

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Resilience pracovníků v hospici

The Resilience of Workers in a Hospice

Vedoucí práce:
MUDR. Jiřina Ondrušová

Autor:
Irena Mašatová

2012

Poděkování

Děkuji MUDR. Jirině Ondrušové za odborné vedení práce, vstřícnost a čas, který věnovala důkladným a průběžným komentářům mé práce.

Dále děkuji Ing. Ondřejovi Mašatovi za statistické zpracování výzkumného šetření a v neposlední řadě i všem účastníkům výzkumu za jejich ochotu a vstřícnost.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje cituji v příloženém seznamu literatury.

V Praze dne 10.4.2012

Irena Mašatová

Anotace: Předložená práce se zabývá v první kapitole problematikou odolnosti a jejími kategoriemi typu resilience, hardiness a coherence, protektivními a rizikovými faktory a zdroji odolnosti na úrovni osobnosti. Dále smysluplností života, pracovní spokojeností u zaměstnanců hospice, zátěžovými situacemi, tématem smrti v historickém sledu, jak je reflektovala různá náboženství, historií paliativní medicíny a hospicové péče.

Ve výzkumném šetření byl použit validizovaný dotazník Personal View Survey (PVS) ke zjištění míry odolnosti typu hardiness. Empirická část je zaměřena na zodpovězení hlavní výzkumné otázky, která zní: Jakou míru osobní nezdolnosti typu hardiness vykazují pracovníci hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech? Sekundární výzkumná otázka zní: Liší se míra hardiness mezi věřícími a nevěřícími osobami?

Anotation: The thesis illustrates in the first chapter issue of resistance, and its categorizations kind of resilience, hardiness and coherence, reflects their protective and risk factors and last but not least also personal resistance resources. Another topics are meaning of life, working satisfaction of workers in hospice, adversity. The last theoretical chapter is pursuit to topic of death in its historical perspective, how it reflected different religions, history of paliative medicine and hospice care

In the research part was used a validate questionnaire Personal View Survey (PVS) in aim to figure the amount of hardiness out. The main research question is: Which amount of hardiness does the staff in the Hospice Dobrý Pastýř show? The second question is following: Does exist a diference in hardiness between spiritual and non spiritual people?

Klíčová slova: Resilience, hardiness, coherence, rizikové a protektivní faktory, smysl života, zátěžové situace, coping, paliativní medicína, hospicová péče.

Key words: Resilience, hardines, coherence, risk and protective factors, meaning of life, stress situations, coping, paliative medicine, hospice care.

Seznam zkratk:

CA – challenge (výzva)

CM – commitment (závazek)

CO – control (kontrola)

New c. – výsledná hodnota hardiness

O. S. Tři – občanské sdružení Tři

PSV – Personal View Survey

WHO – světová zdravotnická organizace

Obsah

Úvod.....	7
1 Zdroje poznatků o odolnosti a její kategorie	9
1.1 Nezdolnost v pojetí resilience	9
1.2 Nezdolnost v pojetí hardiness	11
1.3 Nezdolnost v pojetí koherence	13
1.4 Protektivní a rizikové faktory prostředí a osobnostních charakteristik.....	14
1.5 Zdroje resilience na úrovni osobnosti	15
2 Smysluplnost života.....	18
2.1 Definice smysluplnosti života.....	19
2.2 Pracovní uspokojení zaměstnanců hospice	20
3 Charakteristika zátěžové situace a její formy	22
3.1 Zátěž pracovníků v paliativní hospicové péči	25
3.2 Způsoby zvládnání zátěže	29
4 Fenomén smrti napříč dějinami a současný vývoj.....	31
4.1 Vnímání smrti a umírání v náboženstvích a kulturách.....	31
4.2 Historická perspektiva léčebného principu	33
4.3 Historie hospicové péče v České republice.....	34
4.4 Paliativní péče	35
4.5 Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech u Prahy	38
5 Výzkumné šetření	39
5.1 Cíl výzkumného šetření a formulace hypotéz	40
5.2 Soubor	40
5.3 Popis sběru dat	41
5.4 Instrumenty	41
5.5 Výsledky	42
5.6 Diskuze.....	44
6 Závěr	46
7 Bibliografie	48
8 Přílohy.....	51
9 Resumé.....	57

Úvod

Téma smrti je v centru mého zájmu od doby, kdy jsem rozumově byla schopná uvědomit si konečnost lidské existence, avšak o téma dobrého umírání a doprovázení jsem se hlouběji začala zajímat až s příchodem na vysokou školu. Moje postoje k umírání a smrti samozřejmě podléhaly vývoji podmíněnému osobními prožitky, nebo přečtené odborné literatuře, ať už se jedná o medicínskou diskusi o adekvátní péči a zvládání obtíží člověka terminálně nemocného, sociologické studie institucionalizace zásadních okamžiků našich životů včetně umírání, nebo (vy)mizení rituálů či etické a eticko-teologické diskuse o přípustnosti euthanasie.

Zatímco dříve byla smrt součástí procesu obnovy generací, dnes ji spíše vnímáme jako konec života jedinečného já (Giddens, 1999). V důsledku výrazné změny hodnot naší společnosti a jejího zaměření na kult mládí, zdraví, úspěchu a výkonu se nemoc, stáří a umírání spojuje s nepřipustnou slabostí, nízkým sociálním a ekonomickým postavením. Lidé potřebující pomoc pomalu získávají stigma nepotřebných a společnost oslabujících parazitů, pro něž byly vytvořeny různé ústavy a instituce. Smrt a umírání se tak před našimi zraky skryly a jen velmi omezeně, v porovnání s nedávnou historií, s nimi přicházíme do styku jak v realitě, tak i v našich úvahách. I díky sekularizaci vyspělé západní společnosti pomalu mizí rituály, odkaz našich předků, s jejichž pomocí se snažili vymezit prostor pro významné předěly v životě, ať už ty radostné, nebo bolestné. Svatby se zužují jen na vykonání administrativních nutností. Od pohřbů v kostele se již pomalu upouští úplně a o zbytku rituálů, kterých bývalo nespočet, nemáme již ani potuchy. Tím méně nám dochází jejich samotný význam a účel. Z člověka se pomalu stává vlastním přičiněním vyděděnec, prchající před sebou samým, snažící se vybírat na své cestě co nejhladší povrch. Před čím že to vlastně konkrétně utíkáme? Řekla bych, že před svým strachem, úzkostí, odpovědností za sebe i za druhé, těžkostmi a vůbec vším, co by námi mohlo hluboce otřást. Bez otřesu ale není změň. „Co je bez chvění, není pevné.“¹

Situaci dobrého umírání nelepší ani samotné nemocnice, kde pod vlivem rozvoje technologií a farmaceutického průmyslu dochází k převaze „medicíny vítězné“, která vidí umírání jako defekt, neúspěch, na který je nejlepší co nejdříve zapomenout. Přitom je třeba si uvědomit, že ztráta kolektivní strategie překonávání zapřičiňuje nemoci, jak ukazuje velký počet tělesných, duševních a sociálních obtíží u pozůstalých (Stroebe/Stroebe, 1993, in

¹Halík, T. (2002): *Co je bez chvění, není pevné. Labyrintem světa s vírou a pochybností*. Praha, Lidové noviny.

Student a kol., 2007). Proti tomuto modelu stojí hospicová péče, jejímž cílem je poskytnout širokou a zároveň dostupnou péči a podporu. Učinit z poslední fáze života období důstojného a pokojného rozloučení, kdy se má člověk vypořádat se vším, co považuje za zásadní, a to bez zbytečně zakoušeného utrpení, bolesti a osamění, je hlavní filosofií hospicové péče. Nejde však o návrat k původnímu tradičnímu modelu umírání. Přizpůsobení se požadavku na důstojné umírání s využitím současných podmínek a možností péče zahrnuje koncept neomoderní smrti, při které je hlavní autoritou umírající, péče o něj probíhá s respektem k jeho potřebám a v prostředí rodiny nebo zařízení s režimem blížícím se domácímu prostředí. Tento koncept se stal východiskem pro paliativní medicínu a hospicovou péči (Walter, 2005, in Beranová, 2007).

Zaměření na souvislost lidské odolnosti tváří v tvář smrti mě napadlo až nedávno, kdy jsem se blíže seznámila s pracemi PhDr. Ivy Šolcové. V předložené práci popisují široké téma nezdolnosti jako celku a dále bych se více zaměřila na jeho užší pojetí nazvané „hardiness“. V rámci své bakalářské práce bych ráda zjistila, jakou míru „hardiness“ vykazují pracovníci hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech. Chtěla bych tak vytvořit podklad pro svou budoucí magisterskou práci, která by na výsledky této práce navázala doporučeními, týkajícími se náhledu stresogenních situací, jejich zdravým, život potvrzujícím zpracováním a řešením všeho, co je předmětem a obsahem krizové intervence.

V první kapitole uvádím konceptuální zázemí a důležité definice odolnosti a její kategorie. Pojednávám i o protektivních a rizikových faktorech, v jejichž souvislosti se nezdolnost odehrává a o zdrojích odolnosti na úrovni osobnosti. Dále rozvádím smysluplnost života, předkládám její definice a téma pracovní spokojenosti zaměstnanců hospice. Ve třetí kapitole se věnuji zdrojům zátěže obecně a následně v rysech typických pro prostředí hospice a nakonec se zaměřuji na způsoby zvládání zátěžových situací. Čtvrtá kapitola hovoří o smrti z historické perspektivy, jak jí reflektovala různá náboženství a kultury. Součástí této kapitoly je i téma paliativní medicíny, historie hospicového hnutí v České republice a v posledním tématu popisují Hospic Dobrého Pastýře, kde realizují výzkumné šetření. Obsahem poslední kapitoly je zpracování dotazníku, interpretace výsledků a zodpovězení hlavní výzkumné otázky, která zní: Jakou míru hardiness a její jednotlivé komponenty vykazují pracovníci hospice Dobrého pastýře v Čerčanech na jejich pracovišti? Sekundární otázka je: Liší se míra hardiness mezi věřícími a nevěřícími osobami?

1 Zdroje poznatků o odolnosti a její kategorie

Byť je stres denodním chlebem každého z nás, jeví se jako velmi patrné, že existují významné rozdíly ve vnímání stresové situace mezi různými skupinami lidí a v reakcích na ní. Jedna rovina odlišnosti je v používání různých strategií, které lidé volí ve snaze se se stresem vyrovnat, druhá rozdílnost je v tom, co lidem při tomto boji pomáhá a poslední, pro tuto práci nejvýznamnější, je v rozdílné síle, kterou lidé vykazují vůči stresu.

Jak uvádí Křivohlavý (1994), otázka rozdílů mezi lidmi při zvládání těžkostí zajímala lidskou populaci již od nepaměti. V řecké kultuře je tomu například klasické dělení lidí do čtyř kategorií, podle převládající tekutiny v těle, a to na melancholiky, choleryky, sangviniky a flegmatiky, přičemž typ slabý je melancholik a typ silný sangvinik. Ve 20. století významně přispěl do výzkumu ohledně zvládání těžkostí I. P. Pavlov, který hovořil o slabém a silném nervovém systému. Otázka odolnosti člověka se dostala do popředí zájmů ve vědecké sféře nejvíc patrně až v současné civilizované společnosti.

Hartl (2004, s. 265) vymezuje nezdolnost jako „houževnatost - souhrn činitelů, které člověku pomáhají přežít v nepříznivých podmínkách, ve stresu, osamění, v dysfunkční rodině, při bolestivé nemoci aj.“ Křivohlavý (2001) doplňuje definici resilience etymologickým výkladem. Ekvivalenty k tomuto pojmu jsou elasticnost, mrštnost, nezlomnost, schopnost rychle se vzpamatovat, houževnatost. Čeština užívá termín nezdolnost ve více souvislostech. Osobnostními charakteristikami této povahy se však v minulosti zabývalo více autorů, a proto je k odlišení konkrétních teorií často užíváno zpřesňující slovní spojení, například nezdolnost v pojetí hardiness, nebo koherence.

Jednotlivá pojetí se určitým způsobem prolínají, což je naznačeno v následujícím textu. Také výzkumné koncepty většiny autorských kolektivů jsou si velmi podobné. Lze tedy soudit, že každý má na mysli v podstatě totéž - nezdolnost, pouze pod jiným úhlem pohledu.

1.1 Nezdolnost v pojetí resilience

Koncept resilience je odvozen z latinského slova „resilio“, „resiliere“, které v překladu znamená skákat zpět, odrážet se, odsakovat. V angličtině se používá pojem „resiliency“, který se překládá jako elasticnost, pružnost, ohebnost nebo houževnatost. Resilience se také označuje jako nezdolnost.

Křivohlavý (2004) hovoří o resilienci jako o pružnosti a nezlomnosti, vysvětluje ji

jako jev adaptace. Používá také definici z Psychologického slovníku, která vymezuje resilienci slovy houževnatost, nezdolnost nebo souhrn faktorů, pomáhajících člověku přežít v nepříznivých podmínkách. Klade důraz na protektivní faktory (zaměřuje se na resilienci u dětí), které jsou nejen v člověku (dítěti samotném), ale také v jeho okolí, tvořeném rodinou, širšími sociálními vztahy a sociálním společenstvím.

Podle Šolcové (2009) autoři docházejí v obecném vymezení resilience ke konsensu, že se jedná o schopnost zvládnout konfrontaci s výrazně nepříznivými okolnostmi. Ve stejné stati Šolcová uvádí poznatek Ruttera (1987), který upozorňuje na dynamickou povahu resilience, když píše, že nikdo není obdařen absolutní odolností (resistance); z jeho pohledu jde o víceúrovňový jev, který se liší interindividuálně, situačně, nachází svůj zdroj jednak v jedinci, ale stejně tak i v sociálním kontextu a podléhá vývoji stejně jako jiné mechanismy.

Holman et al. (2010) uvádějí (vlastní překlad), „že resilience podle ranných výzkumů prováděných na dětech je fenomén běžný, spíše než neobvyklý Rutter (1985), dokonce i v kontextu závažné nepřízně. (e.g., Masten, 2001; Werner & Smith, 1992). Většina lidí zažívá nějakou vážnou nepřízeň ve svých životech (Bonanno, 2004); při absenci resilience nebo reparativních mechanismů to může lidi zdánlivě vézt k zažívání nepřetržitě pokračujících potíží, přesto většina lidí nežije v takovém chronickém stresovém stavu. Gilbert et al. (1998) uvádějí, že psychologický imunitní systém pracuje na aktivním rozeznání negativních afektů, které lidé prožívají. To dopomáhá k rychlejšímu a jednoduššímu návratu k výchozímu stavu, než jedinci sami sobě při zažívání negativní události předvídají.“² Jak se jednou houževnatost rozvine, může pronikat mezi různé oblasti (Holman et al., 2010). Dle těchto autorů je tedy resilience vrozená vlastnost člověka a ne nějaký vzácný úkaz, kterým se vyznačuje jen omezený výběr jedinců.

