxačních technik je průběžné uvolňování nahromaděného napětí. Specifické relaxační metody využívají poznatků fyziologie, psychosomatiky, psychoterapie i psychologie zdraví.

Relaxace může probíhat nejen záměrně ve formě relaxačních cvičení, ale také spontánně. Spontánní relaxace probíhá samovolně, bez našeho úsilí. Člověk tak relaxuje během odpočinku a spánku. Důležité je ovšem zmínit, že není-li člověk dostatečně odpočínutý, tenze neklesne pod určitou hranici, a člověk tak není schopen relaxovat. (Křivohlavý, 2010)

K neznámějším relaxačním technikám patří **Schultzův autogenní trénink** a Jacobsonova progresivní relaxace. J. H. Schultz v něm využívá znalostí vzájemných souvislostí svalového a psychického napětí a poznatky autonomního nervového systému. Základem pro realizaci autogenního tréninku je motivace člověka ke cvičení a jeho znalost postupu, který po osvojení umožňuje praktikovat cvičení zcela samostatně. Při zahájení je nutná koncentrace pro zažití klidu, poté se postupně procvičuje pocit tíže v končetinách a celém těle, pocit tepla, regulace dechu a srdeční činnosti, regulace vnitřních orgánů prostřednictvím zážitku tepla proudícího do břicha. Trénink končí pocitem příjemného chladu v oblasti čela.

Jacobsonova progresivní relaxace je v mnoha svých principech odlišná než autogenní trénink, nicméně psychofyziologický základ vztahů platí i zde. Cvičení je prováděno vleže na pohodlné a široké podložce. Během relaxace se nacvičuje volní ovládní uvolněných svalů a psychické tenze. Začíná se nejprve u rukou, nohou, trupu, krku, u svalů čela, obočí víček, očí, tváře, rtů a jazyka. Cvičení je prokládáno nácvikem imaginací obrazů a nakonec jsou zařazeny také řečové cviky. (Paulík, 2017)

S relaxací je velmi úzce spjata správné dýchání. V první řadě je dobré naučit se prohlubovat tzv. *brániční dýchání*. Takové dýchání lze nacvičit tak, že si dáme ruce s roztaženými prsty na bok, několik prstů směřuje k hrudnímu koši a několik níže pod něj. Při hlubokém bráničním dýchání cítíme zřetelné pohyby, které značí, že dýcháme správně. (Křivohlavý, 2010)

6.2.3 Péče o tělo

O významu pohybu pro lidské zdraví včetně psychické odolnosti se zpravidla nepochybuje. Pozitivní vliv tělesného cvičení na odolnost vůči zátěži dokládá řada výzkumů. Bylo dokázáno, že pohybová aktivita a fyzická kondice snižuje reaktivitu jedince na nejrůznější působící stresory. Americké výzkumy zase poukazují na patrně příznivé dopady i minimální, avšak pravidelné pohybové aktivity na lidské zdraví. (Paulík, 2017)

Jak je již dobře známo, to, co se děje v našem těle, má vliv na náš psychický stav, proto bychom měli svědomitě pečovat o vlastní tělo. Zaleží na tom, co **jíme a pijeme**, jak a kdy se **pohybujeme**, jak odpočíváme. Nejen, že tyto momenty ovlivňují náš fyzický stav, ale významně působí i na stav duševní. (Křivohlavý & Pečenková, 2004)

I přesto, že sestra nemá sedavé zaměstnání, ba naopak, je důležité zmínit **potřebu pohybu** a tělesného cvičení. (Křivohlavý & Pečenková, 2004)

Názory o přínosu pohybu pro psychické i fyzické zdraví organismu nejsou ničím novým. Obecně je známo, že cvičení velmi intenzivně napomáhá v boji s řadou zdravotních problémů. I když není zcela jednoznačná odpověď na otázku, proč tomu tak je, nejčastěji se předpokládá, že jde o vliv uvolňujících se neurotransmiterů a endorfinů, které jsou pro lidský mozek drogou, po které se člověk, stručně řečeno, cítí lépe. (Větvička, 2012)

Zaměření na cvičení, vytyčené cíle, zvýšená sebedůvěra, to vše nám napomáhá zapomenout na problémy a alespoň na chvíli přerušit působení negativního myšlení. (Větvička, 2012)

Při všech tělesných cvičeních je nejdůležitější podmínkou pozitivního výsledku správné dýchání. Proto je vhodné ve vlastním zájmu člověka o zdravotní stav a odolnosti vůči zátěži věnovat cvikům zaměřeným na fyziologicky správné dýchání svůj čas. (Paulík, 2017)

6.2.4 Stravování

„Snídani sněž sám, o oběd se poděl s přítelem a večeři daruj nepříteli. Ale teprve tehdy, až bude úplně zkažená a nepoživatelná. Do té doby může totiž posloužit jako zítřejší snídaně.“
(R. Honzák, 2015, s. 90)

Stravování všeobecných sester pracujících především ve směnném provozu je často nepravidelné. Hlavní příčinou je nejčastěji nedostatek času a nepravidelné přestávky. Pravidlem pro všeobecní sestry by během denní směny měl být příjem alespoň tři hlavních jídel, tedy snídaně, oběd a večeře. Bohužel není výjimkou, že je u sester prvním jídlem během dne teprve večeře. (Roubalová, 2013)

Pokud všeobecná sestra pracuje v noci, neznamená to, že nebude jíst. Naopak jídlo během noční směny je velice důležité. Za vhodné se považuje konzumovat lehké jídlo v pravidelných intervalech a naposledy se najíst alespoň dvě hodiny před spaním. (Stýskalíková& Ondrušová, 2015)

Nelze opomenout důležitost pitného režimu. Sestra by měla vypít alespoň 2–3 litry pitné vody denně. (Roubalová, 2013)

EMPIRICKÁ ČÁST

V posledních letech stoupá zájem o to, jak se všeobecné sestry vyrovnávají s pracovním stresem, který (jak vyplývá z charakteru jejich práce a z nedostatku personálu na pracovištích), výrazně stoupá. Řada výzkumů zkoumá zátěžové situace, ve kterých sestry pracují, intenzitu zažívaného stresu, stupeň vyhoření a podobně. Existuje ovšem relativně málo prací zabývajících se pozitivními aspekty práce sester jako je např. sociální opora nebo právě odolnost sester vůči zátěži.

7 Cíle výzkumného šetření

V empirické části byly stanoveny tyto cíle:

1. Zjistit psychometrické charakteristiky české verze dotazníku CD-RISC měřícího úroveň resilience osob.

Na vybraném souboru všeobecných sester dvou klinik Fakultní nemocnici v Hradci Králové:

2. Zjistit, jaká je úroveň resilience všeobecných sester na gerontometabolické a chirurgické klinice.
3. Zjistit, zda existuje rozdíl v úrovni resilience u sester pracujících na gerontometabolické klinice a sester pracujících na chirurgické klinice.
4. Zjistit, zda existuje rozdíl v úrovni resilience u sester pracujících na standardních odděleních a sester pracujících na jednotkách intenzivní péče v rámci vybraných klinik.

8 Hypotézy

H₁: Faktorová struktura české verze dotazníku se bude lišit od originální americké verze.

H₂: Existuje rozdíl v úrovni resilience mezi sestrami na gerontometabolické klinice a sestrami pracujícími na chirurgické klinice. Předpokládáme, že úroveň resilience u sester pracujících na gerontometabolické klinice bude vyšší.

H₃: Existuje rozdíl v úrovni resilience mezi sestrami na standardních odděleních a sestrami pracujícími na jednotkách intenzivní péče. Předpokládáme, že na jednotkách intenzivní péče bude úroveň resilience vyšší.

H₄: Existuje vztah mezi úrovní resilience a věkem. Předpokládáme, že úroveň resilience u starších sester (50 let a více) bude vyšší než u sester mladších (30 let a méně).

