

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

ZVLÁDÁNÍ PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE U
ZDRAVOTNÍCH SESTER
STRESS MANAGEMENT IN NURSES



Diplomová práce

Autor: **Bc. et Bc. Tereza Simperová**
Vedoucí práce: **prof. PhDr. Karel Paulík, CSc.**

Olomouc
2022

Poděkování

Ráda bych zde touto cestou poděkovala svému vedoucímu práce panu prof. PhDr. Karlu Paulíkovi, CSc., který mi byl vždy cennou oporou a rádcem při psaní této práce. Dále bych ráda poděkovala všem přátelům zdravotníkům, kteří mi pomáhali při zpracování zejména výzkumné části práce, a v neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a nejbližšímu okolí za trpělivost, podporu a inspiraci.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „zvládání psychické zátěže u zdravotních sester“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31. 3. 2022

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
TEORETICKÁ ČÁST		6
1 Zátěž a stres		7
1.1 Definice zátěže a stresu		7
1.1.1 Teorie stresu		8
1.2 Stresory		12
1.3 Reakce na stres		14
1.4 Důsledky stresu		15
1.4.1 Psychoneuroimunologie		19
2 Zvládání zátěže (coping)		22
2.1 Definice copingu		22
2.2 Copingové strategie		22
2.3 Modifikující faktory psychické zátěže a stresu		28
2.3.1 Osobnost a pětifaktorový model osobnosti		35
2.4 Metody zjišťování psychické zátěže.....		39
2.4.1 Nástroje měřící osobnostní charakteristiky		40
2.4.2 Nástroje měřící copingové strategie		42
2.5 Techniky pro zvládání zátěže a stresu		43
3 Povolání zdravotní sestry		47
3.1 Vzdělávání zdravotních sester		47
3.2 Zátěž ve zdravotnické profesi.....		48
3.3 Zvládání zátěže ve zdravotnické profesi		50
VÝZKUMNÁ ČÁST		54
4 Výzkumný problém		55
5 Typ výzkumu a použité metody		56
5.1.1 Brief COPE.....		56
5.1.2 MEISTER		57
5.1.3 Mini-IPIP.....		58
5.2 Formulace hypotéz a výzkumných otázek		61
5.3 Operacionalizace		61
6 Sběr dat a výzkumný soubor		64
6.1 Popis výzkumného vzorku		64
6.2 Etické hledisko a ochrana soukromí.....		66

7	Práce s daty a její výsledky	67
7.1	Cíl č. 1: Zjistit, které copingové strategie zdravotní sestry využívají nejvíce, a jaká je jejich aktuální psychická míra zátěže.	68
7.2	Cíl č. 2: Zjistit, souvislosti mezi volbou copingu a délkou praxí, vnímanou mírou zátěže a osobnostními rysy.	71
7.3	Cíl č. 3: Zjistit, souvislost mezi mírou zátěže, typem pracoviště, osobnostními rysy a copingem.	73
8	Diskuze	80
9	Závěr.....	84
10	Souhrn	85
	LITERATURA.....	89
	PŘÍLOHY	98

ÚVOD

Psychická zátěž, stres a jejich zvládnání jsou součástí života každého člověka. Proč ale jeden člověk zvládá náročné životní situace relativně s přehledem a druhý se hrouťí? Přesně touto otázkou se bude zabývat předložená diplomová práce, která se pokusí osvětlit aspekty zvládnání zátěže u profese, jež bývá považovaná za psychicky a mnohdy i fyzicky náročnou – pomáhající profese zdravotní sestry.

V posledních letech jsme mohli vidět řadu zdravotníků, jež překračují své fyzické i psychické hranice jen pro to, aby pomáhali zachraňovat životy pacientů. Pandemie covidu-19 zasáhla do systému zdravotnictví takovým způsobem, který lidstvo 21. století ještě nezažilo. Na zdravotníky byl kladen extrémní tlak, který ne každý zvládl. V rámci budoucnosti lze očekávat, že se podobné scénáře, jako tomu bylo u pandemie covidu-19, budou opakovat a společnost proto potřebuje mít fungující a odolné zdravotnictví, potažmo zdravotníky.

Teoretická část práce se bude zabývat vymezením pojmů, jako jsou zátěž a stres, zdroje psychické zátěže, reakce na stres a dlouhodobé důsledky stresu, dále pak zvládnání zátěže (copingu), osobnost a její vztah ke zvládnání zátěže, techniky zvládnání zátěže a v neposlední řadě představí specifika týkající se profese zdravotní sestry.

Ve výzkumné části se pokusíme odhalit, jak zdravotní sestry psychickou zátěž zvládají, vnímají a jak je spjata s jejich osobností. Cílem výzkumné části je tedy zjistit, jakými způsoby se zdravotní sestry vyrovnávají s psychickou zátěží, která je spjata s jejich profesí. Výzkumným problémem je tedy obecně zvládnání psychické zátěže zdravotních sester. Pomocí dotazníkového šetření se budou zjišťovat copingové strategie, charakteristika osobnosti a současná míra pracovní zátěže.

Aplikačním cílem této práce je upozornit na tuto problematiku a zároveň apelovat na vedení zdravotnických resortů, aby se naučila pracovat s psychickou zátěží zdravotníků na pracovištích a pokusila se v rámci personální oblasti zařadit do výběrových řízení psychodiagnostický screening, který by mohl pomoci, ať už se zařazením pracovníka na dané pracoviště, nebo jinak zajistit ideální pracovní prostředí, díky čemuž by se dalo předcházet komplikacím spjatých s nezvládnáním této profese.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁTĚŽ A STRES

V následujících kapitolách si představíme základní pojmy, definice a teorie spjaté se zátěží a stresem.

1.1 Definice zátěže a stresu

Stres a psychická zátěž jsou široce definované pojmy a mnoha autory jsou často zaměňovány či ztotožňovány jako synonyma. Dosud neexistuje pro tyto pojmy jednotná terminologická definice. Stres rovněž bývá často nadužíván například při označování konfliktu, úzkosti či frustraci.

Zátěž můžeme obecně definovat jako stav, kdy se jedinec v rámci adaptačního procesu musí s vynaložením většího či menšího množství energie vyrovnat daným nárokům (Paulík, 2012). Zátěž můžeme dále diferencovat dle různých hledisek, např. podle *délky působení* – krátkodobá a dlouhodobá, podle *emoční odezvy* – příjemná a nepříjemná, podle *intenzity* – minimální, mírná, střední a těžká (velmi intenzivní). K minimální zátěži dochází při relativním klidu a minimálnímu působení podnětů. Mírná zátěž je spjata s běžnými činnostmi, které nevyžadují větší námahu. Střední zátěž nastává v případech, kdy jsou dané aktivity obtížnější a nastávají různé komplikace, rušivé vlivy a překážky. Těžká zátěž je spjata s ohrožením zdraví a života, jde o různé masivní nároky či havarijní situace (Paulík, 2017).

Podle druhů zátěžových podnětů pak můžeme zátěž dělit na *biologickou* (primárně biologická odpověď na působení různých činitelů), *fyzickou* (nároky na svalovou aktivitu) a *psychickou*. Psychickou lze na základě působení dále dělit na senzoryckou, emocionální a mentální. V rámci senzorycké zátěže působí různé podněty nároky na periferní smyslové orgány a náležité centrální struktury. Emocionální zátěž se vyznačuje afektivní odezvou na různé druhy nepřiměřené emocionální zátěže, mezi které spadá například psychosociální stres (pramení ze sociálního styku a sociálních rolí) nebo technostres (vzniká nežádoucím působením technických prostředků). Mentální zátěž je pak spjata primárně s pozorností, pamětí, představivostí, myšlením a rozhodováním (Hladký, 1993; Paulík, 2017).

Slovo stres vychází z latinského výrazu „*stringere*“, což můžeme do češtiny přeložit jako „svírat, utahovat“, a představuje stav jedince v tísní a ohrožení. Termín „stresor“ pak značí podnět, který tento stav (stres) vyvolal.

J. Davidson a E. Küblbeková (1998) definují stres jako psychologickou a fyziologickou reakci těla, která nastává tehdy, když existuje nerovnováha mezi úrovní požadavků, jež jsou na člověka kladeny, a schopností tyto požadavky splnit.

Oproti tomu P. Hartl, H. Hartlová a K. Nepraš (2010) definují stres pouze jako fyziologickou odpověď organismu na nadměrnou zátěž neúnikového druhu, která vede ke stresové reakci (liši se od reakce, v níž zátěž může být vyřešena únikovým mechanismem). Obecně tedy můžeme říci, že *zátěž* je souhrnné označení veškerých nároků na organismus a *stres* je neoptimální stav zátěže, jejíž nároky aktuálně či dlouhodobě přesahují standardní adaptační kapacitu (Paulík, 2017).

Na stres budeme nahlížet komplexně jakožto na kombinaci faktorů fyziologických i psychologických, jak to zmiňují například Davidson a Küblbeková (1998) či A. Steinberg a R. F. Ritzmann (1990).

Pro představení si problematiky definice zátěže a stresu je vhodné zároveň uvést pojmy eustres a distres. Pojem „eustres“ lze volně přeložit jako „dobrý“ stres, který zvyšuje výkonnost, a pojem „distres“ jako špatný stres, který má na výkon zhoubný účinek. Oficiální americká doporučení vztahující se ke stresu tvrdí, že optimální hladina stresu působí jako motivační a tvůrčí síla, která přispívá k dosažení neuvěřitelných výkonů (eustres). Naopak chronický, traumatický stres působí potenciálně neobyčejně destruktivně, poškozují psychické i fyzické zdraví a může ohrozit samotný život (distres) (Procházková & Honzák, 2008).

1.1.1 Teorie stresu

Na stres lze nahlížet z několika úhlů pohledu. Současné psychologické koncepce stresu kladou důraz buď na vnější faktory, vnitřní faktory, nebo na vzájemnou interakci vnějších a vnitřních faktorů (Paulík, 2017).

Biologická teorie stresu je spjata především s neurofyziologickou a biochemickou reakcí organismu na působení vlivů, jež narušují homeostázu organismu. Za otce moderního výzkumu stresu je považován kanadský lékař H. Selye (1983), který definuje stres jako míru opotřebení každého lidského organismu, která je svázána s každou životní činností a do určité míry je paralelní s intenzitou života. Selye v rámci své práce také

zmiňuje a definuje „*Obecný adaptační syndrom*“ (GAS – General Adaption Syndrome) jako soubor reakcí, kterými se stres projevuje v organismu (Lebrová, 2004). V rámci GAS se podle Selyeho mění především intenzita odpovědi organismu v závislosti na síle požadavku a jinak je stejný, bez ohledu na příčinu narušení homeostázy (Paulík, 2017).

GAS probíhá ve třech stadiích:

1. ***Poplachová reakce*** – vzniká náhlým narušením vnitřního prostředí a projevuje se zvýšenou excitací sympatiku doprovázenou zvýšenou sekrecí hormonů dřeně nadledvinek. Při silné zátěži je nejdřív organismus v šoku a projevuje se chaotickými vnějšími projevy a útlumem obranných reakcí. Následně dochází k adaptaci na danou situaci a ke zvýšení aktivace a obnově obrany (protišok).
2. ***Stadium odolnosti*** – v této fázi je adaptace na stres maximální a dochází ke zklidnění organismu. Zároveň dochází k preferenci získávání zdrojů energie – například trávení potravy. Stresovou reakci se snaží pozastavit hormonální systém. Pokud však působení stresorů přetrvává, energetické zdroje nestačí na udržení homeostázy a adaptace není dostatečně účinná, organismus zůstává neustále v pohotovosti a vypětí.
3. ***Stadium vyčerpání*** – propukne v případě, kdy je rezistence nedostatečná. Dlouhodobé působení zraňujícího stresoru má za následek vyčerpání organismu a neschopnost adaptace. Opět se začínají objevovat různé fyziologické dysfunkce z první fáze. V případě i nenadálého působení stresoru může docházet až k fatálním důsledkům. (Paulík, 2017; Vodáčková, 2012).

V případě intenzivního působení stresujícího podnětu (v rámci první fáze GAS) hraje významnou roli sympatikus, který zajistí zvýšenou produkci adrenalinu a noradrenalinu (aktivace dřeně nadledvin). Mezi účinky adrenalinu patří například: vazokonstrikce, bronchodilatace, tachykardie a pocení, což jsou typické projevy odpovídající působení výrazných stresových podnětů. Noradrenalin v hypofýze stimuluje produkci hormonů podporujících činnost kůry nadledvin, a tím dochází k možnosti okamžitého uvolnění velkého množství energie v rámci přípravy na reakci útoku či útěku (fight or flight) (Cannon, 1967; Paulík, 2017). Tato reakce bývá doprovázena hněvem, strachem či úzkostí a někdy je označována jako Cannonův stres.

Další typ reakce se vyznačuje aktivací systému *hypotalamus* – *hypofýza* (adrenokortikotropní hormon ACTH) – *kůra nadledvin* (glukokortikoidy = kortikosteron

a kortizol). ACTH pomáhá vyplavování glukokortikoidů, které působí na organismus tlumivě a protizánětlivě. Dále aktivace hypotalamu zvyšuje produkci antidiuretického hormonu (ADH), který pozitivně působí na paměť a díky tomu může organismus uplatnit minulé zkušenosti k řešení dané situace. Behaviorální reakce se projevuje ústupem, rezignací, apatií, smutkem až depresí (Paulík, 2017). Seley nahlížel na stres především z pohledu endokrinologa a zdůrazňoval důležitost dominující role osy *hypofýza – kůra nadledvinek* (Mlčák, 2011).

Psychologická teorie stresu se oproti té biologické zaměřuje nejen na neurohumorální děje, ale především pak na faktory rozvoje či potlačení stresových dějů, s akcentem na řídicí a integrující roli mozkové kůry a CNS (centrální nervový systém), které lze jen velmi obtížně vysvětlit pouze pomocí neurohumorálních procesů. Je zřejmé, že stres může vzniknout nejen tlakem objektivních nároků a reálného ohrožení organismu, ale i na základě interpretace významu situace a hodnocení míry ohrožení. Zároveň nemusí jít vždy o reálné ohrožení ale například o chybnou interpretaci situace (přecenění či podcenění situace) nebo anticipaci (obavy z ohrožení v budoucnu) (Hladký, 1993; Paulík, 2017).

R. S. Lazarus (1966) odlišuje stres *fyzilogický*, který se projevuje neurohumorálními a vegetativními reakcemi na objektivně působící stresory, a stres *psychologický*, jež se projevuje negativními emočními reakcemi na ohrožující podnět. Mezi základní pojmy jeho teorie patří kognitivní hodnocení (appraisal) a zvládání (coping) (Paulík, 2017).

Za poněkud novější koncepci můžeme považovat teorii stresu od autorů A. Steinberga a R. F. Ritzmanna (1990), kteří představili svou teorii stresu založenou na interdisciplinaritě dvou předešlých teorií (biologické a psychologické) spolu s teorií živých systémů od J. G. Millera (1978). Autoři stres vnímají jako materiální, informační či energetické přetížení nebo nedostatečné využití na vstupu či výstupu živého systému (Paulík, 2017). Tento živý systém je rovnovážný, autoregulující a hierarchicky uspořádaný z osmi úrovní – buňka, orgán, organismus, skupina, organizace, komunita, společnost a nadnárodní systémy. Stres může mít vliv na kteroukoli z těchto osmi úrovní (Mlčák, 2011).

Model zachování zdrojů S. E. Hobfolla (1998) předpokládá, že člověk se snaží získat a udržet to, co je pro něj hodnotné, a to je obecně chápáno jako významný záměr lidské snahy. Při této snaze hraje velkou roli dostupnost, spravedlivá distribuce zdrojů

a následky ztrát. Zdroje, jež jsou chápány široce a jejich povaha je rozmanitá, Hobfoll je rozděluje do čtyř kategorií:

1. Materiální zdroje, které definují sociální status (např. oblečení, auto).
2. Zdroje rozdílně dostupné, obecně ceněné, ale ne zcela běžné pro každého, na nichž závisí přístup k jiným zdrojům (bývají získávány dlouho, ale mohou být ztraceny okamžitě; např. spokojené manželství, funkční rodina).
3. Osobní zdroje, odolnost vůči zátěži a stresu a ideální struktura osobnostních rysů (temperament, dovednosti apod.).
4. Osobní energetické zálohy, které mohou být využity k posílení jiných zdrojů.

Stres tedy může vzniknout v případě, že: existuje hrozba ztráty zdrojů, dochází k reálné ztrátě prostředků, nebo když investice množství zdrojů neposkytla předpokládaný zisk. V tomto pojetí lze tedy říci, že příčinou stresu je ztráta něčeho důležitého a podstatného, což na osobnost působí vždy silněji než zisk něčeho důležitého (Hobfoll, 1998; Paulík 2017).

Hobfoll (1998) dále předpokládá, že vztah člověka ke zdrojům ovlivňuje pět předpokladů:

1. Vnímavost ke ztrátě je daná množstvím zdrojů (člověk, který má méně zdrojů, bude svou ztrátu vnímat intenzivněji a více, než člověk, který má zdrojů hodně).
2. Omezení zdrojů představuje vyšší možnost dalších ztrát (intenzitu ztráty pocítí více ten člověk, který má omezený přístup ke zdrojům).
3. Ztráty a zisky nemají stejnou váhu (ztráta role vedoucího je intenzivnější než neúspěch ze snahy o povýšení).
4. Získávání zdrojů přináší jisté riziko (člověk, jehož zdroje jsou omezené, častěji váhá z důvodu obavy ze ztrát, než ten, který má zdrojů dostatek).
5. Nedostatečné množství zdrojů zvyšuje možnost obranného přístupu charakteristického preferencí jejich obrany.

Homeostatická teorie stresu autora D. S. Goldsteina (1995) považuje v rámci vzniku stresu za důležitý rozdíl mezi subjektivním přáním a vnímáním aktuální situace (popřípadě očekávání do budoucna). Vzniklý rozpor navozuje kompenzační úsilí, jež má za úkol napravit vzniklou situaci a obnovit homeostázu. Informace o stresové situaci jsou v mozku srovnávány s nastavenými limity homeostázy pomocí zpětnovazebních mechanismů (homeostatů). Stresová reakce je pak podmíněna principy učení a vybavování si modelových situací, které předjímají rizika a vznik distresu. Mezi čtyři znaky distresu

Goldstein řadí: uvědomění, nepříjemnost, pozorovatelné změny chování a neurohormonální aktivaci (Goldstein, 1995; Kryl, 2004).

1.2 Stresory

Zdroje psychické zátěže neboli stresory vytvářejí potenciální podmínky pro zvyšující se pravděpodobnost výskytu stresu a zátěže, avšak samy o sobě nemusí vést k jejich vzniku, a to zejména pokud tyto faktory nejsou jedincem hodnoceny jako ohrožující. Stresory mohou vycházet z fyzického prostředí, z pracovní činnosti či z psychosociální sféry jedince. Dle A. Hladkého (1993) jde především o stresory, které jsou vytvářeny nepředvídatelnými i očekávanými distresovými i eustresovými životními událostmi, přičemž za prokazatelně nejzávažnější vlivy na tělesné a duševní zdraví člověka se považují životní události, které mají distresovou a chronickou povahu. Hladký řadí mezi nejdůležitější podněty: závažné životní události; kumulované, drobné a nepříjemné denní situace; chronicky nepříznivé životní podmínky a neuspokojivé pracovní podmínky.

Dle R. Atkinsonové a kolegů (2003) mají zátěžové situace charakteristické znaky, jimiž jsou:

- *Neovlivnitelnost situace* – situace, kterou člověk není schopen ovládat a kterou nemá pod kontrolou, je už ze své podstaty stresující, neboť ji v takovém případě není schopen zabránit.
- *Nepředvídatelnost vzniku zátěžové situace* – člověk se vždy snaží předvídat, co může nastat. V případě, že nastane nepředvídatelná situace, je automaticky zvýšena intenzita stresu.
- *Subjektivně nepřiměřené a nadměrné nároky* – nároky, které tlačí člověka na hranici jeho možností a schopností.
- *Subjektivně neřešitelné vnitřní konflikty* – například v případě, že je člověk nucen rozhodnout se mezi navzájem neslučitelnými cíli.

Autoři T. Holmes a R. Rahe (1967) vypracovali inventář životních událostí, který obsahuje 43 položek (každá položka má přiřazenou bodovou hodnotu) seřazených od nejzávažnějších po nejméně ohrožující. Například událost „úmrtí partnera“ má bodovou hodnotu 100, „sňatek“ 50 bodů a „Vánoce“ 12 bodů. Součet bodů za poslední rok pak informuje o míře prožité zátěže, přičemž hodnota 250 bodů za rok představuje hraniční zátěž (Honzák, 1993). Spektrum položek tohoto inventáře však může vzbuzovat jistou rezervovanost k jeho vnímání.

Podstatnou součástí zátěže a stresu v životě člověka jsou pracovní podmínky, které mohou snižovat pracovní výkon a vést k pracovní nespokojenosti, která se následně odráží na zdravotním stavu člověka i mimo pracoviště. Dle Coopera a Marshallové (1976) se jedná především o těchto 5 aspektů:

- *Obsah a podmínky práce* (např. odpovědnost a náročnost práce, fyzikální podmínky apod.)
- *Role pracovníka* (např. postavení, konfliktnost role apod.)
- *Interpersonální vztahy v organizaci* (např. konflikty s kolegy, mobbing apod.)
- *Vývoj profesní kariéry* (např. malý plat, slabé vyhlídky kariérního postupu apod.)
- *Organizační struktura a klima* (např. nevhodný způsob kontroly, špatný styl vedení apod.) (Hladký, 1993).

McLean a Link (1994) klasifikovali chronické stresory do pěti oblastí:

1. **Přetrvávající životní potíže:** životní události trvající déle než šest měsíců, např. dlouhodobá invalidita.
2. **Rolová zátěž:** napětí buď z vykonávání konkrétní jedné role (jako je rodičovství, práce nebo vztah), nebo z vykonávání více rolí současně.
3. **Chronická zátěž:** reakce jedné sociální skupiny na druhou. Zjevné nebo skryté, úmyslné nebo neúmyslné diskriminační chování vůči rase, etnické příslušnosti apod.
4. **Každodenní potíže:** každodenní problémy, jako je uvíznutí v dopravě.
5. **Tlak společnosti:** stresory, které působí na ekologické úrovni, jako je bydliště v sousedství s vysokou kriminalitou.

M. Sharma a J. A. Romas (2012) rozdělují tři typy zklamání/neúspěchu, které nastávají:

1. když požadovaná a očekávaná událost nenastane (např. chci absolvovat, ale nemám dostatek kreditů).
2. když požadovaná událost nenastane a zároveň je výskyt této události pro danou populaci normativní (např. žena není provdaná, i když je většina žen v jejím věku vdaná).
3. když jedinec nemá nic na práci (např. se nudí).

1.3 Reakce na stres

Základní reakce na stres, jež jsou vývojově velmi staré a fungují obdobně i u zvířat, měly za úkol zajistit přežití. Jsou to reakce útoku a útlumu. V případě reakce typu **útok** se aktivuje vegetativní nervstvo – sympatikus. Za ještě starší reakci můžeme vnímat **paniku**, která nastává za účelem aktivace a s cílem nabudit organismus k akci, avšak neřízeně. V případě, že se aktivuje parasympatikus, jde o reakci typu **útlum**, kdy organismus reaguje ztuhnutím. Zvířata prezentují (dělají), že jsou mrtvá, a u lidí bývají zablokované myšlenkové pochody (člověk může mít tendenci omdlít) (Vodáčková, 2012).

Mezi další ochranné mechanismy jakožto reakce na distres řadíme regresi, disociaci a skotomizaci. Mechanismus **regrese** spočívá v návratu k vývojově nižším, osvědčeným vzorcům chování. Můžeme zde tedy hovořit o jakémsi propadu do vývojově nižšího stádia, kdy vnější vrstvy *já* jsou dočasně potlačeny. Dalším procesem je tzv. **disociace**, při níž se dva psychické procesy rozdělí od sebe a nadále koexistují vedle sebe, aniž by se propojily. Spouštěčem této reakce je dlouhodobý tlak nesnesitelných prožitků a disociace slouží k dlouhodobému přežití těchto nepříznivých podmínek. Poslední ze zmiňovaných obranných procesů je **skotomizace**, jejíž podstatou je, že jedinec nevnímá ohraničené oblasti svého prostředí nebo sebe sama. Jedinec si například není schopen ve svých vzpomínkách všechno jasně vybavit – vzpomínky mohou být zkreslené nebo nedostupné (Vodáčková, 2012).

Dle mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN 10) řadíme reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení do kategorie F43. Spadají sem: akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha, poruchy přizpůsobení, jiné reakce na těžký stres a reakce na těžký stres (non specificata) (Slovák et al., 2017).

Akutní reakce na stres je přechodná reakce organismu na traumatickou událost v mezích několika hodin až dnů. Míra intenzity závisí na adaptační kapacitě osoby a její zranitelnosti (Češková et al., 2006). V případě akutní reakce na stres hovoříme o poruše, která se rozvíjí a probíhá bez jakékoliv jiné zjevné duševní poruchy. Symptomatologie poukazuje na smíšený a měnící se obraz zahrnující obvykle počáteční stav zármutku s určitým zúžením pole vědomí a snížením pozornosti, neschopností pochopit podněty a dezorientací. Běžnými příznaky jsou také autonomní známky panické úzkosti (tachykardie, pocení, zrudnutí). Tyto stavy mohou ve výjimečných případech vyústit až do disociativního stuporu (F44.2), popřípadě do agitací s nadměrnou aktivitou (roztěkané

reakce nebo fuga). Příznaky obvykle nastupují v průběhu několika minut po traumatické události a zmizí často do několika hodin, popřípadě během dvou až tří dnů. Mimořádně může být přítomna částečná nebo úplná amnézie (F44.0) na epizodu (Slovák et al., 2017).

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je opožděná reakce organismu na traumatickou událost, která je výjimečného či až katastrofického charakteru. Její výskyt u populace je poměrně častý a odhaduje se na 5 %, přičemž četnější výskyt je pozorován u žen než u mužů. Častými projevy jsou zvýšená vzrušivost, vyhýbaní se situacím připomínajícím trauma, noční můry apod. Symptomatologie zahrnuje opakované znovuprožívání traumatické události, emoční oploštění, vyhýbaní se konfrontaci a nadměrnou vzrušivost či podrážděnost. Ke spouštěčům patří např. válečné konflikty (především u mužů), přepadení či znásilnění (především u žen), přírodní katastrofy (v České republice především povodně), závažné dopravní nehody a protiprávní jednání. U posttraumatické stresové poruchy může být problematické rozlišení této poruchy a poruchy disociativního charakteru. Disociativní poruchy se totiž zpravidla mohou rozvinout po traumatické události a mají omezené trvání. Dále pak není jednoduché odlišení od poruch osobnosti, jako jsou histriónská či hraniční porucha osobnosti. Rozeznat PTSD od disociativních poruch a poruch osobnosti může být značně obtížné, rovněž se může jednat o současný výskyt těchto poruch (Češková et al., 2006).