Podle Yates et al. (in Catalan et al., 2011) resilience předpokládá konstelaci dvou faktorů. Prvním faktorem musí být vystavení (exposure) významné nepřízni, druhým pak pozitivní adaptace na tyto okolnosti. „Resilience dle této definice může být demonstrována pouze, když osoba zažívá nějaký druh nepřízně, tudíž situace nebo událost, během které se nepřízeň stane, musí být vnímána jako stresová. Stresory aktivují resilienční procesy a vytvářejí nerovnováhu, narušují osobní stav homeostáze. Stupeň stresu vychází z nerovnováhy závislé na vnímání, kognitivním hodnocení, a interpretaci stresorů jako hrozby

² In fact, early research in child psychiatry suggests that resilience is a common, rather than an extraordinary, phenomenon (Rutter, 1985), even in the context of substantial adversity (e.g., Masten, 2001; Werner & Smith, 1992). Most people experience some serious adversity in their lives (Bonanno, 2004); in the absence of resilience or reparative mechanisms, this could seemingly lead people to experience ongoing psychological distress, yet most people do not live in such a chronic state. Gilbert et al. (1998) suggested that a psychological immune system works to actively dispel negative affect when people experience it. This promotes a faster and easier return to baseline than individuals predict for themselves in the face of a negative event.

či nepřízně, jenž jsou všechny ovlivněny protektivními i rizikovými faktory individuálního prostředí a osobnostních charakteristik. Pozitivní výsledky, nebo úspěšná adaptace je ta, která vyvrcholí ve vyšší pravděpodobnosti individuální manifestace resilience (Kumpfer, 1999).³

Richardson (2002) se zmiňuje o homeostázi jako o „biopsychospirituálním“ stavu v konkrétním bodě v čase, ve kterém se osoba adaptuje fyzicky, mentálně a spirituálně na skladbu dobrých či špatných okolností. (in Catalan et al., 2011). O resilienci se tedy dá uvažovat jako o multidimenzionálním fenoménu, zasahujícím všechny složky lidské osobnosti, které jsou situačně a interindividuálně podmíněné, jak už jsem zmínila výše.

K úplnému vymezení konceptu resilience Norman (2000) ještě uvádí následující teze:

- resilience není stálá vlastnost jednotlivců, ale jedná se o neustálý proces interakce mezi faktory prostředí a osobními faktory. Při změně okolních podmínek můžeme očekávat i změnu výsledku.
- Nepřízeň se časem hromadí. Čím více stresorů působí na jedince, tím narůstá pravděpodobnost, že se daný jedinec zachová spíše maladaptivně než resilientně.

Resilientní chování nemusí zcela nutně naznačovat dobré duševní zdraví. Tuto tezi potvrdily dvě provedené studie. Resilience byla měřena pozorovatelnými kritérii chování. Jedna studie se zabývala vysoce stresovanými dospívajícími a ve druhé tvořili cílovou skupinu lidé, kteří přežili koncentrační tábory. Zjistilo se, že i behaviorálně odolní jedinci mohou mít zřetelné duševní (emocionální) potíže (Norman, 2000).

1.2 Nezdolnost v pojetí *hardiness*

V této podkapitole bych se ráda blíže věnovala jedné z osobnostních charakteristik, která je zároveň i zdrojem resilience. Jedná se o proměnnou, spoluurčující odolnost člověka, nazývanou *hardiness*. Stejně jako všechny ostatní zdroje resilience má i *hardiness* salutoprotektivní (ochranné) vlastnosti. Považuji za důležité věnovat část teoretické kapitoly právě tomuto konceptu, protože je pro mou práci významný a budu ho nadále využívat i v části výzkumné.

³The degree of stress resulting from the disequilibrium depends on the perception, cognitive appraisal, and interpretation of the stressor as threatening or aversive, all of which are affected by both the protective and risk factors of the individual's environment and personal characteristics (Kumpfer). The positive outcome, or successful adaptation, is that which culminates in a higher likelihood of the individual's manifest resilience (Kumpfer).

Samotný pojem „hardiness“⁴ pochází od autorky Susanne Kobasové, která jej představila koncem sedmdesátých let minulého století jako proměnnou, která moderuje vztah mezi stresogenní událostí a nemocí. Koncept vznikl z existenciální psychologie⁵, která chápe osobnost člověka jako biologicky, sociálně a psychologicky založenou bytost, jejímž základním cílem je hledání a ustanovení smyslu. Život v jejich pojetí je proměnlivý, dynamický a tím i tedy jaksí implicitně stresogenní, vyžadující po člověku, aby i v těchto podmínkách dokázal žít smysluplný život, dokázal využít svých predispozic pro vlastní seberozvoj a seberealizaci (Šolcová, 2007).

Šolcová (2007, s. 16) používá následující charakteristiku odolnosti ve smyslu hardiness:

„Hardiness je konstelace osobnostních rysů, které jsou charakterizovány třemi základními komponentami: jedinci s vysokou úrovní hardiness se plně vkládají do toho, co dělají (commitment), jsou přesvědčeni, že mohou ovlivnit události ve svém životě a také tak jednájí (control). Změny ve svém životě považují nejen za normální a běžné, ale zároveň i za nutnou podmínku a podnět dalšího vývoje (challenge).“

Zmíněné tři komponenty jsem se rozhodla převzít a použít při poměřování úrovně odolnosti mezi pracovníky hospice. Nyní bych je ráda podrobněji popsala:

Commitment (závazek) - je schopnost převzít odpovědnost. Patří sem i pocit sounáležitosti s ostatními, důraz na aktivitu a snaha událostem čelit. Tato složka se vyznačuje proaktivním postojem, je opakem pasivity a vyhýbání se těžkostem. Základem této komponenty je přesvědčení o vlastní hodnotě a významu jak sama sebe, tak i prováděných aktivit.

Control (kontrola) - je schopnost mít svůj život pevně v rukách. Být jak činitel dějů, které nás ovlivňují, tak i jejich prostředkem, silou, která jedná a odpovědným autorem zamýšlených účinků. Kontrola se vyznačuje aktivitou v podobě kroků, které člověk v konfrontaci se stresem dělá, aby změnil, přizpůsobil nebo zmírnil účinek působícího stresoru.

Challenge (výzva) - vychází z vědomí nestálosti a proměnlivosti života, v němž změna reprezentuje výzvu a ne ohrožení. Jedinec s vysokou mírou hardiness vykazuje pozitivní

⁴Šolcová (2007) ve snaze o překlad pojmu hardiness uvádí, že nejlépe ho vystihuje český ekvivalent nezdolnost, přičemž Křivohlavého nezdolnost nepokládá za adekvátní ekvivalent. Již zde můžeme sledovat úskalí v nejednotnosti chápání odolnosti a jejího překladu.

⁵Psychologické zpracování myšlenek existencialismu, v nichž dominuje silně individualistický přístup člověka „odsouzeného ke svobodě“, který je nucen spoléhat na vlastní síly a sám za sebe čelit překážkám naznačili již zakladatelé tohoto směru, S. Kierkegaard, M. Heidegger aj. P. Sartre. Dalšími stoupenci byli W. James, K. Jaspers a P. Tillich. Současnou existenciální psychologii zavedli L. Binswanger, M. Boss, V. Frankl, R. May, R. Laing, E. Grendlin a S. Maddi. (Šolcová, 2007).

přístup ke změnám a komplikacím, které vnímá jako zajímavé, stimulující zážitky a jejich zvládnání řeší pružnými způsoby. (Šolcová, 2007)

Šolcová (2007) charakterizuje lidi, kteří vykazují odolnost typu hardiness jako jedince schopné tvrdě bojovat vlastními silami se všemi obtížemi, které je napříč životem potkají, dále vykazující zvědavost, věřící že to, co říkají a dělají má nejen svůj vnitřní smysl, ale že tím mají zároveň i vliv na svoje okolí. Vyznačují se i optimistickým kognitivním zpracováním náročných situací a okolností, na které adekvátně reagují tím stylem, že je transformují do méně stresogenních forem.

Výzkumy z Hardiness Research Institutu ve Wyomingu v USA potvrdili protektivní účinek hardiness na celkové zdraví člověka. Osoby s vysokou úrovní hardiness mají signifikantně menší riziko srdečního infarktu a vykazují o 90% méně neurostanických stesků⁶ souvisejících se stresem v porovnání s osobami s nízkou úrovní hardiness. Oproti nim vykazují až o 85 % méně emočního vyčerpání, lékařskou pomoc vyhledávají o 74 % méně a starší osoby s vysokou úrovní hardiness jsou signifikantně déle schopni plnohodnotného samostatného života.

1.3 Nezdolnost v pojetí koherence

Nezdolnost typu koherence je předmětem studia A. Antonovského, který vydal knihu o vztahu mezi zdravím, stresem a zvládnáním obtíží. V popředí jeho zájmu bylo zjištění rozdílu v odolnosti lidí uvězněných ve fašistických táborech. Hlavní rozdíl spatřoval v integritě (ucelenosti) osobnosti u těch, kteří přežili, a v dezintegraci (rozpadu) osobnosti u těch, kteří situaci nezvládli. Tato zjištění vedla Antonovského k dalšímu zkoumání osob v extrémních podmínkách, např. Sportovců, vojáků, těžce nemocných lidí apod. Antonovsky používá pro první skupinu nezdolných lidí termín „lidé s vysokou mírou soudržnosti osobnosti“ (sense of coherence), kterou dále přibližuje třemi dalšími rozměry, kterými jsou:

Srozumitelnost – kterou charakterizuje z hlediska kognitivní stránky osobnosti, tedy jak osoba chápe a vnímá svět a sebe v něm. Osoby s vysokou mírou soudržnosti vidí svět jako celek a chápou své místo v něm, což jim zároveň umožňuje chápat funkci jak věcí, tak lidí. Ve světě vidí určitý řád a pořádek, který chápou jako trvalý, důvěryhodný. Celkový dojem je charakterizován konzistencí (soudržností). V sociální oblasti je takový člověk solidární,

⁶Bolesti hlavy, žaludeční nevolnost, poruchy spánku apod. (Šolcová, 2007)

přátelský a důvěryhodný. Osoby s nízkou mírou soudržnosti naopak vidí svět neucelený, spíše chaotický, bez řádu a spolehlivosti. V sociální oblasti jsou pak tyto osoby zmatené, mají nesnáze v komunikaci a v možnosti dorozumění. V jejich myšlení existují předsudky, které jsou odolné vůči logickým argumentům.

Smysluplnost – se vztahuje k emoční stránce postoje člověka k životu. Člověk s vysokou mírou koherence chápe problémy nejen jako výzvy k aktivitě, ale i jako možnost projevit svou vlastní iniciativu, přičemž je vnitřně přesvědčen, že se mu za tuto snahu dostane společenského uznání. Tato práce ho těší oproti lidem s nízkou mírou koherence, kteří projevují citovou neangažovanost, dochází u nich k citové degeneraci a k odumření citových vztahů. I v sociální dimenzi je tomu podobně, tito lidé stojí stranou, sociálnímu styku se vyhýbají a nakonec jsou ostatními ponecháni bez povšimnutí.

Zvládnutelnost – vyjadřuje konativní, hybnou motivační stránku osobnosti nezdolných lidí. Základní charakteristikou je zde jistota ohledně úspěšné zvládnutelnosti úkolů. V povědomí je přitom možnost aktualizace vlastních schopností a důvěra v účinnost vlastních zásahů. Psychologové zde hovoří o vnitřním řízení vlastní činnosti (interní locus of control), daná osoba je „spiritus agens“, tedy z vlastní iniciativy jednajícím člověkem. Odtud pramení i pojetí naděje. (Křivohlavý, 1994)

Obecně lze říci, že Antonovsky stavěl své úvahy na klasickém medicínském modelu, kdy za každým onemocněním je skrytá jasná příčina. Ve svých úvahách ale pokročil také k myšlence, proč někdo při působení konkrétního patogenu onemocní a jiný nikoliv. V praxi jej tedy zajímaly salutogenní faktory. V pojetí Antonovského se jedná v první řadě o obecné faktory, posilující obranu organismu proti všem možným druhům zdravotních rizik. Na psychologické úrovni lze tedy uvažovat o jakémsi „duševním imunologickém“ působení. (Křivohlavý, 2001)

1.4 Protektivní a rizikové faktory prostředí a osobnostních charakteristik

V anglicky psané literatuře jsou protektivní faktory symbolicky a velmi funkčně popsány jako nárazníky a tlumiče. Jejich úkolem je zmírňovat, odrážet a chránit jedince, skupinu nebo komunitu před nepříznivými situacemi. (Norman, 2000). Protektivní faktory mají salutogenní účinky. Salutory jsou činitelé, které posilují člověka v náročné životní situaci a napomáhají

jeho adaptaci na stres, podporují zdraví a posilují kvalitu života (Matoušek, 2003).

Protektivní faktory mohou být klasifikovány podle individuálních rozdílů, jako je dobrá inteligence, pozitivní temperament a sebehodnocení. Dalším významným protektivním faktorem je rodinná podpora a soudržnost. Důležitou roli hraje samozřejmě i podpora prostředí, jejíž složkou jsou silné sociální sítě a pozitivní vztahy s vrstevníky (Catalano et al., 2011).

Rizikové faktory mají svůj původ v rozmanitých životních stresorech, jednotlivých traumatických událostech, kumulativním stresu plynoucím z řady biologických, environmentálních a psychosociálních faktorů jako jsou chudoba, nízká životní úroveň, špatné zacházení, omezená schopnost řešit problémy a zvýšená emoční labilita (Catalano et al., 2011).

Balance rizikových a protektivních faktorů je důležitá ve vývoji resilience, protože když jsou rizikové faktory přítomny, znamená to i přímo-úměrné navýšení faktorů protektivních za účelem kompenzace zvýšené zranitelnosti (Catalano et al., 2011).

Každý dospělý byl kdysi dítětem se svojí vlastní osobní historií. Proto je zapotřebí k pochopení odolnosti u dospělých, případně pro poskytnutí adekvátní intervence za účelem jejího posílení, popsat funkci protektivních faktorů už v dětství. Rutter (in Šolcová, 2009) popisuje tři cesty, jimiž protektivní faktory uplatňují svůj vliv. U první se jedná o redukci rizikového faktoru, kdy je protektivními faktory snížený účinek rizika na takovou úroveň, že dochází k posílení osobních psychologických charakteristik a ke zvýšení kognitivního hodnocení celé situace. Druhou možností je vyrovnání se s rizikovou situací prostřednictvím vlastního zdravého sebepojetí, které se projeví sebedůvěrou ve své schopnosti. Třetí strategií je prosté vyhnutí se riziku.

Jedinec, vystavovaný zátěžovým situacím, se díky nim stále více z odolňuje a posiluje za podmínky, že využívá zdravé, život potvrzující a funkční metody. Je tak lépe připraven na stále vyšší úroveň rizikových faktorů.

1.5 Zdroje resilience na úrovni osobnosti

Oblast zvládání stresu a zátěžových situací je v literatuře popisována pod názvem „coping.“⁷ Křivohlavý (2001) vysvětluje, že tento termín pochází původně z řečtiny od slova „kolaphus“, což znamená rána uštědřená protivníkovi v boxu. Člověk, nacházející se ve stresogenní

⁷Z ančičtiny se dá přeložit jako vyrovnání (se).

situaci, posílá ránu danému stresoru, tedy příčině stresu. Křivohlavý (2001, s. 69) považuje za velmi důležitou Lazarusovu definici: „Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje.“ Jinými slovy člověk, který se nachází v zátěžové situaci, se ji snaží nějakým způsobem zvládnout. Pokouší se tedy o řízení vnitřních nebo vnějších požadavků, které na něj působí.