H₅: Úroveň resilience je osobnostní proměnná, nezáleží tedy na vzdělání.

H₆: Existuje rozdíl v úrovni resilience sester, související s délkou praxe na specifickém oddělení. Předpokládáme, že jedinci pracující na daném oddělení déle, budou odolnější.

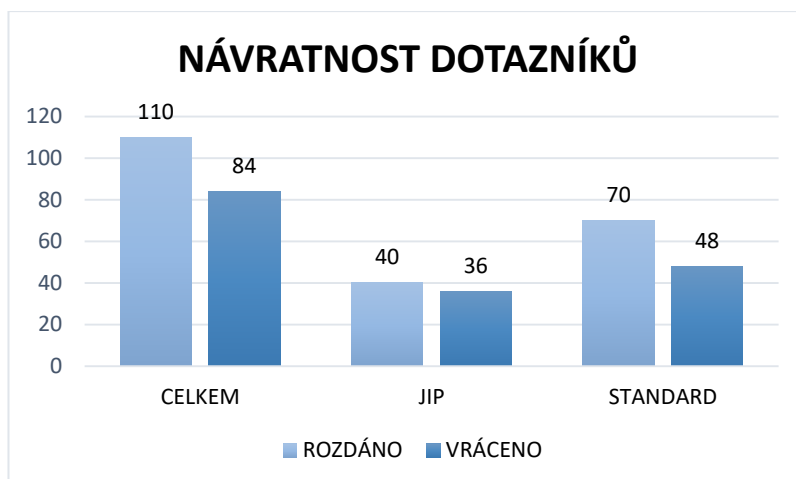
9 Zkoumaný soubor všeobecných sester

Výzkum probíhal ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Osobně jsem, s písemným potvrzením náměstkyně, zažádala vrchní sestry vybraných klinik (III. Interní gerontometabolická klinika, Chirurgická klinika) o svolení k provedení výzkumu. Na klinikách byla vybrána specifická oddělení – jednotky intenzivní péče a standardní oddělení. V souvislosti s ochrannou osobních údajů nelze zmínit jednotlivá oddělení konkrétně. Výzkumný soubor byl tak vytvořen skupinou všeobecných sester s různou pracovní a psychickou zátěží a s různou organizací práce.

Dotazníkové šetření jsem zahájila v listopadu 2018 a ukončila v průběhu prosince 2018. Dotazníky byly osobně předány staničním sestram vybraných oddělení obou výše zmíněných klinik, které je dále distribuovaly v rámci svého oddělení. Na každé vybrané oddělení bylo předáno celkem 10 anonymních dotazníků ve speciálně označené obálce. Veškeré pokyny k vyplnění byly součástí papírové formy dotazníku.

Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků v papírové formě, z toho 40 na specializované jednotky intenzivní péče, 70 na standardní oddělení. Navrátilo se 84 vyplněných dotazníků, z toho 36 z jednotek intenzivní péče a 48 ze standardních oddělení. Návratnost z jednotek intenzivní péče byla 90 %, ze standardních oddělení byla 57,6 %. Z toho vyplývá, že návratnost z jednotek intenzivní péče byla větší než ze standardních oddělení. 26 z celkového množství dotazníků zůstalo nevyplněných. Celková návratnost činí 76,36 %.

Graf č. 1: návratnost dotazníků



Tabulka č. 1 - Zastoupení respondentů

Kód kliniky:		n
CHIR	Chirurgická klinika	41
GMK	III. interní gerontometabolická klinika	43
Pohlaví:		
1	Muž	10
2	Žena	74
Věk:		
1	méně než 30 let	33
2	30 let až 49 let	39
3	50 let až 69 let (pozn. starší respondenti nebyli)	12
Dosažené vzdělání:		
1	základní	2
2	středoškolské bez maturity; s maturitou	40
3	vyšší odborné; vysokoškolské	42

Oddělení, kde respondent/respondentka pracuje:		
1	standardní oddělení	48
2	jednotka intenzivní péče	36
Počet let praxe v oboru:		
1	5 let či méně	32
2	více než 5 let	52
Počet let, které pracuje na daném oddělení:		
1	5 let či méně	48
2	více než 5 let	36

10 Metoda výzkumu

Výzkum byl založen na kvantitativním přístupu. Zvolili jsme dotazníkové šetření pomocí dotazníku Connorové a Davidsona (2003), který měří úroveň resilience osob. Tento dotazník – vedle dvou dalších dalších (Resilience Scale for Adults, Brief Resilience Scale) – je hodnocen z hlediska psychometrických kvalit v odborné literatuře jako nejlepší (Windle et al., 2011; Pangallo et al., 2014).

10.1 Connor – Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

Dotazník obsahuje 25 položek, na něž se odpovídá pomocí pětistupňové numerické škály. Význam je následující: Zcela nesouhlasím = 0; Spíše nesouhlasím = 1; Někdy souhlasím, někdy nesouhlasím = 2; Spíše souhlasím = 3; Zcela souhlasím = 4. Vyšší skóre značí vyšší míru resilience.

Škála v originále zahrnuje pět základních faktorů: Faktor 1: osobní kompetence, vysoké standardy a houževnatost; Faktor 2: Důvěra ve vlastní instinkty, tolerance k negativním afektům, posilující vliv stresu; Faktor 3: Pozitivní přijímání změn, blízké vztahy; Faktor 4: Kontrola; Faktor 5: Spirituální vlivy. Autoři měřili resilienci v průběhu terapie pacientů (psychiatrických pacientů, pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou, pacientů

s posttraumatickou stresovou poruchou) a prokázali zvyšování míry resilience během opakovaného měření (Connor & Davidson, 2003). Toto je argumentem, který potvrzuje možnost dynamického vývoje psychické resilience v závislosti na čase a vnějších okolnostech.

Česká verze dotazníku CD-RISC je dostupná v diplomové práci Švarcové (2015). Vážným metodologickým nedostatkem její práce je, že je jednalo o pouhý překlad z angličtiny do češtiny a nebyla provedena faktorová analýza, která by ověřila psychometrické charakteristiky české verze. Kompletní česká verze dotazníku je k nahlédnutí v příloze.

V další fázi provedla Švarcová analýzu vnitřní konzistentnosti české verze dotazníku CD-RISC. Pro dotazník vyšla vnitřní konzistence 0,86, což je velmi podobný výsledek jako u originálního souboru, kde autoři uvádějí Cronbachovo α 0,87 (Connor & Davidson, 2003).

Dotazník v rámci diplomové práce Mgr. Švarcové (2015) vyplnilo celkem 235 respondentů, po vyřazení některých respondentů na základě nesplnění kritérií, tvořil výzkumný soubor celkem 231 osob. Průměrný hrubý skóre byl 58,22, standardní odchylka 11,19, nejnižší dosažený skóre byl 24, nejvyšší skóre činil 86 (Švarcová, 2015).

Česká verze dotazníku byla doplněna o **anamnestickou část**. Obsahovala otázky týkající se demografických a identifikačních údajů respondentek a respondentů. Tyto otázky zjišťovaly pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, kliniku a oddělení, na kterém dotyčný/á pracuje, dále kolik let praxe má dotyčný/á v oboru a kolik let pracuje na daném oddělení. Tyto otázky sloužily především k popisu zkoumaného vzorku.

