

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

STRES, STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ A PSYCHICKÁ
KONDICE U ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU

STRESS, COPING STRATEGIES AND MENTAL CONDITION OF
MEDICAL STAFF



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Kateřina Glombková**

Vedoucí práce: **PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.**

Olomouc

2021

Čestné prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Stres, strategie zvládání a psychická kondice u zdravotnického personálu“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala svému vedoucímu diplomové práce, panu PhDr. Janu Šmahajovi, Ph.D. za čas strávený na konzultacích, ochotu, trpělivost a cenné odborné rady. Také bych ráda poděkovala náměstkyni karvinské nemocnice paní Mgr. Andree Kopáčkové za vstřícné jednání a pomoc při uskutečnění výzkumu, díky patří i všem respondentům za čas, vytrvalost a ochotu při vyplňování dotazníkových baterií. Velké díky patří mým rodičům, prarodičům a mému příteli, neboť tyto lidé mě po celou dobu studia podporovali a věřili v mé schopnosti a měli se mnou pevné nervy. V neposlední řadě bych zde ráda poděkovala i všem ostatním přátelům, kamarádům a známým, kteří při mně stáli a redukovali patřičně mou percipovanou úroveň stresu.

Obsah

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Problematika stresu	10
1.1 Vymezení stresu.....	10
1.2 Stresory.....	11
1.3 Teoretická pojetí stresu	13
1.3.1 Biologické pojetí stresu	14
1.3.2 Psychologické pojetí stresu	15
1.4 Stres a zdraví.....	17
2 Problematika zvládnání stresu	21
2.1 Vymezení zvládnání stresu.....	21
2.2 Obranné mechanismy jako zvládnání stresu	23
2.3 Strategie a styly zvládnání.....	24
2.4 Zdroje zvládnání	30
2.4.1 Locus of Control	31
2.4.2 Odolnost	32
2.4.3 Sociální opora	33
2.4.4 Self efficacy	33
2.4.5 Sebevěče	34
3 Sestra a její profese	35
3.1 Osobnost sestry	36
3.2 Role sestry	37
3.3 Stres v profesi sestry	39
3.3.1 Onemocnění související s prací sestry	44
3.3.2 Strategie zvládnání stresu v profesi sestry	44
3.4 Supervize	46
PRAKTICKÁ ČÁST	47
4 Výzkumný problém	48
4.1 Výzkumné cíle	49
4.2 Formulace hypotéz ke statistickému testování	49
5 Typ výzkumu a použité metody	51
5.1 Testové metody.....	51
5.1.1 Perceived Stress Scale.....	51
5.1.2 SVF 78.....	52
5.1.3 SUPSO.....	55
5.1.4 Doplnující otázky	57
6 Sběr dat a výzkumný soubor	58
6.1 Metody zpracování a analýza dat.....	59

6.2	Etické hledisko a ochrana soukromí	60
6.3	Charakteristika výzkumného souboru	61
7	Práce s daty a její výsledky	64
7.1	Deskriptivní statistika použitých metod a testy normality	64
7.2	Korelační analýza a ověření hypotéz	68
8	Diskuze.....	79
9	Závěr.....	86
10	Souhrn	87
	Literatura.....	90

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá problematikou stresu, strategií zvládání a psychickou kondicí u zdravotnického personálu.

Toto téma jsem si vybrala, protože sama jsem vystudovala střední zdravotnickou školu a v mém okolí je nespočetně přátel, kamarádů, známých, ale i členů rodiny, kteří pracují jako zdravotníci a potýkají se s různorodými překážkami při výkonu své profese. Povolání zdravotnických pracovníků je samo o sobě psychicky, fyzicky i emocionálně velmi náročné. A doba, ve které se momentálně poslední rok nacházíme není příznivá pro nikoho z nás a už vůbec ne pro někoho, který má v popisu práce pečovat o zdraví druhých lidí. Zdravotničtí pracovníci i ostatní pomáhající profese jsou v tomto období pandemie vystaveni stále většímu vlivu stresových faktorů, které se odráží nejen na jejich psychice, ale i na fyzické, emoční a sociální stránce. V obyčejné dny zdravotníci řeší a prožívají problémy spojené s nemocí, bolestí, utrpením a smrtí pacientů. Jejich práce je spojena s velkou zodpovědností a jsou zde kladeny velké nároky na jejich osobnost. Vezmeme-li v úvahu současný stav pandemie SARS-CoV-2 spojený s neustále měnícími se požadavky a podmínkami, zvýšeným bezpečnostním opatřením, nedostatečnou informovaností zdravotnického personálu, chaosem na oddělení, sníženým počtem personálu a zvýšeným nebezpečím nákazy nejen sebe, ale i svých blízkých, nároky právě na tuto profesi jsou vyšší a vyšší. Pokud nedojde k časnému rozpoznání stresujících faktorů a adekvátnímu zvládnutí zátěžových situací, následné přetížení zdravotníků může vést k syndromu vyhoření či k závažným psychickým a fyzickým onemocněním. Proto je důležité pomoci zdravotníkům rozpoznat jednotlivé stresory a pomoci jim využívat efektivní strategie jejich zvládání.

Diplomová práce je složená se dvou částí. V teoretické části této práce nalezneme tři kapitoly, ve kterých si klademe za cíl seznámit čtenáře s problematikou stresu jako takového, se zvládacími strategiemi, kterými se zdravotnický personál vyrovnává se zátěží v tomto nejednoduchém období spojeném s pandemií SARS-CoV-2 a tím i náročnějším výkonem této profese. Závěr teoretické práce čtenáře informuje o samotné profesi zdravotní sestry. Druhá, výzkumná část práce je obligátně věnovaná stanovení základních empirických cílů a statistických hypotéz, informuje čtenáře o aplikované metodice, použitých psychodiagnostických nástrojů, charakteristice výzkumného souboru a statistickému zpracování získaných dat a prezentaci výsledků. Dále je zde věnován prostor celkovému shrnutí získaných výsledků a diskuzi.

Uvedená práce si klade za úkol prozkoumat percipovanou úroveň stresu zdravotnickými pracovníky, identifikovat nejčastěji využívané strategie zvládnání stresových situací a celkový psychický stav zdravotníků v současné nelehké době kladoucí vyšší nároky právě na tuto profesi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA STRESU

Náročné životní situace tady byly, jsou a budou. Vzhledem k neustále měnícím se životním podmínkám, k rostoucímu životnímu tempu a narůstajícím požadavkům na výkon jedince, zvyšujícímu se organizačnímu a časovému tlaku se v rozvinutých společnostech se stres stává naprosto běžnou součástí lidského života. Se stresem se můžeme potkat v jakémkoliv věku a v jakékoliv profesi. V této kapitole se tedy budeme věnovat vymezení stresu, různými koncepcemi stresu, náročným situacím, které jsou spojeny se zvýšenými nároky na adaptaci jedince a příznaky a důsledky stresu.

1.1 Vymezení stresu

Slovo stres vychází z anglického „stress“ a to původně vzniklo z latinského slova „stringo, stringere“, což v latině znamená „utahovati“ nebo „stahovati“ jako smyčku kolem krku odsouzeného. V technickém slova smyslu je slovo stres velmi blízké svým významem slovu „pres“, což znamená být vystaven tlaku, být v tísní (Křivohlavý, 1994).

Stres je nespecifická reakce, což znamená, že na různé stresory organismus jedince reaguje stereotypně s účelem se připravit na určitou aktivitu – boj nebo útek. Stresu není možné ani účelně se zcela vyhnout. Jak už bylo zmíněno, je přirozenou součástí každodenního lidského života (Orel, 2009). Stres můžeme dělit na eustres a distres. Eustres je přiměřený stres, který zastává výrazně pozitivní roli a vzniká v situacích, kde nejde o negativní emocionální zážitek. Příkladem může být například svatba, narození dítěte, výhra, různé oslavy, situace, kdy se snažíme něčeho dosáhnout nebo zvládnout něco, co nám přináší radost, ale zároveň vyžaduje určitou námahu. Naopak distres je negativně prožívaný stres. Působí-li stresová situace příliš intenzivně a příliš dlouho stres se stává škodlivým. Tímto termínem se vyjadřuje situace subjektivně prožívaného ohrožení jedince a je často doprovázen výrazně negativními emocionálními příznaky. K distresu dochází v situacích, kde se jedinec domnívá, že nemá dostatek sil, schopností a možností ke zvládnutí toho co jej ohrožuje (Křivohlavý, 2001). V dnešní době se používá také pojem alostatický stres, který podobně jako distres působí dlouhodobě a vede k patologickým změnám a k tělesnému poškození (Bartůňková, 2010).

Podle intenzity reakce na stresovou událost Fialová (2012) dělí stres na hyperstres, tedy stres, který překračuje hranice schopnosti vyrovnat se s ním a opakem je hypostres, tedy stres nedosahující obvyklých tolerancí stresu.

Z hlediska délky trvání můžeme stres rozdělit na akutní a chronický. Akutní stres trvá poměrně krátce a je především mobilizující (tedy až na výjimku stresového „strnutí“). Příkladem takového stresu může být situace žáka při zkoušení nebo před testem. Chronický stres naopak trvá déle a má nepříznivý vliv na naše zdraví (Orel, 2009). Uzel (2008) mluví o chronickém stresu jako o pomalém jedu, jelikož se podílí na většině onemocnění od úzkostných a depresivních stavů, přes různé alergie a imunitní poruchy, obezitu, bolesti páteře, oběhové a srdeční problémy, rakovinu až po Alzheimerovu chorobu.

Mlčák (2011) chápe stres jako přirozenou a nezbytnou součást lidského života a pokud je zachována rovnováha mezi nároky kladenými životem a schopnostmi jedince je zvládat, tak podněcuje harmonický všestranný rozvoj jeho osobnosti a přispívá tak ke tvorbě nových způsobů adaptace a prožívání, zvyšuje psychickou odolnost, integritu a zdraví. Pokud však dochází k rozporu mezi životními nároky a schopnostmi jedince je zvládat, vede stres k negativním projevům, k různým formám maladaptivního chování, a dokonce i k závažným zdravotním problémům různé kvality, stupně i trvání.

Selye (1966) považuje stres za specifickou odpověď organismu na rozmanité podněty, které narušují rovnovážný stav neboli homeostázu v organismu.

Nakonečný (1997, in Urbanovská, 2010) pojímá stres jako silnou frustraci, frustraci silné motivace, která vzniká v případech, kdy na jedince působí dlouhodobě a nadměrně velmi silný podnět nebo ocitne-li se jedinec v nesnesitelné situaci, které se nemůže vyhnout.

Richardsová (2006) charakterizuje stres jako individuální reakci na zátěž a dělí stres na pozitivní, prostřednictvím kterého máme příležitost dokázat své kvality, můžeme získat pozitivní emocionální náboj, mít skvělou náladu a odráží se na motivaci k lepšímu výkonu. Naopak negativní stres zapříčiňuje pokles výkonnosti, jedinci snadněji podléhají panice a pocitům ochromění což může vést k nadměrné konzumaci jídla, cigaret a alkoholu za účelem zbavit se negativních projevů stresu.

1.2 Stresory

Stresor můžeme chápat jako jakékoliv podmínky, okolnosti či podněty, které vyvolávají stres, tíživý pocit napětí, ohrožení či nejistoty. Řadíme zde situace vnímané jako

škodlivé, ohrožující duševní nebo tělesné blaho (Atkinson, 2003). Ať už jde o externí či interní stimul, dochází k aktivaci hypothalamické hypofýzy nadledvinek a sympatický nervový systém, což vede k fyziologické změně (Kumar, 2013). Podle Kebzy (1997) můžeme do stresorů řadit prakticky cokoliv, ať už to jsou podněty zvnějšku, tj. z obklopujícího prostředí, či podněty a signály vycházející z našeho vlastního organismu, tj. z vnitřního prostředí naší mysli a těla a můžeme je dělit na:

1. Zátěžové životní události („life events“) – jedná se o stresory různé povahy a intenzity a mohou významně poškodit zdraví jedince. Jedná se např. o úmrtí partnera, těžká nemoc, rozvod, ztráta životních jistot, ztráta zaměstnání).
2. Chronické stresory – stresory, které dlouhodobě působí potíže a problémy promítající se ve změnách životního stylu a životní spokojenosti jedince (pracovní spokojnost, podmínky bydlení) (Kebza, 1997).
3. Každodenní nepříjemné události („daily hassles“) – nevýznamné, avšak nelibě prožívané situace a události (Mlčák, 2011).

Bartůňková (2010) dělí lidské stresory na:

- Fyzikální (chlad, teplo, vibrace, záření, tlak vzduchu, nedostatečné či naopak nadměrné osvětlení, elektrický proud);
- Chemické (různé jedy, toxiny, otravy a infekce, znečištění vzduchu, působení bakterií, virů);
- Biologické (hlad, žízeň, nedostatek spánku, bolest, patologické stavy);
- Psychosociální (úzkost, frustrace, strach z bolesti, z nemoci, z hospitalizace, strach ze zkoušek).

Mezi další významné a silně působící stresory řadíme bolest, infekce, alkohol, který je mnohdy používán proti stresu, avšak sám je stresorem. Stresorem může být také sex – strach ze sexuální nedostatečnosti, strach z otěhotnění). Velmi časté stresory jsou ty, které se týkají narušení interpersonálních vztahů ať už v rodině (narušení partnerských vztahů, nedostatečná péče rodičů, ztráta blízké milované osoby), na pracovišti (nezaměstnanost, šikana na pracovišti, domnělé či reálně nezvládnání pracovních nároků) či v partě a jiné sociální skupině (šikana, agrese, konflikty, vyloučení ze sociální skupiny) (Bartůňková, 2010). Kebza (1997) dodává, že právě interpersonální problémy a celkově psychosociální stres vzrůstá především v technicky vyspělých a velmi civilizovaných společnostech. Hlavními zdroji tohoto stresu nejsou fyzikální ani chemické vlivy, nýbrž mezilidské

neshody, stavy zklamání či zmaření něčeho, vyplývající z dlouhodobé frustrace a deprivace. Aktuálním zdroje psychosociálního stresu jsou nadměrné požadavky na jedince výkonost, patří zde také nadměrná či naopak velmi chudá stimulace, která může vést až k nepříjemně prožívaným stavům nudy.

Zvláštním případem stresoru (stresující situace) je posttraumatický stres, tedy stav, který je vyvolán vzpomínkou na šokující událost (např. přepadení, znásilnění, válka, živelné katastrofy). Takové traumatické zážitky se vrací v podobě děsivých snů, které mohou zesilovat úzkostné stavy. Jedinec při kontaktu s místy, kde k ohrožující situaci došlo, si utváří trvalejší stav tísně, což se projevuje fyziologickými změnami (vnitřní napětí, podrážděnost, únava, pocení) (Nakonečný, 2011). Kromě posttraumatické stresové poruchy může dlouhodobě vystavení stresorům zapříčinit depresi, úzkostné poruchy a může se u jedince rozvinout patologické chování (Kumar, 2013).

Křivohlavý (1994) dále dělí stresory na ministresory a makrostresory. Ministresory neboli mikrostresory vyjadřují mírné okolnosti či podmínky, které vyvolávají stres. Pod těmito stresory si můžeme představit například dlouhodobě pociťovaný nedostatek lásky, který se kumuluje až dosáhne hranice stresu a jedinec se dostává do stavu vnitřní tísně. Makrostresory jsou silně působící, deptající až ničivé vlivy.