Šolcová (2009) zmiňuje, že osobnost a osobnostní rozdíly jsou v řadě studií chápány jako urychlující a zprostředkující faktory ve vztahu mezi stresem a nemocí. Že nelze osobnost a stres oddělovat deklaruje dvěma stěžejními Eysenckovými (1983) argumenty:

- Nemožnost vymezovat pojem „stres“ bez uvedení specifikace na konkrétního člověka, který podstupuje stresogenní situaci.
- Nesmyslnost formulovat v psychologii obecné zákony, aniž by byly vzaty v úvahu individuální rozdíly.

Šolcová (2009) dále uvádí tři způsoby vlivu osobnosti na zdraví a psychickou pohodu jak je popisují Bolger a Schilling (1991):

- Osobnost jako vysvětlení toho, proč se někteří lidé dostávají do stresogenní situace a jiní ne.
- Osobnost ovlivňuje způsoby reakcí ve stresogenních situačních podmínkách.
- Osobnost může ovlivňovat zdraví a psychické procesy mechanismy, které nesouvisejí se stresem navozeným z vnějšího prostředí.

Šolcová (2009) dále píše o promítání osobnostních rysů za stresogenních situačních podmínek do vyrovnávacích procesů (coping), a to tak, že rozhodujícím způsobem ovlivňují výběr vyrovnávacích strategií, a tyto vyrovnávací strategie ovlivňují následné psychické procesy a tím i jejich neuroendokrinní složku. Určité osobnostní charakteristiky predisponují k určitému stylu zvládání stresu.

Prati et al (2011, s. 234) ve svém článku uvádějí teoretický model Moose a Schaefer (1993) kdy: „termín vyrovnávací zdroje⁸ referuje o relativně stálých osobnostních a sociálních faktorech, které ovlivňují způsob osobnostních vyrovnání se s životními krizemi a změnami.“ Rozdělují mezi přístupovými⁹ a únikovými¹⁰ vyrovnávacími strategiemi. „Přístupové způsoby zvládání jsou řízeny směrem ke stresoru nebo k reakci na něj, zatímco únikové strategie jsou zaměřeny na vyhnutí se stresoru nebo reakce na něj. Přístupové zvládací strategie mohou být

⁸Coping resources

⁹Approach

¹⁰avoidance

považovány za adaptivní a zahrnují pozitivní přehodnocení situace, vyhledání emocionální podpory, plánování jak se vyrovnat se stresory a vyhledání informací ohledně stresorů. Únikové strategie jsou naopak považovány za maladaptivní a zahrnují behaviorální a mentální neangažovanost, popření, plané naděje, emocionální vylití a vyhledávání odměn z jiných aktivit.¹¹

Holahan a Moss (1987, in Křivohlavý, 2003) k těmto dvěma stylům zaujímají jiný přístup a tvrdí, že každý z nich má svoje opodstatnění v závislosti na typu situace. Tam, kde stres nebude trvat dlouho a dá se očekávat, že za krátkou dobu pomine, je často vhodnější šetřit síly a zdroji stresu se vyhnout, tam, kde stres působí dlouhodobě nebo se dá předpokládat opakování, je vhodnější aktivní postoj.

¹¹ Approach coping strategies are directed toward the stressor itself or one's reaction to it, whereas avoidance strategies are focused on avoiding the stressor or one's reaction to it. On the one hand, approach coping strategies may be considered adaptive and include positive reappraisal, seeking emotional support, planning to resolve the stressor, and seeking information about the stressor. On the other hand, avoidance strategies may be considered maladaptive and include behavioral and mental disengagement, denial, wishful thinking, emotional discharge, and seeking rewards from other activities.

2 Smysluplnost života

S otázkou odolnosti a výdrže člověka se neodmyslitelně pojí téma smysluplnosti lidského života, skoro bych řekla, že tyto dva koncepty jsou spojené nádoby, které se do sebe navzájem přelévají. Vašina (1999, s. 53) uvádí, že „sense of coherence i hardiness zdůrazňují jeden důležitý faktor, a to smysluplnost. Nalezení smyslu své existence je považováno za významný protektivní faktor zdraví, jak na to upozorňoval např. V. E. Frankl, který svoji metodu léčby „logoterapii“ opírá o hledání a nalézání smyslu života.“

Frankl (1996) si v jedné ze svých sepsaných přednášek z roku 1972 klade otázku, je-li psychiatr dnešní (potažmo tehdejší) doby stále více konfrontován u svých pacientů s narůstajícím pocitem prázdnoty, bezsmyslnosti, zkrátka něčeho, co výstižně popsal pojmem „existenciální vakuum“. Jako důkaz udává čísla z výzkumu Aloise Habingera, který naměřil vzrůstající počet lidí prožívajících „existenciálního vakuum“ během posledních dvou až tří let jeho doby z 30% na 70% až 80%. Důvody, které vedou k pocitu prázdnoty, shledává jednak v neschopnosti, nebo možná nechuti, člověka ptát se po smyslu svého jednání a života jako celku, za čímž podle Frankla stojí fenomén rozpadu tradic a redukcionismu duchovního života. V důsledku této vykořeněnosti člověk ve svém vnitřním zmatku a při ztrátě kontroly nad vlastním životem volí podle Frankla nejčastěji buď útěk do konformismu, děláním věcí podle nápodoby ostatních, nebo k totalitarismu, což je jednání jen podle toho, co druzí vyžadují. Jako třetí důsledek zmiňuje nástup nového typu neurózy, tzv. „noogenní neurózy.“

Frankl se tento neduh moderní doby snažil léčit svou vlastní terapií, která nese název logoterapie. „Logoterapie je někdy označována jako třetí vídeňský směr psychoterapie (vedle Freudovy psychoanalýzy a Adlerovy individuální psychologie). Pojem je odvozen od řeckého slova „logos“, což zde neznamená ani „slovo“, ani „nauka“, ale „smysl“(Ondrušová, 2011, s. 67).

„V širokém záběru je logoterapie moderní účinnou metodou léčby a ochrany duševního zdraví člověka. Je zaměřena na odhalení a obnovení smyslu života a orientaci na hodnoty, které posilují vůli k životu a pomáhají reintegrovat osobnost člověka. Poskytuje útěchu v situacích nezměnitelného utrpení. Je postavena na dialogu s pacientem, orientuje se na úkoly, které má člověk v životě splnit. Současně ruší jeho zaměření na sebe. Klíčový význam mají v tomto pojetí sebezpřesah, sebeodstup, svoboda a odpovědnost (Lukasová in Ondrušová, 2011, s. 67)“. Křivohlavý napříč svými publikacemi uvádí, že smysluplnost života má úzký vztah k problematice psychologie zdraví. A žít smysluplným životem je první charakteristikou kvalitního života - i když při tom zároveň platí, že dobře žít znamená žít pro něco opravdu

hodnotného.

2.1 Definice smysluplnosti života

Samotnou vůli ke smyslu definuje Frankl jako významnou motivační hodnotu, jako aspekt sebetranscendence, jako zásadní fakt, že člověk sahá sám za sebe k nějakému smyslu, který má být naplněn. Tento koncept teoreticky potvrzuje James C. Crumbaugh a Leonhard T. Maholick. Maslow považuje vůli ke smyslu za prapůvodní úsilí člověka Frankl (1997).

Frankl se tak staví do opozice vůči dosavadním psychologickým směrům, překonává Freudovu psychoanalýzu a jeho „vůli ke slasti“, ale i Adlerovu individuální psychologii a jeho „vůli k moci“. Frankl vidí vůli ke slasti nejen v rozporu se sebetranscendencí, ale jako celkově slepou cestu, která je v rozporu již sama se sebou. „Čím více jde člověku o slast případně o moc nebo štěstí, tím více mu také uniká. Jinými slovy, štěstí může být do-cíleno, ale nemůže na ně být za-cíleno Frankl (1997, s. 12-13)“.

Ondrušová (2011, s. 59-60) zmiňuje definici smysluplnosti života od významného českého teologa Jana Hellera: „smysl života je obtížné definovat, ale je nutno ho vyhlížet, přijímat a pak i prožívat. Hledání smyslu bytí chápe jako základ vnitřního lidského života a dodává, že ten, kdo se ho odříká, redukuje lidství na animalitu.“

Podle M. Bubera je chápání toho, co by člověk měl se svým životem dělat, vrozeno. Problém dnešního světa však tkví v tom, že lidé svému vnitřnímu hlasu přestali naslouchat, navzdory vlastním pocitům prázdnoty a nespokojenosti s životem. Kotchen potvrzuje, že vůle ke smyslu je spolehlivým měřítkem lidské normality (Ondrušová, 2011).

Do kontextu tématu mé práce se velmi hodí i definice Mollarda (1992, in. Ondrušová, 2011, s. 60), že „mít smysl života je asociováno s optimismem a schopností překonávat těžkosti.“

Ondrušová (2011) si dále všímá, že v odborné literatuře se podle Halamy (2000) a Wagenknechta (2009) můžeme setkat s dvojím pojetím smyslu života:

1. **Existenciální, osobní, specifický nebo každodenní smysl života**, podle Frankla též situační smysl, je souhrnem aktuálních běžných denních cílů, činností a hodnot, které se mění ze situace na situaci a od člověka k člověku. Frankl zdůrazňuje, že neexistuje situace, která by byla prosta smyslu a že neexistuje člověk, pro něhož by život neměl připravený úkol.

2. **Ontologický, konečný, vyšší a absolutní smysl života** se vztahuje k životu jako celku a jeho posláním je interpretovat zásadní a konečné otázky lidské existence, čehož může být docíleno prostřednictvím náboženského přesvědčení nebo naplňující životní filosofií.

Baumeister (1991 in Ondrušová, 2011) vnímá hledání tohoto smyslu za všeobecnou lidskou tendenci, na druhou stranu ale také uvádí, že člověk může prožít úspěšný a naplněný život bez konkrétního chápání konečného smyslu.

Ondrušová (2011) k těmto dvěma kategoriím ještě doplňuje, že ne všichni autoři je od sebe oddělují, protože obě cesty se navzájem prolínají a doplňují. Zvláště ontologický smysl je patrný v realizaci krátkodobých, každodenních cílů.

2.2 Pracovní uspokojení zaměstnanců hospice

Je více než patrné, že si lidé vybírají práci s ohledem na možnost uplatnění jejich potenciálu, seberealizace a od zaměstnání očekávají více než jen finanční zabezpečení. U mnohých jde hlavně o nalezení smysluplné práce.

Zunz a Chernesky (in Norman, 2000) upozorňují na důležitý faktor, který ovlivňuje pracovní výkon, a tím je celkové uspokojení z práce. V případě, že jsou zaměstnanci (příp. i dobrovolníci) spokojeni s pracovními podmínkami, pracovním prostředím a náplní jejich činnosti, je pravděpodobné, že budou mnohem více motivováni k plnění pracovních úkolů, budou se více snažit dělat práci dobře a bude jim na své pracovní pozici záležet (tzn. budou se jí snažit udržet). Tato celková spokojenost pracovníka ovlivňuje jeho chování v práci a pracovní výkon.

Autoři dále uvádějí, že práce s velmi vysokou pracovní zátěží vystavuje pracovníka riziku nespokojenosti s vlastním zaměstnáním, na druhou stranu ale může napomoci k tomu, že se bude cítit odolnější. Faktor, který zvyšuje míru spokojenosti pracovníka (v neziskovém sektoru) se zaměstnáním, může být uvědomování si příležitosti k profesnímu i osobnímu rozvoji a pracovní výzvy. Základním stavebním kamenem se v tomto ohledu samozřejmě jeví vhodné nastavení pracovního prostředí, které posiluje odolnost zaměstnanců. Krátce bych popsala resilienční faktory, které autoři Zunz a Chernesky (in Norman, 2000) shledávají za ústřední ve vytváření uspokojivého pracovního prostředí:

Sociální podpora je na pracovišti hospice velmi důležitá. Pracovníci musí spolupracovat v multidisciplinárním týmu, proto je pro jejich výkon důležitý vzájemný respekt, chápání a uznávání jednotlivých rolí a samozřejmě i správná komunikace. (Zunz; Chernesky In Norman, 2000)

Kontrola (locus of control) je schopnost přímo ovlivňovat existující pracovní stresory. Tento pojem je úzce spojen s autonomií pracovníka, která se na pracovišti projevuje převážně tím, že je pracovníkovi umožněno rozhodovat o tom, jak a kdy vykoná svoji práci. Důležité je ponechat autonomii i v rozhodování, jaký pracovní plán si pracovník zvolí, do jakých jednotlivých kroků ho rozloží. Dále jak je schopen řešit problémy, vybírat a získávat potřebné zdroje a podílet se na rozhodování. Důležitou podmínkou je najít zdravé míry této svobody, aby pracovník nepocíťoval velkou zodpovědnost a zároveň nebyl ohrožen vyčerpáním zdrojů, což by pro něj mohlo znamenat velkou míru stresu a riziko vyhoření.

Pozitivní vztahy na pracovišti představují nejen vztahy se svými kolegy a nadřízenými, ale také vztah k cílům dané organizace. Tyto pozitivní vztahy způsobují to, že pracovník je hrdý na spojení s organizací. Pro udržení takových vztahů jsou důležité společně sdílené cíle, zapojení pracovníka do vývoje pravidel v organizaci, rozvoje očekávání a systému odměn. K dobré atmosféře na pracovišti přispívá vzájemný respekt pracovníků. Takové pozitivní vztahy snižují pravděpodobnost syndromu vyhoření pracovníků a zvyšují jejich resilienci. Opak způsobují vztahy, které jsou v minimální míře, neosobní a konfliktní. Konzistentní, kongruentní a zvládnutá komunikace přispívá k resilienci pracovníků a umožňuje jim chápat zadané úkoly, náplň své práce a očekávání svých kolegů. S tím souvisí i schopnost řešit efektivně problémy, ať už klientů nebo čistě organizační. To vyžaduje správný odhad situace, adekvátní návrh možností řešení a reálných alternativ prostřednictvím vyjednávání a spolupráce.

Každý člověk je jedinečný a vnímá zátěžové situace rozdílně. Je proto nanejvýš nutné ze strany vedení mít individuální přístup, vnímat a posilovat přednosti svých zaměstnanců a poskytovat jim vhodnou podporu na cestě ke zvyšování osobní odolnosti.

3 Charakteristika zátěžové situace a její formy

V této části považuji za logické rozpracovat problematiku zátěžové situace a stresu obecně, v jejichž přímé souvislosti se odolnost odehrává a které existenci odolnosti podmiňují. Každý člověk čelí v průběhu svého života různým zátěžovým situacím. Často je schopen vyřešit je a vyrovnat se s výsledkem dané situace sám, někdy je však nutné využít pomoc odborníka. Vystavení se zátěži je u hospicového personálu vzhledem k neustálé konfrontaci s posledními věcmi člověka extrémní. Prati et al. (2011, s. 84-93) uvádějí, že vystavení se pracovním spjaté traumatické nebo krizi vyvolávající zátěži je spojené se zhoršenými zdravotními výsledky, jako jsou posttraumatické reakce a syndrom vyhoření. (Benedek et al., 2007).