Poruchy přizpůsobení zahrnují subjektivní potíže týkající se především poruch emotivity a poruch chování, které se vyvíjejí v průběhu adaptace na stresovou životní událost a komplikují především sociální fungování. Pro vznik poruchy přizpůsobení je velmi podstatným precipitorem stresor, kterým může být: úmrtí v rodině, bolestná ztráta drahé osoby, osamocení, emigrace, stěhování, ale i školní docházka, rodičovství, selhání v získání žádaného osobního postavení, odchod do důchodu apod. Symptomatologie je různorodá: úzkost, strach, depresivní nálada, pocit neschopnosti řešit situace, plánovat budoucnost nebo pokračovat v současné situaci (Slovák et al., 2017).

1.4 Důsledky stresu

Každý člověk reaguje na zátěž a stres odlišnými způsoby. Především kapitola nám představila základní reakce na stres a také reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení. Kromě výše uvedených reakcí se nyní zaměříme konkrétně na důsledky, jež byly vyvolány stresem.

Následující tabulka znázorňuje výčet psychosomatických důsledků (symptomů) stresu.

Tabulka č. 1 – Důsledky stresu		
Bezprostřední projevy zátěže a stresu	Psychické reakce a krátkodobé stavy	<ul style="list-style-type: none"> • emoční rozlada • annoyance • únava a podobné únavné stavy • snížená bdělost a ospalost • mentální přesycení • pocit monotonie • ztráta motivace
	Somatické reakce	<ul style="list-style-type: none"> • bolesti hlavy, břicha • tepová a dechová frekvence • změna peristaltiky střev
	Krátkodobé behaviorální reakce	<ul style="list-style-type: none"> • agresivní a hostilní projevy • stažení se, pasivita
Účinky trvalejšího rázu	Psychologické symptomy	<ul style="list-style-type: none"> • nespokojenost • únava • vyčerpání
	Somatické symptomy	<ul style="list-style-type: none"> • respirační, oběhové problémy • potíže motorického aparátu • dlouhodobé bolesti hlavy • přetrvávající sexuální problémy
	Poruchy duševního zdraví	<ul style="list-style-type: none"> • adaptační poruchy • PTSD • krátká reaktivní psychóza
(Paulík, 2017, s. 106, upraveno)		

V následující pasáži podrobněji rozvedeme jedny z nejčastěji se vyskytujících důsledků stresu.

Únava

Únava je zcela běžný pocit a týká se člověka v každodenním životě. Tento pocit běžně považujeme za signál, který nám hlásí, že organismus je fyzicky nebo psychicky

vyčerpaný a je třeba si odpočinout a znovu načerpat energii. Trvá-li však únava dlouhodobě a odpočinek nepomáhá, je třeba zvážit možné organické příčiny. Únava typicky doprovází onemocnění, jako jsou například: infekční onemocnění, nádorová onemocnění, cukrovka či různá krevní onemocnění (např. anémie). Únava bývá prožívána různě, od pocitů mírné únavy (po náročném dni) až k pocitům bolesti (bolesti hlavy, závratě, bolesti v krku, bodání ve svalech či šlachách), podrážděnosti, frustrace či úzkosti. Pocitem stálé únavy až vyčerpání trpí cca 10–30 % lidí a je to jedno z častých témat, které řeší ambulance praktických lékařů. V případě, že lékař vyloučí možné organické příčiny únavy, je třeba podrobněji zkoumat psychiku a životní styl jedince. Pacienti se však mohou velmi často setkávat s praxí, kdy jim lékař sdělí, že je to „pouze psychické“, a tudíž nejde o nic vážného. Pacienti pak tedy mohou odcházet z ordinací s pocitem, že mají buď psychický problém (jakoby bez důležitosti), nebo je to pouze výplod jejich představ. Ačkoli dlouhodobou únavou trpí okolo čtvrtiny populace, pouze 2–3 % splňují kritéria pro neurastenii neboli chronický únavový syndrom (Praško et al., 2006).

Diagnostická vodítka pro neurastenii (Praško et al., 2006, s. 21)

- ⇒ Trvalé a úzkostné stesky na pocity vyčerpání po malé duševní námaze (jako jsou každodenní úkoly) nebo stesky na pocity únavy a tělesnou slabost po malé tělesné námaze.
- ⇒ Objevuje se alespoň jeden z následujících tělesných příznaků:
 - pocity bolesti ve svalech
 - závrať
 - bolesti hlavy z napětí
 - poruchy spánku
 - neschopnost relaxace
 - podrážděnost
- ⇒ Postižený člověk není schopen se zotavit z příznaků vyčerpání a únavy ani odpočinkem, relaxací či zábavou.
- ⇒ Porucha trvá alespoň tři měsíce.
- ⇒ Vyloučena je organická etiologie nebo jiná psychická porucha, která by obtíže plně vysvětlovala.

Poruchy spánku

Stres (psychická zátěž), který přesahuje limity zdravého zvládnání, je jeden z nejčastějších faktorů vedoucích k vzniku *neorganické insomnie* (nekvalitní noční spánek s nepohodou v průběhu dne trvající alespoň jeden měsíc s výskytem min. 3x týdně). Insomnii dělíme na časnou (ztížené usínání), střední (časté probouzení) a pozdní (brzké probouzení). Častěji postihuje ženy, avšak tuto tezi může zpochybnit fakt, že muži méně často kontaktují lékaře, neboť tento problém bagatelizují či se za něj stydí. Vývoj insomnie závisí na: osobnosti, adaptačních schopnostech a struktuře, na délce trvání a intenzitě stresových podnětů, modifikujících faktorech (pozitivní a negativní) a na důsledcích, které samy mohou být stresem. Pokud tyto spouštěče dlouhodobě přetrvávají, může tento stav přejít v tzv. psychofyziologickou insomnii, což je neschopnost usnout, v důsledku somatizovaného napětí vzniklého z různých příčin projevujících se v prostředí spojeným se spánkem. Neodborná intervence může být příčinou chronifikace stavu. Přibližně 60–75 % pacientů trpících chronickou insomnií je spjato s abúzem hypnotik, které vedou k vzniku tolerance a závislosti (Borzová, 2002).

Syndrom vyhoření

Tento syndrom lze definovat jako stav, kdy je po letech pro jedince jeho práce emočně vyčerpávající a doprovázená ztrátou profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí. Tento syndrom se často týká pomáhajících profesí a je spjatý se ztrátou činnosti a poslání, s denním stereotypem, se snahou přežít a nemít problémy, s pocitem zklamání a hořkosti (Hartl et al., 2010).

Kebza a Šolcová (2003) uvádějí mezi první profese predisponující k syndromu vyhoření především ty profese, které jsou specifické pro práci s lidmi. Jsou to: lékaři, zdravotní sestry, učitelé a policisté. Výskyt syndromu vyhoření se však později potvrdil i u dalších, a to jak zaměstnaneckých kategorií (advokáti, pojišťovací agenti, poštovní úředníci, sociální pracovníci), tak i nezaměstnaneckých kategorií. Syndrom vyhoření ve společnosti dále roste, a to zejména z důvodu zrychleného životního tempa a rostoucích nároků na ekonomické, sociální a emoční zdroje. Podstatou tohoto syndromu je dlouhodobě trvající chronický stres (nikoli stres akutní). Příznaky syndromu vyhoření můžeme vidět hned v několika rovinách, a to na úrovni *psychické* (celkový útlum aktivity, pocitu vlastní postradatelnosti až bezcennosti, projevy negativismu, cynismu a hostility vůči osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi, ztráta zájmu o témata související s profesí), na úrovni *fyzické* (stav celkové únavy organismu, vegetativní obtíže, bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, poruchy spánku, bolesti ve svalech) i na úrovni *sociální* (útlum sociability, tendence redukovat kontakt s klienty/pacienty/kolegy, snížená

empatie). Mezi rizikové faktory řadíme: vysoké požadavky na výkon, nízkou autonomii pracovní činnosti, monotonii práce, vysoký pracovní entuziasmus, chování typu A s důrazem na soutěživost a hostilitu, původně vysokou empatii a zájem o druhé, nízkou asertivitu, neschopnost relaxace atd. (viz Kebza & Šolcová, 2003, s. 15).

<i>Tabulka č. 2 – Trvalejší důsledky stresu</i>	
Psychologické symptomy	poruchy přizpůsobení, krátké reaktivní psychózy, posttrauma, neurotické poruchy
Behaviorální poruchy	kouření, alkoholismus, poruchy stravování, snížená pracovní výkonnost, fluktuace
Psychosomatické symptomy	psychosomatické poruchy, pohybového, gastrointestinálního, respiračního, srdečního, sexuálního centrálně nervového atd.
Somatická onemocnění	hypertenze, ICHS, nádorová onemocnění
(Mlčák, 2011, s. 47, upraveno)	

Posttraumatický růst

Posttraumatický růst můžeme definovat jako zásadní příznivou změnu v jedincově chování a prožívání, příznačnou dosažením vyššího stupně adaptace, odolnosti a postojů k životu, která je vyvolána nadměrným stresem. Nadměrná zátěž a stres nemusí vést jenom k nežádoucím důsledkům, naopak se díky tomu může stát, že zdolání nadměrné zátěže je podnět pro osobní růst. Nadměrné požadavky spjaté s bolestí či utrpením nutí člověka vydat ze sebe maximum, překročit svůj práh možností a překonat sám sebe (Paulík, 2017). V. E. Frankl ve své teorii hovoří o tzv. sebetranscendenci (sebepřesažení), která je charakteristická schopností nalézt ve svém životě smysl (logos). Franklovým objektem výzkumného bádání byli přeživší vojáci z válek a vězni z koncentračních táborů, kteří byli vystaveni extrémním podmínkám v rámci zvládnání zátěže. U těchto přeživších jedinců našel Frankl opravdu silnou vůli ke smyslu (Frankl & Lukas, 2006).

1.4.1 Psychoneuroimunologie

Termín psychoneuroimunologie použili poprvé v roce 1964 G. Solomon a R. Moos na základě prokázané interakce imunitního systému nejen s nervovým systémem ale i s psychickou činností. První pokusy prováděné na zvířatech jednoznačně potvrdily tuto

interakci. Ader a Cohen v roce 1975 publikovali výzkum s krysami, kdy krysám během pokusu nejdříve podali sacharin ve vodním roztoku a následně jim injekčně podali látky snižující činnost imunitního systému. U zvířat se dle očekávání snížila činnost imunitního systému. V další fázi pokusu krysám už podali pouze dávku sacharinového roztoku a činnost jejich imunitního systému se opět zhoršila. Tím se potvrdilo, že podněty kvalitativně odlišného druhu, než jsou podněty specifické pro činnost imunitního systému, jsou schopny ovlivnit jeho fungování (Křivohlavý, 2001).

Dále pak probíhaly studie na lidech, které se zaměřovaly na celou řadu oblastí zdraví a stresu. V roce 1995 byly publikovány výsledky studie vedené Kielcoltem-Glaserem, která potvrdila, že chronický stres zpomaluje hojení ran, a to následkem snížené funkce imunitního systému a snížené produkce látek zodpovědných za hojení ran. V roce 1983 Jemmott se svými spolupracovníky prokázal snížení funkčnosti imunitního systému během zkuškového období u studentů medicíny. Konkrétně se pak prokázalo signifikantně významné snížení hladiny protilátek IgA v průběhu zkoušek, kdy stres nabývá vrcholu. Další výzkum, provedený na studentech medicíny v roce 1984 týmem Glasera a jeho spolupracovníků, se zaměřoval na vliv sociální izolace a pocitů osamělosti během zkoušek. Rovněž se potvrdilo, že respondenti, kteří byli během zkoušek více izolováni, měli podstatně nižší imunitní kompetenci (Kielcolt-Gaser et al., 1994, Jemmott, 1983 citováno v Křivohlavý, 2001).

Další studie, publikovaná Pike a kolegy v roce 1994, představila své závěry v podobě prokazaného vlivu dlouhotrvajícího chronického stresu. Byly porovnávány dvě skupiny mladých mužů. Jedni byli dlouhodobě vystavováni chronickému stresu a druzí, kteří byli bez dlouhodobého stresu, byli vystaveni zátěži pouze krátkodobě v laboratoři. Výsledky prokázaly, že muži, kteří byli vystaveni dlouhodobému chronickému stresu, vykazovali mnohem větší endokrinní a imunitní změny činnosti než muži s absencí chronického stresu (Pike et al., 1994 citováno v Křivohlavý, 2001).

V neposlední řadě zmíníme výzkum, který byl proveden na pomáhající profesi, a to konkrétně na pečovateli o pacienty s Alzheimerovou demencí. Touto problematikou se zabývala celá řada výzkumníků (Esterling et al., 1994; Kielcolt-Glaser et al., 1991; Kielcolt-Glaser et al., 1995, citováno v Křivohlavý, 2001). Ve výzkumu se konkrétně srovnávali pečovatelé (zdravotní sestry, rodinní příslušníci apod.), kteří pečovali o pacienty s Alzheimerovou demencí, a pečovatelé, kteří nebyli tímto způsobem zatěžkávaní. Výsledky potvrdily, že skupina pečujících o demenční pacienty měla snížené hodnoty imunitní aktivity a účastníci vykazovali vyšší míru deprese, vyšší míru negativních

charakteristik zdravotního stavu a jejich rány se hůře a déle hojily. Zajímavým faktem se rovněž ukázalo, že tyto negativní charakteristiky se nezlepšily ani po úmrtí pacienta (Křivohlavý, 2001).

Imunitu můžeme obecně popsat jako schopnost organismu bránit se chorobám (viry, bakterie, nádorové buňky apod.) Imunitní systém se společně s nervovým a endokrinním systémem podílí na udržování homeostázy (vnitřního prostředí). Jeho základní funkcí je schopnost rozpoznat škodlivé od neškodlivého, a to v podmínkách neustále se měnícího vnějšího i vnitřního prostředí (Silbernagl et al., 1993).

Tento obranyschopný systém můžeme dělit na imunitu nespecifickou (vrozenou) a imunitu specifickou (získanou). Oba tyto systémy spolu úzce spolupracují. V případě, že vnikne do těla nějaký choroboplodný mikroorganismus, aktivuje se nespecifický obranný systém a zároveň i ten specifický, který začne tvořit protilátky, jež se s mikroorganismem vypořádají a zároveň podrží antigen v paměti – imunologická paměť. Schopnost rozeznat antigenní látky jako cizí nebo vlastní vzniká již při narození. Látky, se kterými organismus přišel do té doby do styku, považuje jako normální – imunologická tolerance. Všechny ostatní, se kterými se teprve setká, považuje za cizí. Když toto rozlišování vlastního od cizího selže, vznikají autoimunitní onemocnění (Silbernagl et al., 1993)

V posledních letech přibývají studie zaměřující se na vztah mezi psychickým stavem člověka a zvládáním různých nemocí. Studie rovněž ukazují, že lidé, kteří umějí zvládat stres lépe, mají výrazně lepší výsledky uzdravování. Velký význam zde hraje zvládání emocí a mezilidských vztahů. To, jak se člověk psychicky cítí, ovlivňuje hormonální systém celého organismu. Jednoduše lze říci, že když pacient pocítuje samotu, úzkost, deprese a neumí správně ventilovat své emoce, vzniká jakési podhoubí pro nemoc. Dlouhodobý stres spouští hormonální kaskádu (především nadměrné vyplavování adrenalinu), která lidskému tělu komplikuje uzdravení a zapříčiňuje například i rakovinové bujení (Pospíchal, 2016).

2 ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE (COPING)

2.1 Definice copingu

Coping lze přeložit dle Hartla, Hartlové a Nepraše (2010) z anglického znění slova jako zvládání, a to především jako zvládání spjaté zejména s náročnými situacemi a schopnostmi člověka se adekvátním způsobem s nároky, které jsou na něj kladeny.

2.2 Copingové strategie

Copingové strategie (někteří autoři používají pojem styly či odpovědi) považujeme za jakési zvládací mechanismy či projevy chování při zvládání zátěže. Tyto strategie mnoho autorů nazývá odlišně a dělí je do různých skupin či kategorií.

Jako příklad rozdělení strategií do kategorií zde uvádíme dělení Paulhanové (1994, citováno v Baumgartner, 2001), která popisuje tři formy odpovědi na zátěžovou situaci:

- *Modifikace pozornosti*: patří sem strategie odmítnutí (vyhnutí) a soustředění se na zdroj stresu.
- *Změna subjektivního významu události*: patří sem především generování pozitivního přístupu a snižování tenze.
- *Modifikace směru aktuálního vztahu člověka – prostředí*: patří sem konfrontace nebo vypracování plánu akce, která nepřímo přispívá ke změně emočního stavu apod.

Mezi nejznámější rozdělení těchto strategií však považujeme rozlišení autorů R. S. Lazaruse a S. Folkmanové (1984):

- *Zaměření na problém*: snaha jedince působit na prostředí tak, aby ho změnil. Spadá sem chování jako analyzování problému, sestavení plánu postupu, aktivní samostatné jednání.
- *Zaměření na emoce*: snaha přehodnotit svůj přístup k věci. Spadá sem expresivní vyjadřování emocí, reinterpretace jevů, přijetí situace, popření apod.

- *Orientace na únik*: snaha na problém zapomenout nebo si ho nepřipouštět. Patří sem denní snění, užívání alkoholu nebo drog apod.

Zásadní roli v tomto rozdělení hrál diagnostický nástroj *Ways of coping*, který byl vyvinut Lazarusem a jeho kolegy. Právě onen nástroj a jeho modifikované formy (například *Ways of coping checklist*, *Ways of coping inventory*, *Ways of coping scale*) posloužily k tomu, že v roce 1980 po velkém výzkumném šetření rozřídili copingové odpovědi do dvou základních úrovní, a sice zvládání zaměřené na problém a na emoce (Folkman & Lazarus, 1980).

Zvládání zaměřené na problém se objevují především v situacích, které se zdají být z pohledu jedince řešitelné, nebo ty, které žádají získání více informací. Na problém zaměřené zvládání bývá upřednostňováno zejména v pracovních situacích. Mezi položky, které zjišťují zaměření na problém, patří například: „*Vytvořil jsem si plán, podle kterého jsem postupoval.*“ nebo „*Stál jsem na svém a bojoval za to, co jsem chtěl.*“. Později také došlo k další precizaci na problém zaměřeného copingu a nově například rozlišují *úroveň konfrontačního zvládání a úroveň vlastního řešení problému* (Folkman & Lazarus, 1980; Kliment 2014).

Tabulka č. 3 - Ukázka copingových strategií zaměřených na PROBLÉM		
Strategie	Charakteristika	Příklad odpovědí
Analýza problémové situace	Rozbor nastalé situace a snaha zorientovat se s cílem získání mentální kontroly nad situací.	„ <i>Pokouším se analyzovat problém.</i> “
Stanovení transformačních cílů	Snaha transformovat nežádoucí situaci do neproblémové podoby s cílem negace nežádoucího stavu.	„ <i>Stanovil jsem si cíle, kam postupovat v nastalé situaci.</i> “
Volba odpovídajících postupů	Mezikrok při tvorbě vlastního postupu.	„ <i>Přemýšlel jsem o tom, co mám říkat a co dělat.</i> “
Využití nabytých zkušeností	Obrácení pozornosti vůči vlastním zdrojům a čerpání ze své zkušenosti z analogické situace, kterou sám zažil.	„ <i>Využil jsem své zkušenosti získané v obdobné situaci.</i> “
Znásobení vynaloženého úsilí	Vnitřní mobilizace zdrojů a zvýšená snaha pro vyřešení nežádoucí situace i s uvědoměním dočasného diskomfortu.	„ <i>Věděl jsem, že musím znásobit své úsilí, abych dosáhl očekávaných výsledků.</i> “
(Kliment, 2014, s. 73–74)		

Zvládání zaměřené na emoce je využíváno tehdy, když jedinec nevidí v dané situaci východisko, spatřuje ji jako neřešitelnou a nezbyvá mu nic jiného než ji jen vydržet a překonat. Na emoce zaměřené zvládání bývá mnohdy voleno v případech spjatých s vlastním zdravím a překonáváním zdravotních obtíží. Mezi položky, které zjišťují zaměření na emoce, patří například: „*Snažil jsem se na vše dívat z té lepší strany.*“ nebo „*Snažil jsem se na celou věc zapomenout*“. I v případě copingu orientovaného na emoce došlo k precizaci na další úroveň, jako jsou distancování se, sebekontrola, přijetí zodpovědnosti, únik a pozitivní přehodnocení (Folkman & Lazarus, 1980; Kliment 2014).

Tabulka č. 4 - Ukázka copingových strategií zaměřených na EMOCE		
Strategie	Charakteristika	Příklad odpovědi
Distancování se	Snaha odstupu od situace.	„ <i>Pokusil jsem se na vše zapomenout.</i> “
Sebeobviňování	Výčitky a připisování viny sobě samému.	„ <i>Kritizoval jsem se, napomínal jsem se.</i> “
Snižování tenze	Snižování napětí pomocí fyzické aktivity.	„ <i>Běhal jsem nebo jsem cvičil.</i> “
Izolování se	Vyhýbání se lidskému kontaktu.	„ <i>Vyhýbal jsem se lidem.</i> “
Pozitivní přehodnocení	Nalézání důvodů pro danou událost.	„ <i>Díky této zkušenosti, jsem se stal lepším člověkem.</i> “
(Kliment, 2014, s. 52–53)		

Folkman a Lazarusová pak v roce 1985 přidávají ke dvěma základním úrovním úroveň označovanou jako **hledání sociální opory**, ke které došli cestou faktorové analýzy. Hledání sociální opory považují za úroveň smíšenou, neboť v ní můžeme nalézt jak informace a možnosti řešení vzniklé situace, tak ale i snížení emočního napětí formou sociálního kontaktu (Kliment, 2014).

<i>Tabulka č. 5 – Ukázka copingových strategií zaměřených na HLEDÁNÍ SOCIÁLNÍ OPORY</i>		
Strategie	Charakteristika	Příklad odpovědi
Vyhledávání přítomnosti druhých za účelem uspokojení potřeby bezpečí	Může tak být činěno za účelem odvedení pozornosti nebo pro pocit bezpečí, že v případě zhoršení je pomoc na blízku.	<i>„Vyhledávám společnost.“</i>
Hovory o problému	Sdělování jednotlivých informací o problému za účelem vlastního lepšího pochopení nebo získání pohledu od druhých.	<i>„Hovořil jsem s přítelem o problému.“</i>
Hovory o pocitech	Sdílení svých vlastních pocitů, dojmů a myšlenek.	<i>„Mluvil jsem s někým o tom, jak jsem se cítil.“</i>
Přijímání opory ze strany druhých	Jedinec se ubezpečuje, že je součástí sociálního prostoru a že může očekávat pomoc od druhých.	<i>„Od druhých jsem přijímal vyjádření soucitu a porozumění.“</i>
Vyhledávání pomoci	Snaha jedince, aby se druzí přímo podíleli na řešení jeho problému. Obrací se tak na profesionály, rodinu či přátele.	<i>„Vyhledal jsem profesionální pomoc.“</i>
(Kliment, 2014, s. 85–86)		

Můžeme se také setkat s dělením na kognitivní a behaviorální coping. S tímto pohledem poprvé přišli s A. G. Billings a R. H. Moos (1981). Jejich metoda spočívala v pohledu na zvládací odpovědi jako na typ reakce. Později toto dělení upravili na aktivní kognitivní a behaviorální zvládání, jež je v opozici s vyhýbáním se (vyhýbání se stresové situaci) (Kliment, 2014). Holland a Moss sestavili dotazník *Coping Strategy Items*, a to jako nástroj pro určování těchto dimenzí zvládání. **Aktivní kognitivní zvládání** je definováno jako mentální čili psychická strategie vyrovnání se s zátěží a stresem, která je spjata s vnitřní řečí. Tuto dimenzi zajišťovaly položky *„Zvažoval jsem několik alternativ, které by mohly vést k řešení problému.“*, *„Pokusil jsem se získat odstup od nastalé situace“*. **Aktivní behaviorální zvládání** se jeví jako konání pozorovatelných činností. Afektivní stránka prožitku může postupovat jak kognitivním tak behaviorálním zvládáním, a tak nelze tvrdit, že kognitivní zvládání je totožné s prožíváním. Jako příklad prostoupení kognitivního zvládání s afektivním prožitkem může být situace, ve které se jedinec snaží vidět příležitost k získání nové informace, a tím se i rozvíjet. Tuto dimenzi představovaly položky *„Mluvil jsem o problému se svým přítelem.“*, *„Pokusil jsem se snížit*

napětí usilovným cvičením.“ Pokud nedojde k uspokojivému zvládnutí pomocí aktivního kognitivního či behaviorálního zvládnání, může dojít k odpovědi typu **únik** (či vyhýbání se), která je specifická vyhýbáním se zdrojům situace, a dotazovaní by odpověděli například takto „*Odmítám věřit tomu, co se přihodilo.*“ (Holahan & Moos, 1987; Kliment 2014).

<i>Tabulka č. 6 - Ukázka copingových strategií zaměřených na ÚNIK</i>		
Strategie	Charakteristika	Příklad odpovědi
Sociální izolace	Touha a snaha zůstat o samotě bez přítomnosti druhých lidí	„ <i>Celkově jsem se vyhýbal lidem</i> “
Sociální rozptýlení	Vyhledávání přítomnosti druhých za účelem odvedení pozornosti.	„ <i>Vyhledat společnost.</i> “, „ <i>Zavolat někomu.</i> “
Bdělé snění	Fantazijní přetvoření reality nebo bleskurychle vyřešené stresové situace.	„ <i>Čekal jsem na zázrak.</i> “
Provádění rozptylujících aktivit	Snížení napětí pomocí pozitivního emočního prožitku – konzumace jídla, alkoholu, koření, spánek, realizace koníčků, sportovních aktivit apod.	„ <i>Užiji alkohol nebo jinou látku, abych se cítil lépe.</i> “
Distancování se od problémové situace	Snaha bagatelizovat nebo zastírat vážnost vzniklé situace, a tím na ni nemyslet a zapomenout.	„ <i>Zase o tolik nejde, mohlo by to být mnohem horší.</i> “
(Kliment, 2014, s. 65–68)		

Další forma zvládací odpovědi je **útok**, který obsahuje prvky agrese. Mezi teorie zabývající se agresí můžeme řadit frustrační teorii agrese N. E. Millera a J. Dollarda (1941), kteří před výskytem agrese vždy předpokládají existenci frustrace a frustračního napětí, útok pak slouží k vybití tenze. Další z teorií, která se zabývá agresí, jsou Bandurovy (1973) naučené způsoby jednání, které můžeme chápat jako naučené vzorce chování, jež se uplatňují při konkrétní a působící situaci. K pochopení útočného jednání je pak vhodné znát historii vzniku. Folkman a kolegové pak v roce 1986 do svého dotazníku zařadili položky označující škálu *konfrontační zvládnání*, která obsahuje útočně laděné odpovědi (Kliment, 2014).

<i>Tabulka č. 7 - Ukázka copingových strategií zaměřených na ÚTOK</i>		
Strategie	Charakteristika	Příklad odpovědí
Přímá agrese	Razantní a agresivně laděný přímý zásah s cílem druhého zastrašit, zneschopnit, oslabit a tím získat převahu a kontrolu nad sociálním prostorem.	<i>„Zaútočím, abych nachytl druhé nepřipravené.“</i>
Nenadálá akce	Rychlá a překvapivá akce s cílem zaskočit ostatní a získat tím dominantní postavení a získat kontrolu svého životního prostoru.	<i>„Jednám rychle, a tím dostanu druhé do nevýhody.“</i>
Neústupnost	Rigidní setrvání na svém stanovisku, bez ochoty jednat o dalších možnostech, a dojít tak ke kompromisu.	<i>„Stojím na svém a bojuji za to, co chci.“</i>
Impulzivita	Ztráta schopnosti kontrolovat své impulzy odrážející se v prožívání. Následkem jsou emoční výbuchy.	<i>„Dávám volný průchod svým pocitům.“</i>
Sebeobviňování	Agresivní a sebetrestající ataky vlastní osoby.	<i>„Kritizoval jsem se a káral jsem se.“</i>
(Kliment, 2014, s. 59–61)		

Druhů copingových strategií je nespočet a mnoho autorů si dle svých výzkumů pojmenovává copingové strategie odlišně. Kategorizovat tyto strategie do jednotného rámce tedy není vždy možné a jednoduché. Je totiž běžné, že jedna strategie spadá do více kategorií. Například strategie instrumentální (sociální) opory může spadat do kategorie strategií zaměřených jak na problém, tak i na emoce.