11 Výsledky

11.1 Popis výsledků

Tabulka č. 2 –Základní deskriptivní údaje o položkách české verze dotazníku CD-RISC

	n	mean	sd	median	min	max
I1	84	3.08	0.71	3.0	1	4
I2	84	3.15	0.91	3.0	0	4
I3	84	2.01	1.36	2.0	0	4
I4	84	2.94	0.73	3.0	2	4
I5	84	3.17	0.73	3.0	2	4
I6	84	3.08	0.78	3.0	1	4
I7	84	2.82	1.03	3.0	0	4
I8	84	3.11	0.82	3.0	1	4
I9	84	2.96	0.97	3.0	0	4
I10	84	3.12	0.84	3.0	0	4
I11	84	3.35	0.80	3.5	0	4
I12	84	3.08	0.75	3.0	1	4
I13	84	3.32	0.79	3.5	1	4
I14	84	2.77	0.70	3.0	1	4
I15	84	2.29	0.90	2.0	0	4
I16	84	2.70	0.79	3.0	0	4
I17	84	2.70	0.86	3.0	0	4
I18	84	2.44	0.87	3.0	0	4
I19	84	2.68	0.87	3.0	0	4
I20	84	2.75	0.85	3.0	0	4
I21	84	2.86	0.91	3.0	0	4
I22	84	2.81	0.86	3.0	0	4
I23	84	2.65	0.90	3.0	0	4
I24	84	2.99	0.77	3.0	1	4
I25	84	3.24	0.79	3.0	1	4

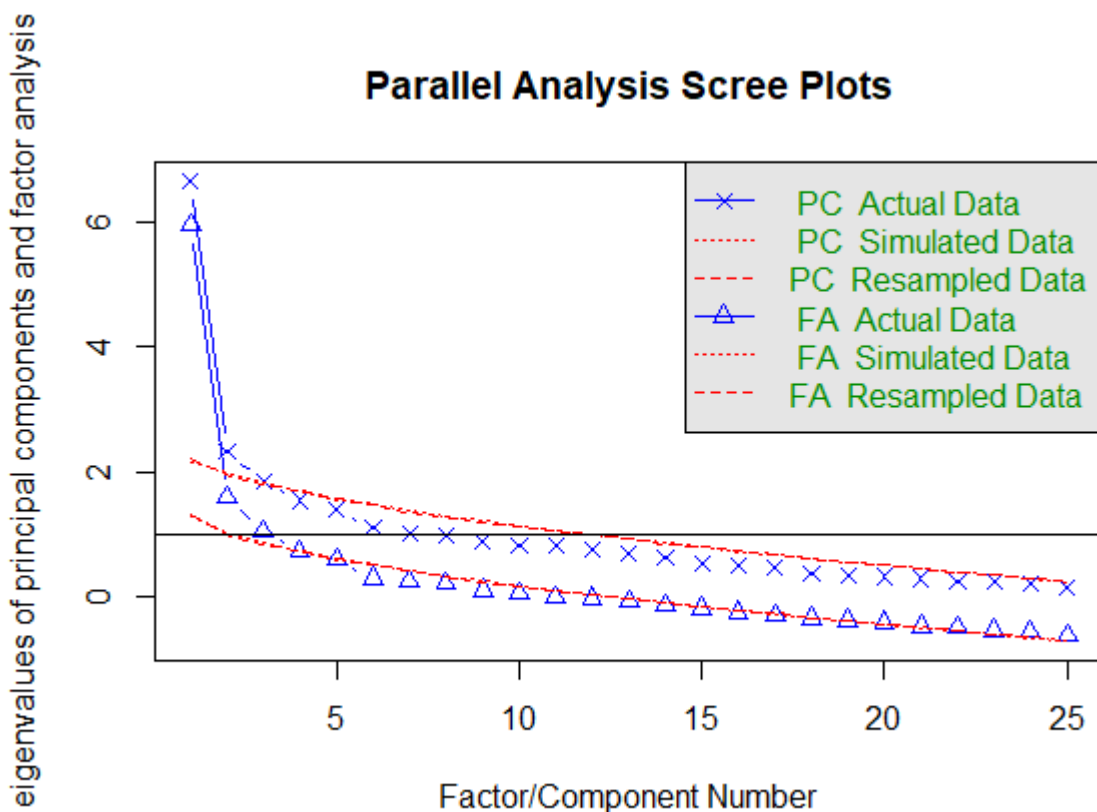
Připomínáme, že vyšší skóre značí vyšší míru resilience. Podíváme-li se do tabulky č.2, pak lze zaregistrovat, že nejnižší průměrnou hodnotu resilience mají sestry našeho souboru v položkách č. 3 (*Někdy může pomoci osud nebo Bůh.*) a č. 15 (*Při řešení problémů preferuji vedoucí roli.*). Naopak nejvyšší průměrnou hodnotu uvádějí sestry v položkách č. 11 (*Člověk může dosáhnout svých cílů.*) a č. 13 (*Vím, kam se mohu obrátit pro pomoc.*).

Největší rozdíly v odpovědích mezi sestrami vyvolala položka č. 3 *Někdy může pomoci osud nebo Bůh.* (směrodatná odchylka od průměru činí 1,36).

11.2 Faktorová analýza

Na základě paralelní analýzy pro odhad počtu faktorů bylo patrné, že je v datech přítomen jeden hlavní faktor. Na druhou stranu jednodimenzionální konfirmační faktorová analýza s robustní metodou odhadu MLR nepopsala data uspokojivě, $\chi^2(275) = 465.4$, $p < 0.001$, TLI = 0.618, RMSEA = 0.092 with 90% CI = [0.078, 0.106], SRMR = 0.102; je tedy zřejmé, že dotazník není jednodimenzionální.

Graf č. 2: Paralelní analýza pro odhad počtu faktorů



Kromě jednofaktorového řešení jsme postupně vyzkoušeli originální pětifaktorové řešení (Connor & Davidson, 2003), čtyřfaktorové a dvoufaktorové. Ukázalo se, že třífaktorové řešení naše data popsalo nejlépe. Počet faktorů byl prostřednictvím paralelní analýzy tedy odhadnut na tři. Samotná explorační faktorová analýza byla provedena metodou extrakce minimálních reziduí (minres) a šikmou rotací geomin.

Tabulka č. 3: Vzorová matice třífaktorového řešení

	MR1	MR2	MR3
I17	0,937	-0,406	0,069
I15	0,819	-0,292	0,010
I18	0,766	0,035	-0,381
I19	0,745	-0,082	-0,023
I16	0,724	0,124	-0,370
I11	0,530	0,247	-0,082
I12	0,401	0,394	0,012
I22	0,389	-0,012	0,178
I4	0,372	-0,030	0,299
I14	0,272	0,249	0,250
I24	0,037	0,629	0,226
I13	-0,081	0,565	0,058
I25	-0,050	0,509	0,203
I10	0,085	0,493	0,163
I3	0,006	0,484	-0,242
I7	0,340	0,420	-0,013
I9	0,216	0,403	-0,237
I5	0,181	0,312	0,125
I21	0,261	0,307	0,062
I2	0,025	0,227	0,061
I6	0,011	0,211	0,190
I1	-0,009	0,225	0,595
I8	0,316	0,122	0,466
I23	0,119	0,173	0,458
I20	0,115	0,109	0,245

Tabulka č. 4: Korelace faktorů

MR1	1,000	0,464	0,253
MR2	0,464	1,000	0,157
MR3	0,253	0,157	1,000

Do české verze dotazníku **CD-RISC-CZ** jsme zařadili dotazníkové položky, jejichž faktorová zátěž byla 0,3 a vyšší. Proto byly vyřazeny položky číslo 2, 6, 14 a 20. Jak již bylo výše zmíněno, v rámci analýzy jsme identifikovali tři hlavní faktory. Nazvali jsme je takto:

1. Sebedůvěra, kompetentnost, odolnost vůči nepříznivým situacím, kam podle hodnot tabulky č. 3 řadíme položky č.: 4 „*Poradím si se vším, co přijde.*“, 11 „*Člověk může dosáhnout svých cílů.*“, 12 „*I když věci vypadají beznadějně, nevzdávám se.*“, 15 „*Při řešení problémů preferuji vedoucí roli.*“, 16 „*Nenechám se jen tak odradit neúspěchem.*“, 17 „*Považuji se za silného člověka.*“, 18 „*Dokážu udělat nepopulární nebo nepříjemné rozhodnutí.*“, 19 „*Umím si poradit s nepříjemnými pocity.*“ a 22 „*Mám svůj život pod kontrolou.*“;

2. Úsilí při dosahování cílů a nalézání smyslu s položkami: 3 „*Někdy může pomoci osud nebo Bůh.*“, 5 „*Předchozí úspěchy poskytují sebedůvěru pro nové výzvy.*“, 7 „*Vyrovnat se se stresem člověka posiluje.*“, 9 „*Věci se nedějí bez důvodu.*“, 10 „*Snáším se, jak nejvíc mohu, nezávisle na tom, o co jde.*“, 13 „*Vím, kam se mohu obrátit pro pomoc.*“, 21 „*Mám silný pocit, že to, co dělám, má smysl.*“, 24 „*Pracuji, abych dosáhl/a svých cílů.*“ a 25 „*Jsem hrdý/a na to, co jsem dokázal/a.*“;

3. Pozitivní přijímání změn s položkami: 1 „*Jsem schopný/a přizpůsobit se změně.*“, 8 „*Po nemoci nebo obtížích jsem schopný/a se vzpamatovat.*“, 23 „*Mám rád/a výzvy.*“.