Zátěžová událost je v Psychologickém slovníku (Hartl & Hartlová, 2000) překládána do angličtiny slovem „stress“. Dále vedle popisu fyziologických odpovědí organismu na takovou zátěž upřesňuje, že se jedná o životní událost, skutečnost, která se může vyskytnout v životě člověka nezávisle na jeho vůli a závažně a dlouhodobě ovlivnit jeho navyklé činnosti nebo celý styl života. Může se jednat o události, které se týkají rodiny, sociálního okolí, interpersonálních vztahů, živelných či jiných katastrof. Zároveň jsou to události, které kladou nároky na adaptační mechanismy, míru odolnosti a tolerance, které se mohou u jednotlivců lišit.

Vágnerová (2004) se domnívá, že vlivem působení zátěže na člověka může dojít k narušení jeho psychické rovnováhy. Toto narušení se projevuje změnou prožívání, uvažování nebo chování. Vágnerová (2004) rozlišuje šest druhů zátěže. Jedná se o frustraci, konflikt, trauma, krizi (také Špatenková, 2004), deprivaci a stres.

Frustraci definuje Vágnerová (2004, s. 48) jako situaci, kdy je člověku znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak bude.“ Frustraci člověk pociťuje jako neočekávanou ztátu naděje smíšenou se zklamáním. Míra zklamání závisí na druhu očekávání od dané situace. Pokud jedinec neočekává příliš pozitivního, pravděpodobně nebude tolik zklamán. Potlačování pozitivního očekávání se stává častým obranným mechanismem. Zažívaná frustrace může mít do jisté míry i pozitivní dopad, a to na rozvoj osobnosti frustrovaného. Nutí člověka hledat nová řešení a neúspěchy ho mohou stimulovat k většímu úsilí.

Konflikt, stejně jako předchozí frustrace, je zařazován mezi běžné potíže, nebo-li denní mrzutosti, které se za život opakují. Společné mají i zdroje jejich vzniku, a to vnitřní a vnější.

Běžně narušují celkový pocit pohody, ale samostatně nepředstavují významné zátěžové faktory. Ty mohou představovat pouze ve chvíli, kdy se nadměrně hromadí, nebo jsou subjektivně prožívány jako významné a jedinec si s jejich řešením neví rady. (Vágnerová, 2004)

Trauma definuje Vágnerová (2004, s. 52) jako náhle vzniklou situaci, která má pro jedince výrazně negativní význam, vede k určitému poškození nebo ztrátě.“ Mezi další projevy z pohledu emocí patří nejistota, ztráta pocitu bezpečí, úzkost a smutek nad ztrátou. Trauma narušuje jedincovu objektivitu, jeho chování může být útočné a agresivní nebo na druhou stranu se může izolovat a unikat od dalších možných rizik. V důsledku prožitého traumatu se může u jedince objevit posttraumatická stresová porucha. V její počáteční fázi se zpravidla dostavuje šok.

Krize je nejčastěji charakterizována jako narušení psychické rovnováhy, které může vzniknout v důsledku dlouhodobého nebo situačního nahromadění problémů, případně náhlého vyhocení situace. V průběhu krize selhávají dosud funkční adaptační mechanismy, člověk stojí před aktuálně nezvládnutým problémem a je nucen hledat nové účinnější způsoby řešení. Na krizi (převážně vývojovou) může být nahlíženo jako na podnět k nutné změně. Stav krize je doprovázen pocity beznaděje, bezmoci, zoufalství, nejistoty, ztráty bezpečí, úzkosti a napětí. Jedinec je schopen zvládnout krizi v případě, že přehodnotí celou situaci a pokusí se najít nové účelnější formy řešení. (Vágnerová, 2004) Špatenková (2004) pohlíží na krizi z hlediska ztráty, kterou dále rozlišuje na ztrátu materiální, funkcionální, vztahovou, intrapsychickou a rolovou.

Deprivaci Vágnerová (2004, s. 53) definuje jako stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických či psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu.“ Deprivace patří k nejzávažnějším typům zátěže a může ovlivnit jak psychický stav jedince, tak i jeho psychický vývoj. Autorka rozlišuje pět typů deprivace: deprivaci podnětovou, kognitivní, citovou, sociální a deprivaci v oblasti biologických potřeb.

Stres, jako poslední typ zátěžové situace, je podle Vágnerové (2004) definován jako stav nadměrného zatížení nebo ohrožení. Charakteristickými pocity člověka při stresové situaci jsou její neovlivnitelnost, nepředvídatelnost a pocit nezvládnutelnosti. Průběh stresu a

transakční model stresu a jeho zvládnání popisuje výstižně článek S. B. Watson et al. (2011, s. 39-40) (vlastní překlad): „Relační původ stresu zahrnuje osobní a environmentální výměnu (Dewe & Trenberth, 2004). Tento přístup říká, že stres probíhá, když si osoba uvědomí, že její zdroje síly jsou oslabeny nebo nedostatečné vzhledem k situaci probíhající mezi ní a okolím (Goh et al., 2010). Míra stresu odpovídá míře důležitosti, které přikládáme případným následkům nezdaru. Teoretikové transakční perspektivy uvádějí čtyři klíčové elementy hrající zásadní roli ve stresovém procesu – stresor, prostředí, osoba a výsledek“¹²

Autoři článku dále odkazují na všeobecně uznávaný a nejvíce rozšířený model stresu a jeho zvládnání, jak ho popisují Lazarus a Folkman. „Lazarusův a Folkmanův (1984) model stresu a jeho zvládnání zahrnuje tři procesy ovlivňující vztah mezi stresorem a jeho výsledky: prvotní zhodnocení (primary appraisal), druhotné zhodnocení (secondary appraisal) a zvládnání (coping). Model ukazuje, že stresová zkušenost slouží jako podnět do probíhajícího, kognitivně hodnotícího procesu. Tento proces hodnotí důležitost pracovního stresoru pro pracovníkovo well-being (prvotní zhodnocení) a dostupnost a pravděpodobný úspěch různých coping způsobů (druhé zhodnocení), které můžou být použity pro zvládnutí stresu. Obecně, zvládnání se vztahuje k behaviorálnímu a kognitivnímu úsilí vynaloženému k zvládnutí vnějších a vnitřních požadavků.“¹³ (vlastní překlad)

Na závěr bych k definici zátěžových situací ještě ráda zmínila kritické poznatky z výzkumu Seeryho et al. (2010, s. 1025-1041), kteří uvádějí, že ačkoli se mnoho výzkumů zaměřovalo na pochopení osobních vlastností nebo kvalit, které posilují resilienci, výzkumy na potenciální benefity vystavení se nepřízni, a nebo srovnání mezi vystavením a nevystavením se žádné nepřízni, jsou na poli psychologie málo zastoupeny. Teorie a zjištění, které jsou v tomto článku zmiňovány, potvrzují, že zátěžová situace má potenciál k posílení budoucí odolnosti jedince. Bez zátěžové situace jednotlivci nemají příležitost naučit se, jak zvládat stres, takže nezdolnost (toughness) a zvládnutí (mastery), jinak generované resiliencí, zůstávají nerozvinuté. Vysoká míra zátěžové situace na druhou stranu přetěžuje jedince v jeho

¹²The relational nature of stress involves individual and environmental transactions (Dewe & Trenberth, 2004). This approach purports that stress occurs when individuals realize that their resources are being stretched or are insufficient for the situation occurring between themselves and their environment (Goh, Sawang, & Oei, 2010). In addition, the intensity of response is dependent on the degree of importance given to the consequences of failing to deal adequately with the situation (i.e., increasing importance is equal to increasing stress response).

¹³Lazarus and Folkman's (1984) model of stress and coping proposed three processes impacting the relationship between the stressor and the stress outcome: primary appraisal, secondary appraisal, and coping. The model suggests that a stressful experience serves as input into an ongoing, cognitive appraisal process. This process assesses the significance of work-related stressors for employees' well-being (primary appraisal) and the availability and likely success of various coping options (secondary appraisal) that might be used to manage the stressors. In broad terms, coping relates to the behavioral and cognitive efforts employed to manage environmental and internal demands (Dewe, 1991).

schopnosti vyrovnat se se stresem, proto porušuje nezdolnost a zvládnutí. Nízká/střední zátěžová situace nabízí více zvládnutelnou výzvu, než vysoká úroveň zátěžové situace, a tím napomáhá vývoji nezdolnosti a ovládnutí.

3.1 Zátěž pracovníků v paliativní hospicové péči

Hospic je místo, které se snaží poskytnout službu umírajícím v nejlepším slova smyslu. V celém tomto procesu jsou přítomné silné emoce na všech stranách, kterým se dá předcházet správným nastavením jasných pravidel a vymezením pozic, kdy každý zná své místo a může z takto nastaveného systému čerpat potřebnou podporu. Nutně ale musí v takto emocionálně „nahuštěném“ prostředí docházet k situacím, na které systém už sám nestačí a je potřeba zapojit jiné mechanismy. Zátěžové situace pro personál hospice jsou následující:

Neustálá přítomnost smrti a umírání

Jakému největšímu dilematu člověk v průběhu svého života musí čelit víc a v potýkání se s ním musí vynaložit veškeré své psychické, duševní a leckdy i fyzické úsilí, než je vyrovnání se s jeho vlastní neodvratitelnou konečností? V různých obdobích svého života k tématu smrti a umírání zaujímá různá stanoviska podle momentálního porozumění světu a sobě samotnému a je nucen vytvářet stále nové aktuální řešení ve svém přístupu a hodnocení sebe, svého dosavadního života a smyslu života jako celku. Člověk v civilizované západní společnosti je se smrtí tváří v tvář konfrontován minimálně. Můžeme velmi vágně říct, že naše společnost je tak nastavená. Pracovníci v paliativní péči se s touto skutečností potýkají denodenně a podle Payna (2001) je právě „smrt a umírání“ nejčastějším zdrojem stresu pro sestry pracující v hospicích. Ať už se jedná o potíže, které vyvstanou, když pacienti mají jiné představy o svém vlastním umírání než sestry, které se o ně starají, jak zmiňuje Hart et al. (1998), nebo z důvodu navázání blízkého vztahu. Další zátěží v tomto kontextu může být změněné vnímání pacientů ve vztahu k sobě sama a ke světu. Svě pečovatele vnímají jakoby z jiného světa, nebo se zdá, že je nevnímají vůbec, což může narušit celkový vztah ošetřovatele a pacienta. Kearny a Mount (2000) píší o nutnosti „aktivního naslouchání“ a naladění v péči o umírajícího pacienta, zejména toho, který je v duševní tísní. Tento požadavek ale sám o sobě nese riziko, že bude překročena rovina tradičního profesionálního vztahu.

Identifikace s trpícím pacientem

Identifikace s trpícím pacientem může vzniknout velmi jednoduše na základě podobnosti pacienta s člověkem, ke kterému jsme měli emocionálně velmi blízko, nebo na základě podobnosti s naší vlastní předchozí zkušeností, např. zdravotníci, kteří měli sami rakovinu a mohou mít problém pečovat o pacienty se stejnou diagnózou, protože v nich přirozeně vyvolávají obavy, že skončí stejně.

Kastová (2010) mluví o psychologickém přenosu z pacienta na personál. Člověk v krizi vyvolává v bližních zcela určité „krizové pocity“ a je na odborníkovi, jaký má on sám postoj ke krizovým situacím: zda je **náš** postoj z pozice odborných pečovatелů ke krizím přátelský, zda jsme schopni je unést, nebo jsme na ně alergičtí. Při protipřenosu autorka (2010) jako pozitivum uvádí, že terapeutovy pocity mohou přesně odpovídat pocitům klienta a představovat tak přímý předpoklad empatického porozumění. Pokud si člověk nedokáže již držet profesionální odstup a je situací plně pohlcen, je na místě krizová intervence.

Pocit neschopnosti a bezmoci

„Navzdory významnému pokroku v biomedicině a našemu chápání lidského zdraví a nemoci jsme stále neschopni přesně určit, proč je pacientovi špatně a jak mu nejlépe pomoci“ (Evans & Trotter, 2009 in Vachonová, 2005), a tyto lékařské podmínky s nejistou etiologií nebo chronickou prognózou produkují pocity ztráty kontroly, konkrétně pocity neschopnosti a bezmoci ve zdravotní péči u poskytovatelů.

Tyto pocity se mohou naopak změnit v nalezení efektivního terapeutického vztahu s pacientem (in Shapiro et al 2011).

Vachonová (2005) v této souvislosti zmiňuje jako příčinu pocitu bezmoci u sester nemožnost zmírnit pacientovu bolest, když není nablízku lékař, který by byl ochoten předepsat dostatečnou dávku léků. Tato situace má pak za následek pocit vlastního selhání.

Nedostatek kontroly nad situací a pocity vlastního selhání

Sestry v paliativní péči jsou hrdé na to, že mají dostatek času na své pacienty a jejich rodiny. Protože se však zmenšují rozpočty, začínají sestry v hospicích stejně jako v jiných zdravotnických zařízeních pociťovat nedostatek času na péči, kterou by chtěly svým pacientům poskytovat (Vachon, 2005).

Jsou na ně vyvíjeny tlaky ze dvou stran, chtějí vyhovět rodině v poskytnutí dostatečného času a prostoru pro vyrovnání se se zármutkem a s bolestí z odchodu drahé osoby, ale zároveň tím nechtějí prodlužovat utrpení pacienta, jak uvádí Schneider (1977, in.

Vachonová, 2005).

V australské studii, kterou zmiňuje Vachonová (2005), paliativní sestry často uváděly, že mají pocit profesionálního selhání a bezmoci. Sestry na sebe kladly vysoké požadavky a nebraly vždy v úvahu organizační a profesní limity své praxe. Věnovaly mnoho energie na dosažení harmonie v rodině i v práci a konflikty často vnímaly negativně a vyhýbaly se jim, místo toho, aby v nich viděly možnost osobního růstu a organizační změny

Mnohočetné ztráty a zármutek

Pracovníci v paliativní péči se starají o řadu lidí, kteří zemřou v krátké době po sobě. S tím spojený zármutek se může během let nahromadit a způsobit těžké deprese. Mnohočetné ztráty mohou vyústit v chronický zármutek, protože sestry nemají čas přestat truchlit nad jednou ztrátou, protože již dojde k další (Cho & Cassidy, 1994). Podle Papadatou (2000) mezi tyto ztráty lze počítat:

- ztrátu úzkého vztahu s určitým pacientem
- ztrátu, která vzniká na základě identifikace zdravotníka s bolestí rodiny pacienta
- nesplněné cíle a očekávání
- ztráty spojené s osobním hodnotovým systémem a představami o životě
- minulé nevyřešené ztráty nebo očekávané ztráty v budoucnosti
- vlastní smrt

Neustálý styk se smrtí a ztrátou může vést k přemíře zármutku a velké tísní (Vachonová, 2005).