V české i zahraniční literatuře se objevují různé termíny pro copingové strategie, můžeme se setkat s pojmy jako copingové chování, copingové vzorce, copingové mechanismy, zvládací strategie, zvládací odpovědi apod. Kliment (2014) například téměř nepoužívá termín „strategie“, neboť strategie bývá chápána jako dlouhodobé a promyšlené úsilí na cestě k dosažení cílů. Zatímco „odpověď“ bývá časově limitována a nemusí být racionálně podložena. Dle preferované determinanty zvládajících odpovědí můžeme rozlišit tři přístupy: dispoziční, situační a interakční. Jedná se tak o hypotézy, zda bychom měli copingové odpovědi chápat jako funkci osobnosti, funkci situace nebo kombinaci obojího – osobnosti a situace.

Dispozičně orientovaný přístup vymezuje copingové styly jako obecné sklony reagovat v zátěžové a stresující situaci určitým způsobem. Tudíž osobnost a její psychické

vlastnosti jsou stěžejním základem pro následnou volbu daného copingového stylu/strategie. Můžeme na ně tedy nahlížet jako na neměnné a poměrně stabilní vzorce prožívání a chování jedince ve stresových situacích. Odborníci mají na tuto tezi různé pohledy a jednoznačné tvrzení, že copingové styly jsou přímou manifestací dané osobnosti, nenalézají absolutní shodu. Copingový proces je dynamický děj, který je neustále ovlivňován primárním a sekundárním zhodnocením, a osobnost je v tomto případě mnohem stabilnější (Folkman, Lazarus, 1985). Dle Carvera a Connor-Smitha (2010) můžeme vidět významnou a úzkou souvislost mezi osobností a copingovým stylem, nicméně nelze říci, že jsou jednoznačnou přímou úměrou v zátěžových podmínkách.

Situačně orientovaný přístup oproti dispozičnímu tvrdí, že podobu zvládacích odpovědí určuje primárně charakteristika nastalé situace. Zastáncem tohoto pojetí je například McCrae (1984), který předpokládal, že subjektivní zhodnocení stresoru má zásadní vliv na formu vyrovnání se s ním.

Autoři, kteří se copingovými strategiemi zabývají, se však většinou nepřiklání absolutně k jednomu z těchto dvou přístupů. Tato dichotomie mezi oběma přístupy se řeší již od počátků výzkumu copingových strategií (Kliment, 2014).

Interakční přístup je pak jakousi kombinací přístupu dispozičního a situačního a tyto dvě koncepce jsou považovány za neoddělitelné. V rámci zvládnutí zátěže a stresu se pak rovina osobnostní a situační v procesu zvládnutí navzájem v dobrém i zlém ovlivňují. U interakčního přístupu lze zohledňovat celou řadu intervenujících proměnných, které mají za následek podobu zvládací odpovědi. Rovněž je důležité nahlížet na zvládací mechanismy jako na dynamický proces, jehož jednotlivé fáze na sebe navazují, prostupují se a mohou se i opakovat (Sharma & Romas, 2012; Kliment 2014).

2.3 Modifikující faktory psychické zátěže a stresu

To, jak se jedinec se stresem vyrovnává, závisí na mnoha proměnných, jako jsou například: osobnost a individuální charakteristiky jedince, sociální status, sociální opora, zkušenosti jedince se zátěží, četnost a charakter životních událostí, uplatňovaný způsob vyrovnávání se se zátěží a další (Paulík, 2012). Problematikou odolnosti, z pohledu osobnostních charakteristik jedince, se zabývalo několik významných představitelů, které zde uvádíme.

A. Antonovsky (1979) představil svou koncepci *Sense of Coherence (SOC)* neboli v českém překladu smysl pro integritu (souvztažnost, soudružnost) a formuloval tři složky, které integritu utváří:

- Srozumitelnost (comprehensibility) – schopnost brát svět takový jaký je.
- Zvládnutelnost (manageability) – vyrovnat se s tím, co se děje, vzájemná podpora.
- Smysluplnost (meaningfulness) – nalezení a pochopení své existence.

(Antonovsky, 1979; Kebza & Šolcová, 2008)

Pokud jedinec disponuje vysokou úrovní těchto tří složek je pravděpodobné, že má zároveň poměrně vysokou schopnost odolnosti vůči stresu. Antonovsky rovněž představil dotazník pro zjištění Sense of Coherence.

Dimenze	Popis	Jak to lze řešit?
Srozumitelnost	Do jaké míry si člověk uvědomuje kognitivní smysl působících stresorů, což naznačuje, že existuje určitá struktura, konzistence, řád, jasnost a předvídatelnost.	Objasnění stresorů a jejich interpretace tak, aby byly jasné a předvídatelné.
Zvládnutelnost	Míra, do jaké má člověk pocit, že zdroje, které má pod kontrolou, jsou dostatečné pro splnění požadavků kladených stresory.	Brainstorming (k identifikaci všech zdrojů) Podpůrná skupina (pro zvýšení zdrojů)
Smysluplnost	Do jaké míry má člověk pocit, že život dává emocionálně smysl a že alespoň za některé stresory v životě má smysl investovat energii a odhodlání.	Diskuse o perspektivě vůči stresorům

(Sharma & Romas, 2012, s. 143)

Koncepce *Hardiness*, do češtiny přeloženo jako nezdolnost, byla vypracována S. Kobasovou (1979), která představila obdobně pojatý koncept jako SOC. Nezdolnost popisuje těmito třemi navzájem propojenými dimenzemi:

- Kontrola (control) – bezmocnost (powerlessness)
- Závazek (commitment) – odcizení (alienation)
- Výzva (challenge) – hrozba (threat) (Mlčák, 2011)

Tyto tři hlavní charakteristiky nezdolnosti – Control, Commitment a Challenge se často označují jako koncepce tři „C“. Do češtiny by se dalo užít i jiného překladu těchto tří termínů, a sice by nám vznikla tři „V“ – Vlása (nad vlastním životem), Vložení se (do věci s vírou a vnímat jejich smysl v životě) a Výzva (překážky brát jako výzvy) (Baštecká & Goldmann, 2001). V praxi se tedy můžeme setkat s koncepcemi tři C nebo tři V, které ale vždy označují totožnou koncepci.

<i>Tabulka č. 9 - Hardiness</i>		
Dimenze	Popis	Jak to lze řešit?
Kontrola	Víra, že člověk způsobuje události svého života a může ovlivnit okolí.	Diskuse Hraní rolí
Závazek	Tendence zapojit se do čehokoli, co ho potká, nebo pocit hlubokého zapojení do činností života.	Diskuse Hraní rolí
Výzva	Ochota podstupovat změny, čelit novým aktivitám a získávat příležitosti k růstu.	Stanovení cílů
(Sharma & Romas, 2012, s. 142)		

Další významnou koncepci *Self-efficacy* představil A. Bandura (1977). Termín lze přeložit jako kompetenci či způsobilost (popřípadě: pravomoc, možnost a schopnost) a jde o vlastnost, které jedinci umožňují odhadnout možnost a schopnost zvládnout daný úkol (Baštecká & Goldmann, 2001). Nevid, Rathus, Greene (1997, citováno v Baštecká & Goldmann, 2001) zkoumali vztah mezi touto vlastností a vylučováním katecholaminů (adrenalin, noradrenalin, dopamin apod.). Výzkum ukázal, že s růstem *Self-efficacy* se snižuje vyplavování „stresových hormonů“ do těla.

J. Rotter (1966), jenž se zabýval sociálním učením, představil svou koncepci *Locus of Control*, kterou lze přeložit jako místo kontroly či umístění vlivu. V této koncepci Rotter rozdělil místa kontroly na:

- Vnitřní místo kontroly – jedinec očekává, že sankce (pozitivní či negativní), které obdrží, jsou určeny jeho vlastními činy.
- Vnější místo kontroly – jedinec očekává, že sankce, které obdrží, jsou zapříčiněny vnějšími vlivy, jež nemůže ovlivnit (Baštecká & Goldmann, 2001).

Mezi další koncepce zabývající se stresory a zvládáním můžeme řadit konstrukty zaměřené na: stresory, primární hodnocení, problém, emoce a přehodnocení.

První konstrukt teorie stresu a zvládání dle Sharma a Romase (2012) se nazývá „**Stresory**“. Většinou se nedají upravit, a proto je třeba vytrvat. Vnímání stresorů u člověka se však změnit může. Některé stresory lze změnit úpravou prostředí. Pokud je například člověk ve stresu z toho, že má absolvovat lekci s určitým instruktorem a tuto lekci nabízí i jiný instruktor, může se přihlásit na lekci s druhým instruktorem, a tím stres zmírnit (Lazarus, 1984; Sharma & Romas, 2012).

Další konstrukt teorie stresu a zvládání je **primární hodnocení**, ve kterém osoba určuje závažnost stresoru a hodnotí, zda má problém. V sekundárním hodnocení osoba určuje, jak velkou kontrolu má nad stresorem. Pokud je kontrola vysoká, nevyvíjí se žádný stres. Pokud je kontrola nízká, stres se rozvíjí. Mezi techniky vhodné pro úpravu sekundárního hodnocení můžeme řadit například stresové deníky, brainstorming nebo diskuse (Sharma & Romas, 2012).

Konstrukt zvládání **zaměřeného na problém** je založen na schopnosti člověka myslet, měnit prostředí, události nebo situaci. Příklady této strategie na úrovni myšlenkového procesu zahrnují využití dovedností pro řešení problémů, řešení mezilidských konfliktů, hledání rady, řízení času, stanovení cílů a shromažďování dalších informací o tom, co stres způsobuje. Řešení problémů vyžaduje promyslet různé alternativy, vyhodnotit klady a zápory a poté implementovat řešení, které se zdá nejlepší pro snížení úrovně stresu. Příklady této strategie na úrovni chování nebo jednání zahrnují aktivity, jako jsou: zapojení se do programu odvykání kouření, dodržování předepsané lékařské péče (compliance), plánování a upřednostňování úkolů pro řízení času (Sharma & Romas, 2012).

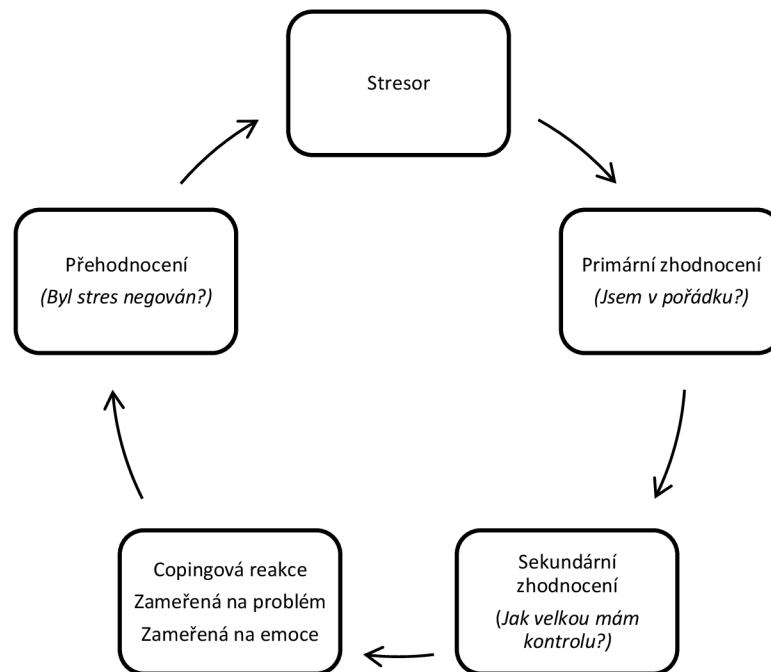
V konstrukt zvládání **zaměřeného na emoce** se zaměřujeme na změnu způsobu, jakým člověk přemýšlí nebo cítí danou situaci nebo událost. Příklady této strategie na úrovni myšlenkového procesu zahrnují: popírání existence stresové situace, svobodné vyjadřování emocí, vyhýbání se stresové situaci, sociální srovnávání a pohled na světlou stránku věci. Příklady této strategie na behaviorální nebo akční úrovni zahrnují: hledání sociální podpory, cvičení, relaxace nebo meditace, vstup do podpůrných skupin a praktikování náboženských rituálů. Mezi negativní formy zvládání patří například útěk pomocí užití alkoholu a drog.

Posledním konstruktem je **přehodnocení**, což je jakási smyčka zpětné vazby pomocí které osoba určuje, zda byly účinky stresoru účinně negovány. Mezi techniky pro úpravu této fáze mohou být opět užitečné techniky, jako jsou stresové deníky, brainstorming nebo diskuse (Sharma & Romas, 2012).

Následující tabulka představuje výčet konstruktů teorie stresu a zvládání, jejich popis a možnosti řešení.

<i>Tabulka č. 10 - Klíčové konstrukty teorií stresu a zvládání stresu</i>		
Konstrukt	Popis	Jak to lze řešit?
Stresory	Požadavky z vnitřního nebo vnějšího prostředí, které člověk vnímá jako škodlivé nebo ohrožující. Máme tři typy: životní události, chronické stresory a zklamání	Některé stresory mohou být modifikovány (např. environmentálním inženýrstvím).
Primární zhodnocení	Osoba určí závažnost stresoru a posoudí, zda má potíže.	Stresový deník Brainstorming Diskuse
Sekundární zhodnocení	Osoba určuje, jak velkou kontrolu má nad stresem.	Stresový deník Brainstorming Diskuse
Zvládání zaměřené na problém	Metoda vypořádání se s daným stresem, která se zaměřuje na schopnost přemýšlet o události nebo situaci v prostředí a měnit je.	Zkušenosti s řešením problému Řešení mezilidských konfliktů Hledání rady Organizace času Stanovení cílů Diskuse s cílem získat více informací o tom, co stres způsobuje.
Zvládání zaměřené na emoce	Metoda vypořádání se se stresem, ve které se zaměřujeme na změnu způsobu, jakým člověk přemýšlí nebo cítí v případě určité situace nebo události.	Cvičení Relaxace Rozjímání Vstup do podpůrných skupin
Přehodnocení	Smyčka zpětné vazby, ve které osoba určuje, zda byly účinky stresoru účinně negovány.	Stresový deník Brainstorming Diskuse
(Sharma & Romas, 2012, s. 141)		

Obrázek č. 1- Model stresu a copingu



(Sharma & Romas, 2012, s. 140)

Carver a Connor-Smith (2010) na základě souhrnu mnoha výzkumných šetření popisují další modifikující faktory zaměřující se na vztah osobnosti a copingu.

Věk

Vztah mezi osobností a copingem bývá silnější u mladších respondentů než u starších, zejména pak u copingu zaměřeného na problém a kognitivní restrukturalizaci. Důvodů může být více. Například temperament může ovlivňovat volbu copingových strategií u dětí silněji než u dospělých, kteří jsou zkušenější a kvalifikovanější v přizpůsobování se stresujícími situacím (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Déle pak může pokles neuroticismu (spjatý s narůstajícím věkem) a zvýšená přívětivost a svědomitost vést starší dospělé k menšímu utrpení, a potažmo menší možnosti variability copingu (McCrae et al., 2000; Roberts & Del Vecchio, 2000). Studie M.T. Whitty (2003), se zaměřovala na věkové rozdíly v rámci volby copingových strategií a obranných mechanismů pomocí nástrojů Ways of Coping (WCQ) a Defense Style Questionnaire (DSQ). Nejmladší účastníci (17-23 let) používali výrazně méně zralé obranné mechanismy než skupina středního věku (40-47 let) a nejstarší skupina (63-70 let). Co se týče volby copingových strategií tak však nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi žádnou věkovou kategorií.

Typ a závažnost stresoru

Vztah mezi osobností a copingem je obecně silnější u respondentů, kteří byli vystaveni vysoké míře stresu (např. rakovina, chronická bolest, rozvod), než u respondentů s méně intenzivním stresem (Connor-Smith & Flachsbart, 2007). Méně závažné stresory reflektují menší proměnlivost copingu než stresory chronické (chudoba, rozvod, závažné onemocnění apod.), jež ovlivňují více oblastí života, a to mnohem výrazněji. Stresory, které vyžadují jasné a specifické reakce (např. výměna pneumatiky nebo dodržení termínu práce), rovněž poskytují malý prostor pro uplatnění individuálních rozdílů. Proto můžeme říci, že chronické či vysoce intenzivní stresory mohou nejlépe odhalit vztahy mezi osobností a copingem (Gomez et al., 1998; Moos & Holahan, 2003, Murberg et al., 2002).

Situační vs. dispoziční coping

Osobnost jedince predikuje dispoziční zvládání lépe než reakci na konkrétní stresory. Existuje pro to několik pravděpodobných důvodů. Obecné tendence budou pravděpodobně jasněji identifikovány, zatímco reakce na konkrétní stresory mohou být silně ovlivněny typem události, dostupnými zdroji, závažností či možností manipulace se stresorem. Osobnost rovněž může ovlivňovat paměť, přičemž lidé si nejlépe vybaví ty strategie, které jsou známé a osobnostně v souladu, což dále posiluje vztahy mezi osobnostním a dispozičním zvládáním (Epstein, 1980; Ptacek et al., 2006).

Časová prodleva

Důležitým moderátorem je také časová prodleva mezi zvládáním zátěže a získáním informací o zvládání zátěže. Retrospektivní zprávy o zvládání jsou slabě propojeny s denními situacemi, s delšími obdobími pro zapamatování a s vyššími úrovněmi stresu, které podporují větší nesrovnalosti (Ptacek et al. 2008, Schwartz et al. 1999, Smith et al. 1999). Diagnostika je ovlivněna obtížností seskupování odpovědí v průběhu času, chybami paměti, zkreslením sebe prezentace a rozsahem, v jakém byla stresová situace vyřešena. Osobnost může skutečně ovlivnit povahu zkreslení vzpomínek: Lidé si mohou s větší pravděpodobností pamatovat a využívat strategie, které jim účinkují dobře nebo jsou v souladu s jejich vlastnostmi (Ptacek et al., 1994; Stone et al., 1995).

Mezi další významné koncepce zaměřující se na modifikující faktory můžeme řadit například: *Chování typu A/B* od H. Friedmana a R. Rosenmana, *Alexithymie* od P. Sifneose aj. Nemiatha, *Naučené bezmocnosti* od M. Seligmana, *Neuroticismus* od H. Eysencka apod. (Mlčák, 2011).

2.3.1 Osobnost a pětifaktorový model osobnosti

Následující kapitola nám představí základní pojmy, jako jsou osobnost, pětifaktorový model osobnosti, a popíše vztah mezi osobnostmi a copingovými strategiemi.

Na otázku: Co je to osobnost? Neexistuje mezi odborníky zcela jednotná a správná odpověď a například Allport uvádí až 50 různých definic osobnosti. Obecně lze říct, že osobnost je celek duševního života člověka. Svůj původ má ve slově *persona* – původně maska pro boha podsvětí, později stálý typ, charakter a role člověka (Hartl et al., 2010).

Na osobnost můžeme nahlížet z mnoha úhlů pohledu. Například: filozofický pohled existencialisty K. Jasperse (1965) – „*Osobnost je smysluplně rozlišitelný a charakteristický celek pochopitelných souvislostí duševního života.*“, kolekcionistické chápání osobnosti, například T. Ribota (1908) – „*Osobnost je svazek potřeb, snah, přání a odporů vázaný na organický život.*“, integrativní pohled na osobnost K. Gotschalda (1957) – „*Osobnost je jednotná psychofyziologická celost, integrace dynamických vztahů mezi biologickými, tj. konstitučními a historickými, tj. sociálními momenty.*“, interakční přístup a definice P. Říčana (1982) – „*Osobnost je integrovaný, k seberealizaci směřující systém psychických a psychofyziologických funkcí individua, které jsou v neustálé interakci s prostředím.*“ (citováno v Smékal, 2009, s. 18–27).

Pro naši práci, která se zabývá psychickou zátěží, bychom mohli využít adaptační pojetí definice osobnosti, které se zaměřuje na schopnost osobnosti přizpůsobit se prostředí. Mezi takto zaměřené definice můžeme řadit například Allportovu definici z roku 1937 – „*Osobnost je dynamická organizace těch psychofyziologických systémů individua, které determinují jeho jedinečné přizpůsobení se prostředí.*“ a také definici G. Caplana z roku 1961 – „*Osobnost je krystalizací řetězců schémat (patterns) úspěšných nebo neúspěšných zvládnutí množství problémů, které se vyskytly před jedincem během jeho života a které musel řešit.*“ (citováno v Smékal, 2009, s. 25).

Pětifaktorový model osobnosti

O pěti faktorech osobnosti jsme mohli poprvé slyšet ve 30. letech minulého století, kdy L. Thourstone představil referát o výsledcích faktorové analýzy 60 adjektiv, která se běžně používají k popisu osobnosti, a odvodil z nich 5 nových faktorů. Následovalo období, kdy psychologové a výzkumníci stále upravovali, ověřovali ale i zpochybňovali vznikající teorii pětifaktorového modelu osobnosti. Pětifaktorový model osobnosti byl zkoumán a porovnáván v závislosti na 16faktorovém modelu Cattela ale porovnáván i se zcela novými „nezávislými studiemi“. Až teprve v 80. letech se díky několika badatelům,

jako byli L. Goldberg, N. Takemoto-Chocková, A. Comrey a J. Digmanov, podařilo na základě stability ověřené v mnoha výzkumných šetřeních prosadit pětifaktorový model. Dalším významným mezníkem roku 1983 byla spolupráce Goldberga s P. Costou a R. McCraem, kteří doplnili již existující třífaktorový model NEO zahrnující *neuroticismus*, *extraverzi* a *otevřenost vůči zkušenosti* a rozšířili jej o další dvě dimenze *přívětivost* a *svědomitost*. Nedlouho na to (1985) sestavili Costa a McCrae metodu pro identifikaci těchto dimenzí – NEO Personality Inventory (Hřebíčková, 2011).

Vznik pětifaktorového modelu osobnosti byl poměrně dlouhý proces, během něhož samozřejmě sehrála roli počáteční nedůvěra, pochybnosti a skepse vůči novým poznatkům, ověřování teorie, tendence vědců po vlastní interpretaci a prezentaci teorie a také samozřejmě technické možnosti doby, které neumožňovaly statistické zpracování velkého počtu respondentů a velkého počtu rysových deskriptorů (Hřebíčková, 2011).

<i>Tabulka č. 11 – Pětifaktorový model OCEAN</i>		
Jedinci skórující vysoko	Charakteristika pětifaktorového modelu	Jedinci skórující nízko
Zvídavý Originální Tvořivý Obrazotvorný Inteligentní Kultivovaný	O – Otevřenost vůči zkušenosti <i>Openness to experience</i> Intelekt Kultura Zjišťuje aktivní vyhledávání nových zkušeností, prožitků, toleranci neznámého	Konvenční Pragmatický Realistický Nepřízpůsobivý Neinteligentní Nevzdělaný
Spolehlivý Pracovitý Přesný Pořádkumilovný Zodpovědný Pečlivý	C – Svědomitost <i>Conscientiousness</i> Zjišťuje míru motivace a vytrvalosti na cíl zaměřeného chování. Odlišuje spolehlivé a na sebe náročné lidi od těch, kteří jsou lhostejní a nedbalí.	Bezcílný Nedbalý Líný Nesvědomitý Chaotický Nevytrvalý
Společenský Aktivní Povídavý Družný Průbojný Smělý	E – Extraverze <i>Extraversion</i> Zjišťuje kvantitu interpersonálních interakcí, úroveň aktivace a stimulace.	Uzavřený Málomluvný Plachý Nesmělý Samotářský Tichý
Dobrosrdečný Laskavý	A – Přívětivost <i>Agreeableness</i>	Panovačný /točný

Snášenlivý Srdečný Skromný Smířlivý	Zjišťuje kvalitu interpersonální orientace na kontinuu od soucítěná po nepřátelskost v myšlenkách, pocitech i činech.	Pomstychtivý Bezcitný Despotický Konfliktní
Napjatý Neklidný Labilní Nejistý Vznětlivý Popudivý	N – Neuroticismus <i>Neuroticism</i> Emocionální nestabilita Odlišuje jedince náchylné k psychickému vyčerpání a obtížně zvládající psychickou zátěž od jedinců vyrovnaných a odolných vůči psychickému vyčerpání.	Klidný Uvolněný Vyrovnaný Stabilní Sebejistý Nezdolný
(Hřebíčková, 2011, s. 11)		

Coping je osobností ovlivněn mnoha způsoby, některé z nich však probíhají ještě před situacemi, které vyžadují mechanismy zvládání a volbu copingových strategií. Osobnost totiž už ze své podstaty ovlivňuje četnost vystavení se stresorům, konkrétní prožívání a hodnocení daných stresorů (Vollrath, 2001). Neuroticismus předpovídá vystavení interpersonálnímu stresu a tendenci hodnotit události jako vysoce ohrožující a zároveň nedostatečné zdroje zvládání (Bolger & Zuckerman 1995; Grant & Langan-Fox 2007; Gunthert a kol. 1999; Penley & Tomaka 2002; Suls & Martin 2005). Svědomitost zase predikuje poměrně nízké vystavení stresu (Lee-Bagglely et al. 2005; Vollrath 2001), pravděpodobně je to způsobeno tím, že svědomití lidé plánují možné příčiny stresu a vyhýbají se impulzivním akcím, které mohou vést k různým (např. finančním, zdravotním nebo mezilidským) problémům. Vstřícnost bývá spjata s nízkým mezilidským konfliktem a tím i menším sociálním stresem (Asendorpf, 1998). Člověk s vlastnostmi jako jsou extraverte, svědomitost a otevřenost vnímá stresující události spíše jako výzvy než hrozby a volí tak pozitivně zaměřené copingové strategie (Penley & Tomaka 2002, Vollrath 2001). Kombinace vysoké míry neuroticismu a nízké svědomitosti předpokládá poměrně vysokou expozici stresu a hodnocení hrozeb. Kombinace nízké míry neuroticismu a vysoké míry extraverte nebo svědomitosti předpokládá obzvláště nízkou expozici stresu a hodnocení hrozeb (Grant & Langan-Fox, 2007; Vollrath & Torgersen 2000).