Grantová (2003) a Medvěďová (2008) nabízejí odlišné pojetí termínu stresor. Podle Grantové (2003) by měly stresory být definovány konkrétně a výlučně jako environmentální události nebo chronické okolnosti, stavy, které významně ohrožují psychické a fyzické zdraví jedince nebo jeho celkovou pohodu. Podle jejího názoru je pro stresory typickým prvkem právě externí prostředí (než například mediátory, moderátory, psychologické symptomy a další rizikové faktory). Pojetí Grantové (2003) a Medvěďové (2008) nezahrnuje mezi stresory interní psychické stavy. Podle jejich interpretací jsou vnitřní psychické stavy chápány spíše jako přetrvávání vnějšího stresoru.

1.3 Teoretická pojetí stresu

Jak Mlčák (2011) uvádí, nejen v průběhu vývoje zkoumání stresu a zátěže ale i v současné době se můžeme setkat s rozmanitými přístupy a mnohočetnými koncepty fenoménu stres. Existuje zde hojně a obtížně zpracovatelné množství literatury a autorů, kteří podrobně zkoumali tento jev a se snažili co nejlépe definovat pojem stres. Cílem této kapitoly pochopitelně není vyrovnat se s teoretickou problematikou stresu, která je dnes

nepřeborná. Předkládaný výběr pojetí stresu není zdaleka úplný a reprezentativní a byl vytvořen zejména s ohledem na téma této práce. Následující část je věnována biologické a psychologické koncepci stresu.

1.3.1 Biologické pojetí stresu

Mezi autory, kteří se zabývají biologickým pojetím stresu řadíme I. P. Pavlova, W. B. Cannona a H. Selyeho. Svou pozornost zaměřili především na biochemickou a neurobiologickou odpověď organismu na vnější podněty (Humpolíček, 2014).

Studiem fyziologických změn v organismu zvířat, která se dostala do těžké stresové situace se v první řadě zabýval Ivan Petrovič Pavlov, který je autorem známé teorie o podmíněných reflexech a základů učení a paměti probíhající ve složité neurokognitivní síti (Bartůňková, 2010). Psi byli vystavováni stresujícím situacím, kdy měli za úkol rozlišit podněty spojené s diametrálně odlišnými podněty např. při expozici čtverce dostali psi najíst, naopak při expozici obdélníku byli zasaženi elektrickým proudem. V Pavlovově experimentech se rozdíl mezi obrazci zmenšoval až se zvíře dostalo do stresové situace, přičemž experimentátor sledoval děje odehrávající se v organismu psa. Sledoval rozborů žaludečních šťáv a zajímal se o chování psů během stresové situace (Křivohlavý, 2001).

Dalším představitelem biologického konceptu je Walter Cannon, který v návaznosti na teorii vnitřního prostředí Bernarda upozornil na souvislost sympatického nervového systému se stabilitou vnitřního prostředí (Kebza, 2005). Stejně jako Pavlov i Cannon přiváděl zvířata v experimentálních laboratořích do těžkých situacích (např. vystavení nadměrného hluku či nadměrné teplotě) a pozoroval změny jejich fyziologických funkcí a rychlost jejich motorické reakce – buďto zaútočí nebo se od ohrožujícího podnětu vzdalují (Křivohlavý, 2001). Cannon (1939) došel k závěru, že v ohrožujících situacích dochází k mobilizaci celého organismu a dochází také k zvýšení činnosti sympatického nervového systému. Byl to právě tento americký fyziolog, kdo uskutečnil první studie stresu a na základě svých laboratorních experimentů popsal fyziologickou reakci útoku nebo útěku (*fight-or-flight*). Tato automatická reakce je doprovázena mnohými tělesnými doprovody jako ztvrdnutí a napínání svalů, aby byly připraveny k akci, zvyšování tepové frekvence, stoupaní tlaku krve, zrychlené dýchání, aby plíce načerpaly více kyslíku a dochází také k zpomalení trávení a vylučování více žaludečních kyselin (Richardsová, 2006).

Nejvýznamnějším představitelem biologického pojetí stresu je považován Hans Selye, jehož přínos k biologické koncepci stresu představuje fyziologická teorie

endokrinologie, tedy první systematická teorie stresu, která zahrnuje problematiku adaptace (Paulík, 2017). Selye definoval stres jako „*biologickou nespecifickou odpověď organismu na požadavky, které jsou na tento organismus kladeny*“ (Selye, 1975, s. 41). Stres je podle této definice odpovědí na rozmanité podněty narušující rovnovážný stav v organismu neboli homeostázu a aby bylo možno dosáhnout tohoto stavu rovnováhy musí jedinec neustále reagovat a zvládat měnící se fyzikální, psychické a sociální stránky životního prostředí. Selye pracoval zprvu převážně jen se zvířaty, která uváděl do těžkých situací a zjišťoval změny fyziologických funkcí, přičemž ústřední pozornost věnoval právě činnosti endokrinního systému. Při tomto studiu zjistil, že soubor pozorovaných změn fyziologických funkcí vykazuje určitou stálost – tedy bez ohledu na stresor se objevuje stále stejný obraz. Tento zvláštní patofyziologický proces odpovědí organismu na ohrožení pojmenoval obecný adaptační syndrom (GAS – General Adaptation Syndrom), který se skládá ze tří fází (Křivohlavý, 2001). První fází GAS je poplachová reakce, kdy organismus vykazuje změny charakteristické pro první expozici stresoru. Organismus nejprve reaguje šokem s chaotickými a neorganizovanými vnějšími projevy, přičemž obranné reakce jsou zcela utlumeny. Organismus je připraven ke Cannonově reakci bojů nebo úteku (*fight-or-flight*). Druhou fází GAS představuje stav zvýšené rezistence spojené s bojem organismu se stresorem. Cílem této fáze je udržet adaptaci organismu. Poslední třetí fází je stav vyčerpanosti neboli exhauce, kdy dochází k vyčerpání adaptační energie organismu. Pokud stresor působí i nadále, objevují se negativní důsledky, organismus bojí se stresorem podléhá a hrouť se. Za určitých okolností může dojít i k exitu (Selye, 1936, 1950).

Práce Cannona a Selyeho byla soustředěna na studium chování zvířat, která byla uváděna do těžkých životních situací. Na jednu stranu tato práce získala vysoké uznání, na straně druhé však také podlela kritickým výtkám. Výsledky této práce byly zevšeobecnovány jako plně platné i pro lidi. Ve vztahu k lidskému jedinci je nutné věnovat pozornost citové stránce stresu a kognitivní aktivitě člověka, která významně ovlivňuje zvládání stresové situace. Tyto hlediska zmínění autoři nebrali v potaz. Studia specificky lidských forem zvládání zátěže se ujal například Lazarus (Křivohlavý, 2001; Paulík, 2017).

1.3.2 Psychologické pojetí stresu

Psychologické pojetí stresu vychází se skutečnosti, že různorodost možných reakcí na stresové situace souvisí s čistě psychologickými faktory. Vznikají zde pojetí, která se snaží vysvětlit především psychologické mechanismy redukce, produkce a zvládání stresu

(Vašina, 2009). Selye jakožto hlavní představitel biologického pojetí stresu poukazuje v pozdějším období na roli psychiky v ovlivňování dopadu stresorů na organismus jedince a připouští, že větší význam, než reakce organismu může mít zde psychika (Selye, 1979, in Paulík, 2017). Studia typicky lidských forem zvládání těžkostí se ujal Lazarus, který stres pojímá jako stav, ve kterém organismus anticipuje střetnutí s škodlivými podmínkami určitého druhu (Mlčák, 2011). Lazarus se soustředil na to, co se děje v psychice člověka, která se ocitá v těžké životní situaci a položil hlavní důraz na kognitivní specificky lidskou vlastnost zvládání zátěže lidmi. Neustále pozoroval specificky lidskou činnost tedy snahu nalézt smysl v tom, co se právě děje, zjistit odkud nebezpečí přichází a jakou má povahu, jak moc může člověku ublížit a co by se dalo dělat, kdyby se jedinec ocitl tváří v tvář v této poškozující situaci. Spolu s Folkmanovou jsou tedy představitelé transakčního pojetí stresu. V tomto modelu autoři uvádí, že konkrétní stresor ovlivňuje jednotlivé poznání událostí, které nazýváme hodnocení. Výsledky svého pozorování zformulovali do modelu dvojího zhodnocení ohrožující situace. Teorie hodnocení přepokládá, že existují dva typy hodnocení – primární a sekundární, přičemž oba hodnocení mají odlišné funkce a také odlišně zacházejí se zdroji informací (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984).

Primární hodnocení je založeno na jedincově hodnocení dané situace nebo události jako potenciálně ohrožující jedincovo zdraví či obecné pohody. Toto hodnocení zahrnuje tři složky: 1) prožitou újmu, 2) hrozbu (anticipované zranění) a 3) výzvu, která může znamenat příležitost pro osobnostní růst a může dokonce přinést i zisk (Lazarus & Folkman, 1987). Lewis (2001, in Matthieu & Ivanoff, 2006) chápe primární hodnocení jako soustředění jedince na velikost a závažnost situace či události, která pravděpodobně způsobí újmu na zdraví. Podle Lazaruse a Folkmanové (1984) existují také tři typy prvotního zhodnocení: 1) irelevantní (pokud jedinec jeví zájem o transakce či výsledek), 2) relevantně pozitivní, kdy se jedinec domnívá, že situace nemá potenciálně negativní důsledky na jeho osobní blaho, 3) relevantně stresující, kdy jedinec vnímá pouze negativní dopad okolností na jeho osobní blaho.

Druhotné zhodnocení se týká možností daného jedince zvládnout konkrétní situaci. K tomuto hodnocení dochází ve vztahu k prvotnímu hodnocení a navazuje přímo na něj (Lazarus, 1999). Křivohlavý (2001) dodává, že se jedná o zvažování naděje na to, jak by se člověk mohl ubránit tomu, co ho v danou chvíli bezprostředně ohrožuje, např. díky defenzivním možnostem – schopnostem ubránit se ohrožení, nebo díky ofenzivním strategiím, které jedinec ovládá, nebo díky schopnostem zvládnout problém útokem.

1.4 Stres a zdraví

Organismus člověka je komplexní strukturou na biologické úrovni, kde se skládá z jednotlivých buněk, tkání, orgánů a orgánových soustav, které jsou navzájem propojeny, integrovány a řízeny. Existují tři základní řídicí systémy, které jsou nadřazeny všem ostatním systémům lidského organismu a jsou to soustavy nervové, hormonální a imunitní. Interakce a vzájemná komunikace mezi těmito třemi systémy by měla být v rovnovážném stavu neboli homeostáze. Pokud je organismus jedince vystaven vlivu psychického stresu, je zde prokázána souvislost s výskytem duševních onemocnění (Orel, 2009).

Paulík (2011) rozděluje důsledky stresu z časového hlediska na bezprostřední projevy zátěže a stresu a na účinky trvalejšího rázu. Bezprostřední projevy stresu se dále člení na psychické reakce a krátkodobé stavy (únava, snížená bdělost, pocit monotonie, ztráta motivace, pokles výkonnosti, výpadky krátkodobé paměti a koncentrace), na somatické behaviorální reakce (bolesti hlavy, břicha, objektivně měřitelné změny funkcí organismu, změny peristaltiky střev, změny tepové či dechové frekvence) a krátkodobé behaviorální reakce (pasivita, stažení se, agresivní a hostilní projevy). Účinky trvalejšího rázu jsou členěny na psychologické symptomy (nespokojenost, únava, vyčerpání), somatické symptomy onemocnění (dlouhodobé bolesti hlavy, výrazné a nápadné negativní změny v chování, motorické potíže, respirační a oběhové problémy) a poruchy duševního zdraví (adaptační poruchy, krátké reaktivní psychózy, PTSD).

Normální vývoj a zachování druhu závisí na plně fungujícím stresovém systému. Pokud dojde k dysregulaci tohoto stresového systému, můžou se začít u jedince vyskytovat poruchy růstu a vývoje a způsobit tak onemocnění nervového, endokrinního, imunitního systému (Kumar, 2013).

Stres je reakcí celého těla a dominantní roli v řízení stresové situace má nepochybně systém nervový a hormonální. Psychický a emoční stres přímo a specificky ovlivňuje centrální nervový systém. Typickými projevy je pocit diskomfortu, neurotizace, která může ústít do neuróz nebo psychóz (Vašina, 2009). Ústředím všech autonomních procesů a funkcí je hypothalamus. Hypothalamus přímo reguluje činnost srdce a cév, trávicího traktu, ovlivňuje spánek, změny tlaku krve, chuť k jídlu, pocit nasycení, růst, produkci tepla, tělesnou teplotu a sexuální aktivitu. Je také významným producentem regulačních hormonů a hraje významnou roli při integraci nervového a hormonálního řízení stresové reakce (Orel, 2009). Přenos informací mezi neurony umožňují neurotransmitery – nízkomolekulární

chemické látky. Mezi nejvýznamnější inhibiční neurotransmiter, který souvisí se zpracováním stresu, je GABA. Stres zapříčiňuje zvyšování obsahu této látky, což může vést k úzkosti, epilepsii, nespavosti a křečovým poruchám. Dopamin má při zvýšeném stresu vliv na motorickou aktivitu. Norepinefrin slouží jako poplašný systém, který snižuje neurovegetativní funkce, jako je například stravování, potřeba spánku. Dalším významným neurotransmiterem je serotonin, nazýván jako hormon štěstí, jehož výrazné snížení vede k zvýšení citlivosti na stres. Posledním zmíněným je melatonin, který se vylučuje za tmy a ovlivňuje kvalitu spánku (Kumar, 2013).

Další systém ovlivňovaný závažným stresem je hormonální systém. Nejdůležitějšími žlázami endokrinního systému je hypofýza, štítná žláza, nadledvinky, slinivka břišní a pohlavní žlázy. Tyto žlázy uvolňují hormony do krevního řečiště a tím ovlivňují cílové orgány a spolu s nervovým systémem, se kterým úzce spolupracuje, se podílí na psychofyziologické odpovědi organismu na stresovou situaci (Kemeny, 2003). Základními „stresovými“ hormony jsou adrenalin a noradrenalin, které jsou produkovány nadledvinkami. Tyto katecholaminy nejsou pro život nezbytné, ale spolupodmiňují stresovou reakci. Napodobují stimulaci sympatického nervového systému. Díky nim dochází k zvyšování síly a rychlosti srdečních kontrakcí a dráždivosti srdeční svaloviny, zvyšují bdělost, zrychlují metabolismus a zapříčiňují zvýšení krevního tlaku, což může vést k výskytu hypertenzních onemocnění. Dalšími významnými hormony jsou glukokortikoidy, jejichž zvýšená sekrece při stresové reakci je řízena ACTH. Při těžkých a opakovaných stresových situacích může působení glukokortikoidů mít podíl na vzniku cukrovky druhého typu, která je chápána jako nemoc z poruchy adaptačních reakcí (Orel, 2009). Stres a glukokortikoidy mají specifické účinky i na kognitivní funkce. Zvýšená produkce tohoto hormonu vede ke krátkodobým a reverzibilním deficitům v rámci epizodické a prostorové paměti jak u lidí, tak i u zvířat (Kumar, 2013).