Problémy v týmu

Vachonová (2005, s. 32) vyjmenovává řadu autorů, kteří prováděli studie, které potvrdily, že problémy v pracovním týmu jsou zdrojem stresu. „Nedostatek podpory ze strany jednotlivých členů je příčinou deprese u mnoha sester (Bené & Foxall, 1991). Konflikty s kolegy přispívají k emocionálnímu vyčerpání a depersonalizaci.“

Podle autorky dalšími závažnými problémy ve vzájemných vztazích pracovníků v hospici může být soupeřivost a zloba, kterou když se pracovní týmy bojí řešit přímo a používají obstrukční formy chování, jako je kariérismus a vzájemné soupeření, ničí tak celé poselství hospicu, vzájemnou spolupráci a efektivní péči o pacienty.

Problémy se systémem

Paliativní péče se v mnoha ohledech liší od standardů kurativní péče. Že zde existuje řada

třecích ploch jak mezi poskytovateli paliativní a kurativní péče, ale i mezi poskytovateli paliativní péče a systémem zastoupeným veřejnou správou a také mezi poskytovateli paliativní péče a málo informovanou veřejností.

Vachonová (2005) zmiňuje zkušenosti z Velké Británie, kde jsou hospice v napětí s odděleními nemocnic, poskytujícími léčbu terminálně nemocným pacientům. Třecí plochy vznikají i mezi hospici a praktickými lékaři, kteří nejsou ochotni předat pacienta do péče hospice s odkazem na to, že oni sami nejlépe znají potřeby pacienta a jeho podmínky v rodině. Dále cituje španělskou studii (Porta, Busquet & Jarrod, 1997, in Vachonová, 2005) v níž zmiňuje frustraci sester a lékařů, specialistů v péči o terminálně nemocné, z nadměrné byrokratické zátěže, kterou systém vyžaduje. V USA se tento problém zdá být již oslabený, vzhledem k době, po kterou tam je specializovaná paliativní péče již provozována. U nás v České republice je situace podobně nepříznivá. Stále je spousta nemocnic, které nechtějí vydávat pacienty do péče hospiců i s vědomím, že jim sami nedokáží poskytnout tolik služeb a péče. Důvody jsou převážně finanční.

Financování

Financování hospicové péče je vícezdrojové, přičemž pojišťovny hradí svým pojištěncům pouze úzce specifikovanou zdravotnickou péči, což je pokrytí 40 % celkových nákladů na péči o pacienta, kterou hospic poskytuje. Jedná se o služby nezdravotnického charakteru, včetně nadstandartního vybavení pokojů, které si pacient musí hradit z vlastních nákladů tak, aby příspěvek byl úměrný jejich příjmu, případně příjmu rodiny pacienta. Celkem takto hospic získá dalších 10 % z rozpočtu. O další finanční prostředky proto hospic opakovaně žádá obce, kraj, ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo práce a sociálních věcí – na tyto dotace však nemá žádný právní nárok a nikdy není jisté, zda a v jaké výši je dostane. Z těchto zdrojů hospic pokryje dalších asi 20-30 % příjmů. Zbylé prostředky se snaží získat od soukromých dárců, nadací, fondů, firem a jednotlivců – bez jejich pomoci by jejich péče všem bez rozdílu nemohla být poskytována.¹⁴

Péče o umírajícího se tedy ukazuje jako jedna z nejméně výrazných zátěží pro zdravotnické profesionály vůbec. Její hlavní součástí vychází ze samotné podstaty onemocnění, podstaty léčby, nezbytnosti paliativní a terminální péče, problémů smrti a umírání. Pramení i z nutnosti zacházet s reakcemi pacienta a pracovat s jeho projevy, jako jsou závislost, zlost, sebevražedné myšlenky, nespolupráce, a také z práce s rodinnými příslušníky, jejich reakcemi,

¹⁴ <http://www.centrum-cercany.cz/hospic-dobreho-pastyre/luzkovy-hospic-dp/financovani>

a v neposlední řadě z nutnosti zvládat komunikaci v týmu včetně možných konfliktů, které často pramení ze stálého vypětí a nedostatečného finančního ocenění a jistoty (Kupka, 2008).

3.2 Způsoby zvládání zátěže

Kastová (2005) pojednává o tématu zvládání těžkých situací v paliativní péči na dvou dimenzích. V první se jedná o zvládání těžkostí na kolektivní bázi, v druhé se jedná spíše o svépomoc a přirozené vyrovnávací strategie, avšak optimální situace nastane, když se tyto dvě strategie prolínají.

Každý pracovník v paliativní péči musí mít jasnou představu vlastní profesionální identity, včetně svých slabých a silných stránek, ale musí samozřejmě znát a vážit si přínosu ostatních zdravotnických pracovníků. Jak poznamenává Kearny (2000, s. 88 in Kastová 2005, s. 48) úspěšnost celé oblasti péče spočívá hlavně na vzájemné komunikaci a úzké spolupráci, která má zamezit plýtvání sil, interdisciplinárnímu teritorializmu a zmatku nebo „přesycení“ pacienta. Těchto výsledků by mělo být dosaženo při vzájemném setkávání jednotlivých disciplín a v pravidelných schůzkách celého týmu, nejlépe za přítomnosti externího mediátora, který má zkušenost s dynamikou a řízením pracovních skupin, a to jak při budování týmu, tak při řešení obtížné situace při péči o konkrétního pacienta.

Na rovině osobní svépomoci Vodáčková (2002) poskytuje užitečný přehled adaptivních a vědomých strategií, které lze využívat při zátěži. Zdůrazňuje smysl vlastní svépomoci v náročných životních situacích. Člověk používá přirozené vyrovnávací (coping) strategie, kterými se přizpůsobuje požadavkům života. Tyto strategie mu pomáhají vyrovnávat se se stresem nebo celkově se zátěží a jsou to:

- Kontakt s pocity, úleva pláčem, hněvem, orientace v ambivalentních pocitech, respekt k emocím druhých lidí.
- Schopnost sdílet a sdělovat.
- Dobrý kontakt s tělem jako indikátor toho, co se děje.
- Kontakt s vlastními potřebami.
- Vědomí vlastních hranic.
- Orientace v situaci s využitím dostupných prostředků a informací.
- Schopnost využít vlastní starší zkušenosti.
- Schopnost využít existence a zkušenosti blízkých lidí.
- Schopnost využít potenciálu přirozené komunity. „Přirozená komunita je společenství

lidí, kteří žijí ve stejné lokalitě, nebo jsou ze stejné zájmové skupiny nebo církevního či jiného společenství.“ (Vodáčková, 2002, s. 51)

- Schopnost využít vzorců kolektivního chování, převážně společenských rituálů (usnadnění pláče pohřbem, symbol rozloučení se zesnulým), které usnadňují přechod mezi životními etapami, umožňují vypořádat se s náročnými životními situacemi a napomáhají průchodu emocí.
- Inspirace literárními příběhy.
- Otevřenost neobvyklým tvořivým řešením, zapojení fantazie.
- Víra a naděje.
- Smysl utrpení.

Kastová (2005) uvádí podobný seznam strategií, doplněný jen o činnosti jako je správná výživa, pravidelná cvičení, smysl pro humor a vycházky do přírody.

4 Fenomén smrti napříč dějinami a současný vývoj

Smrt. Široké a nevyčerpatelné téma. Jak se mu nejlépe postavit než reflexí pojetí smrti v dějinách lidstva od jeho literárních počátků až po současnost? Alespoň toto shrnutí a vyjádření vlastního postoje mi připadá potřebné učinit před samotným pojednáním o paliativní péči, jejích zásadách, cílech, principech a formách. V další podkapitole se chci věnovat historii hospicové péče v České republice a na posledním místě pojednávám o hospici Dobrého Pastýře v Čerčanech, kde jsem se rozhodla provést své výzkumné šetření.

4.1 Vnímání smrti a umírání v náboženstvích a kulturách

Vědomí života a smrti je důsledkem vědomého prožívání sebe sama, které je s lidstvem provázané od jeho počátků. Zájem o tematiku smrti a umírání podle mého názoru není přiznáním lidské slabosti a strachu, ale projevem vyspělosti kultury a důkazem vnímání přesahu, o kterém podávají podrobné záznamy různé antropologické studie. Vnímání konečnosti lidské existence máme od dětství. Konfrontace se smrtí se nám nabízí v průběhu celého života a vybízí nás k formování stanovisek a postojů vedoucích k postupnému smíření. Než se ale této konečné fáze dobereme, jsme nuceni čelit nevyhnutelnosti smrti a nejistoty doby jejího příchodu se všemi strachy a úzkostmi, které smrt doprovázejí. Zároveň nám tato pochmurná vize slouží jako hnací síla myšlenek a činů, ve kterých se většinou snažíme zanechat přesah. Tento strach se sice v našem vědomí neobjevuje tak často, nicméně nikdy se plně neodloučí z našeho nevědomí, kam je velmi často inhibován, a může se projektovat do různých forem traumat a úzkostí, kvůli kterým vyhledáváme odbornou pomoc terapeutů. Smrt je problémem živého člověka. Je to problém o to specifitější v tom, že není nikdo, kdo by se s ní střetl a mohl nám své zkušenosti sdělit, popsat, poradit nám, nebo nás na ni připravit. V tom je smrt pro člověka zcela jedinečná, že ačkoliv se ho týká osobněji než mnoho jiných věcí, přesto o ní ví daleko méně. Vlastně o ní, zdá se, neví nic.

Při pohledu na různé epochy lidských dějin se nám zrcadlí, jak strach ze smrti překonávaly různé kultury, jejichž spisy nám svým přesahem doby a moudrostí můžou sloužit jako účinný pomocník dodnes. Nejstarší kultury a náboženství, jak upozorňuje Assmann (2003), se celé odehrávají kolem snahy vyrovnat se se smrtí a to dvěma způsoby. Buďto se snaží smrt vidět jakožto definitivní konec a život v ní je pak finálním zúčtováním, v němž je zachována i spravedlnost a odplata. Život je samotným naplněním a odměnou, kde pro dobře žijícího je

zadosti učiněním spokojený čas bytí. Tak tomu pravděpodobně bylo třeba u rané židovské tradice. Jako protipól vyvstává rané egyptské náboženství, které ve své podstatě je vlastně zakonzervováním a uchováním života po smrti, kde mrtvý zůstává součástí společnosti, paměti i dění jako obyvatel světa i světa nad světem, dokud jeho tělo trvá ve světě materiálním, svět „duchovní“ je zde v přímé závislosti na světě „hmotném“.

Egyptané investovali mnoho síly, energie, inteligence a prostředků do tématu překonávání smrti. Smrt pro ně neznamenal konec. Naopak byla počátkem něčeho nového. Představovala kritickou fázi přechodu, při které bylo možné dosáhnout nové, mocnější formy existence. Pro porozumění staroegyptského kultu mrtvých slouží Egyptská kniha mrtvých, publikovaná v 19. století. Ta obsahuje sbírky modliteb, zařikávání, mýtů, hymnů a magických formulí, které se vztahují ke smrti a cestě na druhý břeh. Kniha mrtvých zároveň sloužila jako určitý druh rukověti pro uskutečňování tehdy platných ctností. Její význam zasahoval hluboko do denního života lidí. Ctnostným životem si mohl člověk uchovat místo ve vzpomínkách následovníků a současně naplnit předpoklad pro život po smrti. Intenzivní zabývání se smrtí nacházíme také u buddhismu. I zde existuje kniha, která popisuje správné zacházení s kritickými fázemi života – Tibetská kniha mrtvých. Kniha o „osvobození skrze naslouchání na rovině smrti.“ Tato kniha připravuje živé na zjevení, která se objeví ihned po úmrtí (Student, J.- C., Mühlum, S., Student, U., 2006).

Tyto dvě obdoby vyrovnání se se smrtí, různě modifikované, obnovované a transformované, přetrvávají v lidských dějinách, až naleznou své vyvrcholení skrze řeckou civilizaci, v křesťanství, které se stává po dlouhou dobu, alespoň pro oblast Evropy, velmi univerzálním řešením otázky smrti.

Křesťanství se stalo nedílnou a neopominutelnou součástí společenských, ale i duchovních dějin Evropy i lidstva. Zároveň pak, v době, kdy křesťanství ztrácí svou vládu, tedy v období devatenáctého století, oba pohledy, i když notně pozměněné, znovu nabývají na své hodnotě. Jsou tady pohledy přesouvající celou váhu štěstí na vezdejší život – jako třeba některé formy ateismu, tak jako směry stále vidící hlavní část bytí v životě pokračujícím v nějaké formě po smrti.

Dle Murphyho (2006) jsou víra v nesmrtelnost duše či posmrtný život a reinkarnace obvyklými způsoby smírání vědomí biologické smrti s toužebným přáním pokračování vědomého já. Samotná kategorie „smrti“ předpokládá stav pozměněné existence a je to tedy mírnější slovo než „neživot“ nebo „neexistence“.

Jednadvacáté století charakterizuje orientace na popření, odmítání smrti. V naší době jen malé procento lidí umírá doma. Smrt nepatří do běžného života. Našimi nejvyššími

hodnotami jsou zdraví, úspěch, kariéra, peníze, dlouhý, snadný a bezstarostný život a uvědomění si vlastní smrtelnosti a omezenosti by nám tyto představy mohlo narušit (Munzarová, 2005).

4.2 Historická perspektiva léčebného principu

Pro plné pochopení toho, co znamená paliativní medicína a hospicová péče, se na tyto pojmy vyplatí podívat z historické perspektivy. J. Ch. Student a kol. (2006) považují za hluboké dějiny léčebného umění zasvěcené chrámové praktiky pradávných kruhů v Mezopotámii anebo rytí v Dánsku, kde se ukazuje, že léčebné umění napříč stoletími je převážně ženskou doménou, které se vyznačuje třemi hlavními elementy. Prvním je schopnost setrvat v blízkosti nemocného i přes všechny těžké okolnosti. V dnešním chápání vlastnost podobná empatii. Druhá schopnost je pozorovací, dnešní koncept diagnostiky a poslední třetí schopnost se váže na znalost mírnění obtíží, tzn. Dnešní terapie (Student a kol., 2006). Ve střední Evropě byla tato tradice léčících žen přerušena tzv. Upalováním čarodějnic, kterým se přerušila i znalost dávných léčebných metod. Student a kol. (2006) porovnává ženský a mužský přístup k léčení, přičemž ženský spadá spíše do dnešní oblasti sociální péče a mužský dominuje moderní medicíně. Ta je charakterizovaná docela jinými prvky, jako je hledání úspěchu s cílem opět uzdravit lidi, agresivní formy chování a zaměření na organické detaily (výzkumy nemocí a léčby na úrovni buňky, v molekulární biologické oblasti a medicíně).

Kritiku autorů vůči tomuto modernímu pojetí medicíny vystihuje nejlépe Ariésův pojem „zpuštění smrti,“ který započal především v 19. století a je charakterizován opět trojím znamením:

1. **Zatajování a izolování smrti.** Vnímáme-li, kde lidé nejčastěji umírají, musíme si zároveň uvědomit, že se umírání vzdaluje čím dál tím víc veřejnosti. Končilo-li ještě na počátku 20. století 80% umírajících v bezpečí vlastních čtyř stěn, tak nyní stejné procento lidí končí svůj život v prostředí cizím. Smrt není v žádném případě přijatá, nýbrž utajená a umírající člověk izolován. Mnoho lidí se tak ještě ve vysokém věku nesetkalo s mrtvým tělem.