Z námi provedené analýzy tedy vyplývá, že se česká verze dotazníku CD-RISC skládá ze **tří základních faktorů s 21 položkami** místo 25.

Považujeme za potřebné zdůraznit, že výše zmíněné **třífaktorové řešení** na takto malém vzorku respondentů (tj. 84 osob) **není plně spolehlivé**. Jde však o pilotní sondu v situaci, kdy neexistuje standardizovaná česká verze a výsledek bereme jako výzvu k dalšímu zkoumání. Jediné, co můžeme s jistotou říci už dnes, je to, že jednodimenzionální řešení data nepopisuje.

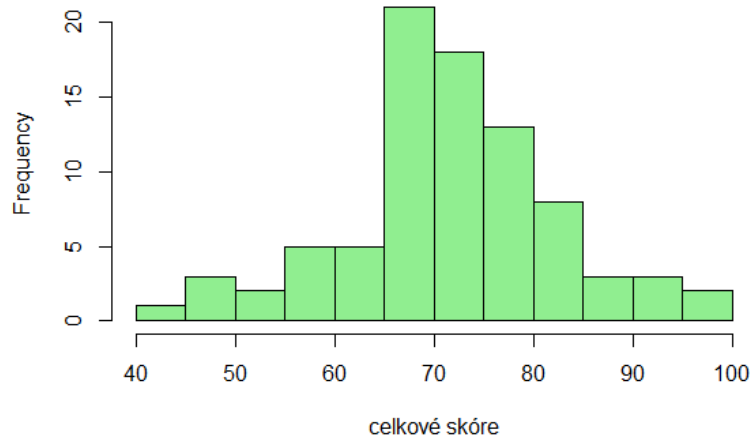
11.3 Reliabilita

Cronbachova alfa celého dotazníku je $\alpha=0,87$, standardizovaná alfa, která byla použita v originálním dotazníku CD-RISC je $\alpha=0,88$. To je celkově srovnatelné s originálním dotazníkem.

11.4 Výsledky navazujících analýz

Celkové skóre resilience mělo průměr $M = 72,08$, $SD = 10,61$, ale poměrně zvláštní rozdělení, odlišující se od normálního rozdělení. Z těchto důvodů jsme použili výhradně univariační neparametrickou analýzu (viz. graf č. 3).

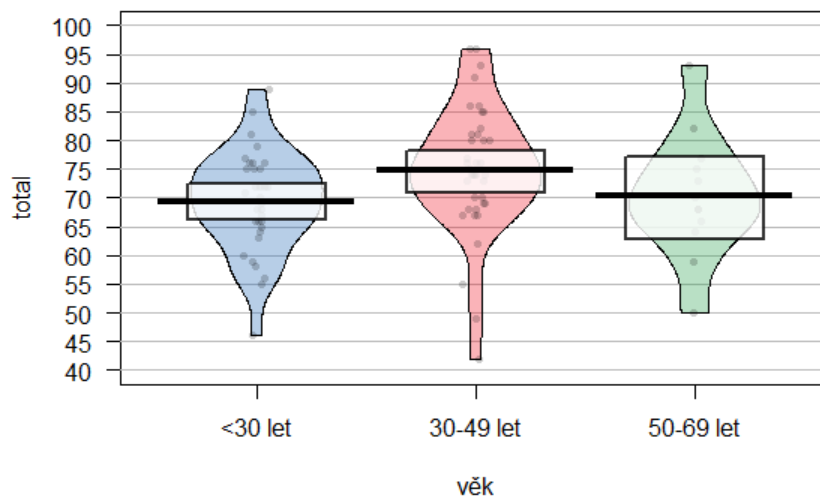
Graf č. 3: Rozdělení celkového skóre



V rámci navazujících analýz nebyl pozorován statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami, $W = 463$, $p(84) = 0,201$ (*přítommužů bylo pouze 10*), v rámci vzdělání, $W = 1014,5$, $p(84) = 0,942$, ani v rámci let praxe v oboru, $W = 713,5$, $p(84) = 0,277$.

Jediný signifikantní vliv byl pozorován v rozdílu věku na celkové skóre, $p(84) = 0,034$; středně staří respondenti dosahovali vyšších skóre (viz. graf č. 4 níže).

Graf č. 4: Vliv věku na celkové skóre



12 Diskuse výsledků

Pro výzkumnou část bakalářské práce byl použit kvantitativní přístup – dotazníkové šetření. Jednalo se o dotazník *Škála resilience podle Connorové a Davidsona (CD-RISC)*, jehož česká verze je dostupná v diplomové práci Švarcové (2015). V rámci její práce šlo o pouhý překlad z angličtiny do češtiny, kde nebyla provedena faktorová analýza, která by ověřila psychometrické charakteristiky české verze. Faktorová analýza nebyla součástí ani dalších českých akademických prací, které pro výzkum využily CD-RISC.

Primárním cílem našeho výzkumu tedy bylo zjistit psychometrické charakteristiky české verze dotazníku **CD-RISC-CZ** měřícího úroveň resilience osob. Na základě provedené analýzy pro odhad počtu faktorů jsme zjistili, že třífaktorové řešení naše data popsalo nejlépe. Počet faktorů byl prostřednictvím paralelní analýzy tedy odhadnut na tři (viz. graf č. 2). Faktory jsme nazvali takto: 1. Sebedůvěra, kompetentnost, odolnost vůči nepříznivým situacím, 2. Úsilí při dosahování cílů a nalézání smyslu, 3. Pozitivní přijímání změn.

Jelikož jsme do české verze dotazníku zařadili dotazníkové položky, jejichž faktorová zátěž byla 0,3 a vyšší, došlo k vyřazení některých položek (2, 6, 14 a 20). Z naší provedené analýzy tedy vyplynulo, že CD-RISC-CZ obsahuje pouhých 21 položek nikoliv 25, jak je tomu v originále (viz. tabulka č. 3).

Naše výzkumné šetření konstatovalo, že faktorová struktura české verze dotazníku se liší od originální americké verze, čímž se potvrdila naše první hypotéza. K tomuto závěru je třeba dodat určitý komentář.

Mnohé výzkumy se zabývaly stejnou otázkou, zda pětifaktorový model dotazníku CD-RISC je dostatečně spolehlivý. Ve výsledcích se ovšem autoři dopracovali k rozdílným závěrům. Někteří považují za neoptimalnější řešení to pětifaktorové, někteří třífaktorové, někteří se nedopracovali dokonce ani k jednodimenzionálnímu řešení. Za důvody těchto nejednotných výsledků jsou považovány multikulturní rozdíly, rozdílné podmínky při distribuci dotazníků a rozdíly ve výběru analytických strategií. (Connor-Davidson_Resilience_Scale in Wikipedia, 2018).