Imunitní systém prostřednictvím rozpoznávání škodlivin zevního i vnitřního původu chrání organismus a přispívá k udržování integrity organismu. Průběžně odstraňuje staré či poškozené buňky a zajišťuje tak obranyschopnost proti vnějším mikroorganismům a jejich toxickým produktům. Klíčovou úlohou tohoto systému je tvorba leukocytů neboli bílých krvinek, které spolu navzájem komunikují, kooperují a vytváří jeden funkční celek, který zajišťuje funkci imunitního systému. Je prokázáno, že vystavení jedince stresujícím událostem má vliv na funkci imunitního systému. V případě jeho selhání či dysregulace, může docházet k rozvoji různých autoimunitních nemocí (Orel, 2009). Například

onemocnění jako chřipka nebo angína postihne snáze jedince, kteří jsou vystaveni nadměrnému vyčerpání, únavě či vyšší míře stresu (Schreiber, 1992). Vašina (2009) uvádí, že působením chronického stresu je vyvolán pocit bezmoci, beznaděje a odcizení, což se projevuje poklesem funkčnosti imunitního systému. Kiecolt-Glaserová (1993, 2005) spolu s kolegy prokázala, že chronicky prožívaný stres zpomaluje proces hojení ran vzhledem k poklesu produkce látek zodpovědných za hojení. Při distresu dochází ke zvýšení hladiny proinflamatorních cytokinů, které se pojí s řadou onemocnění (osteoporóza, artritida, diabetes mellitus druhého typu či některé druhy rakoviny).

Co se týče kardiovaskulárního systému, při působení mírného stresoru dochází k lehkému zvýšení srdeční frekvence a krevního tlaku. U závažnějších typů stresorů, nad kterými jedinec nemá dostatečnou kontrolu a nachází se v ohrožující situaci, lze pozorovat silnější psychofyziologickou reakci organismu. Pokud se jedinec skutečně cítí bezmocný a nevidí žádnou příležitost k úniku z nepříjemné situace dochází k psychobiologické reakci zahrnující bradykardii, vazodilataci v kosterních svalech, snížený arteriální tlak a také mdloby. Ukázalo se, že dlouhodobě vystavení stresu souvisí s trvalým zvýšením srdeční frekvence, což patří mezi nejčastější prediktory budoucích srdečních příhod (Kemeny, 2003). V době působení silného fyzického či psychického stresu dochází k přechodnému zvýšení tlaku krve. Je to součást běžné poplachové reakce, avšak při opakovaném nebo nepřetržitém působení stresových situací se tato normální fyziologická reakce může změnit ve vážné onemocnění ohrožující svými komplikacemi, i dalšími faktory, jako tučné jídlo, kouření, přesolování jídla a nedostatku pohybu, lidský život (Schreiber, 1992).

Mezi další stresové nemoci můžeme zařadit astma, dětské astma, záduchu, různé alergie, ekzémy. Patří zde i typické psychosomatické problémy týkající se trávicího ústrojí jako vředové onemocnění žaludku, zánět tlustého střeva, dráždivý tračník – sklon k průjmům většinou po rozčilení či starostech. Emoční či fyzický stres zapříčiňuje také migrény provázené zraťovými poruchami, také bolestí krku a zad. Silný stres má vliv i na urychlení stárnutí (Schreiber, 1992). Mlčák (2011) dále uvádí jako důsledky stresu snížení práceschopnosti, projevy předtím nepřítomné únavy při zátěži, různé formy emocionálních změn, poruchy spánku, snížená duševní práceschopnost. Ve vztahu k práci může vést dlouhodobý stres také k syndromu vyhoření, který je doprovázen pocitem emocionálního vyčerpání, depersonalizace, ztráty osobního vztahu k práci a projevy sociální distance.

Neměli bychom opomenout zásadní dopad stresu na psychiku jedince. Kebza (2005) uvádí, že dlouhodobé působení stresorů zapříčiňuje výrazný pocit celkového duševního,

emocionálního i kognitivního vyčerpání, což může vést k výraznému poklesu až ztrátě motivace. Dochází k útlumu celkové aktivity jedince, k redukci spontaneity, kreativity a iniciativy. U jedince může převažovat depresivní ladění, pocity smutku a frustrace, pocity bezvýchodnosti, beznaděje a bezesmyslnost. Častější jsou projevy cynismu, negativismu a hostility vůči okolí. Také dochází k poklesu až naprosté ztrátě zájmu o blízká témata, o témata související s prací, profesí, často také negativní hodnocení instituce, kde jedinec profesi vykonává. Dominantními pocity je sebelítost a přesvědčení o vlastní bezcennosti a postradatelnosti. Weiss (2014) dodává, že dlouhodobý stres je dáván do souvislosti s depresí a zvýšením počtu pokusů o sebevraždu. U jedinců s vyšší hladinou CRH – stresovou látkou hypothalamu souvisí i další psychické stavy jako chorobné nutkavé chování, mentální anorexie, některé typy úzkostných syndromů či určité druhy nespavosti, výkyvy nálad, podrážděnost, narušení soustředění a zapomnětlivost, podrážděnost, nízká sebeúcta, hněv, pocity viny, podezřívavost, nízký práh frustrace i pocit blížící se smrti.

2 PROBLEMATIKA ZVLÁDÁNÍ STRESU

Jak už jsme uvedli v předchozí kapitole stres se stal nevyhnutelným a děsivým aspektem každodenního života, proto je zapotřebí přijmout některé účinné způsoby jeho zvládnání. Tato kapitola úzce souvisí s kapitolou předchozí, proto v ní rozvineme poznatky týkající se především zvládnání stresu, obranným mechanismům a strategiím zvládnání stresu.

2.1 Vymezení zvládnání stresu

Zvládnání stresu je ekvivalentem anglického výrazu „coping“, který je odvozen od řeckého „kolaphus“, což znamená rána uštědřená protivníkovi v boxu. Ten, kdo dává ránu, je jedinec, který se dostal do těžké životní situace (do stresu). Ten, který ránu dostává charakterizuje těžkost, která daného jedince do stresu dostala – tedy stresor (Křivohlavý, 2001). Výsledkem copingu je tzv. kompenzace (vyrovnání) nebo také adjustace (přizpůsobení), v opačném případě můžeme hovořit o dekompenzaci či maladaptaci, kdy dochází k rozkolísání rovnováhy, selhání snah o zvládnutí a přizpůsobení se, proto pojem „malcoping“ nebo „miscopin“ označuje nezvládnutí situace – prohru (Křivohlavý, 1994).

Lazarus s Cohenem (1979, in Baqutayan, 2015) definovali coping jako akční a intrapsychické úsilí o správu vnějšího prostředí a vnitřních požadavků a konflikty mezi nimi, které zatěžují či přesahují zdroje daného jedince. Později Lazarus spolu s Folkmanovou (1984, s. 141) charakterizují zvládnání stresu neboli coping jako „*neustále se měnící kognitivní a behaviorální odpovědi související s úsilím zvládat vnější nebo vnitřní požadavky, které jsou hodnoceny jako ohrožující nebo převyšující zdroje osoby*“. Z uvedené definice vyplývají tři základní vlastnosti zvládnání:

- 1) Zvládnání obsahuje určitou úroveň úsilí a plánování.
- 2) Zvládnání nemusí implicitně nabývat pozitivní projevy.
- 3) Zvládnání představuje dynamický proces, který probíhá v určitém čase (Lazarus & Folkman, 1984).

Compas (2001) definuje zvládnání stresu jako vědomé a dobrovolné úsilí o regulaci emocí, poznání, chování, fyzických procesů a prostředí v reakci na stresující události či okolnosti.

Skinner (1999, in Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007) chápe coping jako způsob, jakým lidé mobilizují, vedou a řídí přímé chování, emoce a jejich orientaci ve stresujících podmínkách.

Vavricová (2013) charakterizuje zvládání stresu jako soubor reakcí zaměřených na redukci či odstranění fyzického, emocionálního či psychického břemena.

S ohledem na časovou perspektivu byla Schwarzerem a Tauberem (2002) vytvořena koncepce, kde se coping dělí na proaktivní a reaktivní. Proaktivní zvládání je zaměřeno do budoucna a je orientováno na dosahování cílů, je formulováno pozitivně, situace jsou zde hodnoceny jako výzvy. Zároveň motivuje jedince k tomu, aby usilovali o ambiciózní cíle, které mohou vést k seberozvoji jedince. Ti, kteří používají proaktivní copingové strategie, nehodnotí potenciální stres jako hrozbu, poškození či ztrátu nýbrž jako výzvu. Aspinwall s Taylorem (1997) specifikují pět fází proaktivního zvládání stresu a to 1) akumulace zdrojů, 2) rozpoznávání potenciálních stresorů, 3) počáteční hodnocení, 4) předběžné úsilí o zvládnutí 5) využití zpětné vazby týkající se počátečního úsilí. Proaktivní zvládací dovednosti zahrnují činnosti jako plánování, stanovení cílů, organizování a mentální stimulaci.

Reaktivní coping se týká ztráty nebo újmy, ke které došlo v minulosti a můžeme jej definovat jako snahu vypořádat se se stresovou situací či kompenzovat, přijmout danou ztrátu či újmu. Reaktivní zvládnutí je zaměřeno na problémy, emoce i sociální vztahy a aby se jedinec dokázal vyrovnat se ztrátou či poškozením, musí disponovat určitou mírou odolnosti. Dále můžeme dělit coping na anticipační týkající se bezprostřední hrozby a preventivní, které se týká potenciálního nebezpečí v daleké budoucnosti (Schwarzer & Tauber, 2002).

Podle Cohena a Lazaruse (1979, in Křivohlavý, 2001) je zvládání procesem, který je zaměřen ke zcela jasně definovaným cílům a to:

- 1) Snížit úroveň toho, co jedince ve stresu ohrožuje;
- 2) Tolerovat to nepříjemné, co se právě děje;
- 3) Zachovat si pozitivní sebeobraz (image);
- 4) Zachovat si duševní rovnováhu a emocionální klid;
- 5) Zlepšit vnější či vnitřní podmínky, za kterých by bylo možné se po prožití stresu zregenerovat;
- 6) Pokračovat v sociální interakci mezi druhými.

2.2 Obranné mechanismy jako zvládání stresu

Adaptace na subjektivně nepříjemné události, které mohou ohrožovat sebeobraz a sebepojetí jedince je často zabezpečována obrannými mechanismy, které jsou považovány za náhradní, neplnohodnotné způsoby zvládání stresu, jelikož v nich nedochází ke skutečnému řešení situace, nýbrž o jeho iluzorní náhradu realizovanou nejčastěji na nevědomé úrovni. Zatímco skutečné strategie zvládání směřují ke skutečnému řešení stresové situace a jsou obvykle realizovány vědomě (Kebza, 2005). Baumgartner (2001) charakterizuje obranné mechanismy jako klamně vnímání prostřednictvím kterého zkresluje skutečnost a popírá pravý zdroj obtíží. Hlavním účelem obranných mechanismů je snižovat úzkost ve stresové situaci a posilovat sebevědomí a kladné sebehodnocení.

Mezi aktivně přizpůsobovací postupy patří přímá agrese, která jednoznačně a přímo napadá skutečného nebo domnělého útočníka, dále sem patří nepřímá, skrytá či maskovaná agrese (ironie, sarkasmus, pomluvy, kanadské žertíky, intriky). Agresi, která se neobrací k útočníkovi, ale k náhradním objektům, nazýváme přenesenou agresí a řadíme sem různé formy sebepoškozování, destrukci či vandalismu a heteroagresi. Mezi další významné obranné mechanismy řadíme racionalizaci (odůvodnění či ospravedlnění neúspěchu pomocí pochopitelných argumentů), bagatelizaci (zlehčování situace, neúspěchu či selhání), identifikaci (ztotožnění se s příslušnými idejemi, významnými jedinci, sociální skupinou), projekci (promítání vlastních pocitů a motivů do jiných lidí), introjekci (zvnitřňování si pocitů cizích osob). Z řady dalších obranných mechanismů zde uvádíme substituce, které mají společného jmenovatele v náhradním uspokojení. Sublimace je zušlechtnění společensky nepřijatelného chování. Kompenzací můžeme nahradit selhání v jedné činnosti úspěchem v činnosti jiné. Řadíme zde i konverzi neboli somatizaci, kdy dochází k přenesení psychických potíží do potíží tělesných. Mezi pasivní přizpůsobovací postupy patří různé formy únikových reakcí jako únik do snění a fantazie, únik do nemoci, únik k náhradním činnostem (únik do fiktivního světa a virtuální reality filmu, her, PC, literatury) řadíme zde i únik prostřednictvím užívání drog, což může vést až k různým závislostem a následným výskytem rizikového chování. Unikát lze i do bezpečí samoty stažením se vlastního vnitřního světa – tento obranný mechanismus nazýváme izolací. Klasickými případy obrany je dále negativismus (opak konformity, nesouhlas s ostatními), regrese (způsob reakce na vývojově nižším stupni vývoje), represe (potlačení myšlenek mimo vědomí). Právě nevědomé vytěsnění či vědomé potlačení tvoří základ obrany sebepojetí a pocitu jistoty. Uvedené postupy přizpůsobení jedince jsou běžnými a častými mechanismy v paletě

emočního vyrovnávání jedince s náročnými životními situacemi (Freud, 1993, 2000, 2002; Freudová, 2006; Uzel, 2008; Bartůňková, 2010).

2.3 Strategie a styly zvládání

Způsoby, kterými se jedinec snaží vědomě vyrovnat se stresem označujeme jako strategie zvládání stresu neboli copingové strategie. Oproti obranným mechanismům strategie a styly zvládání neodvádějí problém z vědomí, ale uvádí ohrožující stresory v pozitivních zvládnutelných termínech (Baumgartner, 2001).

Janke a Erdmannová (2003) chápou strategie zvládání stresu jako psychické pochody, které nastupují plánovitě a/nebo neplánovitě, vědomě a/nebo nevědomě při působení jakéhokoliv stresoru, tak aby bylo dosaženo zmírnění či ukončení působení. Zmínění autoři se domnívají, že zvládací dovednosti si jedinec osvojuje během procesu učení, které většinou probíhá podle principu učení na základě efektu, modelu zátěžových situací a také vzhledu. Zmínění Janke a Erdmannová – autoři dotazníku SVF 78 dále rozlišují strategie zvládání:

- Podle druhu na akční a intrapsychické způsoby zpracování stresu.
- Podle zaměření na strategie zaměřené na situaci a strategie zaměřené na reakci.
- Podle účinnosti na strategie pozitivní, které stres redukují a negativní, které naopak stres umocňují.

Lazarus (1966) uvádí čtyři strategie zvládání:

- 1) Strategie netečnosti – jedinec, který se dostává do stresové situace nedbá na to, co se děje a chová se ke všemu apaticky, což vede k pocitům bezmoci, beznaděje a upadá postupně do deprese.
- 2) Strategie vyhnutí se působení škodlivých faktorů – jedinec se vyhýbá jakýmkoliv „škodlivinám“, které na něj působí a zažívá pocity obav a strachu.
- 3) Strategie napadení útočníka.
- 4) Strategie posilování vlastních zdrojů síly/energie – jedinec se učí takovým dovednostem, které zvyšují tělesnou a psychickou zdatnost (cviky sebekontroly a sebeovládání).

Křivohlavý (1994) dělí strategie zvládání stresu na strategie defenzivní (strategie obrany) a strategie ofenzivní (strategie útoku). Přičemž ofenzivní strategie dále můžeme

dělit na primární a sekundární. Primární jsou ty, kde je útok veden z vlastní iniciativy útočníka. Sekundární ofenzivní strategie jsou ty, které reagují na přecházející útok opět útokem.