2. **Obelhávání a zbavování svéprávnosti umírajících.** Jak uvádí Ariés (1997, in. Student a kol, 2006), v 19. století se začínalo přistupovat k umírajícímu člověku vysvoboditelskou tendencí z jeho bolesti, křiku a zápachu. Pohled na takového člověka se

začíná brát jako společensky neúnosný, což pokračovalo až do fáze infantilizace smrtelně nemocných a upírání jejich důstojnosti.

3. **Odstraňování zármutku.** Kde pro umírání není prostor, tam není místa ani pro prožívání smutku a bolesti. Přístup společnosti dnešní doby má za cíl truchlící lidi přivést co nejdříve k normálu, čímž paradoxně vyžaduje to nejnenormálnější, co se od truchlících dá požadovat.

Do 18. století nejsou smrt a umírání dějství, prožívaná individuálně a samostatně, nýbrž k nim dochází ve společenstvích. Jsou překonávány v ceremoniích a rituálech, které pomáhají „neponechat smrt sobě samé a její bezuzdnosti“ (Ariés, 1997 in Student a kol., 2006 s. 139). Autoři přisuzují této ztrátě kolektivní strategie překonávání smrti zvýšený počet tělesných, duševních a sociálních obtíží u pozůstalých. Situace se změnila ve 20. století, kdy se objevili dvě velké ženy, obě lékařky, které opět dali kontinuitu oné staré léčebné kultuře. Jedná se o Elisabeth Kübler-Rossovou, která překonala tabuizaci smrti svou první knihou „Hovory s umírajícími“. Druhá protagonistka, Cicely Saundersová, se proslavila založením instituce, později známé pod pojmem „hospic“. Obě výše zmíněné ženy nesou zásluhu především za to, že dávné léčebné principy vrátili zpátky do moderní medicíny, která je dnes všeobecně uznávaná pod pojmem paliativní péče.

4.3 Historie hospicové péče v České republice

Zhruba do padesátých let 20. století byla péče o umírající převážně v rukou laiků. Rady, jak pečovat o umírající a jak se chovat v této náročné životní situaci se předávaly v rodinách z generace na generaci. Umírání mělo charakter sociálního aktu a všeobecně panovala jistota, že nikdo z rodiny nezemře opuštěn. Součástí rituálu umírání byla poslední vůle, zpověď a svátost smíření. Lékaři jako odborníci se o umírající začínají starat počátkem devatenáctého století. V průběhu devatenáctého století a počátkem dvacátého století k běžným povinnostem rodinných lékařů patřilo i tišení bolesti umírajících (Vorlíček, Adam, 1998). Se zánikem institutu domácích lékařů a vznikem státem řízeného zdravotnictví se péče o umírající přesouvá do institucionálních podmínek.

U nás se hospicové hnutí v pravém slova smyslu začalo rozvíjet po sametové revoluci v roce 1989, která s sebou přináší důraz na akceptaci lidských práv, čímž dává společnosti šanci na rozvíjení nových humánních postupů v péči o umírající. Rozvoj hospicové péče byl v České republice započat v rámci změn, které v českém zdravotnictví probíhaly od začátku

devadesátých let.

V nemocnicích či jiných zdravotnických zařízeních umírá více než 87 % lidí (Misconiova, 1999). V roce 1991 byla při Ministerstvu zdravotnictví založena "Pracovní skupina pro podporu rozvoje domácí a hospicové péče". Tato pracovní skupina byla složená z odborníků i laiků a podporovala rozvoj nových druhů zdravotních služeb, které v České republice dosud chyběly nebo byly nedostatečně rozvinuty. Od roku 1991 do roku 1994 probíhal experimentální projekt s názvem "Charitní ošetrovatelská služba v rodinách", jehož úkolem bylo rozšířit v České republice domácí zdravotní péči v situaci, kdy pro ni neexistovaly legislativní podmínky. Po čtyřech letech dochází ke změně legislativních podmínek a tato péče začíná být hrazená systémově, ze zdravotního pojištění. Od počátku spolupracovala s výše zmíněnou pracovní skupinou i zakladatelka hospicového hnutí u nás, doktorka Marie Svatošová. Již v průběhu zmíněného projektu se začala vyčleňovat péče o klienty v terminálních stavech jako samostatná problematika a současně s ukončením projektu "Charitní ošetrovatelská služba v rodinách" začalo Ministerstvo zdravotnictví investičními dotacemi podporovat vznik prvního modelového hospice v České republice. Pojmy hospic a hospicová péče začaly získávat přesnější obsah přímo v praxi. Odbor sociální péče Ministerstva zdravotnictví podporoval šíření hospicové myšlenky všemi způsoby. Současně se státními dotacemi na výstavbu hospiců byly také finančně podpořeny kurzy paliativní medicíny pro zdravotníky i projekty rozsáhlé edukační činnosti určené pro nejširší veřejnost. Bylo zřízeno edukační hospicové centrum a probíhala přednášková turné k problematice hospicové péče. Tyto aktivity probíhají i v současné době. Zkušenosti ukázaly, že tato příprava nebyla zbytečná. Hospicová myšlenka byla mnohdy vnímaná zkresleně (Macková, 2002).

První modelový hospic vznikl v roce 1995 v Červeném Kostelci. Nyní je na území České republiky téměř 20 zařízení hospicové péče¹⁵

4.4 Paliativní péče

Termín pochází z latinského pallium (maska, pokrytí, zakrytí pláštěm) a v této etymologii lze nalézt pravou podstatu péče paliativní. Jejím cílem je maskovat účinky „neléčitelné“ choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, kterým nemůže být pomoci kurativní léčbou. Paliativní (úlevná) péče zahrnuje i použití určitých paliativních intervencí, které mohou chorobu ovlivňovat (například radioterapeutické, chirurgické a chemoterapeutické postupy) a také těch, které

¹⁵www.hospice.cz

mohou tlumit symptomy způsobené léčbou (Munzarová, 2005).

Hospic je specializované zařízení poskytující tzv. paliativní péči, tedy péči o terminálně nemocné, u nichž již byly vyčerpány všechny možnosti léčby, péči, která se zaměřuje na úlevu od bolesti a vychází vstříc potřebám svých klientů v oblasti biologické, psychologické, sociální i duchovní. Světová zdravotnická organizace definovala paliativní péči jako aktivní celkovou péči o pacienty, jejichž nemoc již nereaguje na žádné léčebné postupy. Nejdůležitějším úkolem je zmírňování bolesti a dalších symptomů a také psychologických, sociálních a duševních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pacientů a jejich rodin. WHO definuje kvalitu života jako „jedincovu percepci jeho pozice v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“ (Mühlpachr, 2004, s.13). Také pravděpodobně nejrozsáhlejší český server, věnovaný problematice umírání a doprovázení umírajících, poskytuje obdobnou definici: „Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“¹⁶

Principy paliativní péče obě definice dále rozvíjejí v jednotlivých aspektech, česká verze uveřejněná na serveru umirani.cz je prakticky překladem anglické, zveřejněné na stránkách WHO:

Paliativní péče

- se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života;
- dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění;
- podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces, neusiluje ani o urychlení ani o oddálení smrti;
- je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka, a
- integruje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty;

¹⁶www.umirani.cz

- vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení;
- zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých;
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka;
- vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.

Jak bylo zmíněno, paliativní péče znamená multidisciplinární přístup k léčbě, která probíhá s pacientovým souhlasem a ve shodě s jeho přáním. Proto i v zařízení poskytujícím paliativní péči, jako je hospic, je tyto služby připraven poskytovat tým odborníků různých profesí, kteří se navzájem nejen doplňují, ale i postup péče o jednotlivé pacienty konzultují, sdílí informace o stavu a potřebách pacienta a jeho členové diskutují o možnostech jak co nejúčinněji řešit problémy nemocného. (Vorlíček, in Vorlíček a kol 2004)

Podrobněji rozpracovává požadavky na poskytování paliativní péče dokument Standardy hospicové paliativní péče (2006), který připravilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) ve spolupráci s Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče s cílem definovat požadavky na poskytovatele paliativní péče v ČR, aby byla zajištěna její potřebná úroveň a odpovídající kvalita.

Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech v požadavcích na svůj personál uvádí, že mimo vysoce odbornou dovednost ve svém povolání vyžaduje po svých pracovnících, aby i opravdově a bezvýhradně měli rádi lidi, byli vyrovnáni se svou vlastní konečností, smrtelností. Kdo se cítí být povolán k tomu, aby nemocného doprovázel, potřebuje mít základní předpoklady k vytvoření účinného terapeutického vztahu. Především se musí učit trpělivě naslouchat a být pro druhého celou svou osobností přítomen. Ani nevyslovená prosba by neměla být přeslechnuta. Cesta k nemocnému není vždy otevřena, a proto je nezbytná ochota v kteroukoli denní i noční dobu vyslechnout jeho stesky a spolu s ním se pokoušet najít odpověď na otázky, které ho znepokojují. Zdravotníci kolem nemocného, a to na všech úrovních, zde mají svou nezastupitelnou úlohu. Mimo to duchovní, psychologové, dobrovolníci. Například v anglicky mluvících zemích říkají dobrovolníkům v této oblasti „listeners“, tedy „naslouchající“. To odhaluje další aspekt duchovních potřeb nemocného.

Potřebu být vyslyšen, potřebuje, aby mu bylo nasloucháno.

Běžně ve světě se hospicová péče rozděluje do tří forem:

- Domácí hospicová péče je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází, nebo se dlouhou službou nemocnému unaví a vyčerpá, nebo je ošetřování touto formou příliš náročné pro rodinné příslušníky.
- Stacionáře (denní pobyty) slouží povětšinou k jednodennímu zajištění péče pro pacienta, jehož ošetřovatelé si potřebují zařídit své osobní záležitosti nebo si jen potřebují odpočinout a doplnit síly. Pacient v tomto případě přijíždí ráno nebo odpoledne a večer se vrací domů.
- Lůžková hospicová péče je aktuální zejména tehdy, když předchozí dvě formy nestačí, nebo nejsou vůbec k dispozici.

4.5 Hospic Dobrého Pastýře v Čerčanech u Prahy

Lůžkový Hospic Dobrého pastýře v Čerčanech byl uveden do provozu po více než pětiletém úsilí jako jedna z iniciativ občanského sdružení TŘI dne 1.9. 2008. Kapacitou 30 lůžek v povětšinou jednolůžkových pokojích poskytuje zázemí pacientům v terminálním stádiu nemoci, jejich rodinným příslušníkům i dalším blízkým osobám. Mimo lůžkový hospic občanské sdružení Tři poskytuje i odlehčovací služby, jmenovitě centrum denních služeb, respitní lůžka, terénní služby v domácnosti klientů a sociální poradenství. Ve vedení O. S TŘI je správní rada, dozorčí rada, členové O. S TŘI, jakož i dobrovolníci.

Velmi sympatické na tomto hospici je, že se jeho vedení snaží informovat veřejnost o poslání a účelu hospiců různými cestami, zve veřejnost na různá školení a semináře, má svou vlastní kavárnu s restaurací a pořádá veřejné bohoslužby v místní kapli. Mezi další aktivity, které občanské sdružení realizuje, patří různé kroužky pro děti a setkávání se nad biblí. V roce 2010 bylo otevřeno Centrum denních služeb, které přivítalo první uživatele. Začala výstavba Komunitního domu s kostelem Nejsvětější Trojice. Rozšířila se ambulance paliativní medicíny, která má dvě pracoviště - ambulanci paliativní medicíny a léčby bolesti a ambulanci klinického psychologa. O. S. TŘI byla udělena licence na vzdělávání v oboru paliativní medicína a léčba bolesti. V rámci tohoto vzdělávacího programu nabízí pro veřejnost exkurze, stáže, semináře a kurzy

5 Výzkumné šetření

V předchozích kapitolách jsem se zabývala čtyřmi stěžejními bloky. Odolností, smysluplností života, zátěžovými situacemi, tématem smrti a dobrého umírání. Mým záměrem bylo popsat nejednoduchou tematiku odolnosti, s ní souvisejících témat a vymezení prostoru pro výzkumné šetření, kde chci odolnost zkoumat. Nejvhodnějším a pro mě také nejzajímavějším místem se jevil a jeví hospic. Při tomto rozhodnutí jsem vycházela z předpokladu, že smrt je pro mnoho lidí jedním z nejsilnějších stresorů vůbec, což je dáno její neodvolatelností a neuchopitelností. V práci se soustředím na osoby, které přicházejí do styku s umírajícími (jak na bázi plného a polovičního úvazku, tak i na principu dobrovolné činnosti), doprovázejí je a pomáhají jim v rámci svých rozličných kompetencí překonávat početné problémy, což je provázáno zvýšenými nároky na jejich odbornou, ale i emoční účast. Mít zaměstnání v prostředí, kde je každodenně velká míra stresu, se může v případě zaujetí nevhodné vyrovnávací strategie v jeho zvládnání promítnout do našeho zdraví a mít tak vliv na celkovou kvalitu života. Aby se eliminovaly negativní dopady při zaujetí nefunkčního zvládnání, je potřeba pracovat s psychikou člověka a naučit se funkční strategie při boji se stresem. Výrazná proměnná v boji se stresem je osobní nezdolnost ve smyslu hardiness. Tato vlastnost člověka signifikantně zoceluje, umožňuje mu využívat zejména funkční strategie a působí protektivně před následky stresu. Tato charakteristika mimo jiné má tu vlastnost, že není konstantní, práci na sobě jí můžeme rozvíjet a kultivovat, čímž sekundárně podporujeme i naše zdraví a kvalitu života.

Výzkumy Hardiness Research Institute, Inc., (Casper, Wyoming, USA in Šolcová, 1995) dokázaly, že jedinci s vysokou úrovní hardiness mají méně kardiovaskulárních nemocí a vykazují až o 90% méně neurostanických stesků spojených se stresem (bolesti hlavy, žaludeční nevolnost, poruchy spánku apod.) v porovnání s osobami s nízkou úrovní hardiness. Na úrovni psychiky projevují o 85% méně emočního vyčerpání, méně vyhledávají pomoc lékaře a v práci mají o 57% méně zameškaného času z důvodu nemoci.

Šolcová a Tománek (1994, in Šolcová, 1995) zjistili, jak hardiness rozhodujícím způsobem ovlivňuje každodenní situace. Na úrovni copingu (zvládnání stresu) mají osoby s vysokou mírou hardiness k dispozici více rezerv v tom smyslu, že sami sebe vnímají jako schopnější realizovat své záměry. Příznivěji také hodnotí svůj psychosomatický stav. Na úrovni kognitivního hodnocení mají osoby s vysokou mírou hardiness pozitivnější přístup k hodnocení situací a vnímají je jako méně stresogenní. Při vyrovnávání se s každodenními problémy volí takové strategie, které jim umožní vyrovnat se s problémy života za cenu

minimálního stresu.