Důkazy týkající se těchto předpokládaných asociací jsou dostupné ze stovek studií vztahů mezi osobností a zvládáním. Například metaanalýza Connor-Smitha a Flachsbarta (2007) se zaměřila na osobnostní rysy velké pětky u 165 respondentů (dospělých a adolescentů) a metaanalýza Solberga Nese a Segerstroma (2006) se zaměřila na optimismus měřený pomocí Life Orientation Testu u 50 respondentů (dospělých

a dospívajících). Copingové strategie byly rozděleny na dva faktory: *angažovaný* (angl. engagement) coping, který zahrnuje zvládání zaměřené na problém a některé formy zvládání zaměřené na emoce (hledání podpory, regulace emocí, přijímání a kognitivní restrukturalizace); *neangažovaný* (angl. disengagement) coping zahrnuje reakce, jako je vyhýbání se, popírání a zbožné přání. Co se týče konkrétních copingových strategií, s osobností nejvíce souvisely kognitivní restrukturalizace a řešení problémů a také popírání a užívání návykových látek. **Optimismus** pozitivně koreloval s angažovaným copingem. V rámci strategií zaměřených na problém koreloval nejvíce s plánováním a hledáním instrumentální podpory, u copingu zaměřeného na emoce pak především s kognitivní restrukturalizací a přijetím. Optimismus tedy dle očekávání predikoval aktivní snahu o změnu a přizpůsobení se stresovým okolnostem. Extraverze, svědomitost a otevřenost vůči zkušenostem předpovídaly větší využití angažovaného copingu. Samotná **extraverze** predikuje coping zaměřený na problém, využívání sociální podpory a kognitivní restrukturalizaci. **Neurotismus** predikoval méně copingových strategií zaměřených na řešení problémů, kognitivní restrukturalizace a přijetí, ale více zaměřených na hledání emocionální podpory a rozptýlení. Dále pozitivně souvisel s celkovým odpoutáním se a se všemi specifickými reakcemi odpoutání, zejména zbožným přáním a stažením se. Rovněž škály hodnotící negativní projevy emocí silně korelovaly s neuroticismem a negativně korelovaly se svědomitostí a přívětivostí. **Svědomitost** predikovala coping zaměřený na řešení problémů a kognitivní restrukturalizaci, ale nesouvisela s využíváním sociální podpory nebo přijetím. Svědomitost a vstřícnost předpovídaly menší celkovou neangažovanost a menší popírání a užívání návykových látek. **Přívětivost** pak predikovala coping zaměřený na využívání sociální podpory a kognitivní restrukturalizaci. **Otevřenost vůči zkušenostem** předpovídala více řešení problémů a kognitivní restrukturalizaci, dále ukázala korelaci u copingu odpoutání, zbožných přání a stažení. V rámci studie se také potvrdilo, že konkrétní copingové strategie korelovaly s osobností silněji než širší pojetí copingu, je tedy pravděpodobné, že konkrétní osobnostní aspekty budou zase lépe predikovat volbu copingu než obecné rysy. Například vřelost a družnost v rámci extraverze mohou být nejlepšími prediktory zvládání sociální podpory a asertivita může zase lépe predikovat coping zaměřený na řešení problémů (Carver & Connor-Smith, 2010).

F. E. García a kolegové (2018) měli ve své studii za cíl ověřit kulturně vhodnou chilskou verzi Brief COPE, posoudit její psychometrické vlastnosti a konstruktovou a kongruentní validitu. Brief COPE zjišťovala copingové strategie, Satisfaction with Life (SWL) zjišťovala subjektivní pohodu a Perceived Stress Scale (PSS-14) vnímání stresu.

Byla administrována u 1847 chilských dospělých, kteří byli vystaveni řadě stresujících zážitků. Kromě potvrzení 14 faktorové struktury výsledky ukázaly významnou korelaci mezi některými škálami Brief COPE, jako je popírání a užívání návykových látek, s vnímaným stresem, emoční podporou a aktivním zvládním subjektivní pohody. Konkrétně korelace copingových strategií se subjektivní pohodou a vnímaným stresem ukázaly, že v rámci *subjektivní pohody* jsou nejvíce využívány strategie emocionální podpory, aktivního copingu, instrumentální podpory, plánování, akceptace, pozitivního přerámování a víry, zatímco vyšší *vnímaní stresu* koreluje s popřením, behaviorálním vzdáním se, užitím návykových látek, sebeobviňováním, seberozptýlením, vírou a instrumentální oporou.

Česká studie Slavíkové a kolegů (2008) se zaměřovala na vztah osobnosti a copingových stylů. U 119 vysokoškolských studentů si dali za cíl zjistit, které osobnostní charakteristiky ovlivňují volbu copingových strategií. Učinili tak s pomocí dotazníků SVF-78 a NEO. Výsledky ukázaly, že s výběrem copingové strategie nejčastěji koreluje neuroticismus. Statisticky významné korelace u **neuroticismu** byly prokázány u skupiny negativních strategií, rezignace, sebeobviňování a (negativně) podhodnocení. **Extraverze** pozitivně korelovala s pozitivními strategiemi, strategiemi odklonu (odklon a náhradní uspokojení) a strategiemi kontroly. Nejtěsnější vztah byl zaznamenán u strategie odklonu. **Otevřenost vůči zkušenostem** se negativně pojila s náhradním uspokojením a strategií odklonu. **Přívětivost** pozitivně korelovala s potřebou sociální opory a strategiemi kontroly, negativní vztah pak s negativními strategiemi. **Svědomitost** koreluje pozitivně s pozitivními strategiemi, strategiemi kontroly a dále pak s dílčími strategiemi pozitivní sebeinstrukce a odklonu. Negativní korelace byly zjištěny s negativními strategiemi (únikové tendence, rezignace).

2.4 Metody zjišťování psychické zátěže

Existuje celá řada metod a postupů pro zjišťování psychické zátěže a odolnosti jedince. Na tuto problematiku se můžeme orientovat z pohledu **objektivních měření** nebo **subjektivních výpovědí**, popřípadě z pohledu nezávislého pozorování a hodnocení. První metodický přístup z psychologického hlediska nahlíží na zvládnání zátěže v rámci jevů, které mají pravděpodobný vztah ke schopnosti zvládat zátěž. Jde například o pojmy: „*optimismus*“, „*sebedůvěra*“, „*neuropsychologická stabilita*“. Spadají sem přístupy zaměřující se na osobnost globálně (např. Big five). Druhý přístup ke zkoumání lidské

odolnosti se opírá o speciální koncepty, jako jsou například *Hardiness* nebo *Sence of coherence* (viz kapitola 2.3), které odolnost chápou jako poměrně trvalou charakteristiku osobnostních sklonů a tendencí chování a prožívání za daných okolností, které zvyšují možnosti adaptivní odpovědi jedince na případné stresory. Třetí přístup se orientuje na copingové chování (Paulík, 2017).

Mezi objektivní metody měření psychické zátěže můžeme řadit například: modelové situace v laboratorních podmínkách, kde se sledují reakce a specifické zátěžové podněty (teplota, vlhkost, hluk atd.); objektivní pozorování několika odborníků – třeba v „terénu“, kdy se sledují běžné životní situace; hormonální aktivita (zejména adenokortikotropní hormon a kortizol) a imunitní buňky (např.: NK buňky, T-lymfocyty); testování autonomního nervového systému (HRV – hodnocení variability srdeční frekvence, EKG – elektrokardiografický záznam) (Paulík, 2017).

Následující kapitoly se budou zaměřovat konkrétně na subjektivní, zejména psychologické měření odolnosti vůči zátěži.

2.4.1 Nástroje měřící osobnostní charakteristiky

Mezi proměnné, jež jsou pravděpodobně spjaty s psychickou odolností, řadíme optimismus, psychickou stabilitu, sebedůvěru, well-being, spokojenost, kvalitu života atd. (Paulík, 2017).

Mezi nástroje měřící *optimismus* řadíme například **LOPS** (Levy Optimism-Pesimism Scale) – šestnácti položkový inventář, který je sestaven ze snadných tvrzení, které respondent hodnotí na šesti bodové škále od úplného souhlasu po úplný nesouhlas. Čím nižšího skóre respondent dosáhne, tím větší mírou optimismu disponuje (Levy, 1985). Další dotazník měřící optimismus je **AOS** (Arousalability and Optimism Scale). AOS je sedmnácti položkový inventář, který kromě optimismu měří i obecnou míru vzrušivosti (arousability). Na stupnici 1–4, kdy 1 znamená nikdy a 4 znamená vždy, respondenti odpovídají na tvrzení zaměřené na chování (např. „rád poslouchám hlasitou hudbu“) a dojmy a pocity (např. „obávám se své budoucnosti“) (Sarmány-Schuller & Comunian, 1996).

Nástroje měřící *sebedůvěru* jsou využívány zejména v oblasti sportovní psychologie, kdy se u vrcholových sportovců zjišťuje míra sebedůvěry, která většinou přímo souvisí s podáním výkonu na soutěžích. Dotazník **RSES** (Rosenberg Self-Esteem Scale) je jedna z velmi často používaných globálních škál sebeúcty. Jde o dvoufaktorový

konstrukt zahrnující pozitivně i negativně formulované položky. Skládá se z deseti položek se čtyřbodovou Likertovou škálou a celkově nabývá možným skóre mezi 10–40 body (Rosenberg et al., 1995).

Mezi nástroje měřící *neuropsychickou stabilitu* řadíme například populární Eysenckův dotazník – **EPQ**, který zjišťuje emociální jádro osobnosti, konkrétně extraverci, neuroticismus a psychoticismus. Mezi další Eysenckovy dotazníky patří například **EPQ-R**, který má navíc škály lži, návykovosti a kriminality. Kromě poměrně velkého množství úprav Eysenckových dotazníků (PEN, EOD, DOPEN či JEPI a JEPI-R pro děti), máme i dotazníky vycházející přímo z pětifaktorového modelu osobnosti. **NEO** inventáře měří *neuroticismus*, který je dále členěn na úzkostnost, hněvivost/hostilitu, depresivnost, rozpačitost, impulzivnost a zranitelnost; *extraverzi*, která je dále členěna na vřelost, družnost, asertivitu, aktivnost a vyhledávání vzrušení; *otevřenost vůči zkušenosti*, která zahrnuje dílčí charakteristiky, jako jsou fantazie, estetické prožívání, novátorství, ideje a hodnoty; *svědomitost*, jejíž dílčí složky jsou způsobilost, odpovědnost, cílevědomost pořádkumilovnost, skromnost a jemnocit (Paulík, 2017). V neposlední řadě bychom měli zmínit i padesáti položkový inventář **IPIP** (International Personality Item Pool), který je rovněž opřen o pětifaktorový model osobnosti. Zkrácenou formu tohoto inventáře – mini-IPIP – jsme využili ve výzkumné části této práce (viz kapitola 5.1.3).

Mezi nástroje měřící *kvalitu života* řadíme například **SEIQoL** (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), jež se pomocí strukturovaného rozhovoru snaží zjistit, které aspekty lidského života, jsou pro daného člověka nejdůležitější. Při rozhovoru je daná osoba požádána, aby uvedla pět životních cílů, jež jsou pro ni nejprioritnější. Dále se u každého životního cíle hodnotí míra spokojenosti s každým daným životním cílem od 0 % do 100 %. Následně musí respondent hodnotu 100 % rozdělit a ke každému životnímu cíli přiřadit dle sebe míru důležitosti. V posledním kroku je pak respondent instruován, aby na pomyslném „teploměru“ zaznačil křížkem svou míru životní spokojenosti. (Křivohlavý, 2001). Dalším dotazníkem je dotazník Světové zdravotnické organizace **WHOQOL**, který má 100 otázek a vznikl jako výsledek práce pracovní skupiny WHOQOL tvořené zástupci 15 výzkumných center z celého světa. Dotazník je uspořádán do 24 oblastí a jedné nespécifické oblasti. Každá sekce má čtyři otázky. Oblasti se zaměřovaly na 6 dimenzí: fyzické zdraví, psychologická oblast, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualita. V praxi se však sto položková verze ukázala jako příliš dlouhá, a proto se dotazník modifikoval na zkrácenou verzi WHOQOL-BREF s 26 položkami a se

zaměřením na 4 dimenze: fyzickou, psychologickou, sociální oblast a prostředí (Rogalewicz et. al., 2017).

2.4.2 Nástroje měřící copingové strategie

V této kapitole si představíme několik měřících nástrojů, jak lze zjistit a určit copingové strategie.

SVF78 (Streßverarbeitungsfragebogen) je dotazníková metoda složená ze 78 otázek, která identifikuje 13 způsobů strategií, které jedinec využívá pro zvládání zátěžových situací. Tento dotazník navíc hodnotí, jaké mají strategie povahu. Může jít o strategie *pozitivní*: podhodnocení; odmítání viny; odklon; náhradní uspokojení; kontrola situace; kontrola reakcí; pozitivní sebeinstrukce, *negativní*: únik; přemítání; rezignace; sebeobviňování a *nezařazené*: potřeba sociální opory; vyhýbání se. Tento dotazník je zkrácenou verzí původního dotazníku SVF120, který obsahuje 120 položek a 20 škál. Jeden z nejznámějších a nejpoužívanějších testů pro určení strategií zvládání stresu (Švancara, 2003).

CSI (Coping Strategies Inventory) je tvořen 72 položkami a pomocí Likertovy škály (5 bodů) zjišťuje míru odpovědi při generalizaci specifické stresové události (Tobin, 1989). **CSI-SF** (Coping Strategies Inventory Short-Form) je zkrácená verze CSI, která byla vytvořena na základě studie zaměřené na výskyt kardiovaskulárního onemocnění u Afroameričanů. Zkrácená verze obsahuje 15 položek a obdobně jako CSI odráží 4 subškály: (a) Problem-Focused Engagement, (b) Problem-Focused Disengagement, (c) Emotion-Focused Engagement, (d) Emotion-Focused Disengagement (Addison et. al., 2007).

CSQ (Coping Strategies Questionare) je dotazník, který se užívá k určování copingových strategií u pacientů trpících bolestí. Dotazník obsahuje 50 položek, šest skupin pro kognitivní strategie a dvě skupiny pro strategie chování. Je určen především pacientům, kteří trpí těmito onemocněními: osteoartróza, chirurgická náhrada kolena, revmatoidní artritida, fibromyalgie, bolesti dolní části zad, chirurgie bederní páteře a bolesti spojené s rakovinou (Abbot, 2010).

COPE je inventář, který je dílem odborníků z University of Miami (Carver et al., 1989), jehož dotazníková baterie obsahuje 60 oznamovacích výroků, se kterými se zkoumaná osoba identifikuje pomocí Likertovy škály, a to od „nikdy to nedělám, nikdy se tak nechovám“ až po „velmi často to dělám, velmi často se tak chovám“. Z dotazníku nám

vzejde 15 následujících strategií (do jedné spadají vždy 4 výroky): pozitivní reinterpretace a rozvoj; mentální odstup, stažení se; ventilování emocí; využití instrumentální sociální opory; aktivní zvládání; popření; odvrácení se k Bohu, víře; uplatnění humoru; behaviorální stažení; sebeovládání, zdrženlivost; využití emocionální sociální opory; užití drog; akceptování; omezování navzájem neslučitelných aktivit; plánování.

Pro tuto práci je však nejpodstatnější představit si zkrácenou verzi předešlého inventáře, a sice inventář **Brief COPE**, který je použit ve výzkumné části této práce. Tento dotazník představil Carver (1997) o několik let později, neboť chtěl zkrátit časovou náročnost inventáře COPE. Tento zkrácený inventář byl úspěšně otestován na pacientkách s rakovinou prsu a na obětech hurikánu Andrew. Zkrácená verze obsahuje 28 výroků a opět pomocí čtyřstupňové Likertovy škály určuje intenzitu 14 zvládacích strategií (některé strategie byly oproti původnímu inventáři COPE upraveny, odstraněny či doplněny). Strategie můžeme přeložit takto: aktivní coping (active coping); hledání/užití instrumentální podpory (use of instrumental support); plánování (planning); popření (denial); hledání/užití citové podpory (use of emotional support); pozitivní přerámování (positive reframing); přijetí (acceptance); obrácení se k Bohu (víře) (religion); sebe rozptýlení (self-distraction); užití návykových látek (substance use); behaviorální vzdání se (behavioral disengagement); ventilace (venting); sebeobviňování (self-blame); humor (humor).

2.5 Techniky pro zvládání zátěže a stresu

V případě, že naše povolání má na nás velký vliv z hlediska zátěže a stresu, měli bychom dle V. Schreibera (2000) dbát na základní pravidla jako jsou: pravidelně se stravovat, dostatečně spát, cvičit denně nebo alespoň 2x týdně, omezit kouření a alkohol, naučit se relaxovat i přes den, zorganizovat si rozvrh, aby nám nevznikala časová tíseň a najít si čas na přátele.

Ačkoli se může jevit sociální kontakt jako méněcenná praktika oproti ostatním zásadám, tak v posledních letech se jeho význam ve spojitosti se stresem a vznikem onemocnění výrazně zvýšil. Tento fenomén prosazuje i M. Pospíchal (2018), který se zabývá vznikem a průběhem onkologických onemocnění. Poukazuje na důležitost sociálního kontaktu, a to především roli životního partnera dále pak rodiny, dětí, osob s podobnou zkušeností a v neposlední řadě roli lékařů a psychologů.

K. Nešpor (2014) utřídil způsoby zvládnání stresu a negativních emocí do šesti skupin:

1. Zevní spouštěče

Vyhýbat se zevním spouštěčům (stresorům) nebo redukovat jejich působení. Ačkoli Nešpor připouští, že toto není v lékařské praxi zcela možné, konstatuje, že je možné se vyhýbat zbytečnému stresu, např.: rivalitě a soupeřivosti, sledování hororů dlouho do noci, hnaním se za věcmi, které člověk nepotřebuje apod.

2. Vnitřní spouštěče

Vyhýbat se vnitřním spouštěčům nebo omezit jejich působení. Jako spouštěče zde řadí spánkovou deprivaci, dehydrataci, nedostatek pohybu, nepravidelnost v jídle atd. Pokud je mozek vystaven nedostatku vody, hypoglykémii a je nevyspalý, nedá se očekávat optimální výkon. Zde Nešpor zmiňuje negativní účinky kofeinu a alkoholu, které organismus dehydratují. Po užití kofeinu, který účinkuje dvoufázově, se nejdříve dostaví požadovaná zvýšená bdělost a aktivita, avšak následně dochází k fázi útlumu, která je nebezpečná při činnostech vyžadujících pozornost. Alkohol již při malých dávkách zvyšuje pocit sebevědomí a vede k přeceňování vlastních schopností, rovněž se postupně prodlužuje reakční čas a tato kombinace je zrovna pro lékaře velmi nebezpečná.

3. Motivace

Podstatou je zde uvědomění si rizik nadměrné zátěže a naopak přínosy rozumného životního stylu.

4. Relaxace

Relaxace obvykle samovolně přichází po skončení tělesné aktivity. Lze ji však rovněž navodit různými technikami, u nichž je přínosem jejich dlouhodobý přetrvávající efekt. Se správnou relaxací přichází zdravý pocit sebedůvěry ve vlastní schopnosti. Ačkoli se může jevit, že relaxovat v pracovní době není možné, existuje relaxační technika, kterou lze provádět téměř kdykoli a kdekoli. Tato technika spočívá v klidném dýchání do dolních částí plic s prodlouženým výdechem, při němž se pohybují dolní žebra a bránice (toto dýchání je typické pro stav klidu a uvolnění). Tento postup není vhodné praktikovat například u řízení auta, neboť může snížit bdělost.

5. Postupy založené na racionální úvaze a relevantních dovednostech

Do této kategorie lze řadit to, že odložíme určité rozhodnutí na dobu, kdy budeme klidnější nebo se s někým poradíme.

6. Individuální postupy

Do této kategorie spadají postupy, které mohou být velmi užitečné, avšak jsou pro každého individuální, např. duchovní praktiky nebo péče o zvířata.

Kromě výše uvedených způsobů zvládnání stresu dle Nešpora, zde zmíníme i další konkrétní možnosti, jak zvýšit psychickou odolnost organismu.

Relaxace

Pro lepší zvládnání stresových situací je možno využít navození relaxovaného stavu. Relaxace se zakládá na plné koncentraci a pozornosti na určitý podnět (tělo, dech apod.), který se v tu chvíli stává dominantou a všechno ostatní zůstává mimo náš zájem. Při relaxaci se nechávají myšlenky volně plynout a dochází k tělesnému i duševnímu uklidnění, harmonii a klidu. Navození psychické relaxace a stavu uvolnění většinou nelze dosáhnout přímým úsilím, ale zpravidla se k tomuto stavu dochází nepřímo. Mezi nejznámější relaxační techniky patří Schultzův autogenní trénink nebo Jacobsonova progresivní svalová relaxace. Mezi techniky relaxačních postupů řadíme například dýchání, imaginaci, meditaci či jógu (viz. Paulík, 2017).

Výzkumná studie provedená B. Ozgundondem a Z. G. Metinem (2019) zkoumala účinky progresivní svalové relaxace v kombinaci s hudbou na stres, únavu copingové strategie u sester na jednotce intenzivní péče (JIP). Randomizovaná kontrolovaná studie byla tvořena 56 sestrami ve věku 18 let a starších s minimálně tříměsíční praxí. Intervenční skupina absolvovala 20minutové sezení zahrnující progresivní svalovou relaxaci kombinovanou s hudbou po dobu 8 týdnů ve formě skupinových sezení, zatímco kontrolní skupina absolvovala pouze jednu prezenční výuku zaměřenou na pozornost (20 minut). Pro sběr dat byla použita škála vnímaného stresu (PSS), škála závažnosti únavy (FSS) a Brief COPE pro copingové strategie. Výsledky prokázaly, že stresové skóre a skóre únav v intervenční skupině významně v 8 a 12 týdnu. Skóre copingových strategií zaměřených na akceptaci byly významně vyšší v intervenční skupině ve srovnání s kontrolní skupinou v týdnu 4, 8 a 12. Použití instrumentální podpory, ventilace a emoční podpory bylo pozorováno jako významně vyšší v intervenční skupině ve srovnání s kontrolní skupinou v týdnu 12. Výsledky ukázaly, že progresivní svalová relaxace kombinovaná s hudbou se jeví jako účinná metoda při snižování stresu a únavy a pro výběr lepších copingových strategií u sester pracujících na JIP.

Otužování

Zvýšení odolnosti vůči stresu otužováním je založeno na principu zvýšeného rozsahu setrvávat v nepříznivých podmínkách. Postupné vystavování organismu nepříznivým podmínkám (v tomto případě chladu), kterým by se běžně vyhýbal, přispívá k postupnému přivykání a snižování citlivosti na daný podnět. Otužováním těla tedy dochází i k otužování ducha, někdy se též hovoří o tzv. očkováním stresem (Paulík, 2017).

Pohybová aktivita

Apel na pravidelnou pohybovou aktivitu se nejčastěji klade zejména z pohledu prevence kardiovaskulárních a dalších civilizačních onemocnění. Nedostatek pohybu spolu s nezdravým stravováním rovněž vede k nárůstu nadváhy a obezity. Světová zdravotnická organizace (WHO) vymezuje doporučení minimálního množství pohybu na 30 minut střední intenzity 5x týdně, nebo 20–25 minut vyšší intenzity 3x týdně. Toto doporučení se chápe jako doplněk k běžným denním aktivitám (Státní zdravotní ústav, 2022). Pravidelné cvičení napomáhá: zlepšení fyzického vzhledu, formování postavy, udržení přiměřené hmotnosti, zvýšení vitální kapacity plic, posílení sebevědomí, zlepšení spánku, zvýšení dobré nálady, zlepšení koncentrace a pozornosti, snížení úzkosti, depresí, bolestí hlavy, stresu, vnitřního napětí atd. (Blahutková et. al., 2015; Paulík, 2017).

Strava

Mezi další podpůrná řešení zvládnání stresu a zvyšování psychické odolnosti řadíme správné a zdravé stravování. Zdravá a dobře vyvážená strava má silný efekt na snížení stresu, zlepšuje fungování mozku, posiluje imunitní systém, snižuje krevní tlak, zlepšuje krevní oběh a eliminuje toxiny v těle. Některé konkrétní živiny hrají velmi důležitou roli při snižování hladiny kortizolu a adrenalinu v těle a rovněž hrají roli při snižování stresových chemikálií, které aktivují reakci k boji a útěku. Jedná se především o komplexní sacharidy, bílkoviny (tryptofan, fenylalanin a tyrosin, theanin), vitamín C, vitamín B, hořčík a selen. Tyto živiny hrají velmi specifickou a důležitou roli při zvládnání stresu (Singh, 2016).

3 POVOLÁNÍ ZDRAVOTNÍ SESTRY

Termín „zdravotní sestra“ je v současné době dle platné legislativy neexistující pojem, neboť správně by se mělo hovořit o všeobecné sestře. V této práci budeme hovořit o povolání zdravotní sestry, jakožto o povolání, kam spadají všeobecná sestra, praktická sestra, zdravotnický asistent, zdravotní záchranář, porodní asistent a dětská sestra.

3.1 Vzdělávání zdravotních sester

Pro výkon práce praktické sestry je potřeba absolvovat střední zdravotnickou školu v rozsahu 4 let, se složením maturitní zkoušky. Praktická sestra má nižší kvalifikaci a menší způsobilost k některým výkonům práce než sestra všeobecná.

V posledních letech se často měnil způsob vzdělávání těchto pracovníků. V současné době se odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry získává absolvováním (zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních) :

- a) Nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester.
- b) Nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách.
- c) Studium v oboru diplomovaná všeobecná sestra (model 4+1) na vyšší zdravotnické škole v délce nejméně jednoho roku, jde-li o zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry (osetrovatelství.info, 2017).

Zdravotní sestra má, obdobně jako lékaři (dle specializace), různou pracovní náplň. Obecně lze říci, že poskytuje základní i speciální ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu, a to dle diagnózy, kterou stanoví lékař. Součástí její práce je vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů. Za běžnou součást pracovní náplně lze rovněž považovat zajištění biologického materiálu získaného neinvazivní cestou kapilární krve, obstarávání odsávání

sekretů z horních cest dýchacích a zajištění jejich průchodnosti. Dle indikace lékaře se rovněž podílí na poskytování preventivní, diagnostické, rehabilitační a neodkladné péče, a to bez odborného dohledu (prace.cz, 2019).

3.2 Zátěž ve zdravotnické profesi

Tíživé situace v životě zažívá člověk zcela běžně, bez ohledu na svou profesi či povolání (viz kapitola 1.1). Povolání zdravotních sester má jistá specifika, která jsou pro každý druh povolání jiná. Jako jeden z podstatných precipitorů, který působí stres, je skutečnost, že zdravotníci nejsou vždy schopni nad nemocí či smrtí zvítězit.

Venglářová a Máhrová (2006) řadí mezi hlavní zátěžové faktory především kontakt a péči o umírající, péči o nevléčitelné a trpící pacienty, zmatené pacienty, agresivní pacienty, rodinu pacientů a také osobní a pracovní podmínky pro výkon profese.

Výzkum Marešové a Třešlové (2017) se obdobně zaměřoval na zvládání zátěžových situací zdravotnickým a ošetrovatelským personálem v nemocnicích a hospicích. Z jejich výzkumu vyšlo najevo, že zdravotníci by nejvíce preferovali příspěvek na zotavenou, více volna a více peněz. Zajímavým faktem se ukázalo, že více než třetina zdravotníků pracujících v nemocnicích si myslí, že „pohlédnutí“ za zemřelým (osobní rozloučení se zemřelým obdobně jako v hospicových zařízeních) by pomohlo snížit jejich psychickou zátěž.