V práci Cohena a Lazaruse (1979, in Křivohlavý, 1994) se můžeme setkat se souborem pěti strategií zvládnání, a to:

- 1) Zvyšování informovanosti o tom, co se s daným jedincem právě děje i o tom, co se děje mimo něj.
- 2) Přímá činnost neboli jakýkoliv čin, kterým se jedinec z vlastní iniciativy dává do boje.
- 3) Inhibice (utlumení) určité aktivity, která by vlastní situaci jedince mohla zhoršit nebo jedince oslabit.
- 4) Intrapsychické procesy typu „samomluvy“, kdy se jedinec snaží přehodnotit danou situaci a změnit svůj žebříček hodnot, najít jinou cestu řešení problému.
- 5) Požádat druhé lidi o pomoc, odbornou radu, útěchu, uklidnění či jinak využít možnosti sociální opory okolí.

Lazarus spolu s Folkmanovou (1984) dělí copingové strategie na strategie zaměřené na problém a strategie zaměřené na emoce. Strategie zaměřené na problém (problem-focused coping) jsou podstatou situace, kterou je třeba zvládnout. Snaží se změnit danou situaci k lepšímu prostřednictvím úpravy okolností či vlastního chování jedince. Pokud dotyčný soudí, že je v dané situaci možno něco dělat, volí coping zaměřený na problém, který spočívá v přímé akci či úsilí něco získat, něčemu se vyhnout, využít potřebné informace a zdroje a uplatnit je při změnách chování. Například přesvědčíme-li souseda, aby zabránil pádu jeho stromu na náš pozemek, překonáme původní podstatu jakékoliv újmy či hrozby, kterou by nám potenciální pád mohl způsobit (Lazarus, 1993).

Naopak pokud hodnocení vyústí do závěru, že se s danou situací nedá nic dělat, převládá coping zaměřený na emoce (emotion-focused coping), který mění pouze způsob, jakým jedinec danou situaci interpretuje a podstatou tohoto zvládnání je dostat jedincovy emoce pod kontrolu, aby nedošlo k narušení jeho integrity ani k narušení interpersonálních vztahů s jeho okolím. Dotyčný se obvykle snaží vyhnout myšlenkám na hrozbu, mění názor na to, co se děje nebo co se dít bude a dává tak událostem a situacím úplně jiný význam. Snaží se tak o snížení míry obav a strachu či snížení míry zlosti. Například pokud si

interpretujeme ponižující komentář partnera jako neúmyslný výsledek osobních problémů či stresu z práce, dáváme události jiný význam a náš potenciální hněv dostáváme pod kontrolu. Mezi specifické strategie zvládnání zaměřené na emoce řadíme právě odmítnutí či distancování jsou mocnými technikami kontroly psychického stresu, ale také humor, připisování viny (sobě či jiným), fatalismus, projekce a fantazie (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1980).

Coping je tedy složitý proces, který zahrnuje jak funkci řešení problémů, tak funkci regulující naše emoce. Strategie zaměřené na problém se častěji vyskytují v rámci pracovních konfliktů, v zaměstnání jedince a strategie zaměřené na emoce jedinci častěji využívají v řešení rodinných konfliktů a interpersonálních vztahů (Lazarus & Folkman, 1980).

Někteří autoři rozlišují i třetí skupinu, a to vyhýbavé chování, kdy jedinec místo toho, aby čelil stresové situaci či události, tak hledá cesty, jak se jí vyhnout (např. rozptýlení nebo odvrácení pozornosti) (Kebza, 2005).

Z Lazarova rozboru vychází Carver, Schreier a Weintraub (1989), kteří vytvořili novou diagnostickou metodu – COPE zachycující celkem 15 skupin copingových strategií a to: aktivní zvládnutí (coping), plánování, potlačení soupeřících aktivit, odložení řešení, hledání sociální podpory z instrumentálních důvodů, hledání sociální opory z emocionálních důvodů, pozitivní reinterpretace, přijetí (akceptování), obrácení se k víře (Bohu či náboženství), projevení emocí, popření, behaviorální vzdání se, mentální vzdání se, obrácení se k alkoholu či drogám, humor. Kromě tedy copingu zaměřeného na problém a emoce uvedená trojice autorů rozlišuje třetí skupinu dysfunkčních způsobů zvládnání, která se podrobněji charakterizuje projevováním negativních emocí, mentálním a behaviorálním oddálením – vzdáním se a snahou uniknout z obtížné situace prostřednictvím užívání drog či alkoholu a jiných návykových látek.

Dalším kritériem členění copingových strategií je hledisko jejich vlivu na míru percipovaného stresu, na jehož základě dělíme zvládací strategie na pozitivní (stres snižující) a negativní (stres zvyšující) strategie. Mezi negativní mechanismy sloužící k odstranění stresu řadíme kouření cigaret, nadužívání léků (hypnotika a sedativa), požívání alkoholu či jiných návykových látek, nadměrné pití kávy, promiskuitní sexuální styk či přejídání. Uvedené prostředky však vedou pouze k dočasné úlevě a při dlouhodobém a opakovaném užívání mají zásadní negativní dopad nejen na zdraví jedince, ale také se mohou stát

samotnými stresory a zhoršit tak jedincovu situace (Fialová, 2012; Vašina, 2009). Za pozitivní strategie, které jsou funkční či adaptivní, jsou považovány strategie konstruktivního řešení problému, kognitivního pozitivního přehodnocení situace či události a změny postoje jedince (Urbanovská, 2009). Křivohlavý (2001) do pozitivních technik zvládnání životních těžkostí řadí relaxace neboli záměrné fyzické i psychické uvolňování v doprovodu správného dýchání (Jacobsonova progresivní relaxace, Schultzův autogenní trénink), dále imaginace (záměrné zobrazování uklidňujících scénérií) a meditace, kterou můžeme řadit do skupiny relaxačních cvičení. Schwarzer (2001, in Moring, Fuhrman, & Zauszniewski, 2017) definoval proaktivní zvládnání jako kompilaci zdrojů, které usnadňují dosahování náročných cílů vedoucích k osobnímu růstu jedince. Proaktivním zvládnáním jedinci maximalizují zisky, nehodnotí potenciální stres jako hrozbu, nýbrž jako výzvu. Luthans (2002) identifikoval dvě základní dimenze pozitivních strategií, a to pozitivní chování v organizaci a pozitivní učení. Pozitivní chování informuje o základních pozitivních aspektech jako je motivace, efektivita, optimismus, víra a nezdolnost, které přispívají k efektivnímu plnění organizačních cílů, zlepšení pracovního výkonu a zároveň plní proaktivní funkci. Pozitivní učení je založeno na pozitivní zkušenosti týkající se různých aspektů organizace i jednotlivce. Fredricksonová (2001) poukazovala na důležitou roli pozitivních emocí v životě jedince. Ačkoliv jsou pozitivní emoce prchavé, mají dlouhodobější účinky a přispívají k osobnímu růstu, budování osobních a sociálních zdrojů opory a jsou nezbytnými prvky optimálního fungování. Schopnost jedince prožít radost, zájem, spokojenost a lásku přináší mnoho vzájemně souvisejících výhod jako rozšiřování repertoáru myšlenkových akcí jedince, odstraňují přetrvávající negativní emoce, podporují a budují psychologickou odolnost a posilují nejen emoční pohodu, ale i psychické a fyzické zdraví.

Amirkhan (1990) provedl faktorovou analýzu rozsáhlého empirického materiálu a zjistil tak tři faktory, které nejčastěji používají lidé při střetu se zátěží či jinou stresovou situací:

- 1) Strategie zaměřená na problém a jeho aktivní řešení;
- 2) Strategie hledání opory – konkrétně využití lidského kontaktu a podpory ve stresových situacích;
- 3) Strategie vyhýbání se (fyzický i psychický únik či ústup).

Paulhanová (1994, in Baumgartner, 2001) považuje za copingové strategie tři následující formy přizpůsobování se stresu:

- 1) Modifikace pozornosti, která se uskutečňuje dvěma různými způsoby, a to v podobě strategií odmítnutí či vyhnutí (vyhnutí ve formě náhrady – sport, hra, relaxace) a v podobě soustředění se na zdroj stresu.
- 2) Změna subjektivního významu událostí především vytvářením pozitivních emocí, jež mají za následek redukci tenze.
- 3) Modifikace směru aktuálního vztahu člověk-prostředí.

Orel (2009) rozlišuje strategie zvládání na zvládání akutního a chronického stresu. U akutního stresu je důležité, aby si jedinec uvědomil, že je ve stresu, soustředil se na konkrétní detail (např. správně dýchat) a minimalizoval dobu působení stresoru na minimum. Užitečné jsou také možnosti jedince jako odejít z prostoru, kde stres vznikl, mít dostatečné množství tekutin, zajistit dostatek vody a nečinit závažné rozhodnutí právě v době akutního stresu. V případě zvládání dlouhodobého chronického stresu existují komplexní programy, které zahrnují oblasti tělesné (práce s tělem a pohyby, správná vyvážená strava, fyzická aktivita), emocionální (ventilace potlačených pocitů), racionální (trénink kognitivních funkcí), sociálně-vztahové (činnosti ve vztahu s druhými lidmi) a přesahové (ty zahrnují otázky hledání smyslu života, cíle a rovnováhy).

Patelová (1994, in Kebza 2005) vytvořila deset doporučení, jak efektivně zvládat stres:

- 1) Uvědomění a následné rozpoznání stresu;
- 2) Vyhnutí se tomu stresu, jemuž se lze vyhnout;
- 3) Předvídání stresu;
- 4) Hodnocení stresu;
- 5) Osvojení si různých postupů relaxace, vizualizace a meditace;
- 6) Zvládání hněvu;
- 7) Osvojení si zásad asertivního chování;
- 8) Naučit se odpouštět;
- 9) Využívat změny pohledu na věc;
- 10) Využívat dostupné sociální opory.

Vedle copingových strategií, které jsou považovány za specifitější způsoby přístupu k vyrovnávání se se stresem či zátěží, existují i zvládací (copingové) styly, které můžeme chápat jako neměnné vzorce prožívání a chování člověka v zátěžových situacích, a zejména jeho tendence hodnotit situaci a reagovat na ni určitým způsobem (Paulík, 2017;

Urbanovská, 2010). Zvládací strategie jsou ovlivňovány přímo podmínkami situace samotné, osobnostní rysy a styly prožívání a chování naopak představují abstrakci vyššího řádu (Hanžlová & Mareš, 2009). Podle Urbanovské (2010) jsou zvládací strategie vrozené i získané, málo stabilní, velmi proměnlivé a jejich psychologickým základem je aktuální uvažování, myšlení, hodnocení a jednání. Naopak zvládací styly jsou převážně vrozené a jejich psychologickým základem jsou osobní dispozice a rysy. Jsou velmi stabilní, málo proměnlivé a chování jedince je málo závislé na kontextu a na zátěžové situaci, jednání jedince v konkrétní situaci je běžné a obvyklé. Paulík (2019) dodává, že zvládací strategie jsou oproti zvládacím stylům méně obecné a jsou více podmíněné učením konkrétních úkonů než copingové styly. Ve vztahu ke zvládacímu stylu můžeme strategie zvládání chápat spíše jako prostředek realizace, přihlížející k aktuálním psychosomatickým stavům jedince a k vnějším situačním podmínkám.

Křivohlavý (1994) rozlišuje tři druhy zvládacích stylů: vyhýbaní se stresu, stavění se na odpor stresu a sebeznehodnocující styl.

Hanžlová a Macek (2009) na základě faktorové analýzy stanovili tři zvládací styly: 1) aktivní coping, 2) znevažování a nadhled, 3) bezradnost a vzdání se. Aktivní coping můžeme charakterizovat jako komunikaci o problému a aktivní řešení daného problému s využitím sociální opory okolí. Jedinec, který používá znevažování a nadhled se o své problémy příliš nestará, nedělá si s nimi starosti nebo je dokonce může popírat a chová se tak, jako by vůbec neexistovaly. Jedinec používající zvládací styl bezradnost či vzdání se ví, že problémy existují, nechává se jimi zcela pohltit a ztrácí naději, že je může úspěšně vyřešit. Takový jedinec pasivně přijímá situace, má zcela pesimistické nahlížení na dané okolnosti, řešení problému vzdává.

Vzhledem k velkému množství různorodých definic pojednávajících o strategiích a stylech zvládání stresu na závěr této kapitoly níže přikládáme tabulku č. 1, která slouží k lepšímu vizuálnímu přehledu a shrnutí uvedených zdrojů týkající se právě strategií a stylů zvládání. Umožňujeme tak čtenáři lepší orientaci a shrnutí této poměrně rozsáhlejší podkapitoly. V prvním sloupci může čtenář najít autora/autory daného konceptu, v druhém je rok konceptu a třetí sloupec je věnován krátké definici hlavního tématu těchto autorů.

Tabulka 1: Stručný přehled autorů a konceptů

Autoři	Rok konceptu	Definice hlavního tématu
Lazarus a Folkmanová	1984	Strategie zaměřené na problém a strategie zaměřené na emoce
Carver, Schreirer, Weintraub	1989	Autoři metody COPE, vymezení 15 skupin copingových strategií
Amirkham	1990	Strategie zaměřená na problém a jeho aktivní řešení, strategie hledání opory, strategie vyhýbání se
Křivohlavý	1994	Ofenzivní a defenzivní strategie zvládnání Rozlišení tří druhů copingových stylů
Paulhanová	1994	Copingové strategie jako formy přizpůsobování stresu
Lazarus	1996	Rozlišení 4 strategií zvládnání – strategie netečnosti, vyhnutí se, napadení útočníka a posilování vlastních zdrojů energie/síly
Schwarzer	2001	Definice proaktivního zvládnání
Janke a Erdmannová	2003	Autoři SVF 78. Strategie zvládnání jako psychické pochody
Patelová	2004	10 doporučení, jak efektivně zvládat stres
Hanžlová a Macek	2009	Stanovení 3 zvládacích stylů – Aktivní coping, Znevážení a nadhled, Bezradnost a vzdání se
Urbanovská	2010	Rozdělení zvládacích stylů na vrozené a získané

2.4 Zdroje zvládnání

Jestliže jedinec hodnotí určitou situaci jako výzvu, ohrožení, nebezpečí nebo jakoukoliv možnou ztrátu, konfrontuje ji prostřednictvím svých copingových nebo zvládacích zdrojů. Baumgartner (2001) dělí copingové zdroje na:

- 1) Fyzické zdroje zvládnání – zdraví, vitalita, životní energie, síla a výdrž.
- 2) Sociální zdroje zvládnání – individuální jedincova sociální síť vztahů a podpůrný systém jako jsou nejbližší lidé, rodina, příbuzní, přátelé, partner, ale i kolegové a spolupracovníci v práci.
- 3) Psychologické zdroje zvládnání – pozitivní myšlení, schopnosti, dovednosti, zručnost, vlastní sebehodnocení a morální kvality jedince.

- 4) Materiální či instrumentální zdroje zvládnání – hmotné zabezpečení jako jsou peníze, majetek, vybavení domácnosti a další prostředky.