Skupina amerických badatelek M. Mealer, S. J. Schmiede, P. Meek (2016) zkoumala resilienci sester na jednotkách intenzivní péče. V rámci své studie autorky provedly faktorovou analýzu originálního dotazníku CD-RISC. Jednodimenzionální struktura jim, stejně jako nám, data dostatečně nepopsala. Finálně identifikovaly také tři faktory, které nazvaly takto: 1. *Personal competence* (lze přeložit jako Osobní kompetentnost), 2. *Perseverance* (lze přeložit jako Vytrvalost). a 3. *Leadership* (lze přeložit jako Vedoucí role).

V souvislosti s faktorovou zátěží vyřadily celkem devět položek, tj.: 2, 3, 9, 13, 14, 16, 19, 23 a nakonec 25. Škála se jim tedy zkrátila na 16 položkovou místo 25 položkové. Definitivní počet položek v CD-RISC-CZ po námi provedené faktorové analýze se zkrátil na 21.

Rozdíl v našem výsledku a ve výsledku Mealerové a spol. spočívá ve dvou zásadních věcech. Především lze zdůraznit, že autorky využily dotazník v jeho originálním znění. V případě, kdy dochází k překladu dotazníku do jiného jazyka, může dojít u respondentů – přes veškerou snahu překladatelů – k určitým rozdílům v chápání významu použitých slov a obrátů (tj. k lingvistickému posunu oproti originálu). Druhý zdroj rozdílů je sociokulturní: přeložená verze dotazníku vstupuje do odlišných podmínek jiné země, v našem případě do České republiky. Její zdravotnický systém, postavení pacienta, výběr, příprava a kompetence sester, jejich práce ve zdravotnických zařízeních je poněkud odlišná od situace v USA, kde dotazník vznikl. Dále Mealerová a spol. zkoumaly resilienci na vybrané skupině sester pracujících na jednotkách intenzivní péče, akdežto náš výběrový soubor se skládal jednak ze sester pracujících na jednotkách intenzivní péče, jednak ze sester pracujících na standardních odděleních. V rámci studie autorek Mealerové a spol. (2016) byly mimo jiné zjišťovány rozdíly v úrovni resilience u sester pracujících na jednotce intenzivní péče trpících posttraumatickým syndromem a sester, které jím netrpěly. Tato problematika ovšem přesahuje zaměření naší práce.

Naopak Gillespieová a spol. (2007), která zkoumala resilienci sester na operačních sálech, identifikovala skrze faktorovou analýzu totožných pět faktorů s reliabilitou 0,90. Problematika byla zkoumána na vzorku 772 respondentů s téměř nadprůměrnou 54 % zpětnou vazbou. Za zmínku také stojí, že Gillespieová a spol. došli k závěru, že existuje statisticky významný vztah mezi resiliencí a copingem. Efektivní coping podporuje a rozvíjí resilienci sester. Gillespieová tak klade důraz na osobní management stresu, v rámci kterého je nutné zefektivnit organizační podporu na pracovišti.

Navazující cíle našeho výzkumu se týkaly konkrétní úrovně psychické resilience sester na vybraných klinikách. Před vyhodnocením námi předloženého dotazníkového šetření jsme předpokládali, že úroveň resilience u sester pracujících na gerontometabolické klinice bude (oproti sestřím na chirurgické klinice) vyšší. Uvažovali jsme, že se obě kliniky liší spektrem pacientů, typy diagnóz, charakterem práce sester a mírou pozitivních změn na straně pacientů. Po vyhodnocení ovšem nebyl pozorován statisticky významný rozdíl. Hypotéza č. 2 se tedy nepotvrdila.

Nepotvrdila se ani hypotéza č. 3 – *Existuje rozdíl v úrovni resilience mezi sestrami na standardních odděleních a sestrami pracujícími na jednotkách intenzivní péče, kdy jsme*

předpokládali, že úroveň resilience na jednotkách intenzivní péče bude vyšší. To ovšem může být vysvětleno výše zdůrazněným malým vzorkem respondentů (tj. 84 osob), což má za důsledek, že výsledky nemusí být plně spolehlivé.

I přes nízký počet respondentů se podařilo prokázat signifikantní vztah v souvislosti s věkem respondentů a úrovní jejich resilience. Sestry ve středním věku (tj. 30–49 let) dosahovaly podle našeho šetření vyšších skóre (viz Graf č. 4). Na základě Holm-Bonferroniho korekce na opakované testování, která byla provedena ve spolupráci s dr. Cíglerem, však může jít o nedostatečně průkazné zjištění, ovlivněné malým vzorkem osob. Nabízí se však určité věcné vysvětlení. Ty mladé sestry, které vykazující nízkou úroveň resilience, psychickou a pracovní zátěž v nemocnici nevydrží a z práce odejdou. Tím se mladší skupina sester výrazně redukuje. Starší sestry profesi vykonávají sice dlouhodobě, ale v pokročilém věku již vykazují známky syndromu vyhoření, se kterým je spojena snížená úroveň jejich resilience. Skupina středně starých sester v profesi vydrží a jejich úroveň psychické resilience je relativně vysoká. Jde o skupinu, která překonala prvotní zátěž v mladším věku, vykazují tak tedy vysokou úroveň resilience, avšak jejich působení v profesi všeobecné sestry ještě není natolik dlouhé, aby vykazovaly známky vyhoření a tím došlo ke snížení úrovně jejich resilience. Hypotéza č. 4 se tedy z části potvrdila – existuje vztah mezi úrovní resilience a věkem, sestry středního věku mají vyšší úroveň resilience, ovšem u sester ve věku 50 let a více je úroveň jejich psychické resilience poměrně nízká. Pak je ovšem otázkou, námětem pro další výzkum, zda resilience nemá (kromě osobnostní složky) také složku závisící na míře zkušeností se zvládnutím distresu a dále složku související s optimální délkou praxe, po jejímž překročení se zvládací kapacita snižuje a dochází k vyhoření sester.

Odlíšné výsledky lze pozorovat ve studii Brownové a spol. (2017), která zkoumala vztah mezi vyčerpáním, psychickou resiliencí a pracovní spokojeností u vybrané skupiny sester pracujících v různých nemocnicích, konkrétně na lůžkových odděleních JIP i standard. Především se zaměřili na rozdíly mezi sestrami, které na oddělení pracovaly dlouhodobě (*Seasoned nurses*) a sestrami začátečnicemi (*Novice*). Vliv věku na úroveň resilience vybrané skupiny respondentů v této studii nebyl signifikantní.

Vnaší studii nebyl prokázán zvláště významný rozdíl v úrovni resilience v souvislosti s dosaženým vzděláním, čímž se potvrdila hypotéza č. 5. Na druhou stranu Brownová a spol. (2017) vliv dosaženého vzdělání na úroveň resilience potvrdili. Čím vyšší vzdělání tazání respondenti měli, tím vyšší byla úroveň jejich resilience.

Za důvod značných rozdílů ve výsledcích naší studie a studie Brownové a spol. (2017) můžeme považovat především velké sociokulturní rozdíly nejen mezi naší skupinou a zahraniční skupinou respondentů, ale také v samotné zahraniční skupině jako takové. Skupina respondentů Brownové a spol. se skládala z jedinců žijících v USA, kde zastoupení etnických skupin bylo poměrně široké (rasa kavkazoidní, hispánská, afroamerická, rasa amerických indiánů). Díky tomu lze předpokládat značné rozdíly v deskriptivních charakteristikách našich a zahraničních respondentů. Za možné vysvětlení můžeme považovat také vliv výše zmíněného omezeného počtu respondentů v našem výzkumu (tj. 84), je tak možné, že kdyby byl počet respondentů vyšší (cca 300), a byli by osloveni respondenti z různých nemocnic, výsledky by mohly vycházet jinak.