Mezi další zátěžové faktory K. Nešpor (1995) řadí:

- Kontakt s tabuizovanými oblastmi lidské existence (zkoumání různých tělních dutin, bolest, soukromí pacientů, smrt).
- Styk s negativními emocemi pacientů (deprese, vyčerpání, podrážděnost nebo hněv).
- Velká morální a právní odpovědnost (nejistota při volbě optimálního léčebného postupu).
- Nutnost rozhodovat se i při neúplných informacích.
- Náročný životní styl (přesčasová práce, trojsměnný provoz a noční práce, spánková deprivace).
- Jednoduchá dostupnost návykových léků a sklon k samoléčení.
- Profesionální selhání obecně prožívají zdravotníci většinou hůře než jiné profese.
- Zdravotník bývá okolím vnímán jako zdravotník, což vede k obtížnějšímu oddělování profese a soukromí.

- Zdravotní rizika (např. riziko infekce nebo napadení opilým pacientem).
- Časové i jiné nároky na průběžné vzdělávání (nutnost adaptace na nové situace a nové přístupy).

Dlouhodobé působení těchto faktorů přispívá ke vzniku syndromu vyhoření, který má za následek snížení výkonnosti a pracovního nasazení. Mnoho zdravotníků proto v rámci své sebezáchovy užívá různé strategie ke zvládnání zátěže. Touto problematikou se budeme zabývat i ve výzkumné části práce.

Vágnerová (2011) hovoří o tom, že k vyčerpání zdravotníka přisívají do značné míry jeho osobnostní a povahové předpoklady. Výkonní zdravotníci, kteří však mají tendence k vyhoření, sdílejí následující společné rysy: **pevná vůle a odhodlanost** – pro jedince s pevnou vůlí je těžké se vzdávat či přiznávat chybu, a to pak může vést k častým konfliktům na pracovišti; **perfekcionismus** – dříči mívají pro sebe i okolí nastavenou vysokou laťku a nemají rádi odbytou práci. Díky tomu však sami na sebe vytváří tlak, aby udělali víc, než je jejich povinnost; **workoholismus** – workoholici mají práci jako svou drogu, neumějí odpočívat a to může být nebezpečné pro okolí (pacienty), u kterého se pak důsledkem únavy mohou dopustit chyby; **přecitlivělost** – přecitlivělí lidé velmi těžce nesou problémy na pracovišti; **přehnaná empatičnost** – nadměrně empatictí zdravotníci se až příliš vžívají do problémů pacientů a nerespektují své citové hranice; **snížené sebevědomí** – zdravotníci v tomto případě po sobě i několikrát práci kontrolují, a tím se prodlužuje jejich pracovní doba; **značná cílevědomost** – jejich život má svůj cíl a řád, nenávidějí chaos. V důsledku o naplnění cílů se však mnohdy přepínají; **nadměrná zodpovědnost** – neustále se bojí provedení chyby a poškození pacienta; **sklony k soběstačnosti** – veškerou práci dělají sami a na všechno se snaží přijít sami, protože jim to tak vyhovuje, to však má za následek ztracený čas, který opět nahrazují úsilím, aby vše zvládli sami a měli tak ze sebe dobrý pocit; **značná soutěživost** – chtějí či dokonce musí vyhrávat a být nejlepší za každou cenu, to je však nevýhodné při týmové práci, kde většinou nebývají oblíbení; **žijí z úspěchu a uznání, které z něho pramení** – přehnaná potřeba dosahovat úspěchu na základě vlastní nejistoty; **častý odpor k pravidlům** – pokud se mají řídit podle pravidel, cítí se pod tlakem.

3.3 Zvládání zátěže ve zdravotnické profesi

V následující kapitole si na základě provedených výzkumů v různých státech představíme současné poznatky o tom, jak zdravotní sestry zvládají zátěž.

Česká republika

Výzkum Obročnickové a kolegyň (2015) měl za cíl identifikovat rozdíly ve vnímání pracovní (psychické) zátěže u sester na intenzivním (akutním) a neintenzivním (chronickém) pracovišti. Výzkumný soubor tvořilo 97 respondentů sester a k měření subjektivní pracovní zátěže byl použit dotazník MEISTER. Výsledky prokázaly, že u sester pracujících na intenzivním pracovišti byla pozorována zvýšená psychická zátěž oproti sestřím poskytujícím neakutní péči, zejména v pracovní spokojenosti, dlouhodobé toleranci, časové tísní, vysoké odpovědnosti, nervozitě, únavě a sytosti. Byl potvrzen statisticky významný vztah mezi psychickou zátěží a věkem sester pracujících na odděleních anesteziologie a intenzivní péče. Sestry s dlouhodobou praxí jsou vystaveny intenzivní psychické zátěži (zejména v oblastech zátěže a monotónnosti). Výsledky tedy naznačují skutečnost, že různé kvality pracovního vypětí sester mohou vést k fyzickému a emočnímu vyčerpání.

Výzkum Dimunové a kolegyň (2020) měl za cíl u zdravotních sester identifikovat copingové strategie a následně zjistit, zda volba strategií zvládání zátěže souvisí se sebeúctou. Jejich soubor tvořilo 509 respondentů a k metodice použili Brief COPE a Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). Výsledky ukázaly, že sestry preferují řadu adaptivních copingových strategií před maladaptivními copingovými strategiemi. Nejčastěji volené copingové strategie jsou: **akceptace, plánování a aktivní zvládání**. Dále zjistili, že výběr copingových strategií úzce souvisí se sebeúctou. Signifikantní rozdíl v preferencích adaptivních a maladaptivních copingových strategií zaregistrovali následovně: sestry s vysokým skóre sebeúcty preferovaly adaptivní copingové strategie: aktivní coping, pozitivní přerámování, plánování a přijetí. Maladaptivních copingové strategie u sester s průměrnými a nízkými výsledky na škále sebeúcty byly: popírání, neangažované chování a sebeobviňování. V rámci svých výsledků tedy poukazují na důležitost podpory sebevědomí u sester, neboť sebeúcta souvisí s výběrem copingových strategií a ty jsou pak důležitým prostředkem pro zvládání zátěže v klinické praxi (Dimunová et al., 2020).

Předmětem výzkumu Simperové (2019) bylo zjištění, jakými způsoby se zdravotnický personál vyrovnává s pracovními zátěžovými situacemi, spjatými s kritickým stavem a s nejistou prognózou pacienta. Výzkum byl založen na kvantitativní metodologii. Pomocí dotazníku Brief Cope byly zjišťovány strategie zvládání zátěže (coping) u lékařů a zdravotních sester, kteří pracovali v ambulancích nebo na „intenzivních pracovištích“ (urgentní příjem, ARO, JIP, operační sály, výjezdové skupiny atd.). Výzkumu se zúčastnilo celkem 204 zdravotníků pracujících v nemocnicích, na poliklinikách i v soukromých pracovištích. Výsledky ukázaly, že nejvíce užívané copingové strategie mezi zdravotníky byly **plánování, přijetí, aktivní coping, pozitivní přerámování a sebe rozptýlení**. Dále se ukázalo, že zdravotníci pracující v ambulancích mnohem více preferují **aktivní coping a plánování** než kolegové z intenzivních pracovišť a že s délkou praxe (a tudíž i věkem) klesá užívání instrumentální sociální opory.

Velká Británie

Studie Burgesse a kolegů (2010) měla za cíl prozkoumat vztah mezi osobnostními rysy, vnímáním stresu na pracovišti a copingem u sester na jednotkách intenzivní péče (JIP).

Výzkum ukázal, že prostředí JIP je pro zdravotníky stresující. Výzkumný soubor 46 sester na JIP vyplňoval tři dotazníky: NEO-PI-R, NSI (škála stresu sester) a Brief COPE. Ukázalo se, že sestry na JIP nevnímaly svá pracoviště jako stresující. Určité osobnostní rysy, jako jsou **otevřenost, vstřícnost a svědomitost, byly spjaty se strategiemi zvládání problémů**, jako je aktivní plánování a přerámování. negativní korelace mezi svědomitostí a „stresem z pracovní zátěže“ a stresem z nedostatku „důvěry a kompetence“ dimenze NSI. V závěru studie poukazuje na skutečnost, že některé osobnostní rysy mohou mít vyrovnávací účinek na stres na pracovišti.

Írán

Výzkum Laala (2007) byl proveden s cílem zjistit, jak moc sestry zvládají svůj stres, a definovat faktory ovlivňující zvládání stresu. Soubor tvořilo 103 sester ze 2 nemocnic ve městě Sanandadž v Íránu. Dotazníkovou baterii tvořily sociodemografické otázky a 50položkový dotazník založený na principech A-COPE, zaměřený na pozitivní a negativní stress management (SM). Mezi *pozitivní* SM řadili respondenti například: návštěvu rodiny nebo přátel, poslouchání hudby, nakupování (sama nebo s přáteli), sledování televize (filmy), čtení, psaní, zpívání (skládání), podřimování, turistiku, sport,

apod. Mezi *negativní* SM řadili například: hádky, vulgární výrazy nebo urážky, křik, sebenegativní projevy, nadměrné pití čaje, kávy nebo alkoholu, kouření, zneužívání drog, sebevražedné myšlenky, netrpělivost, rychlou jízdu apod. Respondenti pak hodnotili dané SM dle četnosti užívání: 0 – nikdy, 1 – někdy, 2 – často. Výsledky ukázaly, že 70 % sester aplikovalo správné metody SM. Ošetrovatelský personál vykazoval vysokou míru negativních reakcí na stres. Tato studie ukázala významné ovlivňující faktory týkající se SM, jako jsou **věk, pohlaví, pracovní zkušenosti, pracovní poměr, práce na směny a pracoviště**. Mezi faktory související s negativním užíváním SM byly nalezeny: pohlaví, rodinný stav a menší pracovní zkušenosti. Závěrem tato studie došla k tomu, že způsob reakce na stres závisí nejen na osobnosti a obranném stylu člověka, ale také na pracovišti (Laal, 2013).

Výzkum Jafariho a kolegů (2013) měl za cíl zjistit vztah osobnostních charakteristik a stylů zvládání pracovního stresu u sester. Výzkumu se zúčastnilo 108 sester z různých částí nemocnic v Hamadánu. Dotazníkovou baterii tvořil inventář NEO, CSQ a Spielbergův dotazník pracovního stresu. Výsledky ukázaly, že existuje **významný vztah mezi neuroticismem a pracovním stresem a také mezi neuroticismem a vyhýbavým stylem strategií úniku**. Zároveň se nepotvrdil žádný vztah mezi styly zvládání a pracovním stresem (Jafari et al., 2013).

Portugalsko

Výzkum Gomese (2013) měl za cíl identifikovat zdroje stresu a strategie zvládání u sester, které pracují na onkologickém oddělení chirurgie hlavy a krku ve 3 centrálních nemocnicích v Portugalsku. Výzkumný soubor tvořilo 96 sester a při sběru dat byl využit sociodemografický dotazník, 12položkový všeobecný zdravotní dotazník, soupis pracovního stresu a Brief COPE. Výsledky ukázaly přiměřenou úroveň celkového zdraví. Nejčastěji uváděnými stresory byly: zátěž nadměrnou prací, nízký plat, pracovní prostředí, emocionálně náročné situace a nedostatek uznání. Nejpoužívanějšími copingovými strategiemi byly: **plánování, aktivní zvládání, přijetí a seberozptýlení**, což jsou především strategie změřené na problém. Identifikované stresory dle Gomese souvisejí především s organizačními aspekty a pracovními podmínkami. Rovněž se prokázalo, že značné procento sester má vysoký tlak a depresivní emoce (Gomes et al., 2013).

Studie provedená analýzou 18 výzkumných článků zaměřených na osobnost a zvládání stresu u sester a záchranářů byla provedena v roce 2018 týmem R. Masona a kolegů. K revizi literatury bylo použito pětistupňové škálování. Hlavní výzkumná otázka

se ptala na to, zda převaha osobnostního faktoru z Big five u sester a záchranářů má jakýkoli vztah s kritickými konstrukty pro well-being (duševní pohodu). V rámci výzkumného šetření bylo zjištěno, že nižší skóre u neuroticismu a vyšší skóre u extraverze má negativní vztah s vyhořením. V tomto kontextu je extraverze považována za důležitou „psycho-defenzivní“ vlastnost. Sestry a záchranáři, jejichž hodnocení osobnosti ukazuje na vysoký relativní neurotismus a/nebo nízkou relativní extraverzi, mohou být považováni za vystavené většímu riziku maladaptivního zvládnání, zejména tam, kde budou vystaveni kritickým situacím (Mason et al., 2020).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

V teoretické části jsme si vymezili základní pojmy a teorie spjaté s odolností a zvládáním zátěže. Byly rovněž představeny výzkumy zabývající se danou problematikou u zdravotních sester. V následujících kapitolách je zpracován kvantitativní výzkum, který navazuje na teoretickou část této práce a zároveň navazuje na moji bakalářskou práci a její výzkum z roku 2019, který se zaměřoval na zjišťování copingových strategií u lékařů a zdravotních sester (viz. kapitola 3.3.).

V předešlých kapitolách jsme se mohli dozvědět, že odolnost člověka závisí na mnoha okolnostech. Jako podstatný prediktor můžeme považovat osobní charakteristiky jedince (viz kapitola 2.3.1), které se v následující výzkumné části pokusíme propojit s konceptem copingových strategií a hodnocením míry zátěže.

Hlavní výzkumný cíl zní: Zjistit, jakými způsoby se zdravotní sestry vyrovnávají s psychickou zátěží, která je spjata s jejich profesí. Výzkumným problémem je tedy obecně zvládání pracovní zátěže zdravotních sester. Pomocí dotazníkového šetření se budou zjišťovat copingové strategie, charakteristika osobnosti a současná míra pracovní zátěže.

Na základě hlavního cíle jsme stanovili dílčí cíle:

Cíl č. 1: Zjistit, které copingové strategie zdravotní sestry využívají nejvíce a jaká je jejich aktuální míra zátěže.

Cíl č. 2: Zjistit souvislosti mezi volbou copingu a délkou praxí, vnímanou mírou zátěže a osobnostními rysy.

Cíl č. 3: Zjistit, souvislost mezi mírou zátěže, typem pracoviště, osobnostními rysy a copingem.

Z těchto dílčích cílů jsme stanovili pět hypotéz a jednu výzkumnou otázku, jež jsou popsány v dalších kapitolách.

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Při výběru výzkumných metod jsme se primárně zaměřovali na zvolení co nejkratších metod tak, aby zdravotní sestry nijak časově nezatěžoval v rámci jejich pracovní doby či volného času a také samozřejmě pro větší návratnost vyplněných dotazníků. Pro určení copingových strategií jsme zvolili již dříve užitý dotazník Brief COPE, který měl celkově pozitivní ohlasy pro svou jednoduchost. Pro určení základních rysů osobnosti Big Five jsme zvolili volně dostupný a hojně užívaný zkrácený inventář Mini-IPIP, který se v mnoha studiích využívá pro určení osobnostních rysů (hojně právě u pomáhajících profesí). Jako poslední dotazník jsme zvolili dotazník hodnocení pracovní zátěže MEISTER, který měří míru pracovní zátěže.

Tyto tři dotazníky nám tedy ukážou, jaká je osobnost dané zdravotní sestry, jaké copingové strategie využívá a jak momentálně hodnotí míru pracovní zátěže.

5.1.1 Brief COPE

Autor: Charles S. Carver

Popis: Brief Cope je 28položkový inventář a jde o zkrácenou formu 60položkového inventáře COPE, který zjišťuje strategie zvládání zátěže. Autorem dotazníku je Carver (1997) a dotazník je volně dostupný na internetu, na webových stránkách University Of Miami. Inventář má za úkol měřit efektivní a neefektivní způsoby zvládání zátěžových a stresujících životních událostí. Dotazník bývá často využíván například ve zdravotnických zařízeních u pacientů s vážnou diagnózou (rakovina apod.), u osob které zažily traumatickou událost (hurikán apod.) a v nepodlesní řadě je velmi oblíbený ve všech výzkumech, kde je žádoucí použití krátkého dotazníku (University of Miami, b. r.).

Administrace: Brief COPE je určený pro dospělou populaci. Součástí inventáře jsou instrukce k vyplňování. Instrukce: *„Chtěli bychom Vás požádat, abyste odpověděli, co Vy osobně většinou děláte v těchto situacích. Různé situace a problémy mohou vyvolávat různé reakce, pokuste se však myslet na to, co je pro Vás typické. Vaším úkolem je u každé otázky označit odpověď, která vás nejvíce vystihuje.“*

Pomocí čtyřstupňové škály respondent určuje intenzitu své odpovědi. Odpovědi: 1 – nikdy to nedělám / nikdy se tak nechovám, 2 – někdy to dělám / někdy se tak chovám, 3 – dost často to dělám / dost často se tak chovám, 4 – velmi často se to dělám / velmi často se tak chovám.

<i>Tabulka č. 12 – Brief COPE</i>	
Faktory	Copingové strategie
Strategie zaměřené na sociální podporu	<i>Ventilování</i> <i>Hledání/užití citové podpory</i> <i>Hledání/užití instrumentální podpory</i>
Strategie zaměřené na problém	<i>Aktivní coping</i> <i>Plánování</i> <i>Přijetí</i>
Strategie zaměřené na vyhýbání	<i>Behaviorální vzdání se /odevzdané chování</i> <i>Seberozptýlení</i> <i>Popření</i>
Strategie zaměřené na pozitivní myšlení	<i>Humor</i> <i>Pozitivní přerámování</i> <i>Obrácení se k Bohu (víře)</i> <i>Sebeobviňování</i> <i>Užití návykových látek</i>
<i>Pozn.: Rozdělení strategií do daných faktorů je na základě provedené faktorové analýzy. Není absolutní a jednoznačné. Copingové strategie se mezi faktory mohou prolínat a tak je potřeba brát tuto skutečnost v potaz.</i>	

5.1.2 MEISTER

Autor: W. Meister

Popis: Meister je 10položkový inventář hodnocení subjektivní pracovní zátěže pojmenovaný po svém autorovi W. Mesiterovi (1975). Inventář je tvořen deseti tvrzeními a úkolem respondentů je posoudit svou pracovní činnost jako celek a zvolit si na 5 bodové

Likertově škále do jaké míry dané tvrzení odpovídá jeho zkušenostem (Hladký, 1993; Kožený, Procházková, 1991).

Administrace: Instrukce při vyplňování dotazníku jsou následující: *Vaším úkolem je u každé otázky křížkem označit odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.* Odpovědi: 1 – ne, vůbec nesouhlasím, 2 – spíše nesouhlasím, 3 – nevím, někdy ano. Někdy ne, 4 – spíše souhlasím, 5 – ano, plně souhlasím.

Hladký a Židková (1999) uvádějí způsoby vyhodnocení dotazníku. Hrubý skór se vypočítá tak, že se sečtou všechna čísla v dotazníku, která respondenti zakroužkovali. Maximální možný výsledek je 50 bodů.

Po vyhodnocení inventáře můžeme dle Meistera nalézt 3 faktory, a to přetížení, monotonii a nespecifickou zátěž. Kožený a Procházková (1991) pojmenovali nespecifický faktor jako generalizovanou únavu, tudíž se můžeme setkávat s obojím označením.

<i>Tabulka č. 13 - MEISTER</i>	
Faktory	Zátěžové oblasti
Přetížení	<i>Časová tíseň</i> <i>Vysoká odpovědnost</i> <i>Problémy a konflikty</i>
Monotonie	<i>Malé uspokojení</i> <i>Otupující práce</i> <i>Monotonie</i>
Nespecifický faktor / Generalizovaná únavu	<i>Nervozita</i> <i>Přesycení</i> <i>Únava</i> <i>Dlouhodobá únosnost</i>

5.1.3 Mini-IPIP

Autor: Donnellan, Oswald, Baird, a Lucas

Popis: Inventář Mini-IPIP je 20položková zkrácená forma 50položkového *International Personality Item Pool* (IPIP), jehož autorem je Goldberg (1999). Tento inventář je určen pro měření pětifaktorového modelu osobnosti Big Five. Inventář byl vyvinut a ověřen

v mnoha studiích a je psychometricky přijatelným a prakticky užitečným krátkým měřicím nástrojem (viz. Donnellan et al., 2006; Cooper et al., 2010). Jedná se o jeden z nejkratších volně dostupných nástrojů měřících pětifaktorový model osobnosti.

Administrace: Jednotlivé škály Mini-IPIP jsou syceny vždy čtyřmi položkami – frázemi. Každá fráze popisuje konkrétní chování, např.: „Často zapomínám dát věci na jejich správné místo.“, respondenti jsou instruováni, aby pomocí Likertovy 5bodové škály odpověděli do jaké míry je pro ně daná fráze typická.

Instrukce zní následovně: *Zhodnoťte prosím na každém řádku, do jaké míry vás dané tvrzení vystihuje. Popisujte sami sebe takové, jací jste v současné době, nikoli takové, jakými byste chtěli být v budoucnosti. Popisujte, jak vnímáte sami sebe v porovnání s druhými lidmi stejného pohlaví a přibližně stejného věku. Označte u každé položky míru výstižnosti zakroužkováním čísla. Vaším úkolem je u každé otázky označit odpověď, která vás nejvíce vystihuje.* Odpovědi: 1 – zcela vystihuje, 2 – spíše vystihuje, 3 – ani vystihuje, ani nevystihuje, 4 – spíše nevystihuje, 5 – vůbec nevystihuje.

Pro získání skóre dané škály se sečtou skóre jednotlivých položek (Cooper et al., 2010). Mini-IPIP využívá ve svém inventáři obrácené skórování u 10 položek. Každá škála má tedy 2 kladné a 2 záporné (obrácené) položky, které je nutné při vyhodnocování transformovat.

<i>Tabulka č. 14 – Mini-IPIP</i>	
Škála	Popis škály a ukázka položek
Extraverze	Představuje kvantitu interpersonálních interakcí, úroveň aktivity a stimulaci. <i>Rád bavím společnost.</i> <i>Na večírcích mluvím se spoustou různých lidí.</i>
Přívětivost	Představuje kvalitu interpersonální orientace na soucit. <i>Mám pochopení pro pocity druhých.</i> <i>Jsem vnímavý/lá k pocitům druhých.</i>
Svědomitost	Představuje míru motivace a vytrvalosti na cíl zaměřeného chování. Odlišuje spolehlivost a lhostejnost. <i>Své povinnosti plním neprodleně.</i> <i>Mám rád/a systém a řád.</i>

<p>Neuroticismus</p>	<p>Představuje náchylnost k psychickému vyčerpání a obtížné zvládnání náročných situací. <i>Mám časté změny nálad.</i> <i>Snadno se rozčílím.</i></p>
<p>Otevřenost vůči zkušenosti (intelekt)</p>	<p>Představuje aktivní vyhledávání nových zkušeností a prožitků. <i>Mám živou představivost.</i> <i>Mám potíže porozumět abstraktním myšlenkám.</i></p>
<p>(Hřebíčková, 2011)</p>	

5.2 Formulace hypotéz a výzkumných otázek

Stanovené hypotézy se opírají o teoretickou část práce a zejména pak kapitolu 3.3, která představila zahraniční studie zabývající se danou problematikou. Stanovené dílčí cíle budou naplněny pomocí deskriptivní statistiky, hypotéz a výzkumných otázek.

Cíl č. 1: Zjistit, které copingové strategie zdravotní sestry využívají nejvíce, a jaká je jejich aktuální pracovní míra zátěže.

- Tento cíl bude naplněn na základě deskriptivní statistiky.

Cíl č. 2: Zjistit souvislosti mezi volbou copingu a dále délkou praxí, vnímanou mírou zátěže a osobnostními rysy.

- *H1: S délkou praxe klesá užívání strategií zaměřených na sociální oporu.*
- *H2: S vyšším hodnocením pracovní zátěže se zvyšuje užívání vyhybavých copingových strategií.*
- *H3: Zdravotní sestry s vyšší mírou neuroticismu inklinují k volbě vyhybavých copingových strategií.*

Cíl č. 3: Zjistit souvislost mezi mírou zátěže, typem pracoviště, osobnostními rysy a copingem.

- *H4: Zdravotní sestry s vyšší mírou neuroticismu vnímají vyšší míru pracovní zátěže.*
- *H5: Zdravotní sestry pracující na intenzivních pracovištích hodnotí míru pracovní zátěže jako vyšší.*
- *VO1: Jak souvisí míra pracovní zátěže s osobnostními rysy a copingovými strategiemi?*

5.3 Operacionalizace

H1: S délkou praxe klesá užívání strategií zaměřených na sociální oporu.

Hypotéza se skládá ze dvou proměnných: *délka praxe* a *strategie zaměřené na sociální podporu*.

- Proměnná „*délka praxe*“ je měřena pomocí sociodemografické otázky číslo 2, která se respondenta ptá: Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra? Odpovědi:
 - do 12 měsíců
 - 13–24 měsíců

- 3–5 let
 - 6–10 let
 - 11–15 let
 - 16 a více let
- Proměnná „*strategie zaměřené na sociální oporu*“ je měřena pomocí dotazníku Brief COPE. Mezi tyto strategie řadíme: ventilování (otázky č. 9 a 21), hledání/užití citové podpory (otázky č. 5 a 15), hledání/užití instrumentální podpory (otázky č. 10 a 23).

H2: S vyšším hodnocením pracovní zátěže se zvyšuje užívání vyhybavých copingových strategií.

Hypotéza se skládá ze dvou proměnných: *hodnocení pracovní zátěže* a *strategie zaměřené na vyhybání*.

- Proměnná „*pracovní zátěž*“ je měřena dotazníkem Meister, který nám svým hrubým skóre konkretizuje míru zátěže od stavu přetížení až po generalizovanou únavu.
- Proměnná „*strategie zaměřené na vyhybání*“ je měřena pomocí dotazníku Brief COPE. Mezi tyto strategie řadíme: behaviorální vzdání se (otázky č. 6 a 16), seberozptýlení (otázky č. 1 a 19) a popření (otázky č. 3 a 8).

H3: Zdravotní sestry s vyšší mírou neuroticismu inklinují k volbě vyhybavých copingových strategií.

Hypotéza se skládá z dvou proměnných: *Neuroticismus* a *Neintenzivní pracoviště*.

- Proměnná „*Neuroticismus*“ je měřena pomocí dotazníku mini-IPIP, konkrétně otázkami číslo 4, 9, 14 a 19. Otázky číslo 9 a 19 mají obrácené skórování. (*pozn.: otázka č. 19 nakonec byla vyřazena*)
- Proměnná „*Strategie zaměřené na vyhybání*“ je měřena pomocí dotazníku Brief COPE. Mezi tyto strategie řadíme: Behaviorální vzdání se (otázky č. 6 a 16), Seberozptýlení (otázky č. 1 a 19), Popření (otázky č. 3 a 8).

H4: Zdravotní sestry s vyšší mírou neuroticismu vnímají vyšší míru pracovní zátěže.

Hypotéza se skládá ze dvou proměnných: *neuroticismus* a *míra pracovní zátěže*.

- Proměnná „*neuroticismus*“ je měřena pomocí dotazníku mini-IPIP, konkrétně otázkami číslo 4, 9, 14 a 19. Otázky číslo 9 a 19 mají obrácené skórování. (*pozn.: otázka č. 19 nakonec byla vyřazena*).

- Proměnná „**pracovní zátěž**“ je měřena dotazníkem Meister, který nám svým hrubým skóre konkretizuje míru zátěže od stavu přetížení až po generalizovanou únavu.

H5: Zdravotní sestry pracující na intenzivních pracovištích hodnotí míru pracovní zátěže jako vyšší.