Hobfoll (1989) vytvořil model, který identifikuje čtyři druhy zdrojů zvládnání:

- 1) Objektivní zdroje – materiální zdroje, které definují sociální status jedince (dům, chata, automobil, spotřebiče).
- 2) Zdroje diferencovaně dostupné v rámci podmínek (spokojené manželství, funkční rodina, zdraví, pracovní doba a smysluplné zaměstnání).
- 3) Zdroje osobnostní (osobnostní vlastnosti a dovednosti), které podporují odolnost vůči stresu.
- 4) Energie zahrnující takové zdroje jako je čas, peníze a znalosti, životní elán a vitalita.

Tento model předpokládá, že jedinec se snaží získat a udržet důležité zdroje zvládnání a stres přichází, jestliže existuje hrozba ztráty těchto zdrojů nebo dochází k reálné ztrátě prostředků či investice zdrojů jedince neposkytuje očekávaný zisk (Hobfoll, 1989).

Copingové zdroje chápeme jako osobnostní charakteristiky, které jedinci pomůžou efektivně se vypořádat se stresory. Jedinec může čerpat jak z intrapersonálních – vnitřních zdrojů (osobnostní charakteristiky, schopnosti a dovednosti), tak i z extrapersonálních – vnějších zdrojů (sociální opora, finanční zdroje). Mezi tyto zdroje můžeme řadit osobnostní charakteristiky jako Rotterův Locus of Control, resilience neboli nezdolnost v pojetí Wernerové, nezdolnost v pojetí Antonovského (sense of coherence), hardiness v pojetí Kotasové, Bandurova vnímána osobní zdatnost (self – efficacy), Seligmanův naučený optimismus a pesimismus a naučená bezmocnost, dále také sebedůvěra a síla vlastního já, svědomitost, naučené zdroje síly, negativní afektivita, kladné sebehodnocení či smysluplnost života a smysl pro humor (Křivohlavý, 2001).

Vzhledem k rozsáhlosti jmenovaných koncepcí, které souvisí se zvládnáním stresových situací, níže uvádíme jen některé z nich.

2.4.1 Locus of Control

Rotter (1966) charakterizoval *Locus of Control* neboli místo kontroly jako očekávání a víru jedince v to, že prostředí, úspěch a odměny jsou ovládnány buď vnitřně (interně) jedincem samotným nebo zvnějšku (externě) nezávisle na něm. Jestliže jedinec vnímá úspěch či odměnu jako následek své vlastní akce, následek vlastních schopností, možností a

dovedností, označujeme jej za člověka s vnitřním místem kontroly, má důvěru ve vlastní síly při ovládní událostí a má víru v to, že může mít vliv na výsledky událostí. Pokud jedinec vnímá svůj úspěch jako výsledek štěstí, náhody, osudu či jiných okolností, označujeme jej za člověka s vnějším místem kontroly. Zde je očekáváno řešení situace zvnějška. Takoví lidé nejednají z vlastní iniciativy, postrádají důvěru ve vlastní síly při ovládní událostí a mají pocit, že chod událostí nemůžou ovládat či ovlivňovat. Z výzkumu Weissmana (1972) vyplynulo, že lidé s vnějším místem kontroly prožívají více stresu s doprovodnými pocity bezmocnosti a beznaděje než lidé s vnitřním místem kontroly. Externista přistupuje k řešení problémové situace zcela pasivně, zatímco internista zaujímá samostatný, aktivní a sebevědomý styl zvládní náročných životních situací a jsou lepšími manažery stresu.

2.4.2 Odolnost

Možnost kontrolovat okolní dění a pocit vlastního vlivu na jakoukoliv situaci je také jednou ze škál koncepce *Hardiness* neboli nezdolnosti jejíž autorkou je Kobasová (1979) a charakterizuje ji jako souhrnnou osobnostní dispozici, která je tvořena třemi vzájemně souvisejícími složkami osobnosti: kontrola, pojetí stresu jako výzvy, ztotožnění (osobní angažovanost). Ve vztahu k zvládní stresu jedinci a vysokou dimenzí kontroly a výzvy mají pocit vlivu a možnosti ovládat svůj život, důvěřují si a ve stresových situacích si zachovávají vnitřní stabilitu. Naopak lidé s nízkou mírou uvedených složek osobnosti si nedůvěřují a mají pocit, že nedokážou ovlivnit události kolem sebe (Hladký, 1993).

Dalším autorem, který přispěl koncepcí nezdolnosti v pojetí koherence, je Antonovsky (1979, in Li, 2015), jež formuloval osobnostní charakteristiku zvanou smysl pro integritu/kompaktnost (*Sense of Coherence – SOC*). Antonovsky konceptualizoval SOC jako globální orientaci, která ovlivňuje rozsah, v jakém jedinci vnímají svět jako srozumitelný, zvládnutelný a smysluplný. Lidé s vyšší hodnotou koherence disponují vyšší mírou pohody a životní spokojenosti a zvládají životní stres a náročné životní situace lépe než ti, kteří se v boji ze zátěží lehce vzdávají. Lidé s nižší hodnotou koherence častěji trpí úzkostí a příznaky poruch duševního zdraví, jako je deprese a schizofrenie. Jedinci se silným SOC se aktivně snaží řešit problémovou situaci a využívají strategie zvládní jako hledání sociální opory, v opačném případě jedinci se slabým SOC v náročných situacích volí strategii zvládní vyhýbání se zvládní stresových situací.

Neopomeneme zmínit i nezdolnost v pojetí resilience, kterou Wernerová charakterizuje jako pružnost, elasticitu, mrštnost či schopnost rychle se vzpamatovat. Jak

bylo uvedeno i u předešlých koncepcí nezdolnosti i zde jedinci, kteří disponují resiliencí, se dokážou rychle adaptovat na stresovou situaci, avšak studie nezdolnosti ukázaly, že resilience v jedné oblasti (např. ve škole, práci) neznamena automaticky nezdolný přístup i v jiných směrech (v mezilidských vztazích, v péči o vlastní zdraví) (Křivohlavý, 2001).

2.4.3 Sociální opora

Lazarus a Folkmanová (1984) uvádí, že sociální opora pomáhá člověku efektivně se vyrovnat s negativním vlivem stresové situace a má přímý vliv na redukci stresu. I Baumgartner a Adamková (2003) poukazují na pozitivní působení sociální opory na proces zvládnání. Jestliže má jedinec v těžké životní situaci přiměřené sociální zázemí, kde ví, že existuje někdo, na koho se může obrátit a spolehnout v případě nouze nebo když vyjadřuje spokojenost s přijímanou sociální oporou, pak se při řešení náročných stresových situacích přiklání k chování a jednání zaměřenému na aktivní řešení problému a neuchyluje se k hledání únikových cest. Křivohlavý (2001) rozlišuje čtyři druhy sociální opory. První je instrumentální opora, kde se jedná o poskytnutí finanční výpomoci, obstarání různých potřebných věcí či zařízení neodkladných záležitostí, které jedinec v tíživé životní situaci momentálně nemůže sám provést. Druhou je informační opora, kdy je postiženému jedinci dodána potřebná informace, poskytnutí rady. Třetí sociální oporou je emocionální opora prostřednictvím které, je jedinci v tísní poskytnuta emocionální blízkost (láska, soucit), laskavé jednání, naděje, náklonnost a jiné formy podání pomocné ruky v situacích, kdy člověk upadá do deprese, beznaděje a pocitů odcizení. Poslední oporou je opora hodnotící, kdy je jedinci sdělován respekt, přičemž je posilováno jeho kladné sebehodnocení a sebevědomí. Okolím je povzbuzován k autoregulaci a spadá sem tzv. sharing neboli společné sdílení těžkostí s daným jedincem a společné řešení těžkých úkolů.

2.4.4 Self efficacy

Bandura (1997) definuje *Self efficacy* neboli vnímání vlastní účinnosti jako sebedůvěra ve vlastní schopnosti o vlastní způsobilosti jednat a chovat se takovým způsobem, při kterém dochází k dosahování vytyčených cílů či zvládnutí těžké životní situace. Lidé s vyšší mírou self efficacy mají tendenci přistupovat k náročným situacím aktivním a vytrvalým způsobem a celkově se lépe psychologicky přizpůsobují stresovým životním změnám a okolnostem, oproti tomu jedinci s nízkou mírou přesvědčení o vlastní účinnosti mají tendenci nasměrovat větší energii na zvládnutí rostoucí emoční tísně.

2.4.5 Sebepéče

Na závěr kapitoly o zdrojích zvládnání uvádíme poměrně nový koncept Sebepéče, která má úzký vztah právě k duševnímu zdraví. Tento termín můžeme charakterizovat jako individuální aktivní proces záměrný na provádění těch aktivit, které podporují psychickou pohodu a celkové zdraví jedince. Sebepéče je zvláště důležitá v pomáhajících profesích, kde často hrozí syndrom vyhoření. Cílem sebepéče u takovýchto profesí není pouhé přežití a vyhnutí se negativním důsledkům psychické i fyzické zátěže, ale naopak zaměření se na zvýšení psychické odolnosti (Pospíšilová, 2019). Lee a Miller (2013) rozdělují sebepéči na osobní a profesní. Přičemž do osobní sebepéče spadají faktory jako sebepéče fyzická (fyzické aktivity, zdravá a vyvážená strava, intimita, prevence onemocnění a spánek), emoční (aktivní řešení problémů, udržení pozitivního sebeobrazu, všímavost vůči spouštěčům stresu), sociální (udržování interpersonální komunikace a kontaktů s blízkými osobami, budování sociální opory), spirituální (meditace, modlitby, relaxace, trávení volného času v přírodě, víra) a volnočasová (kreativní tvorba, relaxace a odpočinek). Druhou vymezenou dimenzí je profesní sebepéče, kam spadají faktory péče o pracovní vytížení (vědomá kontrola pracovního vytížení – např. regulace pracovních přestávek, dovolených), pozornost vůči vlastním reakcím (uvědomování si vlastních reakcí vůči pacientům, klientům i spolupracovníkům, k tomu pomáhá supervize, debriefing), profesní sociální podpora (zdroje povzbuzení a konstruktivní zpětné vazby, předávání zkušeností), profesní rozvoj (celoživotní vzdělávání v oboru, účasti na seminářích, konferencích a jiných vzdělávacích akcích) a revitalizace (příjemné pracovní prostředí, pozitivní ohodnocení pracovníků).

3 SESTRA A JEJÍ PROFESE

Činnost sester a poskytování zdravotní péče patří mezi regulované činnosti, u kterých právních předpisy určují kdo, kde a za jakých podmínek ji vykonává. Zákon o zdravotních službách stanovuje, že zdravotní péči mohou poskytovat zásadně jen poskytovatelé zdravotních služeb, ve zdravotnických zařízeních a prostřednictvím kvalifikovaných zdravotnických pracovníků či jiných odborných pracovníků. Povolání sestry je zvláště regulováno zákonem o nelékařských zdravotnických povolání, který stanovuje, které osoby lze považovat za všeobecné zdravotní sestry na území ČR (Zákon č. 372/2011 Sb., § 2). Odborná způsobilost se na území ČR získává absolvováním zdravotnických akreditovaných oborů vysokých škol, oborů vyšších a středních zdravotnických škol nebo absolvováním akreditovaných kvalifikačních kurzů (Prošková, 2013, in Vévoda et al., 2013). Od roku 2017 se změnilo požadované vzdělání pro vykonávání profese zdravotnického personálu. Původní zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních požaduje, aby zdravotní sestry a všeobecní ošetřovatelé absolvovali tříleté studium bakalářského typu na vysoké škole nebo tříleté studium na vyšší odborné škole. Od roku 1.9. 2017 nabývá na účinnosti zákon č. 201/2017 Sb. a mění se takt podmínka získání specializace Všeobecná zdravotní sestra pro dosavadní praktické sestry (dříve zdravotnický asistent). Tyto osoby mají od tohoto roku možnost nastoupit do zkráceného studia na vyšší odborné škole, které může trvat pouze 1–2 roky (Sbírka zákonů, 2017). Profese sestry je psychicky i fyzicky náročné povolání. Pro ošetřovatelskou práci je specifické, že objektem práce je zde nemocný člověk. Zdravotnický personál vstupuje u lidí do nejintimnějších zón a získává citlivé informace. Činnosti ošetřovatelské péče jsou prováděny u člověka, který potřebuje a očekává kvalitní pomoc. Profese zdravotní sestry je zaměřena na aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb člověka v oblasti biologické, sociální, psychické i spirituální, zaměřuje se jak na zdravého, tak i nemocného jedince a snaží se pomoci jednotlivcům, rodinám, skupinám, aby byli schopni co nejdéle samostatně uspokojovat své potřeby. V moderní společnosti má poskytování ošetřovatelské péče nezastupitelnou roli. Cílem této péče je upevňovat či navracet zdraví jako nejvyšší hodnotu lidského života (Burda & Šolcová, 2015).

Vyspělé země se v současné době snaží udržet obraz zdravotní sestry jako profesionálního, samostatného člena multidisciplinárního týmu podílejícího se na udržení ošetřovatelské péče na nejvyšší úrovni. Pro udržení image zdravotní sestry je důležitý nejen interní pohled sester na sebe sama a na své povolání, ale i externí image neboli představa,

kteřou o roli sester zastává laická veřejnost, masmédia, politici, lékaři a další. Mezi faktory, které přímo či nepřímó ovlivňují image sestřý patří verbální i neverbální komunikace, přístup k pacientovi – chování vyjadřující respekt, ochotu a empatii, způsoby, jakým sestřý naslouchají a vnímají, svými reakcemi (profesionálním, neprofesionálním chování, nezdravé sebevědomí), dále také získávání vyšší odbornosti a sebezviditelnění prostřednictvím aktivního zapojení na sympoziích, seminářích či kongresech (Plevová, 2011).

3.1 Osobnost sestřý

Osobností můžeme chápat konkrétního jedince s jeho duševními i jinými vlastnostmi. Každý z nás je tedy v tomto chápání osobností jedinečnou, neopakovatelnou a odlišnou od všech jiných. Každá osobnost má řadu různých vlastností, které jsou více či méně významné. Některé jsou stále přítomné a některé se naopak projevují jen ve specifických situacích, které právě teď prožíváme (Atkinson, 2003). Během vykonávání své profese se sestřý dostávají do situací, kdy se musí rychle a správně rozhodovat, jelikož na jejich jednání závisí život pacienta. K takovému rozhodnutí sestřý dospívají pomocí všech dostupných informací, nejen zcela objektivních jako jsou znalosti a naučené dovednosti ale i těch, které jsou získány na základě emočního prožívání jedince (Heydari, Kreshki, & Armat, 2016). Osobnostní charakteristiky zdravotní sestřý jsou pro výkon profese, kterou dělá, velmi podstatné. Podobně jako u policistů či hasičů práce zdravotníka v urgentním oboru výrazně překračuje podmínky běžného zaměstnání a situace se kterými je zdravotnický pracovník konfrontován jsou často velmi obtížné, a to nejen fyzicky, ale především psychicky. Zdravotník se s náročnými událostmi setkává opakovaně a jsou takřka nedílnou součástí jeho profese (Humpl, Prokop, & Tobiášová, 2013).