Hypotézu o vlivu délky praxe na úroveň resilience se v našem výzkumu nepodařilo prokázat. Předpoklad, že jedinci pracující na daném oddělení déle, budou odolnější, se nepotvrdil. Ani Brownová a spol. (2017) ve své studii neprokázala vliv délky praxe na úroveň resilience vybrané skupiny sester (tj. 521 respondentů). V tomto se tedy výsledky našich studií shodovaly. Toto může být vysvětleno námi zvoleným rozdělením, <5 nebo >5 let praxe, které nepředstavuje významné hraniční období. Je možné, že kdybychom rozšířily hraniční období, dospěli bychom k jiným závěrům. Hraniční období nerozšířila ani Brownová a spol. (2017), která zvolila rozdělení <2 nebo >2 roky praxe.

Srovnáním se zahraničními studiiemi v diskuzi chci především poukázat na to, že problematika resilience sester je aktuálním tématem po celém světě. Musíme si ale uvědomit, že není zcela možné srovnávat naši studii se studiiemi zahraničními, a to především z důvodu zmiňovaných sociokulturních rozdílů.

I s přihlédnutím ke zmíněným omezením výzkumného šetření se nám na zkoumaném souboru respondentů podařilo prokázat, že neexistují značně signifikantní rozdíly v úrovni resilience všeobecných sester v souvislosti s klinikou a oddělením, kde pracují, s délkou praxe a působením v oboru. Stejně tak se neprokázal vliv úrovně vzdělání sester na úroveň resilience. Co se naopak prokázalo byl především vliv věku. Středně starší respondenti vykazovali vyšší úroveň resilience, než respondenti mladí a staří. Bylo by žádoucí věnovat vlivu věku na úroveň resilience více času, a konkrétně tak zjistit, co je příčinou rozdílných výsledků.

Pro objasnění veškerých příčin výsledků našeho šetření by bylo potřebné provést dvě věci: zařadit do výzkumu další dotazník a zároveň uskutečnit rozhovory se skupinou vybraných sester. To lze brát jako námět pro další zkoumání.

ZÁVĚR

Aktuální situace v českém zdravotnictví se potýká s kritickým nedostatkem sesterského personálu. To má za následek obrovské stresové vypětí sester pracujících ve směnných provozech. Sestry pracují mnoho hodin přesčas, aby zastoupily chybějící personál a poskytly tak pacientům vysoce kvalitní péči. To velmi negativně ovlivňuje jejich fyzický a psychický stav, který je ve vztahu k neustálým organizačním změnám velmi podceňován a často přehlížen. Neustálé změny a narůstající nároky vedou ke stresu, vyčerpání až známám vyhoření. To vše negativně ovlivňuje psychickou resilienci sester. Proto je resilience tématem, které si zaslouží naši pozornost, a její bližší zkoumání je tak žádoucí.

Ve výše zmíněných odborných studiích se autoři zabývají vztahem resilience a dalších proměnných – věk, úroveň vzdělání, délka praxe, oddělení. Tyto vztahy jsme zkoumali také v rámci našeho výzkumu. Naše závěry naznačují, že zmíněné předpoklady neplatí všeobecně – jediný signifikantní vztah se prokázal v souvislosti s věkem, kdy sestry ve středním věku (30-49 let) vykazovaly vyšší úroveň resilience než sestry mladší (<30 let) a starší (50–69 let). Naše práce si mimo jiné kladla za cíl zjistit psychometrické charakteristiky české verze dotazníku **CD-RISC-CZ** měřícího úroveň resilience osob. Naše výzkumné šetření konstatovalo, že faktorová struktura české verze dotazníku se liší od originální americké verze, a to především v počtu faktorů, které byly na základě provedených analýz odhadnuty na tři, v originální verzi je zmíněno faktorů pět. Následně došlo k vyřazení některých dotazníkových položek, čímž se počet položek zredukoval z 25 na 21.

I když je na místě brát výsledky našeho výzkumu jako předběžné, přesto rámcově poukázaly na zajímavá zjištění, že neexistují značně signifikantní rozdíly v úrovni resilience všeobecných sester v souvislosti s klinikou a oddělením, kde pracují, s délkou praxe a působením v oboru. Stejně tak se neprokázal vliv úrovně vzdělání sester na úroveň resilience. Co se naopak prokázalo byl vliv věku. Další výzkumy v této oblasti by mohly ověřit úroveň resilience všeobecných sester u většího vzorku respondentů, případně by se mohly zaměřit na další proměnné, které resilienci ovlivňují. Dále považujeme za potřebné zdůraznit, že by bylo vhodné provést faktorovou analýzu v rámci dotazníkového šetření většího vzorku respondentů, jelikož v našem případě jde především o pilotní sondu v situaci, kdy neexistuje standardizovaná česká verze, a výsledek bereme především jako výzvu k dalšímu zkoumání.

Použitá literatura a prameny

BROWN, Robin, Howard WEY a Key FOLAND. The Relationship Among Change Fatigue, Resilience, and Job Satisfaction of Hospital Staff Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*. South Dakota, 2018, **50**(3), 306-313.

CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4033-1.

CONNOR, K. M. a J. R. T. DAVIDSON. Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003, **18**(1), 76-82.

CONNOR-DAVIDSON_RESILIENCE_SCALE in *Wikipedia.org* [online]. worldwide: Wikimedia Foundation, 2018 [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: https://en.wikipedia.org/wiki/Connor-Davidson_Resilience_Scale

FRIBORG, O. a HJEMDAL, O. a ROSENVINGE, J. a MARTINUSSEN, M. A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2003, **12**(2), 66-76.

GILLESPIE, B. M., W. CHABOYER, M. WALLIS a P. GRIMBEEK. Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *Journal compilation*. 2007, **59**(4), 427-438.

KEBZA, Václav a Radka DROZDOVÁ. Well-being and its selected psychosocial and behavioural variables in a sample of nurses. *Československá psychologie*. 2011, **55**(4), 289-305. ISSN 0009-062X.

HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry: (psychothriller)*. Praha: Galén, 2015. 257 s. ISBN 978-80-7492-142-1.

HOŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 70 s. ISBN 80-7184-889-1.

HUTCHINSON, A. K., A. D. STUART a H. G. PRETORIUS. Biological contributions to well-being: The relationships amongst temperament, character strenghts and resilience. *SA Journal of Industrial Psychology*. 2010, **36**(2), 1-10.

KOMAČEKOVÁ, D. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. 2009, **19**(7-8), 26-28. ISSN 1210-0404.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004, 78 s. Sestra. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, J., *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010, 119 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3149-0.

LOSKOTOVÁ, M., K. VEVERKOVÁ, R. KOŠTÁL a V. DŽUPA. Analýza pracovní zátěže sester na ortopedicko-traumatologickém pracovišti. *Pracovní lékařství*. 2015, **67**(1), 6-11.

LYON, B. L., *Handbook of Stress, Coping and Health: Implication for Nursing Research, Theory and Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000, 23 s., ISBN: 0-7619-1821-3.

MEALER, Meredith, Sarah J. SCHMIEGE a Paula MEEK. The Connor-Davidson Resilience Scale in Critical Care Nurses: A Psychometric Analysis. *J Nurs Meas*. Colorado, 2016, **24**(1), 28-39.

MCGUINNESS, T. M. a J. G. DYER. Resilience: Analysis of the Concept. *Psychiatric Nursing*. 1996, **10**(5), 276-282.

NOVOTNÝ, J. S. Resilience versus "resilientní jedinec": co vlastně zkoumáme? *Psychologie a Její Kontexty*. 2014, **5**(1), 3-14.

NOVOTNÝ, J. S., A. TARINOVÁ a K. SEIDLOVÁ. Temperament a resilience v období mladé dospělosti. *E-psychologie [online]*. 2016, **10**(3), 1-12.

PAULÍK, K., *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010, 240 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2959-6.

- PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.
- PANGALLO, A., ZIBARRAS, L., LEWIS, R., & FLAXMAN, P. Resilience through the lens of interactionism: A systematic review. *Psychological Assessment*. 2014, 1-20.
- PLEVOVÁ, I. Zdravotní sestra a pomáhající profese. *Profese*. 2008, **3**(1), 9-11. ISSN 1802-2081.
- RAMBOUSKOVÁ, A. a P. ŠLEHOFER. Postoj sester k profesi a jejich motivace k dalšímu vzdělávání. *Florence*. 2018, **18**(4), 18-20. ISSN 2570-4915.
- RICHARDSON, G. E. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*. 2002, **58**(3), 307-321. ISSN 0021-9762.
- ROUBALOVÁ, G. Sestra a její péče o vlastní zdraví. *Sestřička* [online]. 2013, **13**(8), 5-8 [cit. 2018-12-25].
Dostupné z: <http://sestricka.com/sestra-a-jeji-pece-o-vlastni-zdravi>
- SINCLAIR, V. a WALLSTON, K. The Development and psychometric evaluation of the brief resilient coping scale. *Assessment*. (2004), **11**(1), 94-101.
- SMÉKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister & Principal, 2002. ISBN 80-85947-80-3.
- SMITH, B., DALEN, J., WIGGINS, K., TOOLEY, E., CHRISTOPHER, P. a BERNARD, J. The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*. (2008), **15**(3), 194-200.
- STAŇKOVÁ, M., *Sestra – reprezentant profese*. 1. Vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
- ŠOLCOVÁ, I., *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009, 80 s. ISBN 978-80-247-2947-3.

ŠVARCOVÁ, Tereza. *Resilience a vnímání životní smysluplnosti*. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. Vedoucí práce prof. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.

TUSAIE, Kathleen a Janye DYER. Resilience: a Historical Review of The Construct. *Holistic Nursing Practice*. 2004, **18**(1), 3-8.

VENGLÁŘOVÁ, M., *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing, 2011, 184 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.

VĚTVIČKA, Václav. Na deprese sportem? Cvičení má podobný účinek jako léky. *Lidovky.cz* [online]. 2012, **5**.(12.), 2-3 [cit. 2018-12-25].

Dostupné z: https://www.lidovky.cz/relax/zdravi/na-deprese-sportem-cviceni-ma-podobny-ucinek-jako-leky.A121003_165304_ln-zdravi_glu

WAGNILD, G. a YOUNG, H., Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*. (1993), **1**(2), 165-178.

WINDLE, G., BENNETT, K., & NOYES, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2018, **9**(1), 1-18.

Rámcová směrnice o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci. EU-OSHA [online]. Santiago de Compostela: Agentura Evropské unie, 2018 [cit. 2018-10-09].

Dostupné z: <https://osha.europa.eu/cs/legislation/directives/the-osh-framework-directive/the-osh-framework-directive-introduction>

Wikipedia.org [online]. worldwide: Wikimedia Foundation, 2018 [cit. 2019-04-17]. Dostupné z: https://en.wikipedia.org/wiki/Connor-Davidson_Resilience_Scale

Latinsky slovník.latinsky.cz [online]. Ostrava: WordPress, 2009 [cit. 2018-10-22].

Dostupné z: <http://latinsky-slovník.latinsky.cz/latinsko-cesky/>

Slovník-cizích-slov.abz.cz [online]. Ostrava: ABZ knihy, 2005 [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/resilience>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Uzis.cz* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 1960 [cit. 2019-04-09]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/dokumenty/vyrocnizprava-uzis-cr-za-rok-2017>

Abstrakt

Autor:	Sarah Freibauerová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství Lékařské fakulty v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Psychická resilience všeobecných sester na dvou vybraných klinikách fakultní nemocnice
Vedoucí práce:	prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Počet stran:	75
Počet příloh:	4
Rok obhajoby:	2019
Klíčová slova:	psychická resilience, všeobecná sestra, zátěž, adaptace, osobnost člověka

Bakalářská práce se zabývá problematikou psychické resilience všeobecných sester. V teoretické části se práce zabývá pojetím osobnosti, dále se zaměřuje na problematiku stresu. Zmiňuje nejen základní teoretické poznatky o stresu jako jsou jeho příznaky, reagování osob na stres, ale také zvládání zátěžových situací (coping). S tím vším velmi úzce souvisí psychická resilience, které je v teoretické části věnována samostatná kapitola. Teoretická část se dále zaměřuje na konkrétní problematiku osobnosti všeobecných sester, jejich zátěž v práci a na možnosti duševní hygieny, jež napomáhá k posílení psychické resilience.

V empirické části výzkumné šetření zkoumá resilienci všeobecných sester na gerontometabolické a na chirurgické klinice. Jednalo se o dotazníkové šetření pomocí české verze dotazníku Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Cílem bylo zjistit, jaká je úroveň resilience zkoumaného souboru 84 všeobecných sester. Výsledky ukázaly, že neexistují výrazné rozdíly v úrovni resilience sester, pokud jde o jejich vzdělání, délku praxe, typ oddělení, typ kliniky. Naopak se ukázalo, že úroveň resilience sester významně souvisí s jejich věkem. Středně staré sestry (30–49 let) podle výsledků výzkumného šetření vykazovaly vyšší úroveň psychické resilience než sestry zbývajících dvou věkových skupin, tedy sestry mladší a sestry vyššího věku. Faktorová analýza české verze dotazníku CD-RISC dospěla k třífaktorovému řešení oproti pětifaktorové podobě originální americké verze. Bylo by však vhodné ověřit zjištěné závěry dalšími studii.

Abstract

Author: Sarah Freibauerová
Institution: Ústav sociálního lékařství Lékařské fakulty v Hradci Králové
Oddělení ošetrovatelství
Title: Psychological resilience of Nurses
in Two Selected Clinics of University Hospital
Supervisor: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Number of pages: 75
Number of attachments: 4
Year of defense: 2019
Keywords: psychological resilience, general nurse, adversity, adaptation, personality

Bachelor thesis is focused on psychological resilience of general nurses. Nurses were randomly chosen in two selected clinics of university hospital in Hradec Králové. The purpose of the theoretical part was to present personality concepts in general, stress theory, symptoms of stress and reactions to stress. Besides it also presents resilience in face of adversity. There is a separate chapter which is focused on resilience in particular. Another chapter of the theoretical part is focused on general nurses' coping strategies and mental hygiene strategies which helps to strengthen their resilience.

The aim of the empirical part of bachelor thesis was to find out if there are any differences in the level of resilience among selected groups of general nurses. There was Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) used to measure resilience. As the results showed, no significant differences were proven in connection with education, work experience, work department and clinic. On the other side, the results have proven there is a significant relationship between resilience and age of nurses. Middle-aged nurses (30 to 49 years) were more resilient than younger ones and older ones. Another aim of the empirical part was to analyse and verify psychometrics characteristics of the Connor-Davidson Resilience Scale. Based on the analysis, it showed that three-factors solution instead of five-factors has described data in the best way possible. It would be essential to verify our results in other studies of the same subject.