5.1 Cíl výzkumného šetření a formulace hypotéz

Cílem dotazníkového šetření je zjistit následující:

1. Jakou míru osobní nezdolnosti typu hardiness vykazují pracovníci hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech? V odpovědi na tuto otázku budu měřit celkový hrubý skór hardiness, ale i skór jejích jednotlivých komponentů, kterými jsou commitment, control a challenge.
2. Jak se liší úroveň hardiness mezi věřícími a nevěřícími pracovníky?

Hypotézy:

H1 Odolnost u osob spirituálně zaměřených bude vyšší než u osob nevěřících.

Tuto hypotézu jsem vytvořila na základě vlastního pozorování z praxe, v odborné literatuře jsem nikde na spojení hardiness a spirituality nenarazila.

5.2 Soubor

Výzkumný soubor je složen z pracovníků hospice ve věku od 25 do 69 (průměr 45 let). Celkový počet respondentů je 18. Ženy tvoří 89 % souboru, muži tvoří zbývajících 11%. Jedná se o multidimenzionální tým složený z účastníků, kteří jsou na vedoucích pozicích, tzn. ředitele, ekonomické oddělení, psychologa, duchovní, ale i o lékaře, sestry, ošetřovatelky, fyzioterapeuta, pracovníky denního stacionáře, zahrnuti jsou i dobrovolníci a stážisti. Rozložení vzorku v rámci pohlaví je nerovnoměrné a je významně ve prospěch žen. Základní údaje o respondentech jsou uvedeny v tabulce č. 1, která je součástí přílohy.

Dále mne zajímal rodinný stav. Zadaní respondenti tvoří 89% z celkového souboru, nezadaní respondenti zbylých 11%. Z dosaženého vzdělání vede nejvíce středoškolské, které tvoří 67% z celkového výzkumného vzorku. Podrobnosti o vzdělání a spiritualitě uvádím v tabulce č.1.

Tabulka č.1 Procentuální vyjádření spirituality a dosaženého vzdělání u respondentů.

Spiritualita:	Procenta:	Vzdělání:	Procenta:
ano	61%	Vysokoškolské	17%
ne	32%	Středoškolské	67%
nezodpovězeno	6%	Základní	6%

Vysokoškolské tvoří 17%, základní je v zastoupení 6%. 10% zůstalo nezodpovězeno. Ohledně spirituality je 61 % věřících, 33% nevěřících a 6 % zůstalo nezodpovězeno.

Výběr vzorku byl učiněn na základě dostupnosti a s ohledem na charakter práce. Vzhledem k úzce profilovanému souboru není účelem tohoto výzkumného šetření generalizovat zjištěné poznatky na celou populaci pracovníků hospiců, protože každý hospic funguje jako samostatná jednotka s vlastní tradicí a na různých principech.

5.3 Popis sběru dat

Se všemi zaměstnanci a dobrovolníky hospice jsem navázala osobní kontakt, vysvětlila jim účel sběru dat a název výzkumného šetření, zaručila anonymitu, podala instrukce k vyplnění dotazníku a poprosila o spolupráci. Dotazníky jsem si průběžně vyzvedávala ze .schránky, která byla ke sbírání dotazníků předem určená.

5.4 Instrumenty

Pro měření úrovně hardiness jsem zvolila standardizovaný dotazník Personal View Survey (PVS). Tento dotazník navrhla Susanne Kobasová (1979) se svými spolupracovníky z bostonské školy v rámci rozpracování „úsilí o autentický život“, tj. Identifikaci a rozvíjení osobnostních předpokladů zvyšujících rezistenci vůči onemocnění (Kebza, 2005).

Do českého jazyka byl tento dotazník přeložen v roce 1987 I. Krátkým a I. Šolcovou. Český překlad byl revidován v roce 1994 Šolcovou (Šolcová, Kenza, 1996). Znění dotazníku uvádím v příloze č.1. Samotné skóre dotazníku hardiness vypovídá v obecných rysech o klientově odolnosti vůči stresu (Šolcová, 1995).

Ideální použití dotazníku PVS je v rámci baterie, která současně zjišťuje jednu z následujících možností. Úroveň stresu, které je jedinec vystaven; způsob vyrovnání se se stresogenními situacemi; psychický stav; zdravotní stav; životní styl (Šolcová, 1995).

Respondenti při vyplňování dotazníku PVS vyjadřují svůj postoj k 50 položkám, kde 17 položek slouží ke zjištění úrovně challenge, 16 ke zjištění úrovně commitment a 17 ke zjištění úrovně control. Respondenti odpovídali na výroky prostřednictvím čtyřstupňové škály takto: výrok 0 - vůbec nesouhlasí, 1 - částečně nesouhlasí, 2 – spíše souhlasí, 3 - rozhodně souhlasí (Šolcová, 1995). Podle údajů Hardiness Research Institute, Inc., je reliabilita dotazníku vyjádřena koeficientem alfa 0.92.

Pro porovnání hardiness mezi věřícími osobami a osobami nevěřícími se jako nejvhodnější jevil Studentův t-test s předchozím testem homogenity rozptylů pomocí Leveneho testu. Z výsledků Leveneho testu vychází, že homogenitu rozptylu obou skupin (věřící, nevěřící) nelze zamítnout a mohli jsme tedy zvolit výsledky varianty Studentova t-testu tomu odpovídající. Pro statistické porovnání byl použit statistický SW SPSS verze 17 procedura T-TEST. Zpracovatelem statistik a autorem tabulek a grafu spirituality je Ing. Ondřej Mašata.

5.5 Výsledky

S daty bylo pracováno na základě instrukcí v manuálu k Personal View Survey (Šolcová, 1995). U některých položek bylo nutno obrátit skórování a po tomto kroku jsem spočítala hrubé skóry jednotlivých dimenzí hardiness.

Na základě přepočtu uvedeném v manuálu byly tyto hrubé skóry přepočítány na vážené skóre hardiness. Výsledná hodnota váženého skóre hardiness se pohybuje v rozmezí 0 až 100. Průměrná hodnota mého vzorku je 67,15 a patří do pásma průměru. Nejnižší naměřená hodnota je 47,43, která spadá do pásma výrazného podprůměru, zatímco nejvyšší dosažená hodnota 84,23 je ve srovnání v rámci populace (Šolcová, 1995) v pásmu nadprůměru.

Významnou interferující proměnnou se jeví otázka spirituality. Nyní se podíváme na skóry hardiness (HD) věřících a nevěřících. Protože se jedná o nevyrovnané vzorky, zjišťovala jsem možné rozdíly ve skórování hardiness pomocí nezávislého t-testu (tabulka č.2).

Tabulka č.2: Výsledky skupinové statistiky

Group Statistics				
	Spiritualita	N	Mean	Std. Deviation
CA	Ano	11	34,73	5,985
	Ne	6	23,50	8,666
CM	Ano	11	37,82	4,446
	Ne	6	31,50	5,718
CO	Ano	11	38,91	4,061
	Ne	6	29,83	1,602
new_c	Ano	11	74,3910	7,35291
	Ne	6	56,7334	10,12612

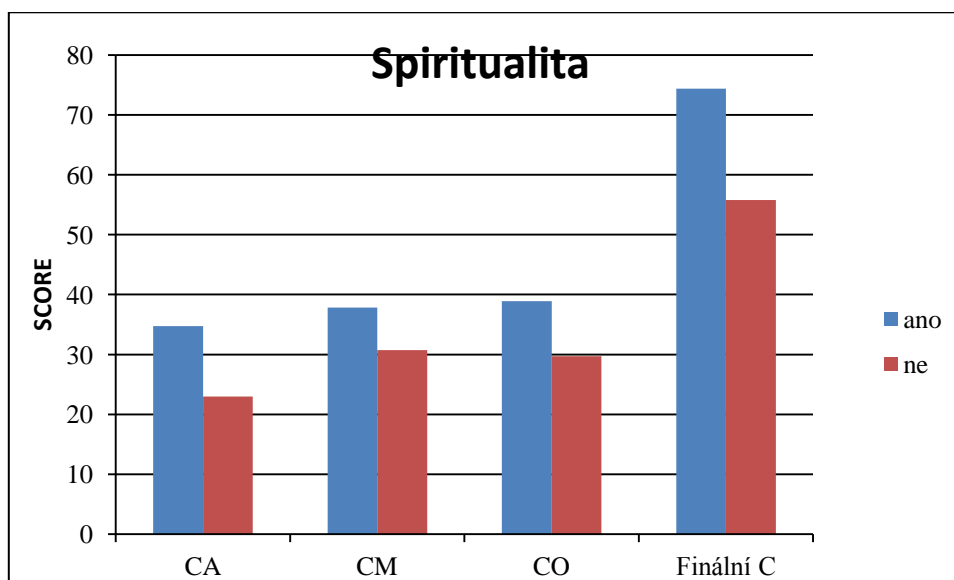
Tabulka č.3: Výsledky Studentova t-testu

Independent Samples Test						
	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
CA	2,329	,148	3,163	15	,006	11,227
CM	1,116	,307	2,537	15	,023	6,318
CO	3,968	,065	5,195	15	,000	9,076
new_c	1,719	,209	4,152	15	,001	17,65758

Výsledky Studentova t-testu potvrzují, že rozdíl mezi průměrnými skóry věřících a nevěřících ošetřovatelů je statisticky významný, na hladině významnosti 0,05.

Pro srovnání rozložení skóre hardness přikládám graf č.1, na kterém je evidentní, že osoby, které sami sebe označily jako spirituální, vykazují na všech dimenzích hardness vyšší skóre oproti osobám, které se jako spirituální neoznačily.

Graf č. 1: Rozložení spirituality ve skórech hardiness



5.6 Diskuze

V empirické části se mi podařilo změřit výsledný vážený skór hardiness, který v rámci populace, kterou naměřila Šolcová (1995), spadá do pásma průměru. Původně jsem zamýšlela porovnat hardiness mezi muži a ženami a jak se liší v různých věkových rozmezích. To se mi bohužel nepodařilo vzhledem k významné převaze žen (89 %) nad muži (11%), data z tohoto výsledků vzniklá mi připadají silně irelevantní. Z podobných důvodů se mi nepodařilo realizovat záměr porovnat úroveň hardiness mezi dosaženým vzděláním u respondentů, jednak proto, že mi čtyři respondentky na otázku neodpověděly a i proto, že většina respondentů 67 % má vzdělání středoškolské.

Již na první pohled bylo z tabulky s výsledky zřejmé, že vyššího skóre dosahují věřící zaměstnanci. Toto zjištění jsem se za pomoci Ing. Ondřeje Mašaty snažila potvrdit statistickým testem, nejvhodnějším se jevil Studentův t-test s předchozím testem homogenity rozptylů pomocí Leveneho testu. Otázkou samozřejmě není jen samostatná statistická průkaznost, ale také to, zda je daný rozdíl významný i z praktického hlediska. Zde se však zdá být signifikantní obojí.

K získání obecnějších informací považuji do budoucna za důležité rozšířit výzkumný vzorek o více hospiců, jejichž výsledky by se mezi sebou daly porovnat. Jak jsem již zmínila v předcházejícím textu, cílem této práce bylo seznámit se s konceptem hardiness a ověřit poznatky na jedné instituci.

Dotazník Personal View Survey (PVS) nepředstavuje osobnostní dotazník, tak jak jej známe z psychodiagnostických příruček. PVS představuje především podklad pro další práci s klientem, vypovídá především o jeho náhledu na stresogenní situace, jejich zpracování a řešení, vypovídá i o celkovém psychickém a zdravotním stavu, případně i o životním stylu. Na základě mých zjištění o průměrné odolnosti zaměstnanců Hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech navrhuji pokračování v supervizích, školeních o odolnosti a aktivním, život potvrzujících zdravých způsobech zvládnání stresu na pracovišti.

6 Závěr

Teoretická část práce obsahuje souhrn poznatků ze čtyř oborů, kterých se práce týká: odolností, smysluplností života, zátěžovými situacemi, smrtí a dobrým umíráním. Jedním z mých hlavních cílů, vedle studia poznatků o resilienci, bylo zdůraznění smysluplnosti života na jeho samotném konci, jehož je umírání neodmyslitelnou součástí. Aby lidé dokázali prožívat plnohodnotně svůj život, je podle mého názoru potřeba budovat svoji odolnost vůči stresu a zátěžovým situacím, nepřestávat v práci na sobě, učit se aktivně bojovat za život a nepřestávat si vážit situací, které se v sledu života nabízejí. V tomto ohledu se mi potvrdilo, že nejlepší učitelé jsou sami umírající, což ve svých publikacích zdůrazňuje lékařka Elisabeth Kübler-Rossová.

V této práci jsem se zabývala výzkumným šetřením zaměřeným na zjištění míry odolnosti typu hardiness u pracovníků v Hospici Dobrého Pastýře v Čerčanech, což je hlavní výzkumná otázka. Dále jsem na základě poznatků získaných při pozorování na praxi stanovila hypotézu k druhé výzkumné otázce, zjišťující souvislosti spirituality s hardiness.

Pro výpočet míry hardiness a doložení nebo vyvrácení zmíněné hypotézy jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Výsledky tohoto šetření ukazují, že zaměstnanci Hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech vykazují průměrné hodnoty hardiness. Druhým výsledkem je zjištění, že v mém výzkumném souboru existuje pozitivní korelace mezi spiritualitou a hardiness. Na základě těchto závěrů lze poukázat, že stále existují rezervy, na kterých se u zaměstnanců hospice dá pracovat ve vylepšování jejich odolnosti. Moje doporučení jsou např. zavedení supervizí nebo seminářů o změně životního stylu a návyků, způsobům jak aktivně „odvětrat“ důsledky každodenního stresu a výcvikem zaměřeným na kognitivní zpracování stresogenních situací.

Dotazníková část zároveň poskytuje přehled o tom, jací lidé patří mezi nejčastější zaměstnance hospice. Ukazuje se, že ve většině případů jde o ženy se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním, což potvrzuje i samotnou kapitolu o léčebném principu, ve které podávám důkazy, že ošetřovatelství a péče jsou činnosti vlastní spíše ženám.

Na internetových stránkách Hospice Dobrého Pastýře je v sekci o zaměstnancích zmíněno, že podmínkou, aby člověk dokázal úspěšně vykonávat svou práci, je vlastní vyrovnání se se smrtí a umíráním. Tato teze zní logicky, nicméně mě samotnou zajímalo, jak funguje v realitě. Ověřilo se mi, že pracovníci, se kterými jsem během své praxe přišla do styku, svou vnitřní vyrovnaností a pracovním nasazením toto plně potvrzují.

Cítím velký vděk, že jsem se prostřednictvím této práce mohla seznámit s lidmi, kteří

poskytují službu umírajícím v nejlepší slova smyslu, a zároveň se snaží do této těžké životní situace zahrnout i jejich blízké, kterých se utrpení a bolest z odchodu blízkého člověka týká stejnou měrou. Vážím si jejich snahy prokazovat pacientům úctu, zachovat přirozený průběh odchodu člověka a vytvářet k tomu podmínky krásného prostředí, kvalitních služeb a aktivního podporování všech zúčastněných. Skláním se před nimi s hlubokou úctou i pro jejich vytrvalost v šíření myšlenky kvalitní paliativní péče, ve které stále narážejí na odpor jednak veřejnosti, ale bohužel i státních zdravotních zařízení, které ještě stále nejsou ochotné vydat umírajícího člověka do služby hospicové péče.