Mezi typické rysy osobnosti pracovníka v urgentních oborech patří orientace na činnost – tedy potřeba být aktivní, vysoká odolnost vůči zátěži, schopnost vnímat detaily, potřeba okamžitého ocenění a stimulace, akceptování i vysokého rizika a vnitřní nastavení, motivace jedince (Šeblová, Kebza, Vignerová, & Čepická, 2009). Důležitým předpokladem sestřý je schopnost kritického myšlení, které je cílené, orientované na výsledek, je řízeno potřebami pacienta. Zdravotníci disponující kritickým myšlením jsou proaktivní, přizpůsobiví a realističtí, berou v úvahu pravidla logiky, znají své limity, mají smysl pro týmovou práci, jsou otevřeni, poctiví sami k sobě i k ostatním, výborně komunikují, také disponují smyslem pro humor, kreativitou a smyslem pro spravedlnost a aktivně přemýšlejí (Lipe & Beasley, 2004). Mezi klíčové charakterové vlastnosti patří duševní vyrovnanost a

schopnost sebeovládání. Zdravotník by měl na pacienty působit klidně, měl by dokázat zodpovědně řešit zadané úkoly, mít dostatečnou míru sebekritičnosti, schopnost porozumět ostatním a jejich problémům, klidně vystupovat s uměním pohotové reakce. V jejich práci musí převládat emocionální neutralita, tedy mít pod kontrolou své emocionální projevy a poskytovat kvalitní péči všem pacientům bez rozdílu. Jednání zdravotníka by mělo být čestné, upřímné a schopnost přiznat si chybu je zde také na místě. Nezbytné pro úspěšný výkon povolání sestry je znát zásady efektivní komunikace, tedy být ochoten vstřebávat nové informace. Nutností je také zvládnutí veškeré odborné ošetrovatelské činnosti vycházející z odborných znalostí, je nutné dodržovat přesně dané postupy. Pro zkvalitnění a zjednodušení práce se zdravotníci musí naučit pracovat s novou technikou. Zdravotník se musí umět vcítit do stavu nemocného, je nutné odložit veškeré předsudky a vlastní zájmy, musí vynaložit snahu o porozumění emocím a postojům pacienta a pochopit projevy, reakce a chování nejen pacienta, ale také svých kolegů a nadřízených (Burda & Šolcová, 2015; Zacharová, 2017). Nesmíme také zapomenout na povinnost mlčenlivosti před ostatními nemocnými i před veřejností. Povinná mlčenlivost je dána zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Kromě pracoviště nesmí sestra hovořit ani o chorobách, kterými trpí svěřeni pacienti, ani o osobních věcech, se kterými se jí svěřili. Sestry se musí naučit si vzájemně sdělovat pouze to, co je v zájmu pacienta, přičemž tento zájem je vázán na efektivitu diagnostického, léčebného či ošetrovatelského procesu. Zdravotnický personál je povinen zachovávat tzv. lékařské tajemství a za porušení této povinnosti může dojít i k zákazu vykonávání povolání zdravotnického pracovníka. Sestra své kompetence a odbornost tak nemůže promítat pouze do ošetrovatelské péče, ale musí vystupovat jako odborník vůči celé veřejnosti (Staňková, 1996; Plevová, 2019).

Všechny uvedené aspekty v této podkapitole vyžadují sebekritickou kontrolu vlastního jednání. Určitý profesionální odstup by měl jít ruku v ruce společně s pochopením a soucitem s trpícím člověkem. Sebevýchova zdravotnického pracovníka by měla směřovat k osobnosti harmonické, vyrovnané s dostatek odborných znalostí k výkonu této zodpovědné profese (Zacharová, 2017).

3.2 Role sestry

Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce. Staňková (2002) charakterizuje role sestry při výkonu povolání, které se navzájem prolínají:

- Sestra pečovatelka – tato role je spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče.
- Sestra edukátorka nemocného a jeho rodiny – touto rolí se sestra podílí především na upevňování zdraví a prevenci jeho poruch, rozvoji soběstačnosti osob s porušeným zdravím a předcházení komplikacím. Pomáhá jak nemocným, tak jejich blízkým lépe se orientovat v jejich stavu a naučit se žít relativně spokojeně s dlouhodobým onemocněním, také pomáhá na nácvičku potřebných praktických dovedností (aplikace inzulínu, ošetrování ran).
- Sestra obhájkyň nemocného – v situacích, kdy nemocný není schopen projevit své potřeby, přání a problémy, stává se sestra jeho mluvčím, jelikož v průběhu ošetrovatelského procesu jej má dobře poznat.
- Sestra koordinátorka – tato role tkví v plánování a realizaci ošetrovatelské péče, kdy sestra úzce spolupracuje na její realizaci s ostatními členy zdravotnického týmu.
- Sestra asistentka – sestra se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči, připravuje nemocného k vyšetření, asistuje při něm a zajišťuje různé terapeutické činnosti, které jsou ordinovány lékařem.
- Sestra výzkumnice – sestra se podílí na využívání nových poznatků z oboru ošetrovatelství, spolupracuje nebo vede rozvojové projekty, podílí se na tvorbě standardů ošetrovatelské péče, získává a využívá nové informace.

Mellanová, Čechová a Rozsypalová (2014) definují čtyři důležité rolové znaky v profesi sestry. Prvním je funkční specifita vyjadřující nutnost formální a faktické odborné kompetence pro výkon povolání. Druhým znakem je sociocentrismus neboli kolektivní orientace, což znamená, že sestra při své práci nevychází ze svých zájmů či potřeb, nýbrž zcela z potřeb nemocného jedince. Tento znak je nezbytný pro úspěšné zvládnutí role sestry. Blízké pojmy tohoto přístupu jsou také nezištnost, schopnost sebezapření a výrazná motivace vykonávat povolání sestry. Třetím rolovým znakem je tzv. univerzalismus, jehož předpokladem je skutečnost, že sestra je schopna zaujmout svou roli vůči pacientům bez ohledu na vlastní osobní postoj k nim. To se také očekává ve vztahu ke svým spolupracovníkům. V této profesi je mnohdy nutné jisté „odosobnění“, jelikož nikdy nelze vyloučit sympatie a antipatie vůči nemocnému. Posledním rolovým znakem je emocionální neutralita, jedna z důležitých osobnostních vlastností zdravotnického pracovníka,

vyjadřující očekávání, že sestra je schopna svou emocionalitu podřídit rozumové kontrole. Profese sestry, jak už bylo zmíněno, je nesmírně psychicky náročná a vyvolává mnohdy intenzivní až trvalé napětí. Existují zde situace, kdy sestra nesmí propadnout panice a zmatku a začít se chovat takovým způsobem, že by nemohla vykonávat a plnit svou funkci. Právě emocionální neutralita umožňuje výkon profese bez vnitřních i vnějších konfliktů.

3.3 Stres v profesi sestry

Pracovní stres může být chápán jako fyzický a emocionální výsledek, kterého je dosaženo, je-li rozdíl mezi pracovními požadavky a množstvím kontroly a autonomie, kterou má jedinec při plnění pracovních požadavků. Je znakem toho, že požadavky kladené na jedince překročily jeho osobní zdroje – jak emocionální, tak fyzické, ekonomické, sociální či spirituální) a dochází tak k frustraci a vyčerpání (Lambert & Lambert, 2008). Zdravotníci jsou vystaveni početnému množství stresových situacích, které pochází jak ze strany pacientů, tak z povahy prováděných úkonů, z prostředí, ve kterém provádějí svou profesi, z nedostatečného uznání práce, ale také i ze špatné organizace práce. Pracovní stres má za následek pokles kvality profesionálního výkonu, snížení osobní pohody a spokojenosti všeobecných sester, také zvyšuje stagnaci a absenci sester v zaměstnání (Gomes, Santos, & Carolino, 2013). Kato (2014) také uvádí, že práce sester ve stresujícím prostředí má za následek zhoršenou kvalitu péče, kterou poskytují všeobecné sestry pacientům a také má negativní vliv na zdraví, blaho a adaptaci všeobecných sester.

Podle autorů Onan, Işıl, a Barlas (2013) bývají nejvíce stresující pracoviště onkologická oddělení. Nejčastějšími stresory zde jsou situace spojené s informováním pacienta a jeho rodiny o průběhu onemocnění, léčbě, prognóze a veškerých vedlejších účincích spojených s léčbou, dále to také bývá závislost pacienta, zklamání při léčbě, monitorace bolesti, neschopnost adekvátní komunikace a častá úmrtí. Oproti těmto názorům pokládají autoři Li a Lambert (2008) za nejvíce stresující pracoviště jednotky intenzivní péče, kde je větší kumulace kriticky nemocných pacientů vyžadující specializovanější práci. Sestry zde musí být pohotovější a mají větší zodpovědnost. Spolu s oddělením anesteziologie a resuscitace je na jednotkách intenzivní péče rychlost a intenzita péče o pacienty vyšší než na ostatních odděleních. Nejčastějšími stresory je zde setkání se smrtí a umíráním, nedostatek podpory, konflikty s nadřízenými či kolegy nebo lékaři, nedostatečná příprava, nízká kontrola práce a vysoké pracovní nároky.

Práce v oblasti urgentní medicíny je vnímána nejen samotnými zdravotnickými pracovníky, ale také veřejností jako velmi náročná a stresující. Mimo jiné je také charakterizována opakovanými expozicemi kritickým událostem, které u některých jedinců mohou vyústit až v psychologickou morbiditu v souvislosti se zaměstnáním. Může dojít k rozvoji akutní stresové reakce nebo dokonce i k posttraumatické stresové poruše. Zdravotníci jsou vystaveni také chronickým stresorům, které působí dlouho a soustavně a mají neblahý vliv nejen na psychiku jedince, ale také na jeho rodinný a sociální život. Mezi tyto dlouhodobě působící stresory můžeme zařadit nedostatek sociální opory a sociální vazeb na pracovišti jak v horizontální tak ve vertikální úrovni, dále nedostatečná informovanost a selhávající komunikace v organizaci, negativně působí také nepravidelnost pracovního režimu, nárazovost práce s minimální možností plánování i ovlivnění, stresově působí vysoká zodpovědnost zdravotníka, vysoké nároky na schopnosti rozhodování, nutnost potlačen emocí v zájmu zvládnutí veškerých pracovních povinností, minimální autonomie pracovního procesu, absence pozitivní zpětné vazby, ocenění. Řada dlouhodobých stresorů má negativní dopad nejen na pracovní výkon jedince, ale také na jeho spánkový vzorec (Šeblová, Kebza, Vignerová, & Čepická, 2009). Van der Colff a Rottmann (2009) rozdělili stresory do tří skupin, a to stresory osobní, mezilidské a pracovní. Mezi osobní stresory patří neschopnost řídit vlastní domácnost a neschopnost organizace své práce. K mezilidským stresorům patří interpersonální vztahy s lékaři, nadřízenými a spolupracovníky a mezi pracovní stresory řadí dlouhou pracovní dobu, pracovní zátěž, moderní technologie a nedostatek samostatnosti neboli autonomie.

Venglářová (2011) rozděluje zátěže v práci sestry na ty, které se týkají:

- a) Zátěže z pracovní činnosti;
- b) Zátěže plynoucí z odlišnosti diagnóz ošetrovatelských pacientů;
- c) Zátěže týkající se osobnosti zdravotníků.

Zátěže vztahující se k podmínkám pracovní činnosti dále dělíme na fyzické, chemické a fyzikální, kam spadá statické zatížení (asistence u lůžka, stání při přípravě medikamentů, infuzí), zatížení páteře (při zvedání, polohování pacientů), zatížení svalového, cévního a kloubního systému, setkávání se s nepříjemnými podněty jako například exkrementy, otevřené a hnisající rány, různé zápachy, vyrážky, dále větší riziko infekce, narušení spánkového rytmu při střídání směn, kontakt s léky, dezinfekčními přípravky, pomůckami (bezpečnostní opatření – rukavice). Mezi zátěže psychické, emocionální a sociální můžeme řadit nároky na kognitivní funkce jako je pečlivé sledování (sledování stavu

pacientů, přístrojů, ordinací lékaře), neustálá pozornost, rychlé přepojování pozornosti mezi jednotlivými činnostmi, pružné reagování na různorodé požadavky a změny, velká zodpovědnost za výsledky či následky vlastní práce, nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací, vyrovnávání se s pocity bezmoci. Nepříjemné pro zdravotnický personál může být také působení bolesti druhým lidem, komunikace s příbuznými pacientů, konflikt rolí a nízké či vůbec žádné ohodnocení náročné práce (Venglářová, 2011). Požadavky na práci přesčas a o víkendech či svátcích zasahují také rodinný život sester. Mnohdy se dostávají do konfliktu rolí, kdy jisté nároky ze strany profese nelze uspokojit, aniž by tím trpěla alespoň částečně rodina nebo naopak určité nároky rodiny není lehké uspokojit, aniž by při tom netrpěla profese sestry. To vede ke konfliktu rolí a upřednostnění potřeb druhých před svými může v jedinci vzbuzovat pocity viny a výčitky vzhledem k nedostatečnému trávení voleného času s vlastní rodinou – konflikt mezi pérováním o „vlastní a cizí“. Nehledě na skutečnost, že náročný životní styl sester také bere čas i energii na vlastní koníčky (Bartošíková, 2006). Veškeré výše uvedené stresory se odráží na psychice daného jedince, můžou postupně vést k pocitům únavy a emočnímu vyčerpání, pocitům fyzické vyčerpanosti a možným výskytům psychosomatických nemocí. Souhrn těchto negativních stavů je označován jako burn out syndrom neboli syndrom vyhoření hrozící právě sestrám jakožto pracovníkům v pomáhajících profesích. Zdravotník z hlediska emočního vyčerpání postupně „ztrácí kapacitu pro lidi“, nemá chuť se vžívat do pocitů jiných, začíná se emočně distancovat, ztrácí citlivost vůči ostatním, reaguje podrážděně, necitlivě až nepřátelsky a vytrácí se radost z kontaktu s lidmi nejprve v práci a postupně se to přenáší i do osobního života. Z pohledu psychického vyčerpání se často objevují poruchy soustředění, zapomnětlivost, uhýbání před dalšími úkoly, dochází k útlumu celkové aktivity, snižuje se spontaneita jedince a jeho kognitivní funkce upadají do stereotypu. Vytrácí se smysl vykonávané práce a mohou se objevit i suicidální myšlenky. Syndrom vyhoření postihuje i tělesnou stránku a projevuje se především nedostatkem energie, svalovými bolestmi, chronickou únavou a změnou stravovacích návyků a spánkového rytmu. Časem se hostilní projevy promítají i do sociálních vztahů, zvláště do okruhů spolupracovníků a rodiny. Dochází k celkovému útlumu sociability, převažuje lhostejnost, apatie a nezájem o druhé. Časté jsou také pocity depersonalizace, bezmoci a beznaděje, deprese a také snížení pracovního výkonu, které je spojeno s pocit nedostatku vlastní kompetence a úspěšnosti v práci, což se projevuje neefektivností, nedosahováním stanovených cílů a nespokojeností se sebou samotným (Bartošíková, 2006).

Jak již bylo uvedeno, stresorem pro sestry je i značný stres z přenosu nákazy během léčby infikovaných pacientů. Nejčastěji se jedná o virové hepatitidy a syndrom získaného imunitního deficitu neboli AIDS (Kane, 2009).