Hypotéza se skládá z dvou proměnných: *hodnocení pracovní zátěže a intenzivní pracoviště.*

- Proměnná „**pracovní zátěž**“ je měřena dotazníkem Meister, který nám svým hrubým skóre konkretizuje míru zátěže od stavu přetížení až po generalizovanou únavu.
- Proměnná „**intenzivní pracoviště**“ je měřena pomocí sociodemografické otázky č. 3, která se ptá: *Na jakém pracovišti pracujete? (pozn.: Intenzivní pracoviště – JIP, ARO, operační sál, výjezdové skupiny apod.).* V rámci analýzy dat se seskupily kategorie ambulance, lůžkové odd., hospic, sociální služby a domácí péče do nové jedné kategorie s názvem Neintenzivní pracoviště.
- Odpovědi:
 - a) Ambulance
 - b) Intenzivní pracoviště
 - c) Lůžkové oddělení
 - d) Hospic
 - e) Sociální služby
 - f) Domácí péče

6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

6.1 Popis výzkumného vzorku

Výzkumný soubor je tvořený zdravotními sestrami pracujícími v ambulancích, nemocnicích nebo sociálních zařízeních v České republice.

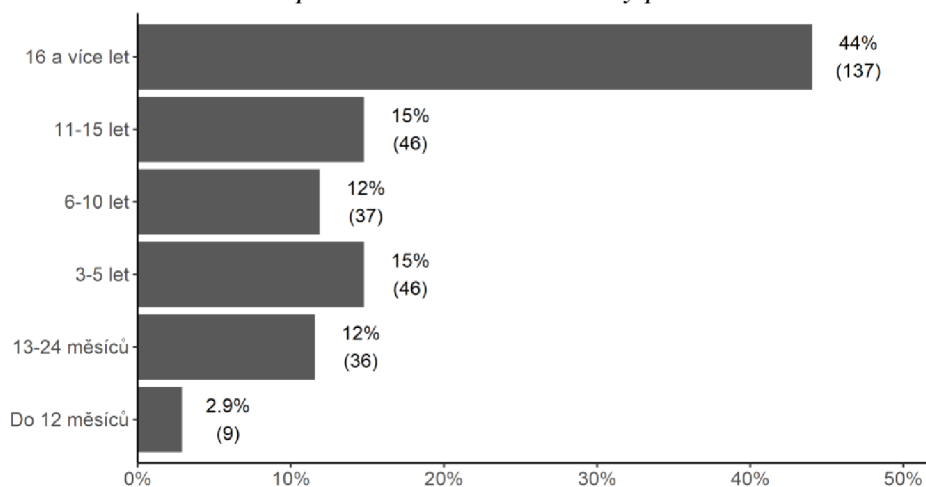
Respondenti vyplňovali dotazník online přes Google Forms nebo ve formě papír-tužka. Online forma sdílení dotazníků se uskutečňovala především skrze sociální sítě Facebook a Instagram, kde se prostřednictvím příspěvku na hlavní či osobní stránce, popřípadě stories, dostali k HTML odkazu (hyperlinku), který je přesměroval přímo na dotazník v Google Forms. Dále byl online dotazník šířen skrze e-mailové adresy mezi vrchními sestrami. Někteří respondenti vyplňovali dotazník formou papír-tužka, a jejich odpovědi byly následně naskenovány a online zaslány zpět. Vzhledem k situaci okolo pandemie covidu-19 jsme se snažili šířit dotazník primárně online formou abychom zamezili možným komplikacím spjatých s osobním kontaktem v nemocničním a zdravotnickém prostředí.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 312 respondentů. Jeden respondent byl vyřazen z důvodu nejasně zařaditelného pracoviště. Ve výzkumném šetření se tedy pracuje s 311 respondenty. 291 respondentů odpovídalo online a 20 formou papír tužka. Největší počet respondentů se získal skrze facebookovou soukromou skupinu „Zdravotní sestra“, která má přes 14 tisíc členů. Dotazník bylo možné vyplňovat od 27. 11. 2021 do 20. 2. 2022.

Výzkumný vzorek tvořilo 305 (98 %) žen, ale pouze 6 (2 %) mužů. Jak ukazuje Obrázek Obrázek č. , téměř polovina respondentů měla mnoholetou praxi: 44 % ($n = 137$) respondentů mělo alespoň 16letou praxi, zatímco pouze asi 3 % ($n = 9$) respondentů mělo praxi kratší než jeden rok.

Obrázek č. 2

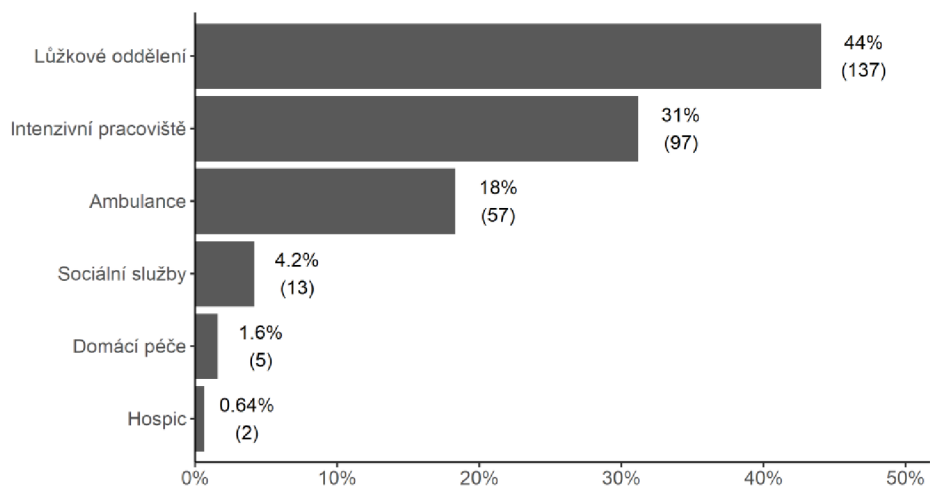
Popis vzorku z hlediska délky praxe



Co se týče typu pracoviště, nejvíce respondentů pracovalo na lůžkovém oddělení, intenzivním pracovišti nebo ambulanci (dohromady 94 %, $n = 291$), jak ukazuje Obrázek Obrázek č. . Respondenti ze sociálních služeb, domácí péče a hospiců byli zastoupeni relativně málo (dohromady pouze 6 %, $n = 20$).

Obrázek č. 3

Složení vzorku z hlediska typu pracoviště respondentů



6.2 Etické hledisko a ochrana soukromí

Každý respondent byl informován o účelu výzkumu, čím se výzkum zabývá a pro koho je určen. Ještě před vyplňováním dotazníku byl respondentům představen výzkumník, vysokoškolské zázemí Univerzity Palackého a cíl výzkumného šetření. Dále byli respondenti vyzváni k co nejpravdivějšímu zvolení odpovědi pro dodržení co největší autenticity a pravdivosti. Rovněž byl každý respondent informován, že účast na výzkumném šetření je zcela dobrovolná, vyplňování dotazníku je možné kdykoli přerušit a že dotazník je zcela anonymní.

Respondenti byli informováni, že vyplněním a zasláním či předáním dotazníku souhlasí se zpracováním údajů v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/279.

7 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

Data byla analyzována v programu R verze 4.0.2. Nejprve byly vypočteny deskriptivní statistiky kvantitativních proměnných a také odhady reliability jednotlivých škál (Cronbachovo α). Původně jsme z důvodu parsimonie chtěli pracovat pouze se čtyřmi škálami Brief-COPE (Zaměření na problém, Zaměření na sociální podporu, Vyhýbavé strategie a Zaměření na pozitivní myšlení), nicméně položky subškál Užívání návykových látek, Obrácení se k Bohu (víře) a Sebeobviňování korelovaly s relevantní škálou pouze zanedbatelně, a proto byly tyto subškály analyzovány samostatně. Pro bližší posouzení míry pracovní zátěže byli respondenti kategorizováni do několika skupin podle celkového skóre IHPZ a následně byly vypočteny četnosti respondentů spadajících do jednotlivých skupin. Četnost užívání jednotlivých copingových strategií byla srovnána pomocí Friedmanova testu (též Friedmanova ANOVA). Protože tento „omnibusní“ test byl signifikantní, byla následně provedena párová srovnání pomocí Nemenyioho post-hoc testů. Vztahy mezi škálami IHPZ, IPIP a Brief-COPE byly analyzovány pomocí Pearsonových korelací. I když předpoklad bivariační normality nebyl v některých případech dodržen, rozdíl od robustnějších Spearmanových korelací se pohybovaly pouze v řádu několika setin. Předpoklad linearity byl dodržen. Vztah mezi délkou praxe a četností užívání různých copingových strategií byl ověřen pomocí Kendalllova korelačního koeficientu τ_b , protože délka praxe byla ordinální proměnná zahrnující pouze šest kategorií. Srovnání sester z neintenzivních a intenzivních pracovišť ve škálách IHPZ, IPIP a Brief-COPE bylo provedeno pomocí Man-Whitneyho U -testu kvůli zešíkmení některých proměnných a výskytu extrémních případů. Vzhledem k většímu počtu párových srovnání byla provedena Holmova korekce p -hodnot. Nakonec byla provedena vícenásobná lineární regrese s celkovou pracovní zátěží (IHPZ) jako závislou proměnnou. Postup této analýzy je podrobněji popsán v další sekci. Za statisticky signifikantní byly považovány výsledky na hladině $\alpha = 0,05$, tj. p -hodnoty $< 0,05$.

7.1 Cíl č. 1: Zjistit, které copingové strategie zdravotní sestry využívají nejvíce, a jaká je jejich aktuální psychická míra zátěže.

Tabulka č. 5 ukazuje deskriptivní statistiky kvantitativních proměnných společně s odhady reliability. Skóry jednotlivých škál byly vypočteny jako průměry položek, minimální a maximální dosažitelný skór byl tedy 1–5 pro škály IHPZ a IPIP, ale 1–4 pro škály Brief-COPE. Rozdělení většiny škál bylo přibližně normální, výrazněji (pozitivně) zešikmené byly pouze škály Monotonie (IHPZ), Užívání návykových látek a Obrácení se k Bohu (Brief-COPE). Všechny škály vykazovaly přijatelnou reliabilitu (Cronbachovo $\alpha > 0,60$) kromě škály Intelaktu (IPIP). Důvodem nízké reliability této škály bylo to, že položky vypovídající o živé a bohaté představivosti negativně korelovaly s položkami vypovídajícími o zálibě v abstraktním myšlení. Jinými slovy tato škála vůbec nefungovala tak, jak bylo zamýšleno. Musíme také dodat, že ze škály Neuroticismu jsme vyřadili položku 19, protože negativně korelovala s ostatními položkami. Zřejmě zde došlo k chybnému překladu, protože „*Málokdy se cítím být skvělý/á*“ neodpovídá původnímu „*I seldom feel blue*“ (Málokdy se cítím smutný, zarmoucený). Proto byla tato škála z další analýzy vyřazena.

Škály	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>Skew</i>	<i>Kurt</i>	α
IHPZ							
Celková zátěž	2,49	0,74	2,40	0,90	0,67	0,20	0,86
Přetížení	3,00	0,82	3,00	1,33	0,24	-0,44	0,66
Monotonie	1,80	0,82	1,67	1,17	1,47	2,50	0,73
Nespecifická zátěž	2,63	0,98	2,50	1,25	0,55	-0,40	0,83
IPIP							
Extraverze	3,24	0,98	3,25	1,50	-0,10	-0,77	0,79
Přívětivost	4,19	0,71	4,25	1,00	-0,84	0,73	0,71
Svědomitost	4,12	0,71	4,25	1,00	-0,73	0,04	0,70
Neuroticismus	2,83	0,86	2,67	1,00	0,14	-0,40	0,61
Intelekt	3,33	0,54	3,25	0,75	-0,28	-0,23	0,08
Brief-COPE							
Zaměření na problém	3,03	0,48	3,00	0,58	-0,26	-0,26	0,69
Zaměření na sociální podporu	2,78	0,62	2,83	0,83	-0,23	-0,26	0,79
Vyhýbavé	2,51	0,53	2,50	0,67	0,13	-0,07	0,62
Zaměření na pozitivní myšlení	2,79	0,65	2,75	1,00	-0,05	-0,55	0,71

Užívání návykových látek	1,73	0,89	1,50	1,00	1,04	0,10	0,93
Obrácení se k Bohu (víře)	1,60	0,89	1,00	1,00	1,43	0,93	0,87
Sebeobviňování	2,87	0,76	3,00	1,00	-0,22	-0,66	0,60

Pozn. $N = 311$. Skew = šikmost, Kurt = špičatost, α = odhad reliability (Cronbachovo alfa), IHPZ = Inventář hodnocení pracovní zátěže, IPIP = International Personality Item Pool, Brief-COPE = Coping Orientation to Problems Experienced Inventory. Ze škály Neuroticismu byla vyřazena položka 19, protože negativně korelovala s ostatními položkami.

Pro bližší posouzení pracovní zátěže jsme respondenty rozřadili do několika kategorií na základě celkového skóru IHPZ, jak ukazuje Tabulka č. 15. Intervaly pro tuto kategorizaci měly vždy šířku 0,5 (kromě „prostřední“ kategorie 2,5–3,5), což odpovídá polovině „vzdálenosti“ mezi jednotlivými body odpovědní škály. Jak ukazuje Tabulka č. 16, většina respondentů byla podle této kategorizace vystavena nižší až střední pracovní zátěži.

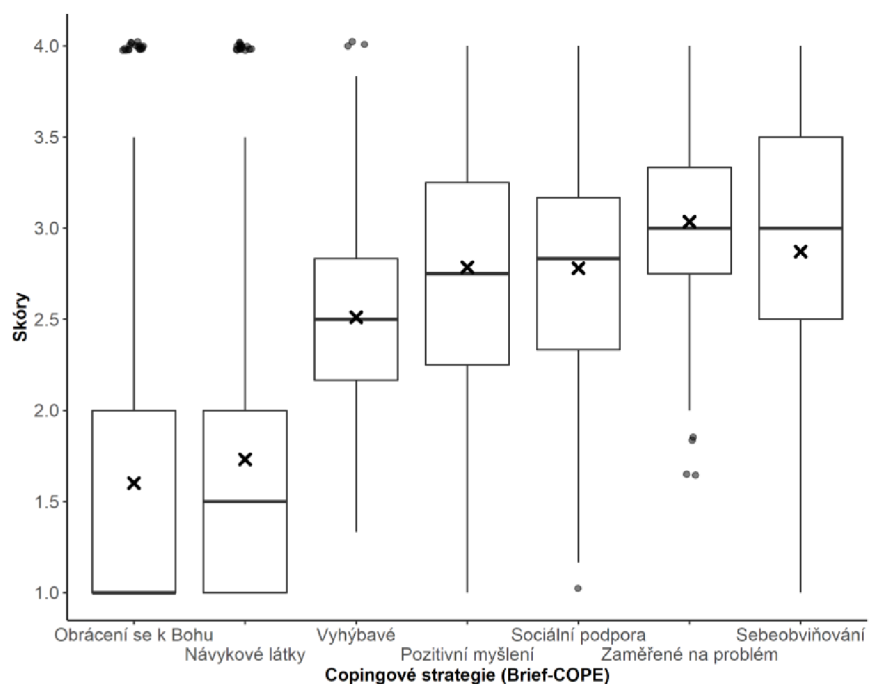
Tabulka č. 16				
<i>Kategorizace respondentů dle míry pracovní zátěže (IHPZ)</i>				
Kategorie	Interval	n	p	95% CI pro p
Zanedbatelná zátěž	[1,0 až 1,5]	22	7,1 %	[4,5 %; 11 %]
Nízká zátěž	(1,5 až 2,0]	75	24 %	[19 %; 29 %]
Nižší zátěž	(2,0 až 2,5]	85	27 %	[22 %; 33 %]
Střední zátěž	(2,5 až 3,5]	97	31 %	[26 %; 37 %]
Vyšší zátěž	(3,5 až 4,0]	22	7,1 %	[4,5 %; 11 %]
Vysoká zátěž	(4,0 až 4,5]	8	2,6 %	[1,1 %; 5,0 %]
Velmi vysoká zátěž	(4,5 až 5,0]	2	0,6 %	[0,1 %; 2,3 %]

Rozdíly v četnosti užívání (preferenci) jednotlivých copingových strategií byly analyzovány pomocí Friedmanova testu (Friedmanova ANOVA). Zjistili jsme, že mezi preferencí copingových strategií existují signifikantní rozdíly, $\chi^2(6, N = 311) = 690,14, p < 0,001$, Kendallovo $W = 0,33$ (95% CI [0,33; 0,41]). Rozdělení skóreů jednotlivých copingových strategií ukazují krabicové grafy na Obrázku 4. Pomocí Nemenyiho post-hoc testů bylo poté zjištěno následující:

- Preference spirituálního copingu a užívání návykových látek je signifikantně nižší než preference ostatních copingových strategií ($p < 0,001$), ale obě strategie se signifikantně neliší ($p = 0,869$).
- Preference pozitivního myšlení, sebeobviňování a copingu zaměřeného na problém a na sociální podporu je signifikantně vyšší (všechna $p < 0,001$) než preference vyhýbavého copingu.
- Preference copingu zaměřeného na pozitivní myšlení se signifikantně neliší od preference copingu zaměřeného na sociální podporu ($p = 1,000$) ani sebeobviňování ($p = 0,826$).
- Preference copingu zaměřeného na problém je signifikantně ($p < 0,001$) vyšší než preference copingu zaměřeného na pozitivní myšlení a na sociální podporu, ale neliší se signifikantně od sebeobviňování ($p = 0,058$).

Obrázek č. 4

Preferenze (četnost) užívání jednotlivých copingových strategií



7.2 Cíl č. 2: Zjistit, souvislosti mezi volbou copingu a dále délkou praxí, vnímanou mírou zátěže a osobnostními rysy.

H1: S délkou praxe klesá užívání strategií zaměřených na sociální podporu.

Pokud jde o délku praxe, tak ta s užíváním copingové strategie sociální podpory korelovala záporně, ale nesignifikantně, $\tau_b = -0,09$, 95% CI [-0,20; 0,02]. S ostatními copingovými strategiemi korelovala délka praxe rovněž zanedbatelně a nesignifikantně: od $\tau_b = -0,08$, 95% CI [-0,19; 0,03] pro vyhýbavý coping, až po $\tau_b = 0,05$, 95% CI [-0,06; 0,16] pro coping zaměřený na problém. Hypotéza je tedy nepotvrzena.

H2: S vyšším hodnocením pracovní zátěže se zvyšuje užívání vyhýbavých copingových strategií.

Tabulka č. 17 ukazuje korelace mezi škálami IHPZ a Brief-COPE. Jak můžeme vidět, nejsilněji s jednotlivými škálami IHPZ včetně celkové pracovní zátěže ($r = 0,33$, 95% CI [0,23; 0,43]) korelovalo používání vyhýbavých strategií. Hypotéza je tedy potvrzena.

Tabulka č. 17				
<i>Pearsonovy korelace mezi škálami IHPZ a Brief-COPE</i>				
Škály Brief-COPE	Škály IHPZ			
	Celková zátěž	Přetížení	Monotonie	Nespecifická z.
Zaměření na problém	0,10	0,16**	0,00	0,09
	[-0,01; 0,21]	[0,05; 0,26]	[-0,11; 0,11]	[-0,03; 0,19]
Sociální podpora	0,26***	0,25***	0,14*	0,25***
	[0,15; 0,36]	[0,14; 0,35]	[0,03; 0,25]	[0,14; 0,35]
Vyhýbavé strategie	0,33***	0,26***	0,29***	0,28***
	[0,23; 0,43]	[0,16; 0,36]	[0,18; 0,39]	[0,18; 0,38]
Pozitivní myšlení	0,00	0,01	0,04	-0,04
	[-0,11; 0,11]	[-0,10; 0,12]	[-0,07; 0,16]	[-0,15; 0,08]
Návykové látky	0,17**	0,16**	0,19***	0,11
	[0,06; 0,28]	[0,05; 0,27]	[0,08; 0,29]	[0,00; 0,22]
Obrácení se k Bohu	0,22***	0,17**	0,16**	0,20***
	[0,11; 0,32]	[0,06; 0,28]	[0,05; 0,27]	[0,09; 0,31]
Sebeobviňování	0,25***	0,31***	0,09	0,23***
	[0,15; 0,35]	[0,21; 0,41]	[-0,03; 0,19]	[0,12; 0,33]

Pozn. $N = 311$. Brief-COPE = Coping Orientation to Problems Experienced Inventory, IHPZ = Inventář hodnocení pracovní zátěže. V hranatých závorkách jsou uvedeny 95% intervaly spolehlivosti. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

H3: Zdravotní sestry s vyšší mírou neuroticismu inklinují k volbě vyhýbavých copingových strategií.

Tabulka č. 18 ukazuje korelace mezi škálami IPIP a Brief-COPE. Jak můžeme vidět, se zaměřením na problém nejsilněji korelovala přívětivost ($r = 0,23$, 95% CI [0,12; 0,33]); se sociální podporou přívětivost ($r = 0,15$, 95% CI [0,04; 0,26]); s vyhýbavými strategiemi svědomitost (záporně, $r = -0,20$, 95% CI [-0,30; -0,09]) a neuroticismus (kladně, $r = 0,29$, 95% CI [0,18; 0,39]); s pozitivním myšlením extravertů ($r = 0,26$, 95% CI [0,15; 0,36]); s užíváním návykových látek svědomitost ($r = -0,26$, 95% CI [-0,36; -0,15]); a se sebeobviňováním neuroticismus ($r = 0,28$, 95% CI [0,17; 0,37]). Hypotéza je tedy potvrzena.

Tabulka č. 18				
<i>Pearsonovy korelace mezi škálami IPIP a Brief-COPE</i>				
Škály Brief-COPE	Škály IPIP			
	Extraverze	Přívětivost	Svědomitost	Neuroticismus
Zaměření na problém	0,14*	0,23***	0,12*	-0,02
	[0,03; 0,25]	[0,12; 0,33]	[0,01; 0,23]	[-0,14; 0,09]
Sociální podpora	-0,01	0,15**	-0,08	0,16**
	[-0,12; 0,10]	[0,04; 0,26]	[-0,19; 0,03]	[0,05; 0,27]
Vyhýbavé strategie	-0,04	0,01	-0,20***	0,29***
	[-0,15; 0,07]	[-0,10; 0,12]	[-0,30; -0,09]	[0,18; 0,39]
Pozitivní myšlení	0,26***	0,05	-0,06	-0,09
	[0,15; 0,36]	[-0,06; 0,16]	[-0,17; 0,05]	[-0,20; 0,02]
Návykové látky	0,02	-0,11*	-0,26***	0,22***
	[-0,09; 0,13]	[-0,22; 0,00]	[-0,36; -0,15]	[0,11; 0,32]
Obrácení se k Bohu	-0,09	0,06	-0,03	0,05
	[-0,20; 0,02]	[-0,05; 0,17]	[-0,15; 0,08]	[-0,06; 0,16]
Sebeobviňování	-0,07	0,15**	-0,05	0,28***
	[-0,18; 0,04]	[0,04; 0,26]	[-0,16; 0,06]	[0,17; 0,37]

Pozn. $N = 311$. IPIP = International Personality Item Pool, Brief-COPE = Coping Orientation to Problems Experienced Inventory. V hranatých závorkách jsou uvedeny 95% intervaly spolehlivosti. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

7.3 Cíl č. 3: Zjistit, souvislost mezi mírou zátěže, typem pracoviště, osobnostními rysy a copingem.

H4: Zdravotní sestry s vyšší mírou neuroticismu vnímají vyšší míru pracovní zátěže.

Tabulka č. 19 ukazuje korelace mezi škálami IPIP a IHPZ. Jak můžeme vidět, se škálami IHPZ nejsilněji souvisel neuroticismus, např. korelace mezi neuroticismem a celkovou pracovní zátěží činila $r = 0,40$, 95% CI [0,30; 0,49]. Hypotéza je tedy potvrzena.

<i>Tabulka č. 19</i>				
<i>Pearsonovy korelace mezi škálami IPIP a IHPZ</i>				
Škály IHPZ	Škály IPIP			
	Extraverze	Přívětivost	Svědomitost	Neuroticismus
Celková zátěž	-0,18**	-0,06	-0,15**	0,40***
	[-0,28; -0,07]	[-0,17; 0,06]	[-0,26; -0,04]	[0,30; 0,49]
Přetížení	-0,09	0,02	-0,06	0,39***
	[-0,20; 0,02]	[-0,10; 0,13]	[-0,17; 0,05]	[0,29; 0,48]
Monotonie	-0,16**	-0,15**	-0,22***	0,27***
	[-0,26; -0,05]	[-0,25; -0,04]	[-0,32; -0,11]	[0,16; 0,37]
Nespecifická zátěž	-0,18**	-0,02	-0,11	0,35***
	[-0,29; -0,07]	[-0,13; 0,09]	[-0,22; 0,00]	[0,25; 0,45]

Pozn. $N = 311$. IPIP = International Personality Item Pool, IHPZ = Inventář hodnocení pracovní zátěže. V hranatých závorkách jsou uvedeny 95% intervaly spolehlivosti. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

H5: Zdravotní sestry pracující na intenzivních pracovištích hodnotí míru pracovní zátěže jako vyšší.

Tabulka č. 20 ukazuje srovnání sester z neintenzivních a intenzivních pracovišť pomocí Mann-Whitneyho U -testu v jednotlivých škálách. Obrázek **Error! Reference source not found.** ukazuje toto srovnání pomocí krabicových grafů. Vzhledem k velkému počtu srovnání byla uplatněna Holmova korekce p -hodnot. Jak můžeme vidět, i po této korekci byly některé rozdíly mezi skupinami signifikantní. Sestry z neintenzivních pracovišť vykazovaly vyšší skóre na všech škálách IHPZ, přičemž pravděpodobnost superiority (PS) se pohybovala od 0,62 po 0,67, což indikuje střední velikost účinku. Sestry z neintenzivních pracovišť vykazovaly také signifikantně vyšší míru neuroticismu (PS = 0,62, 95% CI [0,55; 0,68]) a zaměření na sociální podporu (PS = 0,61, 95% CI [0,55; 0,68]). Hypotéza je tedy **nepotvrzena**.