7 Bibliografie

Assman, Jan. (2003). *Smrt jako fenomén kulturní teorie : obrazy smrti a zádušní kult ve starověkém Egyptě*. Praha: Vyšehrad.

Beranová, L. (2007). *Smrt v režii umírajícího*. Lidové noviny, 30. 6. 2007.

Catalano, D., Chan, F., Wilson, L, Chiu, Ch. Y., Muller, V. R. (2011). *The Buffering Effect of Resilience on Depression Among Individuals With Spinal Cord Injury: A Structural Equation Model*. *Rehabilitation Psychology* 2011, Vol. 56, No. 3, 200–211. American Psychological Association.

Davis, Ch. C., Asliturk, E. (2011) *Toward a Positive Psychology of Coping With Anticipated Events*. *Canadian Psychology* 2011, Vol. 52, No. 2, 101–110. Canadian Psychological Association.

Frankl, V. E. (1997) *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.

Hartl, P.; Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál

Holman, E. A., Seery, M. D., Silver, R. C. (2010) *Whatever Does Not Kill Us: Cumulative Lifetime Adversity, Vulnerability, and Resilience*. *Journal of Personality and Social Psychology* 2010, Vol. 99, No. 6, 1025–1041. American Psychological Association.

Kastová, V. (2005). *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál

Kebza, V., Šolcová, I. (2005). *Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace*. *Československá psychologie*, 2005. roč. 49, č. 1, str. 1-8 .

Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Kupka, M. (2008). *Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření*. [online]. *Epsychologie*. Roč. 2, č. 1, s. 23-35, [cit. 16.12.2009]. Dostupné na World Wide Web: <<http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>>

- Kübler-Ross, E. (2003). *O smrti a umírání*. Turnov: Arica.
- Macková, M. (2002) *Hospicové hnutí u nás a ve světě*. Diplomová práce. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- Misconiová, B.(1999) *Péče o umírající*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky.
- MPSV. (2002). *Standardy kvality sociálních služeb*. [online]. Praha: MPSV. [cit. 29.10.2009]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.mpsv.cz/cs/5963>>.
- Munzarová, M. (2005). *Eutanázie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada.
- Murphy, R. F. (2006) *Úvod do kulturní a sociální antropologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Mühlpachr, P. (2004) *Gerontopedagogika*. Brno: MU v Brně.
- Norman, E. (2000). *Resiliency Enhancement: Putting the Strength Perspective Into Social Work Practice*. USA: Columbia University Press.
- Ondrušová, J. (2011). *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum.
- Prati, G., Pietrantonio, L., Cicognani, E. (2011). Coping Strategies and Collective Efficacy as Mediators Between Stress Appraisal and Quality of Life Among Rescue Workers. *International Journal of Stress Management*, 2011, Vol. 18, No. 2, 181–195
- Seligman, M. (2003). *Opravdové štěstí. Pozitivní psychologie v praxi*. Praha: Ikar.
- Shapiro, J., Astin, J., Shapiro, S. L., Robitshek, D., Shapiro, D. H.(2011).Coping with Loss of Control in the Practise of Medicine. *Families, Systems, & Health*, Vol. 29, No. 1, 15–28
- Student, J. C., Mühlum, A., Student, U., (2006). *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: Jinočany H+H Vyšehradská.
- Šolcová, I. (1995). *Manuál k Personal View Survey*. Nепublikovaná verze. Praha

Šolcová, I. (2007). *Některé psychofyziologické souvislosti resilience*. Praha: Psychologický ústav AV ČR.

Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada

Špatenková, N. a kol. 2004. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3rd ed. Praha: Portál.

Vachon, M. (2006). The Experience of the Nurse in End-of-Life Care in the 21st Century. In Ferrel, B. & Coyle, N. (Eds.). *Textbook of Palliative Nursing*. 2nd ed.,

Oxford: Oxford University Press, pp. 1011–1029.

Vašina, L. (1999.). *Sanoterapie*. Brno: Masarykova univerzita.

Vodáčková, D. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.

Vorlíček, J., Adam, Z.(1998) *Paliativní medicína*. Praha: Grada.

Watson, S. B., Goh, Y. W., Sawang, S. (2011). Gender Influences on the Work-Related Stress-Coping Process. *Journal of Individual Differences* 2011; Vol. 32(1):39–46

Elektronické zdroje:

http://www.asociacehospicu.cz/html/files/aphpp_standardy2.doc

<http://www.centrum-cercany.cz/>

<http://www.hospice.cz/>

<http://www.umirani.cz>

<http://www.who.int/cancer/palliative/en/>

/

8 Přílohy

Příloha č. 1: Tabulka s údaji o respondentech

Pohlaví	Věk	Rodinný stav	Dosažené vzdělání	Spiritualita
Žena	33	Zadaná	Vysokoškolské	Ano
Žena	25	Zadaná	Vysokoškolské	Ano
Žena	36	Zadaná	Středoškolské	Ano
Žena	32	Zadaná	Středoškolské	Ano
Žena		Zadaná	Středoškolské	Ne
Žena	44	Zadaná	Středoškolské	Ano
Žena	36	Zadaná	Středoškolské	Ano
Žena	43	Zadaná	Středoškolské	Ne
Žena		Zadaná	Středoškolské	
Žena		Nezadaná	Středoškolské	Ne
Žena		Zadaná	Středoškolské	Ne
Žena	41	Zadaná	Středoškolské	Ne
Žena	69	Nezadaná	Středoškolské	Ano
Žena	39	Zadaná	Středoškolské	Ano
Žena	39	Zadaná		Ano
Žena	28	Zadaná		Ne
Muž	31	Zadaný	Vysokoškolské	Ano
Muž	44	Zadaný	Základní	Ano

Příloha č. 2: Dotazník Personal View Survey

Dobrý den.

Děkuji, že jste se rozhodl/a spolupracovat se mnou při tvorbě bakalářské práce na téma „Resilience pracovníků v hospicích“. Na základě našeho rozhovoru si dovoluji Vás poprosit o vyplnění přiloženého dotazníku, který je založen především na sebeposuzování. Tento dotazník Vám zabere maximálně 20 minut Vašeho času.

Neexistují správné a nesprávné odpovědi. Každá odpověď je možná a každá o Vás pravdivá výpověď je platná. Jedná se o výzkum, jehož cílem je zkvalitnit psychologické služby a péči o pracovníky v paliativní péči v ČR. Abychom mohli tento záměr naplnit, prosíme Vás o vyplnění každé položky každého dotazníku, o čestné a pravdivé zodpovězení všech položek. Pracujte pečlivě, avšak nezdržujte se dlouhým přemýšlením. Dotazník je anonymní a garantuji Vám, že se jeho obsah a výsledky nedostanou do nepovolných rukou.

Děkuji za Vaši upřímnou snahu a spolupráci.

Irena Mašatová

(Správnou odpověď zakroužkujte nebo v případě teček doplňte):

Datum narození:Pohlaví: ŽENA / MUŽ Dnešní datum:.....

Jste ženatý/vdaná (případně máte přítele/přítelkyni)? ANO / NE

Jste vdova – vdovec? ANO / NE

Nejvyšší dosažené vzdělání:.....

Označil/a byste se za věřícího člověka (náboženství, spiritualita)? ANO / NE

Svou odpověď prosím vyjádřete číslem a napište ho do výše uvedené tabulky na straně 1.

Vždy prosím k číslu odpovídající otázky počínaje 1 a konče 50. Děkujeme.

0.....není to tak, není to pravda

1.....je na tom asi trochu (kousek) pravdy

2.....je na tom dost (hodně) pravdy

3.....je to přesně tak (plně to souhlasí)

Místo pro Vaše poznámky:

Zodpověděl/a jsem všechny položky? ANO / NE

1. Často se ráno probouzím a pln nedočkavosti se těším, že budu moci v práci pokračovat tam, kde jsem včera došel (a).
2. Mám ráda (a) rozmanitost a změnu v práci.
3. Moji nadřízení jsou dost často ochotni naslouchat tomu, co jim chci říct.
4. Plánování dává možnost vyhnout se většině problémů, které by se v budoucnu mohly objevit.
5. Mám obvykle pocit, že tím co dnes dělám, mohu změnit to, co by se jinak zítra mohlo stát.
6. Mám nepříjemný pocit, mám – li udělat nějaké změny v mém denním řádu.
7. Ať se snažím, jak se snažím, domnívám se, že tím stejně ničeho nedosáhnu.
8. Těžko si dokážu představit, že někdo může být vzrušen a nadšen tím, co dělá.
9. Ať děláte, co děláte, vždy se ukáže, že jen vyzkoušené a zkušeností prověřené způsoby jak dělat to či ono, jsou vždy těmi nejlepšími.
10. Došel (a) jsem k poznání, že je téměř zcela nemožné změnit to, co si o něčem myslí moje manželka (manžel, přítel, přítelkyně).
11. Většina lidí nedělá nic jiného, nežli to, co je jim nařizováno.
12. Nová nařízení, opatření, zákony atp. by se neměly dělat, kdyby se tím měl snížit něčí výdělek.
13. Když se člověk ožení či vdá, ztratí tím veškerou svobodu volby.

14. Nezdá se, že by se člověku někdy podařilo dosáhnout cílů, které si vytkl, ať se snaží, jak chce.
15. Věřit se dá jen tomu člověku, který téměř nikdy nezmění své názory – jen ten má spolehlivý úsudek.
16. Domnívám se, že to co se ve světě děje, se tak prostě musí dít, že je to předurčeno.
17. Nezáleží na tom, jak moc se snažíte co nejlépe dělat svou práci, o tom, co vy z toho budete mít, rozhodují jiné okolnosti.
18. Nemá rád(a) rozhovory, v nichž se účastníci nevyjadřují zcela přesně a jednoznačně.
19. Většinou se nevyplácí o něco se moc snažit, neboť vždy to končí jinak, nežli bychom si přáli.
20. Jestli mne opravdu něco vzrušuje, pak jen to, co se odehrává v mé fantazii.
21. Nechci odpovídat někomu na otázku, dokud mi není zcela jasné, na co se mne ptá.
22. Když si něco naplánuji, pak jsem si jist (a), že se to splní.
23. Já se opravdu těším na svoji práci.
24. Když mne někdo požádá, abych dělal (a) něco jiného nežli to, co právě dělám, pak mne to moc nevyvede z míry.
25. Když dělám něco, co je pro mne značně obtížné, pak vím, kdy mám někoho požádat o pomoc.
26. Vzrušuje mne, když se o sobě něco nového dozvím.
27. Rád jsem s lidmi, kteří občas udělají něco neočekávaného.

28. Zjišťuji, je obvykle nesmírně obtížné změnit mínění mého přítele (mé přítelkyně).
29. Když myslíte sami na sebe jako na člověka, který má svobodnou vůli, pak jste z toho smutní, frustrovaní (neuspokojení) a nešťastní.
30. Zlobí mne, když něco neočekávaného naruší můj zaběhaný denní řád (režim dne).
31. Když se dopustím nějaké chyby, pak mohu udělat jen velmi málo, abych vše napravil (a).
32. Veškerá má snaha stejně nic nezmění a proto se nedomnívám, že bych se měl (a) příliš moc snažit dělat co nejlépe to, co dělám.
33. Respektuji „pravidla hry“, předpisy, řády, nařízení, protože jsou mi vodítkem při mém rozhodování.
34. Jeden z nejlepších způsobů, jak řešit většinu problémů je jednoduchý: prostě na ně nemyslet.
35. Domnívám se, že většina sportovců se jimi prostě již narodila – jako tělesně zdatní jedinci.
36. Nemám rád (a), když je něco nejisté a nepředvídatelné.
37. Lidem, kteří pracují podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, by se mělo dostat co největší finanční podpory od společnosti.
38. Značná část mého života je promarněna z toho důvodu, že dělám věci, které nemají žádný smysl.
39. Často ani sám (sama) dost dobře nevím, co si o tom či onom (člověk, situace, atp.) myslím.
40. Nezajímají mne teorie, které nemají bezprostřední vztah k faktům.

41. Běžná práce se mi zdá příliš nudná, než aby stálo za to, dělat ji.
42. Když se na mne někdo zlobí, pak k tomu obvykle nemá žádný vážný důvod.
43. Změny v zaběhnutém způsobu života a práce mne dráždí, obtěžují nebo trápí.
44. Je mi zatěžko věřit lidem, kteří říkají, že práce kterou oni dělají, má nějakou společenskou hodnotu.
45. Mám pocit, že když se někdo snaží napadnout mne a uškodit mi, pak obvykle nemohu moc toho udělat, abych tomu zabránil (a).
46. Život pro mne většinou není příliš velkým vzrušením.
47. Myslím si, že lidé říkají, že věří v individualitu (svéráznost, osobitost, vyhraněnost) jen proto, aby tím udělali dojem na druhé lidi.
48. Když jsem v zaměstnání pokárán (a), zdá se mi, že to je vždy nespravedlivé.
49. Chci mít jistotu, že se o mne někdo bude starat, až zestárnu.
50. Nejsme to my sami, ale jiné síly, co řídí naše životy.

9 Resumé

Resilience pracovníků v hospici

The Resilience of workers in a Hospice

Irena Mašatová

Vlastní text práce je rozdělen do čtyř kapitol. V úvodu kde jsem se snažila vylíčit mé vnímání problematiky dobrého umírání a motivace, které mě k sepsání tohoto tématu vedly. Ve první kapitole vysvětluji rozdílné koncepty odolnosti typu resilience, hardiness a coherence. S odolností se úzce pojí i rizikové a protektivní faktory, ovlivňující člověka ať už z vnitřku nebo vnějšku a dále i téma zdrojů resilience na úrovni osobnosti. V návaznosti na odolnost jsem jako druhou kapitolu zvolila otázku smysluplnosti života, kterou se snažím definovat a aplikovat i v pracovním uspokojení pracovníků hospice. Ve třetí podkapitole se věnuji zátěžovým situacím, jejich členění a způsobům vyrovnávání se s nimi. Jmenuji i specifické zátěžové situace přímo v prostředí hospice. Čtvrtá kapitola pojednává o fenoménu smrti napříč dějinami i jeho reflexi v současné době. Z historického hlediska se snažím chronologicky zpracovat pojetí smrti v různých náboženstvích a kultech. Historické perspektivě podrobuji i dějiny léčebného principu. Celý koncept dobrého umírání vychází z paliativní medicíny, s kterým souvisí hospicová péče. Pátá kapitola je již výzkumném šetření, ve kterém byl použit standardizovaný dotazník Personal View Survey (PVS) ke zjištění míry odolnosti typu hardiness. Empirická část je zaměřena na zodpovězení hlavní výzkumné otázky, která zní: Jakou míru osobní nezdolnosti typu hardiness vykazují pracovníci hospice Dobrého Pastýře v Čerčanech? Sekundární výzkumná otázka zní: Liší se míra hardiness mezi věřícími a nevěřícími osobami?