Aktuální a naléhavou hrozbou pro globální zdraví představuje nová koronová virová nemoc SARS-CoV-2 (známá spíše pod názvem COVID 19), která byla poprvé identifikována v Číně v prosinci 2019. V současné době jsou zdravotnická zařízení doslova zaplavena aktivitami spojenými s kontrolou této pandemie. Na zdravotnické pracovníky jsou kladeny přísné bezpečnostní opatření jako povinné nošení ochranných pomůcek, pravidelné a důkladné čištění rukou dezinfekčními prostředky, minimalizace dotyků v oblasti očí, nosu a úst, dodržování fyzického odstupu. Zdravotníci se tak řadí do vysoce rizikových skupin onemocnění koronavirem SARS-CoV-2. Literatura zaměřená na propuknutí SARS před více než 10 let naznačovala, že zdravotničtí pracovníci jsou nejen vystaveni vysokému riziku nákazy, ale také vyššímu riziku vzniku úzkosti, deprese a stresu během těchto pandemií (Wu et al., 2005). Podle systematického přehledu 13 kvalitativních studií Fernandez et al. (2020) zmiňuje stres a úzkost jako dominantní zkušenosti sester během pandemie. Doprovodnými emocemi bývá také hněv a pocity frustrace. Rajkumar (2020) zmiňuje úzkost, depresi a stres jako běžné psychologické reakce na pandemii SARS-CoV-2, avšak frustrace a hněv zde nezahrnuje. Většina hněvu a pocitů frustrace zdravotnického personálu vyplývá z vnímané nedostatečné připravenosti ze strany managementu nemocnic. I Ornell et al. (2020) dodává, že zdravotníci, kteří pracují v izolačních jednotkách, a nemocnice nejsou vyškoleni v poskytování duševní podpory během pandemie. Rajkumar (2020) také zmiňuje poruchy spánku způsobené úzkostí, patrný je také běžný nedostatek motivace k výkonu práce což může naznačovat depresivní symptomatiku. Ornell et al. (2020) řadí mezi další negativní aspekty, které sebou nese pandemie SARS-CoV-2, je strach z infekce a případného úmrtí, také strach z infikování vlastní rodiny či přátel. Stres zdravotníků plyne také z chaosu na oddělení, neustále měnících se podmínkách a nařízeních vlády a z nedostačené informovanosti zdravotnického personálu.

Pandemie SARS a MERS neměly však celosvětově tak výrazný dopad jako SARS-CoV-2. Dotyčné dopady na životní spokojenost a blahobyt během pandemie jsou navíc často opomíjeny a podceňovány, protože důraz se obvykle klade na prevenci, útlum a léčbu nemoci (Ornell et al., 2020). Pfefferbaum a North (2020) předpokládají, že během pandemie SARS-CoV-2 jsou zdravotničtí pracovníci obzvláště citliví na emoční distres. Proto je důležité zaměřit pozornost na emocionální a psychické dopady pandemie na zdravotnické

pracovníky, aby bylo možné určit jejich duševní pohodu, vnímání situace a emoční zvládnání stresových událostí.

Na závěr, aby čtenáři nenabyli dojmu vzhledem k množství uvedených cizojazyčných zdrojů v této podkapitole pojednávající o stresu v profesi sestry, že v českém prostředí není tomuto tématu věnována patřičná pozornost, považujeme za důležité uvést výčet či přehled publikací – výzkumů v lékařských časopisech, diplomových a bakalářských prací, článků v medicínské oblasti, které poukazují na fakt, že zájem o toto téma u nás je, a to v hojné míře. Pro následný výčet publikací byla použita klíčová slova *Zdravotní sestra* a *Stres* na platformě *Google Scholar* v rozmezí od roku 2010 do roku 2021. Přibližný počet vyhledaných prací je 14 800. Níže uvedená tabulka č. 2 obsahuje výčet pár autorů a jejich prací, tím odkazujeme zájemce o téma stresu u zdravotnického personálu na tyto zdroje v českém prostředí.

Tabulka 2: Stručný přehled českých odkazů

Oblast tématu	Autor a práce	Rok
Stres v práci zdravotní sestry	Křivohlavý – Sestra a stres	2010
	Vodičková – Stresové faktory v práci zdravotní sestry	2010
	Dvořák – Stres a jeho zvládnání u pracovníků pomáhajících profesí	2015
Syndrom vyhoření	Levová – Syndrom vyhoření v práci zdravotní sestry	2013
	Dohnalová – Syndrom vyhoření u zdravotních sester	2011
	Šeblová – Syndrom vyhoření ve zdravotnictví	2013
Strategie zvládnání	Romanova – Copingové strategie v profesi zdravotní sestry	2018
	Janků – Copingové strategie v profesi zdravotní sestry	2017
	Cardová – Copingové strategie u sester v praxi	2019
	Hyxová – Coping v práci sestry	2015
Životní styl sester	Česáková – Zdravý životní styl všeobecných sester	2020
	Štřelcová – Diskomfort sester při utváření životního stylu	2016
	Müllerová – Zdravý životní styl všeobecných sester	2017
Zdravotní sestra a psychická zátěž	Bayarmagnai – Psychická pracovní zátěž vybrané skupiny všeobecných sester	2020
	Hrkalová – Psychická zátěž všeobecné sestry	2015
	Škorpíková – Psychická pracovní zátěž u všeobecných sester	2014

3.3.1 Onemocnění související s prací sestry

Nemoci z povolání jsou podle legislativy platné v ČR onemocnění, která vznikají nepříznivým působením škodlivých vlivů pracovního prostředí a zároveň která jsou uvedena v platném seznamu nemocí z povolání. U všeobecných sester nemoci z povolání tvoří pestrou paletu. Mezi kožní onemocnění nejčastěji patří alergické kontaktní dermatitidy, které vznikají po opakované expozici alergenu. Nejčastější příčinou jsou dezinfekční prostředky, lokální terapeutika, zásypy, pryskyřice, nikl obsažený v nástrojích, antibiotika či latex (pryž). Příčinou nejsou pouze ochranné ošetrovatelské rukavice, ale latexové močové cévky. Jako nemoc z povolání jde považovat i iritační dermatitida neboli poškození kůže z podráždění. Nejčastější příčinou tohoto onemocnění jsou dezinfekční prostředky. Mezi onemocnění způsobená fyzikálními faktory patří především syndrom karpálního tunelu, který je uznáván především u rehabilitačních pracovníků, zubních laborantů, pomocného ošetrujícího personálu, ale také i u všeobecných sester. Dalším onemocněním souvisejícím s vykonáváním profese sestry jsou alergická onemocnění dýchacího systému jako průduškové astma a alergická rýma. Nejčastěji jsou vyvolávány především antibiotiky, dezinfekčními prostředky, očkovacími látkami. Naprostou většinu případů nemocí z povolání však tvoří infekční onemocnění. Mezi častá infekční zánětlivá onemocnění patří svrab, který se vyskytuje zvláště u všeobecných sester pracujících na geriatrických a psychiatrických odděleních, v léčebnách dlouhodobě nemocných a v zařízení sociální péče. Druhé místo zastávaly případy infekční žloutenky. Ostatní infekční onemocnění jako chřipka, tuberkulóza, salmonelóza či herpetické onemocnění jsou uznávány jako nemoci z povolání sporadicky (Vévoda et al., 2013). V současnosti je velké nebezpečí respiračních onemocnění, které jsou způsobeny koronavirem známým pod názvem SARS-CoV-2. V březnu 2020 vyhlásila WHO SARS-CoV-2 za globální pandemii. Propuknutí této epidemie sebou klade na zdravotní systémy mnoha zemí po celém světě bezprecedentní požadavky (Wolka et al., 2020).

3.3.2 Strategie zvládnutí stresu v profesi sestry

Jak již bylo uvedeno v předchozí samostatné kapitole pojednávající o problematice strategií zvládnutí zátěžových situací, copingem neboli zvládnutím se rozumí zvládnutí působícího vnitřního či vnějšího stresoru neboli nasazení všech sil k boji, abychom zvládli nadlimitní zátěž.

Sestry často používají různé strategie zvládání. Podle Lamberta a Li (2008) mají sestry obecně tendenci používat copingové strategie, které jsou zaměřené na problém (řešení problému, pozitivní přehodnocení, plánování), jedná-li se o problémy spojené s výkonem práce. Strategie zaměřené na emoce jako vyhýbání se, únik/distancování, popření, rozptýlení či humor používají v rámci problémů týkající se rodiny či vlastního zdraví.

Mezi pozitivní a efektivní strategie se řadí funkční strategie jako je aktivní řešení problémů a pozitivní přehodnocení (Görgen, Hiller, & Witthöft, 2014). Také Kourakos (2017) zjistil, že ošetřující personál má tendenci často využívat pozitivní přehodnocení a pozitivní aktivní přístup k řešení zátěžové situace. Deklava et al. (2014) zjistili, že vedoucími zvládacími strategiemi mezi sestrami bylo aktivní řešení problémů, sebeovládání, pozitivní přehodnocení, přijetí zodpovědnosti a hledání sociální opory, zatímco nejnižší hodnoty byly zobrazeny ve dvou strategiích, a to úniku a vyhýbání se.

Mezi neefektivní strategie zvládání patří užívání návykových látek, kam řadíme kromě alkoholu i různá hypnotika a anxiolytika, ke kterým mají právě zdravotníci prakticky největší přístup. Kromě uvedených látek zde můžeme řadit i nadměrnou spotřebu kávy a tabáku, která vede ke zvýšení zátěže především v oblasti kardiovaskulárního systému. Právě nadužívání návykových látek je palčivým problémem této profese (Venglářová, 2011). Další neefektivní strategií je únik, kdy při nedostatečném zvládání pracovní zátěže jedinec uniká do další práce nebo se úplně vyhýbá pracovním povinnostem (Görgen, Hiller, & Witthöft, 2014). Formou neefektivní strategie rozumíme i projevy agrese a obviňováním druhých, okolností či „osudu“. Agresivní chování vede k oslabení zdroje sociální opor, která je velmi důležitá při zvládání stresových situací. Neúspěšný boj se stresem může vést také k naučené bezmocnosti, kdy člověk dochází k přesvědčení, že mu nic v zátěžové situaci nepomůže (Venglářová, 2011). Ribeiro et al. (2015) dospěli k názoru, že významným parametrem ve volbě zvládacích strategií je i pohlaví. U mužů existuje větší pravděpodobnost, že si zvolí unikové strategie než ženy. Muži jsou také hádavější a agresivnější než opačné pohlaví.

Pro řešení interpersonálních konfliktů navrhl Kato (2014) tři strategie zvládání – distanční zvládání problémů, přehodnocení a konstruktivní zvládání, kdy distanční zvládání usiluje o poškození, narušení nebo rozpuštění stresujícího vztahu. Využívá se zde především ignorování osoby nebo vyhýbání se kontaktu s ní. Může však poškodit či zhoršit interpersonální vztahy a způsobit tak psychické nebo fyziologické potíže jako depresivní symptomy, úzkosti a psychické vyčerpání. Přehodnocení zahrnuje trpělivost a úsilí a souvisí se snahou o změnu či zlepšení dané situace. Konstruktivní coping klade důraz na

respektování druhých, zahrnuje aktivní snahu o pochopení pocitů ostatních, což vede ke zlepšení a udržení harmonických vztahů s pacienty i kolegy na pracovišti.

Pro zvládání stresových situací je důležitá i psychická pohoda, kterou Ryffová se Singerem (2006) vymezili šesti základními dimenzemi, kam spadá sebezpřijetí (pozitivní sebeúcta), pozitivní vztahy s ostatními (schopnost milovat a vcítit se do druhých lidí), osobní růst (seberealizace), smysl života (jasné pochopení účelu života, cílesměrnost), autonomie (nezávislost, sebeurčení) a zvládání prostředí neboli schopnost měnit okolní svět prostřednictvím duševních a fyzických aktivit. Loukazehed a Bafroii (2013) dodávají, že efektivní zvládání stresových situací vede k pozitivním výsledkům jako je štěstí, životní spokojenost, osobní pohoda, osobní rozvoj a má také dopad na celkovou pracovní výkonnost.

3.4 Supervize

Smysl profese zdravotní sestry není jednoznačný. Jde o poskytování pomoci, přičemž zpětná vazba, informace o úspěšnosti jejího působení není vždy dosažitelná. Výsledky pracovní činnosti zdravotní sestry jsou mnohdy málo zjevné a mají charakter dlouhodobé perspektivy. Hodnota vykonané práce je takřka nevyčíslitelná a možná proto je i nedostatečně oceněna okolím. Pracovní úspěch se zde často měří morálními a duchovními hodnotami, což může vést k hrozbě vyhoření u zdravotnického personálu (Venglářová, 2011). Důležitou prevencí před syndromem vyhoření a jeho negativními aspekty je supervize neboli proces či setkávání za účelem reflexí zážitků a zkušeností z práce s pacienty. Pro oblast ošetrovatelství je považován za velmi vhodný integrativní přístup k supervizi, kde je kladen hlavní důraz na zodpovědnost pracovníka za jeho pracovní postupy a za dodržování etických principů své profese. Supervizor pomáhá procesu porozumění vlastním pocitům i pocitům druhých, procesu hledání řešení odborných problémů a vyhodnocování dalšího vedení práce. Při supervizi jsou obsahem rozhovorů situace, které zdravotníci zažívají ve své praxi a nejedná se pouze o zátěž způsobenou přímým kontaktem s nemocným, bolestí a stresem, ale i zátěž způsobenou problémy ve vedení týmu, úskalí spolupráce s kolegy a vztah lékař-sestra. Supervizor nabízí pracovníkům pohled zvenčí a přináší své zkušenosti a doporučení (Venglářová, 2013).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Teoretická část této práce, která si klade za úkol obeznámit čtenáře s problematikou stresu, možnostmi jeho zvládnání a profesí zdravotní sestry, je za námi a nastal čas věnovat se výzkumu jako takovému. V následujících kapitolách budou čtenáři obeznámeni s hlavními výzkumnými cíli a statistickými hypotézami.

O stresu, strategiích zvládnání a duševním zdraví zdravotnického personálu existuje nepřehledné množství studií a výzkumů, které prozkoumávaly oblasti a vztahy, souvislosti mezi nimi. V teoretické části jsme nastínili, jak je práce v oblasti urgentní medicíny vnímána jako náročná a stresující sama o sobě. Šeblová, Kebza, Vignerová a Čepická (2009) uvádí, že zdravotníci jsou neustále vystavováni chronickým stresorům jako je nedostatek sociální opory na pracovišti, nedostatečná informovanost a selhávající komunikace, nepravidelnost pracovního režimu, nárazovost práce, vysoká zodpovědnost s vysokými nároky na schopnosti rozhodování zdravotníka, minimální autonomie pracovního procesu a absence pozitivní zpětné vazby, ocenění. Značným stresorem je také strach z přenosu nákazy během léčby infikovaných pacientů (Kane, 2009). Působení těchto dlouhodobých stresorů má neblahý vliv nejen na psychické zdraví jedince, ale ohrožuje také jeho rodinný a sociální život. Se zvládnáním stresu se pojí užívané strategie zvládnání a jak uvádí Lambert a Li (2008) zdravotnický personál používá různé strategie, ať už pozitivní zaměřené na problém jako je řešení problému, plánování či pozitivní přehodnocení, tak i negativní strategie jako vyhýbání se, únik, rezignace či různé formy rozptýlení.

Vzhledem k současné a naléhavé hrozbě virového onemocnění SARS-CoV-2 jsou zdravotnická zařízení doslova zaplavena novými hrozbami a novými aktivitami spojenými s kontrolou této pandemie. Fernandez et al. (2020) upozorňuje na rostoucí stres, úzkost, pocity frustrace ale i hněv zdravotních sester během pandemie. Rajkumar (2020) zmiňuje také poruchy spánku a nedostatek motivace k výkonu profese, což může naznačovat depresivní či úzkostnou symptomatiku. Nesmíme také zapomenout na další negativní aspekty této pandemie jako je strach z infekce a případného úmrtí, také strach z nakažení vlastní rodiny či přátel, jak uvádí Ornell (2020).