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 – Zastoupení respondentů

Tab. 2 – Základní deskriptivní údaje o položkách české verze dotazníku CD-RISC

Tab. 3 – Vzorová matice třífaktorového řešení

Tab. č 4 – Korelace faktorů

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 – Maslowova pyramida potřeb

Obr. 2 – Homeostatický model resilience

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Návratnost dotazníků

Graf 2 – Paralelní analýza pro odhad počtu faktorů

Graf 3 – Rozdělení celkového skóre

Graf 4 – Vliv věku na celkové skóre

PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník – Škála resilience dle Connorové a Davidsona – česká verze

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Sarah Freibauerová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové, obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás touto cestou poprosit o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce, a zabýváse **psychickou odolností (resiliencí) sester**. Tento dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce. Předem děkuji za pravdivé odpovědi a za Váš čas, který si na vyplnění dotazníku najdete, velmi si toho vážím. **Vyplněný dotazník vložte, prosím, do připravené obálky u sester.**

Sarah Freibauerová

I. ČÁST: Demografické a identifikační údaje

Každou otázku si pozorně přečtete a zaškrtnete z nabídnutých možností odpověď dle Vašeho uvážení. Při vyplňování dotazníku označte křížkem odpověď ☒.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- muž
- žena

2. Kolik je Vám let?

- méně než 30 let
- 30–39 let
- 40–49 let
- 50–59 let
- 60–69 let
- 70 let a více

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- středoškolské bez maturity/vyučen
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

4. Na jakém oddělení chirurgické/gerontometabolické kliniky pracujete?

- standardní oddělení
- jednotka intenzivní péče

5. Uved'te, prosím, kolik let praxe máte v oboru:

6. Uved'te, prosím, kolik let pracujete na tomto oddělení:

II. ČÁST: Dotazník CD-RISC – Škála resilience dle Connorové a Davidsona

© K. M. Connor, M.D. a J. R. T. Davidson, M.D. (2003)

Dotazník obsahuje **25 položek**, které jsou zodpověditelné na **5 – položkové škále**. Prosím ohodnoťte, **jak s každou položkou souhlasíte/nesouhlasíte**. Význam je následující: Zcela nesouhlasím = 0; Spíše nesouhlasím = 1; Někdy souhlasím, někdy nesouhlasím = 2; Spíše souhlasím = 3; Zcela souhlasím = 4.

	VZOR: <i>Jsem schopný/á přizpůsobit se změnám.</i>	Hodnocení: zcela nesouhlasím zcela souhlasím 0 1 2 <input checked="" type="radio"/> 3 4
1.	Jsem schopný/á přizpůsobit se změnám.	0 1 2 3 4
2.	Mám blízké a pevné vztahy.	0 1 2 3 4
3.	Někdy může pomoci osud nebo Bůh.	0 1 2 3 4
4.	Poradím si se vším, co přijde.	0 1 2 3 4
5.	Předchozí úspěchy poskytují sebedůvěru pro nové výzvy.	0 1 2 3 4
6.	Dívám se na věci s humorem.	0 1 2 3 4
7.	Vyrovnat se se stresem člověka posiluje.	0 1 2 3 4
8.	Po nemoci nebo obtížích jsem schopný/á se vzpamatovat.	0 1 2 3 4

9.	Věci se nedějí bez důvodu.	0	1	2	3	4
10.	Snažím se, jak nejvíce mohu, nezávisle na tom, o co jde.	0	1	2	3	4
11.	Člověk může dosáhnout svých cílů.	0	1	2	3	4
12.	I když věci vypadají beznadějně, nevzdávám se.	0	1	2	3	4
13.	Vím, kam se mohu obrátit pro pomoc.	0	1	2	3	4
14.	I když jsem pod tlakem, soustředím se a myslím jasně.	0	1	2	3	4
15.	Při řešení problémů preferuji vedoucí roli.	0	1	2	3	4
16.	Nenechám se jen tak odradit neúspěchem.	0	1	2	3	4
17.	Považuji se za silného člověka.	0	1	2	3	4
18.	Dokážu udělat nepopulární nebo nepříjemné rozhodnutí.	0	1	2	3	4
19.	Umím si poradit s nepříjemnými pocity.	0	1	2	3	4

20.	Jednám na základě intuice.	0	1	2	3	4
21.	Mám silný pocit, že to, co dělám, má smysl.	0	1	2	3	4
22.	Mám svůj život pod kontrolou.	0	1	2	3	4
23.	Mám rád/a výzvy.	0	1	2	3	4
24.	Pracuji, abych dosáhl/a svých cílů.	0	1	2	3	4
25.	Jsem hrdý/á na to, co jsem dokázal/a.	0	1	2	3	4

Děkuji Vám za čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku!

Příloha 2: Potvrzení o výzkumu od vrchní sestry

Vážená paní
Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

V Hradci Králové 5. listopadu 2018

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Vážená paní magistro,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Sarah Freibauerové, narozené 3. 6. 1995, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit, jaká je úroveň psychické resilience (odolnosti) sester na gerontometabolické klinice a sester na chirurgické klinice. Následně by byly výsledky kvantitativního šetření porovnány.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku u sester, které pracují na standardních odděleních a jednotkách intenzivní péče. Plánujeme oslovit 30 - 40 sester z každé kliniky. Dotazník je přiložen k žádosti.

Výzkum bude prováděn ve Vaší nemocnici, na III. Interní gerontometabolické klinice a Chirurgické klinice.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením prof. PhDr. Jiřího Mareše CSc., tajemníka Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Sarah Freibauerová
Sadovská 1091
Hradec Králové 500 02
Tel.: 777 226 208
E-mail: sarah.freibauer@gmail.com

prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Tajemník
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové
Šimkova 870
500 03 Hradec Králové
Tel.: 495 816 426

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

8. 11. 2018

Mgr. Dana Vaňková

Podpis a razítko

FAKULTNÍ NEMOCNICE
náměstkyně pro ošetr. péči
500 05 Nový Hradec Králové

Příloha 3: Potvrzení o výzkumu – Gerontometabolická klinika

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Příjmení a jméno studenta:	Freibauerová Sarah
datum narození:	3. 6. 1995
adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Sadovská 1091, Hradec Králové 500 02
telefonní kontakt:	777 226 208
e-mail:	sarah.freibauer@gmail.com
Název školy, fakulta, katedra:	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetřovatelství
Studijní program, Studijní obor / ročník:	Všeobecná sestra prezenční bakalářské studium 3. ročník
Typ práce (bakalářská, diplomová, absolventská, seminární):	Bakalářská práce
Téma:	Psychická resilience u sester na gerontometabolické klinice
Jméno vedoucího práce:	prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	30 - 40 sester
Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	III. interní gerontometabolická klinika
Metodika výzkumu:	smíšený (dotazník + rozhovory)
Období výzkumu (od - do):	12. 11. 2018 - 22. 2. 2019
<u>Souhlas pracoviště, kde bude výzkum prováděn</u>	
Jméno: Mgr. Petra Kholová	
Pozice: vrchní sestra	
Razítko a podpis:	

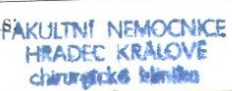
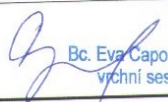
Tímto dávám souhlas s poskytnutím svých osobních údajů v rozsahu podkladů pro účely administrace odborné praxe ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

.....
Vedoucí práce prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Freibauerová S.
.....
Studentka Sarah Freibauerová

Příloha 4: Potvrzení o výzkumu – Chirurgická klinika

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Příjmení a jméno studenta:	Freibauerová Sarah
datum narození:	3. 6. 1995
adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Sadovská 1091, Hradec Králové 500 02
telefonní kontakt:	777 226 208
e-mail:	sarah.freibauer@gmail.com
Název školy, fakulta, katedra:	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetrovatelství
Studijní program, Studijní obor / ročník:	Všeobecná sestra prezenční bakalářské studium 3. ročník
Typ práce (bakalářská, diplomová, absolventská, seminární):	Bakalářská práce
Téma:	Psychická resilience u sester na chirurgické klinice
Jméno vedoucího práce:	prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	30 - 40 sester
Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:	Chirurgická klinika
Metodika výzkumu:	dotazník
Období výzkumu (od - do):	12. 11. 2018 - 22. 2. 2019
<u>Souhlas pracoviště, kde bude výzkum prováděn</u>	
Jméno: Bc. Eva Capoušková	
Pozice: vrchní sestra	
Razítko a podpis:	 

Tímto dávám souhlas s poskytnutím svých osobních údajů v rozsahu podkladů pro účely administrace odborné praxe ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

.....
Vedoucí práce prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Freibauer S.
.....
Studentka Sarah Freibauerová