Tabulka č. 20

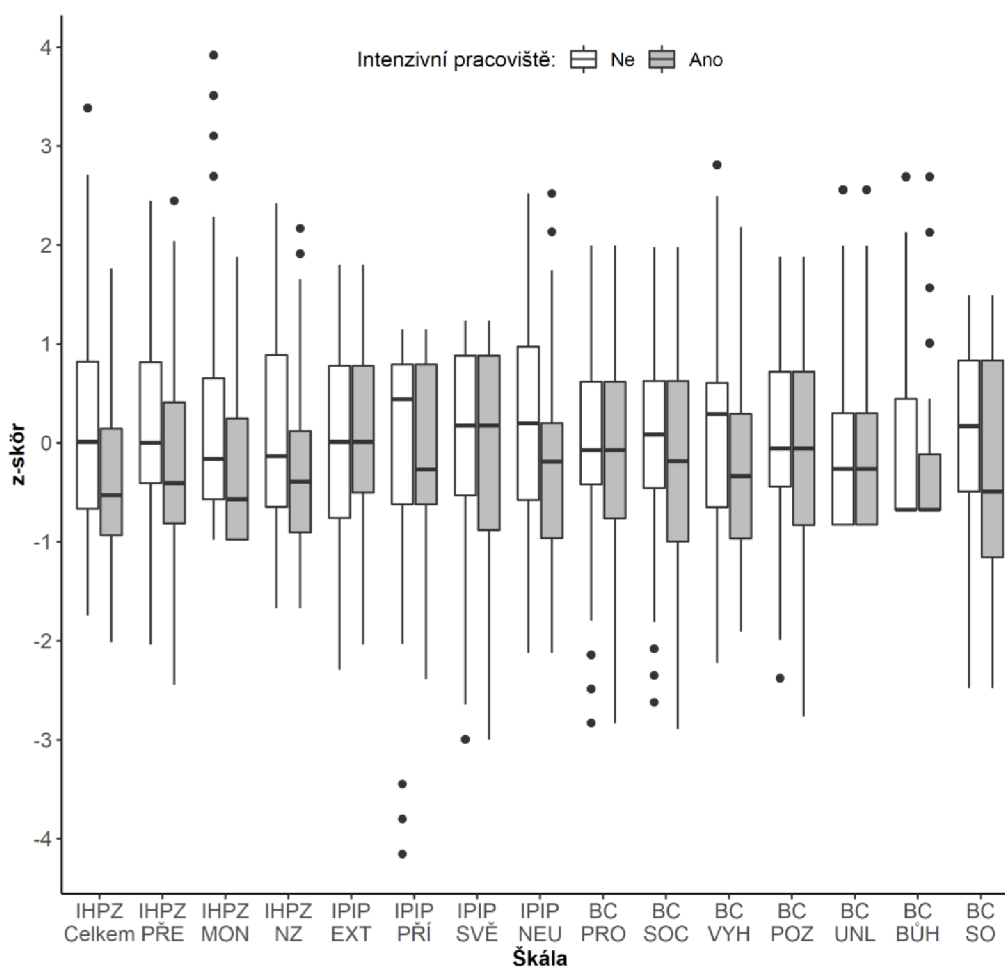
Srovnání sester z neintenzivních a intenzivních pracovišť pomocí Mann-Whitneyho U-testu

Závislé proměnné	Neintenziv. (n = 214)		Intenzivní (n = 97)		Z	p	p _{Holm}	PS [95% CI]
	Mdn	IQR	Mdn	IQR				
IHPZ								
Celková zátěž	2,50	1,10	2,10	0,80	4,59	<0,001	<0,001	0,66 [0,59; 0,72]
Přetížení	3,00	1,00	2,67	1,00	3,32	0,001	0,011	0,62 [0,55; 0,68]
Monotonie	1,67	1,00	1,33	1,00	4,88	<0,001	<0,001	0,67 [0,60; 0,73]
Nespecifická zátěž	2,50	1,50	2,25	1,00	3,85	<0,001	0,002	0,64 [0,57; 0,70]
IPIP								
Extraverze	3,25	1,50	3,25	1,25	1,23	0,219	0,986	0,46 [0,39; 0,52]
Přívětivost	4,50	1,00	4,00	1,00	2,20	0,028	0,221	0,58 [0,51; 0,64]
Svědomitost	4,25	1,00	4,25	1,25	0,05	0,959	1,000	0,50 [0,43; 0,57]
Neuroticismus	3,00	1,33	2,67	1,00	3,32	<0,001	0,011	0,62 [0,55; 0,68]
Brief-COPE								
Zaměření na problém	3,00	0,50	3,00	0,67	1,16	0,248	0,986	0,54 [0,47; 0,61]
Zaměření na sociální podporu	2,83	0,67	2,67	1,00	3,24	0,001	0,012	0,61 [0,55; 0,68]
Vyhýbavé	2,67	0,67	2,33	0,67	2,63	0,008	0,076	0,59 [0,53; 0,66]
Zaměření na pozitivní myšlení	2,75	0,75	2,75	1,00	1,29	0,197	0,986	0,55 [0,47; 0,62]
Užívání návykových látek	1,50	1,00	1,50	1,00	0,18	0,857	1,000	0,51 [0,44; 0,56]
Obrácení se k Bohu (víře)	1,00	1,00	1,00	0,50	2,05	0,040	0,241	0,57 [0,50; 0,62]
Sebeobviňování	3,00	1,00	2,50	1,50	2,18	0,029	0,221	0,58 [0,50; 0,64]

Pozn. N = 311. IHPZ = Inventář hodnocení pracovní zátěže, IPIP = International Personality Item Pool, Brief-COPE = Coping Orientation to Problems Experienced Inventory, PS = pravděpodobnost superiority.

Obrázek č. 5

Srovnání sester z neintenzivních a intenzivních pracovišť pomocí krabicových grafů



Pozn. IHPZ = Inventář Meister hodnocení pracovní zátěže, PŘE = Přetížení, MON = Monotonie, NZ = Nadměrná zátěž, IPIP = International Personality Item Pool, EXT = Extraverze, PŘÍ = Přívětivost, SVĚ = Svědomitost, NEU = Neuroticismus, BC = Brief-COPE (Coping Orientation to Problems Experienced Inventory), PRO = Změřené na problém, SOC = Sociální podpora, VYH = Vyhýbavé, POZ = Pozitivní myšlení, UNL = Užívání návykových látek, BŮH = Obrácení se k Bohu, SO = Sebeobviňování.

VO1: Jak souvisí míra pracovní zátěže s osobnostními rysy a copingovými strategiemi?

Nakonec byl odhadnut lineárně regresní model s celkovou pracovní zátěží (IHPZ) jako závislou proměnnou. V prvním kroku (Model 1) byl jako prediktor vložen pouze pracoviště [0 = neintenzivní, 1 = intenzivní]; ve druhém kroku (Model 2) byly jako prediktory přidány osobnostní rysy, tj. jednotlivé škály IPIP; v posledním, třetím kroku (Model 3) jednotlivé škály Brief-COPE.

Všechny modely i přírůstky vysvětleného rozptylu byly statisticky významné (všechna $p < 0,001$). Model v kroku 1 byl statisticky významný a vysvětloval přibližně 7 %

rozptylu, přičemž práce na intenzivním typu pracoviště predikovala nižší pracovní zátěž ($B = -0,43$, 95% CI $[-0,60; -0,26]$, $\beta = -0,27$). Po přidání osobnostních rysů vzrostl podíl vysvětleného rozptylu přibližně o 15 %. Z osobnostních rysů byly signifikantními prediktory Neuroticismus predikující vyšší pracovní zátěž ($B = 0,30$, 95% CI $[0,21; 0,38]$, $\beta = 0,34$) a Extraverze predikující nižší pracovní zátěž, ačkoli její efekt byl spíše nízký ($B = -0,09$, 95% CI $[-0,17; -0,02]$, $\beta = -0,12$). Po přidání copingových strategií jako prediktorů vzrostl vysvětlený rozptyl přibližně o 7 %. Signifikantní byl – pokud jde o copingové strategie – efekt Vyhýbání ($B = 0,22$, 95% CI $[0,06; 0,37]$, $\beta = 0,16$), Obrácení se k Bohu/víře ($B = 0,11$, 95% CI $[0,03; 0,19]$, $\beta = 0,13$) a Sociální podpory ($B = 0,14$, 95% CI $[0,00; 0,27]$, $\beta = 0,11$). Všechny tyto efekty byly poměrně slabé a kladné, což znamená, že častější používání těchto strategií indikovalo vyšší míru pracovní zátěže. Nejsilnějším prediktorem byl ovšem stále Neuroticismus ($B = 0,23$, 95% CI $[0,14; 0,33]$, $\beta = 0,27$).

Lze tedy říci, že vyšší míru zátěže predikuje především vyšší míra neuroticismu, volba vyhýbavých copingových strategií a práce na neintenzivním pracovišti. Odhady parametrů, podíly vysvětleného rozptylu i F -testy jednotlivých modelů ukazuje Tabulka č. 21.

Tabulka č. 21									
<i>Lineární regrese s celkovou pracovní zátěží (IHPZ) jako závislou proměnnou</i>									
Prediktory	Model 1			Model 2			Model 3		
	<i>B</i>	95% CI pro <i>B</i>	β	<i>B</i>	95% CI pro <i>B</i>	β	<i>B</i>	95% CI pro <i>B</i>	β
Konstanta	2,63***	[2,53; 2,72]		2,31***	[1,64; 2,97]		1,20**	[0,38; 2,02]	
Intenzivní	– 0,43***	[–0,60; – 0,26]	– 0,27	– 0,32***	[–0,48; – 0,15]	– 0,20	– 0,24***	[–0,40; – 0,08]	– 0,15
IPIP Extraverze				– 0,09*	[–0,17; – 0,02]	– 0,12	– 0,08	[–0,16; 0,00]	– 0,10
IPIP Přívětivost				0,01	[–0,10; 0,13]	0,01	– 0,05	[–0,16; 0,07]	– 0,05
IPIP Svědomitost				– 0,07	[–0,19; 0,04]	– 0,07	– 0,02	[–0,13; 0,09]	– 0,02
IPIP Neuroticismus				0,30***	[0,21; 0,38]	0,34	0,23***	[0,14; 0,33]	0,27
BC PRO							0,05	[–0,13; 0,22]	0,03
BC SOC							0,14*	[0,00; 0,27]	0,11
BC Vyhýbavé							0,22**	[0,06; 0,37]	0,16
BC PM							– 0,04	[–0,17; 0,08]	– 0,04
BC UNL							0,03	[–0,06; 0,12]	0,04
BC BŮH							0,11*	[0,03; 0,19]	0,13
BC SO							0,02	[–0,09; 0,14]	0,03
R^2	0,072			0,223			0,297		
ΔR^2				0,151			0,074		
adj. R^2	0,069			0,210			0,269		
$F(df)$ pro R^2	22,83 (1; 309)***			17,51 (5; 305)***			10,49 (12; 298)***		
$F(df)$ pro ΔR^2				14,86 (4; 305)***			4,48 (7; 298)***		

Pozn. $N = 311$. IPIP = International Personality Item Pool, BC = Brief-COPE: Coping Orientation to Problems Experienced Inventory, PRO = Zaměřené na problém, SOC = Sociální podpora, PM = Pozitivní myšlení, UNL = Užívání návykových látek, BŮH = Obrácení se k Bohu/víře. SO = sebeobviňování. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Předpoklad normality reziduí byl ověřen pomocí histogramu a Q-Q grafu reziduí; tento předpoklad byl dodržen. Předpoklad linearity vztahů byl ověřen pomocí parciálních reziduálních grafů; tento předpoklad byl také dodržen. Bodový graf predikovaných hodnot a reziduí indikoval, že předpoklad homoskedasticity byl rovněž dodržen. Multikolinearita mezi prediktory byla nízká (variance inflation factor byl vždy nižší než 1,5). V datech jsme ovšem na základě studentizovaných reziduí, Cookových vzdáleností a hat-values identifikovali celkem pět extrémních či vlivných případů. Proto jsme provedli analýzu senzitivity a odhadli jednotlivé regresní modely po jejich vyřazení. Ačkoli jejich vliv na samotné regresní koeficienty byl zanedbatelný, ukázalo se, že v Modelu 3 by po jejich vyřazení efekt sociální podpory již nebyl signifikantní, zatímco efekt extraverze by signifikantní byl.

8 DISKUZE

Hlavní myšlenkou tohoto výzkumu bylo zjistit, jakými způsoby se zdravotní sestry vyrovnávají s psychickou zátěží, která je spjata s jejich profesí. Tato myšlenka vznikla na základě potřeby zjistit, jak jsou na tom aktuálně zdravotní sestry s psychickou zátěží, jaké zvládací styly využívají a jak je to vše spjata s jejich osobností.

První dílčí cíl měl zjistit, které copingové strategie zdravotní sestry využívají nejvíce a jaká je jejich aktuální psychická míra zátěže. Cíl byl objasněn na základě deskriptivní statistiky, ze které je zřejmé, že zdravotní sestry vnímají psychickou zátěž jako nižší až střední. To lze považovat za poměrně dobrou zprávu vzhledem k tomu, jak náročné období kvůli pandemii covidu-19 za sebou zdravotní sestry mají. Dále jsme zjistili, že využívají primárně coping zaměřený na pozitivní myšlení (humor a pozitivní přerámování), sebeobviňování a dále také coping zaměřený na problém (aktivní coping, plánování, přijetí) a sociální podporu (ventilování, hledání citové nebo instrumentální opory). Oproti maladaptivním formám jako jsou návykové látky a vyhubý coping. Tato skutečnost je rovněž pozitivní, protože zdravotní sestry využívají primárně adaptivní copingové strategie oproti maladaptivním. Tyto výsledky kopírují trend předešlých výzkumů (Dimunová et al., 2020; Simperová, 2019; Gomes et al., 2013).

Otázkou však zůstává, proč mají zdravotní sestry takovou tendenci k sebeobviňování. Zda je tato skutečnost například způsobená neuctivým jednáním lékařů, o kterém nezdávka slyšíme, nebo například nadměrnými požadavky ze strany nadřízených. Vzhledem k tomu, že vysoká míra sebeobviňování se ukazuje i v jiných studiích, bylo by žádoucí se zaměřit na určení aspektů, jež tuto skutečnost způsobují. Pro další výzkumné bádání by tedy bylo vhodné zaměřit se i na sebevědomí a sebeúctu a zařadit například Rosenbergovu škálu sebeúcty (RSES). Popřípadě by bylo rovněž vhodné zabývat se touto problematikou formou kvalitativního výzkumu, který by mohl objasnit a odhalit možné příčiny tohoto fenoménu.

Dalším cílem bylo zjistit souvislosti mezi volbou copingu, délkou praxe, vnímanou mírou zátěže a osobnostními rysy. První hypotéza předpokládala, že s délkou praxe bude

klesat užívání copingových strategií zaměřených na sociální oporu. Tato hypotéza se opírala o předešlé výzkumy (Paulík, 2012; Simperová, 2019), které prokázaly, že se zvyšujícím věkem roste tendence k sociální izolaci (viz kapitola 3.3). Obecně ve společnosti můžeme vidět trend, že člověk ve vyšším věku nemá tak velkou potřebu sociálního kontaktu jako v mladším věku. Nyní jsme však u zdravotních sester stejný trend neprokázali, protože délka praxe s užíváním copingové strategie sociální opory sice korelovala záporně, ale nesignifikantně, tudíž se hypotéza nepotvrdila. Mohli bychom se tak spíše odkazovat na studii Whitty (2003), ve které se neprokázal statisticky významný vztah mezi věkem a volbou copingových strategií (viz. kapitola 2.3). Nicméně jsme si vědomi, že pro ověření této hypotézy by bylo vhodnější znát konkrétní věk respondentů a nikoli spoléhat na délku praxe jako prediktor věku.

Druhá hypotéza předpokládala, že s vyšší mírou pracovní zátěže budou zdravotní sestry častěji využívat vyhýbavé copingové strategie. Hypotéza se opírala například o výzkum García (2018), jehož studie ukázala, že vyšší vnímání stresu koreluje s popřením, behaviorálním vzdáním se, užitím návykových látek, sebeobviňováním, seberozptýlením, vírou a instrumentální oporou (viz kapitola 2.3.1) Naše výsledky potvrdily obdobný trend, kdy celková míra zátěže nejvíce korelovala s vyhýbavým copingem a dále pak se sociální oporou, sebeobviňováním a spiritualitou. Naopak vůbec nekorelovala s pozitivním myšlením a copingem zaměřeným na problém. Hypotéza tedy byla potvrzena. Zajímavý trend se také ukázal u copingu zaměřeného na návykové látky, který nejvíce koreloval s monotonií. Lze tedy předpokládat, že sklony k návykovým látkám nastávají především v případě, kdy zdravotní sestry vnímají svou práci jako otupující, připadá jim monotónní a mají z ní malé uspokojení.

Třetí hypotéza předpokládala, že zdravotní sestry s vyšší mírou neuroticismu inklinují k volbě vyhýbavých copingových strategií. Tato hypotéza se opírala například o výzkum Masona a kolegů (2020), který prokázal, že sestry a záchranáři s vysokou mírou neuroticismu mají vyšší pravděpodobnost, že budou využívat maladaptivní formy zvládnání. Rovněž i výzkum Slavíkové a kolegů (2008) nebo Connor-Smitha a Flachsbarta (2007) prokázal obdobné výsledky (viz kapitoly 3.3 a 2.3.1). Výsledky analýzy dat nám ukázaly, že neuroticismus skutečně nejsilněji koreloval s vyhýbavým copingem a dále s maladaptivními formami, jako je užívání návykových látek a sebeobviňování. Hypotéza tedy byla potvrzena. Kromě této skutečnosti se pak projeví silné korelace mezi extravertí a pozitivním myšlením, mezi přívětivostí a copingem zaměřeným na problém a záporná korelace mezi svědomitostí a maladaptivním copingem (vyhýbavý coping a návykové

látky). Můžeme tedy konstatovat, že osobnostní rysy skutečně do značné míry určují výběr copingových strategií.

Poslední cíl se zaměřoval na souvislost mezi mírou zátěže, typem pracoviště, osobnostními rysy a copingem. Čtvrtá hypotéza předpokládala, že zdravotní sestry s vyšší mírou neuroticismu vnímají vyšší míru psychické zátěže. Hypotéza se opírá o výzkum Jafariho a kolegů (2013), jehož výsledky ukázaly, že existuje významný vztah mezi neuroticismem a pracovním stresem (viz kapitola 3.3). Naše výsledky ukázaly, že veškeré škály psychické zátěže, stejně jako celkový hrubý skóre psychické zátěže, nejsilněji korelují s neuroticismem. Hypotéza tedy byla potvrzena. Pátá hypotéza předpokládala, že zdravotní sestry pracující na intenzivních pracovištích hodnotí míru pracovní zátěže jako vyšší. Opírala se o výzkum Obročnickové a kolegyň (2015), jehož výsledky prokázaly, že u sester pracujících na intenzivním pracovišti byla pozorována zvýšená psychická zátěž oproti sestrám na pracujících na neintenzivních pracovištích (viz kapitola 3.3). Výsledky analýzy dat nám však ukázaly opačný trend, a sice, že zdravotní sestry z neintenzivních pracovišť vykazovaly vyšší míru psychické zátěže celkově i ve všech jednotlivých škálách. Hypotéza se tedy nepotvrdila. Kromě tohoto se ukázalo, že sestry z neintenzivních pracovišť vykazují vyšší míru neuroticismu, což může sloužit jako prediktor k naší výzkumné otázce, která se ptá na to, jak souvisí míra pracovní zátěže s osobnostními rysy a copingovými strategiemi. Pomocí regresní analýzy, kdy jako závislá proměnná byla zvolena míra psychické zátěže, jsme zjistili, že vyšší míru zátěže predikuje především vyšší neuroticismus, práce na neintenzivním pracovišti a vyhýbavý copingový styl. Lze tedy říci, že zdravotní sestry s vyšší mírou neuroticismu budou inklinovat k neintenzivním pracovištím, což můžeme z hlediska náplně práce považovat za pozitivní jev.

Tak jako téměř každá výzkumná práce, tak i tato práce má své limity. Mezi tyto limity řadíme například online formu vyplňování dotazníků, která je samozřejmě z pohledu výzkumníka pohodlnější než přepisování z formy papír–tužka do elektronické podoby, nicméně i vzhledem k dodržení anonymity zde nemůže být zajištěno, že vždy odpovídá respondent, pro kterého je výzkum určen. Dalším limitem je výběr použitých metod. Metody jsme se snažili vybírat takové, které zaberou respondentovi co nejméně času. Avšak kdyby byly použity obsáhlejší inventáře, jako jsou například SVF78 nebo CSI pro copingové strategie, NEO nebo IPIP pro osobnostní rysy, tak bychom mohli získat obsáhlejší výsledky a rozkrýt i další proměnné, jež mohou hrát značnou roli. Dalším limitem by mohlo být nerovnoměrné rozdělení výzkumného souboru z pohledu pohlaví.

Nicméně vzhledem tomu, že povolání zdravotní sestry historicky vykonávají téměř jenom ženy, nemůžeme tuto skutečnost považovat za významný limit výzkumu.

Kromě výše zmíněných limitů však věříme, že práce předkládá především přínosy. Mezi hlavní přínosy řadíme zejména popsání aktuální situace z pohledu zvládnání psychické zátěže v českém zdravotnictví, dále pak potvrzení stanovených hypotéz, jež se zaměřovaly na propojenost vztahu osobnostních charakteristik a zvládnání psychické zátěže, a v neposlední řadě vidíme přínos v možném použití metod a nástrojů pro zjišťování psychické zátěže a osobnostních rysů. Právě zařazení těchto metod by mohlo sloužit jako screening, ať už pro stávající zaměstnance nebo ještě před nastoupením na pracoviště.

9 ZÁVĚR

Výzkumná práce na základě stanovených cílů ověřovala hypotézy a odpověděla na výzkumnou otázku týkající se zvládnání psychické zátěže u zdravotních sester. Konkrétně byla zaměřena na to, jak jsou na tom zdravotní sestry v současné době s mírou psychické zátěže, dále pak které copingové strategie ke zvládnání stresu využívají a v neposlední řadě, jaké jsou jejich osobnostní charakteristiky. Závěry z výzkumu jsou následující:

1. Zdravotní sestry v současné době vnímají psychickou zátěž jako nižší až střední a využívají primárně coping zaměřený na pozitivní myšlení, zaměřený na problém, zaměřený na sociální oporu a sebeobviňování.
2. Neprokázali jsme, že by zdravotní sestry s delší praxí využívaly méně coping zaměřený na sociální oporu.
3. Prokázali jsme, že s vyšší mírou pracovní zátěže využívají zdravotní sestry více vyhýbavé copingové strategie.
4. Prokázali jsme, že zdravotní sestry s vyšší mírou neuroticismu vnímají míru psychické zátěže jako vyšší a že inklinují k vyhýbavým copingovým strategiím.
5. Neprokázali jsme, že zdravotní sestry pracující na intenzivních pracovištích by hodnotily míru pracovní zátěže jako vyšší.
6. Zjistili jsme, že zdravotní sestry, které vnímají vyšší míru psychické zátěže, mívají sklony k neuroticismu, práci na neintenzivním pracovišti a vyhýbavým copingovým strategiím.

10 SOUHRN

Diplomová práce se zaměřuje na zvládání psychické zátěže u zdravotních sester. Psychická zátěž, stres a jejich zvládání jsou součástí života každého člověka, nicméně u zdravotních sester je v mnoha ohledech tato zátěž specifická. V posledních letech jsme mohli vidět řadu zdravotníků, jež překračují své fyzické i psychické hranice jen pro to, aby pomáhali zachraňovat životy pacientů. Pandemie covidu-19 zasáhla do systému zdravotnictví enormním způsobem. Na zdravotníky byl kladen extrémní psychický i fyzický tlak, který ne každý zvládl.

Teoretická část práce představila řadu pojmů, definic a teorií spjatých s psychickou zátěží a profesí zdravotní sestry. V první části jsme se zaměřili výhradně na zátěž a stres. Už na začátku jsme upozornili, že pro tyto dva termíny neexistuje jednoznačná terminologická definice a že se tyto pojmy prolínají. Dále jsme představili základní teorie týkající se stresu od řady autorů (Selye, 1983; Lazarus, 1966; Steinberg & Rizmman, 1990; Hobfoll, 1998; Goldstein, 1995). Rovněž jsme si představili zdroje psychické zátěže (stresory), které mohou vycházet z fyzického prostředí, z pracovní činnosti či z psychosociální sféry jedince. Dle autorů (Atkinson et al., 2003; Holmes & Rahe, 1967; Cooper & Marshall, 1976; McLean & Link, 1994; Sharma & Romas, 2012) jsme si představili základní aspekty spjaté se stresory. Následující část představila reakce na stres a dlouhodobé důsledky stresu. Kromě základních reakcí, jako jsou útek, útok apod., jsme vymezili nejčastější dlouhodobé důsledky, jako jsou únava, poruchy spánku, syndrom vyhoření apod. Další část práce se zaměřovala na zvládání zátěže (coping) a představila druhy copingových strategií. Rozdělení copingových strategií, dle zaměření na problém, na emoce a na únik od autorů R. S. Lazaruse a S. Folkmanové (1984), bývá nejznámější. Práce však upozorňuje na skutečnost, že řazení do jednotlivých kategorií není vždy zcela ideální, neboť řada copingových strategií se může mezi kategoriemi prolínat. Dále jsme si představili modifikující faktory psychické zátěže a nejznámější koncepce, jimiž jsou Sense of Coherence (Antonovsky, 1979), Hardiness (Kobasa, 1979), Self-efficacy (Bandura, 1977), Locus of Control (Rotter, 1966). Dále jsme se zaměřili na vymezení vztahu mezi

osobnostními charakteristikami a volbou copingových strategií, neboť řada studií mezi nimi prokázala významný vztah. Ukazuje se, že osobnostní rysy do značné míry predikují volbu copingových strategií, zejména pak neuroticismus bývá spjat s maladaptivními formami copingu. Další kapitola představila nástroje pro měření osobnostních charakteristik spjatých se zátěží a nástroje pro určení copingových strategií. Rovněž jsme představili základní techniky zvládání zátěže a stresu, mezi které řadíme různé formy relaxace, pohybovou aktivitu, zdravé stravování atd. Poslední kapitola teoretické části se zaměřila na profesi zdravotní sestry a na její specifika, přičemž jsme představili několik zahraničních studií zabývajících se problematikou, kterou jsme se i my zabírali ve výzkumné části práce.

Ve výzkumné části jsme se pokusili odhalit, jakým způsobem zdravotní sestry psychickou zátěž zvládají, vnímají a jak je spjata s jejich osobností. Hlavním cílem výzkumné práce bylo zjistit, jakými způsoby se zdravotní sestry vyrovnávají s psychickou zátěží, která je spjata s jejich profesí. Z hlavního cíle jsme stanovili tři dílčí cíle a z nich následně pět hypotéz a jednu výzkumnou otázku. Na základě toho jsme zvolili kvantitativní typ výzkumu.

Pomocí inventářů Brief COPE, Mini-IPIP a Meister jsme u respondentů zjišťovali copingové strategie, charakteristiku osobnosti a současnou míru pracovní zátěže. Respondenti odpovídali buď online, formou dotazníku, nebo metodou papír–tužka. Ve výzkumu pracujeme celkem s 311 respondenty. Data byla analyzována v programu R verze 4.0.2. Nejprve byly vypočteny deskriptivní statistiky kvantitativních proměnných a také odhady reliability jednotlivých škál (Cronbachovo α). Následně jsme zejména pomocí Pearsonovy korelace, Mann-Whitneyho U-testu a lineární regrese testovali jednotlivé stanovené hypotézy a hledali odpověď na výzkumnou otázku. Statistická analýza dat nám ukázala řadu signifikantních vztahů mezi proměnnými, a díky tomu jsme mohli naplnit stanovené cíle.

První dílčí cíl měl zjistit, které copingové strategie zdravotní sestry využívají nejvíce a jaká je jejich aktuální psychická míra zátěže. Cíl byl objasněn na základě deskriptivní statistiky, ze které je zřejmé, že zdravotní sestry vnímají psychickou zátěž jako nižší až střední. Dále jsme zjistili, že využívají primárně coping zaměřený na pozitivní myšlení, zaměřený na problém, zaměřený na sociální oporu a sebeobviňování. Tyto výsledky kopírují trend předešlých výzkumů (Dimunová et al., 2020; Simperová, 2019; Gomes et al., 2013).

Dalším cílem bylo zjistit souvislosti mezi volbou copingu, délkou praxe, vnímanou mírou zátěže a osobnostními rysy. První hypotéza předpokládala, že s délkou praxe bude klesat užívání copingových strategií zaměřených na sociální oporu. Tato hypotéza se opírala o předešlé výzkumy (Paulík, 2012; Simperová, 2019), které prokázaly, že se zvyšujícím věkem roste tendence k sociální izolaci. Nyní jsme však statisticky významný vztah neprokázali, a tudíž se hypotéza nepotvrdila.

Druhá hypotéza předpokládala, že spolu s vyšší mírou pracovní zátěže budou zdravotní sestry využívat více vyhýbavé copingové strategie. Hypotéza se opírala například o výzkum García (2018), jehož studie ukázala, že vyšší úroveň vnímaného stresu koreluje s popřením, behaviorálním vzdáním se, užitím návykových látek, sebeobviňováním, seberozptýlením, vírou a instrumentální oporou. Naše výsledky potvrdily obdobný trend, kdy celková míra zátěže nejvíce korelovala s vyhýbavým copingem a dále pak se sociální oporou, sebeobviňováním a spiritualitou. Hypotéza tedy byla potvrzena.

Třetí hypotéza předpokládala, že zdravotní sestry s vyšší mírou neuroticismu inklinují k volbě vyhýbavých copingových strategií. Tato hypotéza se opírala o předešlé výzkumy (Mason et al., 2020; Slavíková et al., 2008; Connor-Smith & Flachsbart, 2007), které prokázaly, že zdravotníci s vysokou mírou neuroticismu mají vyšší pravděpodobnost, že budou využívat maladaptivní formy zvládnání. Analýza dat nám ukázala, že neuroticismus skutečně nejsilněji koreluje s vyhýbavým copingem a dále s maladaptivními formami, jako jsou užívání návykových látek a sebeobviňování. Hypotéza tedy byla potvrzena. Kromě této skutečnosti se pak projevil silné korelace mezi extravertí a pozitivním myšlením, mezi přívětivostí a copingem zaměřeným na problém a záporná korelace mezi svědomitostí a maladaptivním copingem. Můžeme tedy konstatovat, že osobnostní rysy skutečně do značné míry určují výběr copingových strategií.

Poslední cíl se zaměřoval na souvislost mezi mírou zátěže, typem pracoviště, osobnostními rysy a copingem. Čtvrtá hypotéza předpokládala, že zdravotní sestry s vyšší mírou neuroticismu vnímají vyšší míru psychické zátěže. Hypotéza se opírala o výzkum Jafariho a kolegů (2013), jehož výsledky prokázaly, že existuje významný vztah mezi neuroticismem a pracovním stresem. Naše výsledky ukázaly, že veškeré škály psychické zátěže, stejně jako celkový hrubý skóre psychické zátěže, nejsilněji korelují s neuroticismem. Hypotéza tedy byla potvrzena. Pátá hypotéza předpokládala, že zdravotní sestry pracující na intenzivních pracovištích hodnotí míru psychické zátěže jako vyšší. Hypotéza se opírala o výzkum Obročníkové a kolegyň (2015), jehož výsledky prokázaly,

že u sester pracujících na intenzivním pracovišti byla pozorována zvýšená psychická zátěž oproti neintenzivním pracovištím. Výsledky analýzy dat nám však ukázaly opačný trend, a sice, že zdravotní sestry z neintenzivních pracovišť vykazovaly vyšší míru psychické zátěže celkově i ve všech jednotlivých škálách. Hypotéza se tedy nepotvrdila. Naše jediná výzkumná otázka se pak ptala na to, jak souvisí míra pracovní zátěže s osobnostními rysy a copingovými strategiemi. Pomocí regresní analýzy, kdy jako závislá proměnná byla zvolena míra psychické zátěže, jsme zjistili, že vyšší míru zátěže predikuje především vyšší neuroticismus, práce na neintenzivním pracovišti a vyhýbavý copingový styl. Lze tedy říci, že zdravotní sestry s vyšší mírou neuroticismu budou inklinovat k neintenzivním pracovištím, což můžeme z hlediska náplně práce a schopnosti zvládat krizové situace považovat za pozitivní skutečnost. Zároveň se nám tím podařilo vysvětlit, proč se pátá hypotéza nepotvrdila.

Ve výzkumné části jsme tedy potvrdili tři hypotézy a dvě jsme zamítli. Obecně můžeme konstatovat, že zdravotní sestry jsou na tom v současné době se zvládáním zátěže dobře, protože míru zátěže vnímají jako nižší až střední a využívají primárně adaptivní copingové strategie. Dále jsme se utvrdili v tom, že zdravotní sestry s vyšší mírou neuroticismu vnímají svou psychickou zátěž jako vyšší a zároveň mají sklony vyžít maladaptivní formu copingu.

Tak jako ostatní zmíněné studie, ze kterých jsme vycházeli, tak i naše výzkumná práce očekává jistý přesah do praxe a má stanovený aplikační cíl, kterým chce upozornit na problematiku zvládání psychické zátěže a zároveň apelovat na vedení zdravotnických resortů, aby se zaměřily na práci s psychickou zátěží zdravotníků na pracovištích. V rámci personální oblasti doporučujeme zařadit do výběrových řízení psychodiagnostický screening zaměřený na zvládání psychické zátěže a osobnostní charakteristiky, který by mohl pomoci, ať už se zařazením pracovníka na dané pracoviště či jinak zajistit ideální pracovní prostředí. Díky těmto screeningům by se dalo předcházet komplikacím spjatých s nezvládnutím stresu a potažmo této profese. Nezvládnutí či zvládnutí této profese totiž přímo souvisí s kvalitou poskytování zdravotní péče v České republice.

LITERATURA

- Addison, C. C., Campbell-Jenkins, B. W., Sarpong, D. F., Kibler, J., Singh, M., Dubbert, P., Taylor, H. (2007). Psychometric evaluation of a Coping Strategies Inventory Short-Form (CSI-SF) in the Jackson Heart Study cohort. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 4(4), 289–295.
- Antonovsky, A. (1979) *Health, Stress, and Coping*. Jossey-Bass Inc., San Francisco.
- Asendorpf, J. B., & Wilpers, S. (1998). Personality effects on social relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1531–1544. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.6.1531>
- Atkinson, R. L., Herman, E., Petržela, M., & Brejlová, D. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997a). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman
- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Baumgartner, F. (2001). Zvládanie stresu – coping. In. J. Výrost, I. Slaměník (Eds.), *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada Publishing
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139–157. <https://doi.org/10.1007/BF00844267>
- Blahutková, M., Jonášová, D., Ošmera, M., Vysoké učení technické v Brně, Centrum sportovních aktivit, & Aaktivita.cz (firma). (2015). *Duševní zdraví a pohyb*.
- Bolger, N., & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 890–902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.890>
- Borzová, C. (2002). Primární poruchy spánku [Online]. *Interní Medicína Pro Praxi*, 4(1), 5. Retrieved from <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/01/03.pdf>
- Burgess, L., Irvine, F., & Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: A descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care*, 15(3), 129–140. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2009.00384.x>
- Cannon, W. B., & Cannon, C. J. (1967). *The wisdom of the body: How the human body reacts to disturbance and danger and maintains the stability essential to life* (Rev. and enl. ed. Renewed). Norton.

- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080–1107. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.93.6.1080>
- Cooper, A. J., Smillie, L. D., & Corr, P. J. (2010). A confirmatory factor analysis of the Mini-IPIP five-factor model personality scale. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 688–691. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.004>
- Cooper, C. L., & Marshall, J. (1976). Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *Journal of Occupational Psychology*, 49(1), 11–28. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1976.tb00325.x>
- Češková, E., Svoboda, M., & Kučerová, H. (2006). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
- Davidson, J., & Küblbeková, E. (1998). *Jak zvládnout stres: pro úplné idioty*. Praha: Pragma.
- Dimunová, L., Béréšová, A., Raková, J., Rónyová, I., & Fertaľová, T. (2020). The relationship between self-esteem of nurses and their choice of strategies to cope with workload burden. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 11(3), 130–135. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2020.11.0023>
- Donnellan, M. B., Oswald, F. L., Baird, B. M., & Lucas, R. E. (2006). The Mini-IPIP Scales: Tiny-yet-effective measures of the Big Five Factors of Personality. *Psychological Assessment*, 18(2), 192–203. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.18.2.192>
- Epstein, S. (1980). The stability of behavior: II. Implications for psychological research. *American Psychologist*, 35(9), 790–806. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.790>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150–170. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>
- Frankl, V. E., & Lukas, E. S. (2006). *Vůle ke smyslu: Vybrané přednášky o logoterapii*. Cesta.
- García, F. E., Barraza-Peña, C. G., Włodarczyk, A., Alvear-Carrasco, M., & Reyes-Reyes, A. (2018). Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of coping strategies in the Chilean population. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0102-3>
- Goldstein, D. S. (1995). *Stress, catecholamines, and cardiovascular disease*. Oxford University Press.
- Gomes, S. da F. S., Santos, M. M. M. C. C. dos, & Carolino, E. T. da M. A. (2013). Psychosocial risks at work: stress and coping strategies in oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1282–1289. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.2742.2365>
- Gomez, R., Bounds, J., Holmberg, K., Fullarton, C., & Gomez, A. (1998). Effects of neuroticism and avoidant coping style on maladjustment during early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 26(2), 305–319. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00140-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00140-8)
- Grant, S., & Langan-Fox, J. (2007). Personality and the occupational stressor-strain relationship: The role of the Big Five. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(1), 20–33. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.1.20>
- Gunthert, K. C., Cohen, L. H., & Armeli, S. (1999). The role of neuroticism in daily stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1087–1100. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.5.1087>
- Hartl, P., Hartlová-Císařová, H., & Nepraš, K. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hladký, A. (1993). *Zdravotní aspekty zátěže a stresu: skripta pro posl. filoz. fakulty Univ. Karlovy*. Praha: Karolinum.
- Hladký, A., & Židková, Z. (1999). *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: Metodická příručka*. Karolinum.
- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress*. Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0115-6>

- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(5), 946–955. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.5.946>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
- Honzák, R. (1993). *I v nemoci si buď přítelem*. Praha: Avicenum.
- Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: Přístupy, diagnostika, uplatnění*. Grada.
- Jafari, A., Amiri Majd, M., & Esfandiary, Z. (2013). Relationship between personality characteristics and coping strategies with job stress in nurses. *IJNV*, 1(4), 36–44.
- Jak se stát všeobecnou sestrou [Online]. (2017). In *Ošetrovatelství.info*. Praha. Retrieved from <https://www.osetrovatelstvi.info/jak-se-stat-vseobecnou-sestrou/>
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu). Praha: Státní zdravotní ústav.
- Kebza, V., Šolcová, I. (2008). *Hlavní koncepce psychické odolnosti*. *Československá psychologie*, 52(1), 1-19.
- Kliment, P., Univerzita Palackého, & Filozofická fakulta. (2014). *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
- Kožený, J., Procházková, Z. (1991). Vnitřní struktura Meisterova dotazníku neuropsychické zátěže. *Psychologie v ekonomické praxi*, 26 (1), 29 - 33.
- Kryl, M. (2004). Poruchy vyvolané stresem. *Psychiatrie pro praxi*, (1), 38-40. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/12.pdf>
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví* (I.). Portál.
- Laal, M. (2013). Job Stress Management in Nurses. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 437–442. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.581>
- Lazarus R. S., Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lebrová, D. (2004). Hans H. B. Selye, kanadský lékař – 105. výročí narození [Online]. In *Pozitivní noviny*. Pavel Loužecký. Retrieved from <https://www.pozitivni-noviny.cz/cz/clanek-2012010073>.

- Lee-Baggley, D., Preece, M., & DeLongis, A. (2005). Coping With Interpersonal Stress: Role of Big Five Traits. *Journal of Personality*, 73(5), 1141–1180. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00345.x>
- Levy, D. A. (1985). Optimism and Pessimism: Relationships to Circadian Rhythms. *Psychological Reports*, 57(3_suppl), 1123–1126. <https://doi.org/10.2466/pr0.1985.57.3f.1123>
- Marešová, L., & Třešlová, M. (2017). Zvládání zátěžových situací ošetrovatelským personálem v nemocnicích a hospicích. *Psychologie a její kontexty*, 8(1), 55–65.
- Mason, R., Roodenburg, J., & Williams, B. (2020). What personality types dominate among nurses and paramedics: A scoping review? *Australasian Emergency Care*, 23(4), 281–290. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2020.06.001>
- McCrae, R. R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 919–928. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.919>
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hřebíčková, M., Avia, M. D., Sanz, J., Sánchez-Bernardos, M. L., Kusdil, M. E., Woodfield, R., Saunders, P. R., & Smith, P. B. (2000). Nature over nurture: Temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173–186. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.1.173>
- Mclean, D. E., & Link, B. G. (1994). Unraveling Complexity. In W. R. Avison & I. H. Gotlib (Ed.), *Stress and Mental Health* (s. 15–42). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1106-3_2
- Miller, J. G. (1978). *Living systems*. McGraw-Hill.
- Miller, N. E., & Dollard, J. (1941). *Social learning and imitation*. Yale University Press.
- Mlčák, Z., (2011). *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- Moos, R. H., Holahan, C. J., & Beutler, L. E. (2003). Dispositional and Contextual Perspectives on Coping: Introduction to the Special Issue. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1257–1259. <https://doi.org/10.1002/jclp.10218>
- Murberg, T. A., Bru, E., & Stephens, P. (2002). Personality and coping among congestive heart failure patients. *Personality and Individual Differences*, 32(5), 775–784. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00081-2](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00081-2)
- Nes, L. S., & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional Optimism and Coping: A Meta-Analytic Review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 235–251. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1003_3

- Nešpor, K. (1995). Prevence a zvládání profesionálního stresu ve zdravotnictví. *Lékařské listy*, 44 (23), 14-15.
- Nešpor, K. (2014). *Zvládání stresu v lékařských profesích*. *Medicína pro praxi*, 11(4), 139
- Obročniková, A., Magurová, D., Majerníková, E., Kašáková, M., & Harčariková, M. (2015). Psychological strain between nurses. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 6(4), 352–359. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2015.06.0027>
- Ozgundonu, B., & Gok Metin, Z. (2019). Effects of progressive muscle relaxation combined with music on stress, fatigue, and coping styles among intensive care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 54, 54–63. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.07.007>
- Paulík, K., (2012). *Psychologické aspekty zvládání zátěže muži a ženami*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Paulík. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2. přepracované a doplněné vydání). Praha: Grada Publishing.
- Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551–603. <https://doi.org/10.1023/A:1020641400589>
- Pospíchal, M. (2016). *Vliv mysli na progresi rakoviny pohledem psychoneuroimunologie*. Linkos.cz. Retrieved December 02, 2020, from <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pomoc-v-nemoci/psychologicka-pomoc/jak-lepe-zvladat-svoje-onemocneni/jak-zvladat-stres-z-nemoci-a-lecby/vliv-mysli-na-imunitni-system-a-nemoc-2/>
- Pospíchal, M. (2018). Záznam webináře „Síla opory našich nejbližších“ z Cyklu #MysliProtiRakovine [Online]. In *Linkos - Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně*. UK katedra psychologie. Retrieved from <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/mysliprotirakovine/webcasty/zaznam-webinare-sila-opory/>
- Prace.cz [Online]. (2019). Retrieved April 16, 2019, from <https://www.prace.cz/encyklopedie-profesi/>
- Praško, J., Vyskočilová, J., & Vašková, K. (2006). *Chronická únava : zvládání chronického únavového syndromu*. Praha: Portál.
- Procházková, A., & Honzák, R. (2008). *Stres, eustres a distres* [Online]. *Interní Medicína Pro Praxi*, 10(4), 5. Retrieved from: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>

- Ptacek, J. T., Pierce, G. R., & Thompson, E. L. (2006). Finding evidence of dispositional coping. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 1137–1151. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.12.001>
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., Espe, K., & Raffety, B. (1994). Limited correspondence between daily coping reports and retrospective coping recall. *Psychological Assessment*, 6(1), 41–49. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.1.41>
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., Raffety, B. D., & Lindgren, K. P. (2008). Coherence and transituational generality in coping: The unity and the diversity. *Anxiety, Stress & Coping*, 21(2), 155–172. <https://doi.org/10.1080/10615800701466467>
- Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.1.3>
- Rogalewicz, V., Barták, M. & Sihelnikova, M. (2017). Poznámka k použití dotazníku kvality života WHOQOL-BREF v českém prostředí. *Časopis lékařů českých*. 156. 88-92.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141. <https://doi.org/10.2307/2096350>
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>
- Sarmány-Schuller, I. & Ruisel, I. (1996). Optimizmus a arousabilita vo vzťahu k indikátorom typu osobnosti (Myers-Briggs) in Košč, M., Sarmány Schuller, I., Brozmanová, E., Slovenská psychologická spoločnosť, & Slovakia (Ed.). (1996). *Retrospektíva, realita a perspektíva psychológie na Slovensku: Zborník príspevkov VIII. zjazdu slovenských psychológov, Bratislava, 30. 5.-1. 6. 1996*. Stimul.
- Selye, H. (1983) The Stress Concept: Past, Present and Future. In: Cooper, C.L., Ed., *Stress Research Issues for the Eighties*, John Wiley & Sons, New York, 1-20.
- Sharma, M., & Romas, J. A. (2012). *Theoretical foundations of health education and health promotion* (2nd ed). Jones & Bartlett Learning.
- Schreiber, V. (2000). *Lidský stres* (2., upravené vyd). Praha: Academia.
- Schwartz, J. E., Neale, J., Marco, C., Shiffman, S. S., & Stone, A. A. (1999). Does trait coping exist? A momentary assessment approach to the evaluation of traits. *Journal of*

Personality and Social Psychology, 77(2), 360–369. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.2.360>

- Silbernagl, S., Despopoulos, A., & Silbernagl, S. (1993). *Atlas fyziologie cloveka*. Grada.
- Singh, K. (2016). Nutrient and Stress Management. *Journal of Nutrition & Food Sciences*, 6(4). <https://doi.org/10.4172/2155-9600.1000528>
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The Development of Coping. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 119–144. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085705>
- Slavíková, K., Blatný, M., & Slovák, D., Przewczková, P., Daňková, Š., & Zvolský, M. (2017). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : obsahová aktualizace k 1. 1. 2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Smith, R. E., Leffingwell, T. R., & Ptacek, J. T. (1999). Can people remember how they coped? Factors associated with discordance between same-day and retrospective reports. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(6), 1050–1061. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.6.1050>
- Státní zdravotní ústav (2022). Pohybová aktivita. Praha: Národní zdravotnický informační portál [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340
- Steinberg, A., & Ritzmann, R. F. (1990). A living systems approach to understanding the concept of stress. *Behavioral Science*, 35(2), 138–146. <https://doi.org/10.1002/bs.3830350206>
- Stone, A. A., Kennedy-Moore, E., & Neale, J. M. (1995). Association between daily coping and end-of-day mood. *Health Psychology*, 14(4), 341–349. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.14.4.341>
- Suls, J., & Martin, R. (2005). The Daily Life of the Garden-Variety Neurotic: Reactivity, Stressor Exposure, Mood Spillover, and Maladaptive Coping. *Journal of Personality*, 73(6), 1485–1510. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00356.x>
- Švancara (2003), J. *Manuál k dotazníku SVF 78*. Praha: Testcentrum, 2003. ISBN 80-86471-24-1.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The Hierarchical Factor Structure of the Coping Strategies Inventory, *Cognitive Therapy and Research*, vol. 13(4), pp. 343–361.
- Vágnerová, M. (2011). *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Grada.

- Venglářová, M., Mahrová, G., & Česká asociace sester. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada.
- Vodáčková, D. (2012). *Krizová intervence: Krize v životě člověka, Formy krizové pomoci a krizových služeb*. Praha: Portál.
- Vollrath, M. (2001). Personality and stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42(4), 335–347. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00245>
- Vollrath, M., & Torgersen, S. (2000). Personality types and coping. *Personality and Individual Differences*, 29(2), 367–378. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00199-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00199-3)
- Whitty, M. T. (2003). Coping and defending: Age differences in maturity of defence mechanisms and coping strategies. *Aging & Mental Health*, 7 (2), pp. 123-132. ISSN 1360- 7863
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Česká republika.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Český a anglický abstrakt práce.
2. Úvodní slova výzkumu a ukázka dotazníku
3. Seznam tabulek, obrázků a grafů

Příloha č. 1 - Český a anglický abstrakt práce.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Zvládání psychické zátěže u zdravotních sester

Autor práce: Bc. et Bc. Tereza Simperová

Vedoucí práce: prof. PhDr. Karel Paulík, CSc.

Počet stran a znaků: 98 stran, 177060

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 110

Abstrakt (800-1200zn):

Tato práce se zabývá zvládáním psychické zátěže u zdravotních sester. Cílem práce bylo zjistit, jakými způsoby se zdravotní sestry vyrovnávají s psychickou zátěží, která je spjata s jejich profesí. Pomocí dotazníkového šetření jsme u zdravotních sester zjišťovali aktuální míru pracovní zátěže, copingové strategie a osobnostní charakteristiky. Ve výzkumu pracujeme s 311 respondenty z celé České republiky. Měřicí nástroje jsme zvolili Brief Cope, dotazník pro hodnocení pracovní zátěže Meister a mini-IPIP. Výzkum nám odhalil následující: Zdravotní sestry v současné době vnímají psychickou zátěž jako nižší až střední a primárně využívají coping zaměřený na pozitivní myšlení, zaměřený na problém, zaměřený na sociální oporu a sebeobviňování. Prokázali jsme, že s vyšší mírou pracovní zátěže zdravotní sestry využívají více vyhýbavé copingové strategie. Prokázali jsme, že zdravotní sestry s vyšší mírou neuroticismu vnímají míru pracovní zátěže jako vyšší a že inklinují k vyhýbavým copingovým strategiím. Zároveň jsme zjistili, že tyto sestry mají sklony k volbě práce na neintenzivním pracovišti.

Klíčová slova: Psychická zátěž, stres, coping, zdravotní sestry

ABSTRACT OF THESIS

Title: Stress management in nurses

Author: Bc. et Bc. Tereza Simperová

Supervisor: prof. PhDr. Karel Paulík, CSc.

Number of pages and characters: 98 pages, 177060

Number of appendices: 3

Number of references: 110

Abstract (800-1200 characters):

This work deals with the management of mental stress in nurses. The aim of the work was to find out how nurses cope with the psychological burden that is associated with their profession. Using a questionnaire survey, we found out the current level of mental stress, coping strategies and personality characteristics in nurses. In the research we work with 311 respondents from all over the Czech Republic. We chose measuring tools Brief Cope, a questionnaire for assessing work stress Meister and mini-IPIP. The research revealed the following: Nurses currently perceive psychological burdens as low to medium and primarily use positive thinking, problem-focused, social support and self-blame. We have shown that with a higher workload, nurses use more evasive coping strategies. We have shown that nurses with higher levels of neuroticism perceive the level of workload as higher and that they tend to avoid coping strategies. At the same time, we found that these nurses have a tendency to choose to work in a non-intensive workplace.

Key words: Mental stress, stress, coping, nurses

Příloha č. 2 – Úvodní slova výzkumu a ukázka dotazníku

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Simperová a jsem studentkou oboru Psychologie Univerzity Palackého v Olomouci. V současné době vypracovávám svou diplomovou práci na téma „Zvládání psychické zátěže u zdravotních sester“. Cílem práce je zjistit, jakými způsoby se zdravotní sestry vyrovnávají s psychickou zátěží, která je spjata s jejich profesí.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku zaměřeného na zvládání zátěžových situací. Prosím Vás o co největší upřímnost při odpovídání.

Dotazník je anonymní a výsledky budou využity výhradně pro účely vědecké práce. Vyplněním a zasláním dotazníku souhlasíte se zpracováním údajů v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/279.

Děkuji za spolupráci a Váš čas!

1. Jste:

- a. Muž
- b. Žena

2. Počet let praxe ve zdravotnictví:

- a. Do 12 měsíců
- b. 13-24 měsíců
- c. 3-5 let
- d. 6-10 let
- e. 11-15 let
- f. 16 a více let

3. Na jakém pracovišti pracujete?

- a. *Ambulance*
- b. *Intenzivní pracoviště*
(Intenzivní pracoviště – JIP, ARO, operační sál, výjezdové skupiny apod.)
- c. *Lůžkové oddělení*
- d. *Jiné*

4. Jaké je vaše konkrétní pracoviště?

(Vepište konkrétní pracoviště nebo název oddělení)

.....

Dotazník 1

INSTRUKCE: Vaším úkolem je u každé otázky označit **odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.**

	1	2	3	4	5	
	ne, vůbec nesouhlasím	spíše nesouhlasím	nevím, někdy ano, někdy ne	spíše souhlasím	ano, plně souhlasím	
1.	Při práci mívám často pocit časového tlaku.	1	2	3	4	5
2.	Práce mne neuspokojuje, chodím do ní nerad/a.	1	2	3	4	5
3.	Práce mne velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky.	1	2	3	4	5
4.	Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.	1	2	3	4	5
5.	V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby.	1	2	3	4	5
6.	Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje.	1	2	3	4	5
7.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost.	1	2	3	4	5
8.	Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného.	1	2	3	4	5
9.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost.	1	2	3	4	5
10.	Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností.	1	2	3	4	5

Příloha č. 3 – Seznam tabulek, obrázků a grafů

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Důsledky stresu

Tabulka č. 2 – Trvalejší důsledky stresu

Tabulka č. 3 - Ukázka copingových strategií zaměřených na PROBLÉM

Tabulka č. 4 - Ukázka copingových strategií zaměřených na EMOCE

Tabulka č. 5 – Ukázka copingových strategií zaměřených na HLEDÁNÍ SOCIÁLNÍ OPORY

Tabulka č. 6 - Ukázka copingových strategií zaměřených na ÚNIK

Tabulka č. 7 - Ukázka copingových strategií zaměřených na ÚTOK

Tabulka č. 8 – Sence of Coherence

Tabulka č. 9 – Hardiness

Tabulka č. 10 - Klíčové konstrukty teorií stresu a zvládnání stresu

Tabulka č. 11 – Pětifaktorový model OCEAN

Tabulka č. 12 – Brief COPE

Tabulka č. 13 – MEISTER

Tabulka č. 14 – Mini-IPIP

Tabulka č. 15 - Deskriptivní statistiky kvantitativních proměnných a odhad reliability

Tabulka č. 16 - Kategorizace respondentů dle míry pracovní zátěže (IHPZ)

Tabulka č. 17 - Pearsonovy korelace mezi škálami IHPZ a Brief-COPE

Tabulka č. 18 - Pearsonovy korelace mezi škálami IPIP a Brief-COPE

Tabulka č. 19 - Pearsonovy korelace mezi škálami IPIP a IHPZ

Tabulka č. 20 - Srovnání sester z neintenzivních a intenzivních pracovišť pomocí Mann-Whitneyho U-testu

Tabulka č. 21 - Lineární regrese s celkovou pracovní zátěží (IHPZ) jako závislou proměnnou

Seznam obrázků a grafů

Obrázek č. 2- Model stresu a copingu

Obrázek č. 2 - Popis vzorku z hlediska délky praxe

Obrázek č. 3 - Složení vzorku z hlediska typu pracoviště respondentů

Obrázek č. 4 - Preference (četnost) užívání jednotlivých copingových strategií

Obrázek č. 5 - Srovnání sester z neintenzivních a intenzivních pracovišť pomocí krabicových grafů