V ohrožení duševního zdraví jsme naprosto všichni bez výjimky. Současná náročná doba a s ní nečekané, zcela nové a ohrožující situace zaskočí kdekoho. V naší práci se zaměříme na prožívání tohoto zatěžujícího období mezi pracovníky pomáhajících profesí – zdravotníky, a to přímo v první linii. Praktická část má mapující charakter s cílem

identifikovat aktuální percipovaný stres těchto zdravotníků, dále chceme zjistit, které strategie zvládnání zátěže zdravotníci nejčastěji volí a jak jsou na to z hlediska duševního zdraví.

4.1 Výzkumné cíle

Cílem tohoto výzkumu je identifikace úrovně pocíťovaného stresu zdravotníky v období pandemie SARS-CoV-2, dále identifikace nejčastěji užívaných copingových strategií a zmapování aktuální psychické kondice zdravotnického personálu v tomto nejednoduchém období spojeném s pandemií. Dalším vytyčeným cílem je korelační analýza stanovených proměnných. Jinými slovy jde nám o to, abychom našli vztahy a souvislosti mezi těmito proměnnými. Posledním stanoveným cílem je statistické ověření hypotéz, jejichž formulaci uvedeme v následné podkapitole.

4.2 Formulace hypotéz ke statistickému testování

Pro náš výzkum jsme si stanovili tyto hypotézy:

H1: Míra percipovaného stresu negativně koreluje s psychickou pohodou.

H2: Míra percipovaného stresu negativně koreluje s aktivností.

H3: Míra percipovaného stresu pozitivně koreluje s odreagováváním se.

H4: Míra percipovaného stresu pozitivně koreluje s psychickým nepokojem.

H5: Míra percipovaného stresu pozitivně koreluje s psychickou depresí.

H6: Míra percipovaného stresu pozitivně koreluje s úzkostností.

H7: Míra percipovaného stresu pozitivně koreluje se sklíčeností.

Dále jsme si položili otázku, zda délka praxe v oboru a věk hraje roli ve výběru strategií zvládnání zátěže. Z výzkumných zjištění (Poláchová, 2015, Romanova, 2015) opakovaně vyplývá, že zdravotníci s vyšším věkem se přiklání k volbě pozitivních strategií. Nicméně vzhledem k nové pandemické situaci, která sebou nese náročnější vykonávání pomáhající profese, a i pracovníci s léty praxe mohou být vyvedeni z míry něčím, co je pro ně nové, neočekávané a znamenající potenciální hrozbu, jsme stanovili hypotézy v následující podobě:

H8: Jedinci s delší praxí v oboru volí častěji pozitivní strategie zvládání zátěže.

H9: Jedinci s vyšším věkem volí častěji pozitivní strategie zvládání zátěže.

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

V této kapitole praktické části diplomové práce si přiblížíme design výzkumu, také uvedeme veškeré testové metody, které byly součástí dotazníkové baterie. Vzhledem ke stanoveným výzkumným cílům a hypotézám jsme zvolili kvantitativní výzkumný design. Sběr dat proběhl prostřednictvím dotazníkové baterie, která byla jak v online podobě, tak ve formě tužka-papír. Data, se kterými pracujeme, mají číselnou podobu a stanovené výzkumné hypotézy budeme ověřovat statistickými metodami.

5.1 Testové metody

K realizaci výzkumu byly použity 3 dotazníky. Úvodní část dotazníkové baterie mapuje sociografické údaje týkající se pohlaví, věku, délky praxe v oboru, délky praxe na daném pracovišti, pracovní pozice a místa výkonu profese (oddělení/pracoviště). Prvním dotazníkem byla škála PSS (Perceived Stress Scale), následující dotazník je SVF 78 a třetím dotazníkem je SUPSO.

V následujících podkapitolách čtenářům představíme jednotlivé nástroje, které jsme v naší dotazníkové baterii použili.

5.1.1 Perceived Stress Scale

Pro změření aktuální úrovně pocíťovaného stresu jsme si zvolili Škálu percipovaného stresu neboli Perceived Stress Scale (PSS), jejíž autory jsou S. Cohen, T. Kamarck a R. Mermelstein (1983). V původní verzi škála obsahovala 14 položek, avšak Cohen a Williamson (1988) prezentovali upravenou verzi PSS-10 obsahující pouze 10 položek, které mají za úkol zachycovat pocity a myšlenky jedince v posledním měsíci. Jinými slovy zjišťuje, do jaké míry jsou situace v životě jedince stresující. Otázky byly navrženy tak, aby odhalily, jak jedinec vnímá situace ve svém životě jako nepředvídatelné, nekontrolovatelné a zatěžující. Jsou poměrně všeobecné a nevztahují se k žádným konkrétním situacím, tudíž administrace je možná u širokého spektra skupin, kteří dosáhli minimálně základního vzdělání. Otázky jsou jasně formulované a jednoduché a úkolem respondenta je odpovědět prostřednictvím zakroužkování odpovědi na pětibodové škále Likertova typu (0-4, kdy 0 = Nikdy a 4 = Velmi často). Každá položka uvedené škály začíná slovy „*Jak často jste v posledním měsíci...*“. Pozor si zde musíme dát na 4 položky (4, 5, 7, 8), které jsou reverzibilní a je zapotřebí je rekódovat. Celkové skóre škály je pak součtem všech položek a pohybuje

se v rozmezí 0-40 bodů, přičemž vyšší skóre PSS znamená větší množství vnímaného stresu v životě jedince za poslední měsíc.

1. Nízká úroveň percipovaného stresu se pohybuje v rozmezí 0–13 bodů.
2. Střední úroveň percipovaného stresu se pohybuje v rozmezí 14–26 bodů.
3. Vysoká úroveň percipovaného stresu se pohybuje v rozmezí 27–40 bodů.

Dobrá reliabilita byla autory PSS potvrzena ve smyslu vnitřní konzistence (Cronbachova $\alpha = 0,84 - 0,86$). Ověřována byla také stabilita PSS v čase pomocí re-testu (kdy koeficient = 0,85).

Buršíková Brabcová a Kohout (2018) uvádí, že česká verze PSS je reliabilní a validní nástroj, jehož výhodou je vedle výborných psychometrických vlastností také jednoduchost a časová nenáročnost, avšak z hlediska doporučení pro praxi je zde nutné zmínit, že dotazník nebyl v originální verzi zamýšlen jako psychodiagnostický nástroj a nejsou proto k dispozici žádné normy, které by určovaly, jaká hladina vnímaného stresu je již život ohrožující. Ale umožňuje získat rychlou představu o hladině vnímaného stresu u jedince.

5.1.2 SVF 78

Druhým dotazník, který byl použit v testové baterii, byl dotazník Strategie zvládání stresu – SVF 78, který vznikl jako zkrácená verze SVF 120. Autory tohoto inventáře jsou W. Janke a G. Erdmannová (2003). Do českého prostředí byl přeložen a upraven J. Švancarou. Dotazník SVF 78 umožňuje zachytit celou šíři způsobů, které jedinec rozvíjí a uplatňuje při zpracování a zvládání náročných zátěžových situací. Jedná se o vícedimenzionální sebezpozorovací inventář, jenž zachycuje individuální jedincovy tendence pro užití různých způsobů reagování na stres.

Inventář SVF 78 obsahuje celkem 13 subškál, 2 obecnější škály a 78 výroků, s nimiž proband vyjadřuje míru souhlasu na pětibodové stupnici Likertova typu (0-4) od 0 – vůbec ne, 1 – spíše ne, 2 – možná, 3 – pravděpodobně, 4 – velmi pravděpodobně. 78 položek sytí 13 subškál, přičemž ke každé subškále připadá 6 tvrzení. Ze subtestů můžeme odvodit sekundární pozitivní a negativní strategie zvládání zátěže. Hodnoceno je 7 strategií, které jsou považovány za pozitivní, jelikož jejich výsledkem je redukce stresu či zátěže a jsou seskupeny do 3 celků: Strategie podhodnocení a devalvace, Strategie odklonu a Strategie kontroly. Dále jsou hodnoceny 4 strategie, které jsou považovány za negativní, protože jejich výsledkem není redukce stresu, naopak mohou stres zesilovat a řadíme zde Únikové

tendence, Perseverace, Rezignaci, Sebeobviňování. Dvě zbývající strategie: Sociální opora a Vyhýbání se jsou interpretovány situačně, nejsou řazeny ani mezi pozitivní ani mezi negativní strategie zvládnání.

Tabulka 3: Popis jednotlivých subtestů SVF 78

Číslo subtestu	Název subtestu	Popis
1	Podhodnocení	Snaha podhodnocovat vlastní reakce ve srovnání s druhými či je hodnotit příznivěji
2	Odmítání viny	Snaha zdůraznit, že se nejedná o vlastní odpovědnost
3	Odklon	Odvracení se od zátěží, tendence navodit takové psychické stavy, které zátěž zmiňují
4	Náhradní uspokojení	Tendence se obrátit k pozitivním aktivitám
5	Kontrola situace	Snaha analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání a získat tak kontrolu nad zátěžovými situacemi
6	Kontrola reakcí	Snaha zajistit či udržet kontrolu vlastních reakcí
7	Pozitivní sebeinstrukce	Tendence přisuzovat kompetenci sobě, schopnost kontroly, zahrnuje kladné myšlenky a postoje zvyšující sebedůvěru
8	Potřeba sociální opory	Snaha o navázání kontaktu s ostatními s cílem získat sociální oporu a pomoc
9	Vyhýbání se	Tendence vyhnout se stresujícím událostem či zamezit jim
10	Úniková tendence	Rezignační tendence s úmyslem vyváznout ze zátěžové situace
11	Perseverace	Neschopnost se myšlenkově odpoutat od zátěžové situace, prodloužené přemítání
12	Rezignace	Subjektivní pocit nedostatku možností zvládnout zátěžovou situaci spojený s bezmocí a beznadějí
13	Sebeobviňování	Tendence připisovat zátěž svému vlastnímu chybnému jednání, pocity sklíčenosti

Pozitivní strategie jsou děleny na tři oblasti:

1) *Strategie přehodnocení a strategie devalvace* – pro tyto strategie je charakteristická společná snaha přehodnotit, snižovat závažnost stresoru, tedy redukovat celkové prožívání stresu a řadíme zde tyto subtesty:

- Podhodnocení – tendence jedince podhodnocovat vlastní reakce ve srovnání s jinými či je hodnotit příznivěji.

- Odmítání viny – jedinec se zde snaží potlačit vlastní zodpovědnost za zátěž.
- 2) *Strategie odklonu* – zde dominuje tendence jednat tak, aby došlo k odklonu od stresující situace a/nebo na příklon k alternativním aktivitám a řadíme zde subtesty:
- Odklon – jedinec usiluje o odvrácení zátěže ve smyslu důležitosti, sám sebe zahrnuje pozitivními emocemi a často je schopen sebeprosazovat se.
 - Náhradní uspokojení – zde dominuje snaha zaměřit svou pozornost na jednání s kladnými emocemi, tedy dělat tu aktivitu, která mi přináší radost a zároveň sebepešilovat se vnějšími odměnami (jako jídlem, či dárkem).
- 3) *Strategie kontroly* – pro tyto strategie je charakteristická konstruktivní snaha zvládnout situaci a řadíme sem tři subtesty, a to:
- Kontrola situace – zde dominuje tendence získat kontrolu nad stresovou situací, a to prostřednictvím analýzy současné situace a plánováním takových opatření, které vedou k získání kontroly nad zátěžovou událostí.
 - Kontrola reakcí – snaha o zachování klidu, kontrola vlastní emocí a reakce při zátěži.
 - Pozitivní sebeinstrukce – tendence zvyšovat míru odvahy jedince, převládají zde pocity kompetence a odvahy nevzdat se.

Negativní strategie nejsou děleny do oblastí, jako výše uvedené pozitivní strategie, a jsou zde zahrnuty tendence k nasazení nepříznivých, stres zesilujících způsobů zvládnání či zpracování. Patří zde:

- Úniková tendence – je charakteristická rezignační tendencí vyváznout z aktuální situace, stres je zde zpracováván maladaptivní a dochází k dlouhodobému zvyšování únavy či vyhoření. Jedinec disponuje sníženou pohotovostí a schopností čelit zátěži. Doprovodnými pocity jsou zde často pocity sebelítosti, rezignace či sociální uzavřenosti.
- Perseverace – tendence si neustále promítat zátěžovou situaci, jedinec není schopen se myšlenkově odpoutat od prožívaných strastí.
- Rezignace – dominantními pocity zde je beznaděj a bezmocnost ve vztahu k aktuální stresové situaci, jedinec je ovládán chaosem a marností a vzdává další snahy o zvládnutí situace.

- Sebeobviňování – tendence ke sklíčenosti, k přehnané sebekritičnosti a přisuzování chyb svému vlastnímu jednání.

Inventář SVF 78 také obsahuje neutrální zřídka se vyskytující strategie (tzv. singulární), které však při interpretaci výsledků musíme brát v potaz. A řadíme sem subtesty:

- Potřeba sociální opory – snaha o navázání kontaktu s okolím za účelem získání sociální pomoci a podpory, jedinec si přeje, aby mu ze svízelné situace někdo pomohl. Ve spojení s negativními strategiemi je tato strategie vnímána jako výsledek rezignace a bezmocného postoje, avšak z pohledu pozitivního profilu, můžeme na takové jednání nazírat jako na aktivní hledání konkrétní podpory při zvládnání zátěže.
- Vyhybání se – tento subtest zahrnuje snahu jedince vyhnout se zátěži či zamezit konfrontaci s obdobnou situací. V rámci pozitivního kontextu to může být pozitivní způsob zpracování, pokud zátěži jako takové nelze zamezit na základě kontrolních mechanismů jedince. Z pohledu negativního kontextu to ale rovněž může být negativní zpracování, jestliže jde pouze o to, vyhnout se zátěži.

Inventář lze zadat jak individuálně, tak i ve skupině, jestliže je zajištěno, že nedojde k ovlivnění jinými osobami nebo jakýmkoliv rušivými vlivy. Čas zpracování dotazníku není omezený, obvyklá doba zpracování je 10–15 minut. Vyhodnocení SVF 78 probíhá jak na úrovni jednotlivých subtestů, tak na úrovni sekundárních hodnot. Sečtením bodových hodnot v každém sloupci získáme hrubý skóre jednotlivých subtestu a prostřednictvím tabulek převedeme hrubý skóre na T-skóre. Co se týče psychometrických charakteristik tohoto inventáře odhad reliability (vnitřní konzistence a split-half) se pohybuje u většiny škál mezi 0,77 (strategie odklonu) – 0,94 (strategie perseverace), což poukazuje na vysokou spolehlivost. Nejvyšší vnitřní konzistenci Cronbachova alfa pozitivní strategie je 0,89, přičemž u POZ 1 to je 0,88, POZ 2 to je 0,86 a POZ 3 je 0,89. Vnitřní konzistence Cronbachova alfa negativní strategie je 0,94 (Švancara, 2003).

5.1.3 SUPSO

Posledním dotazníkem je standardizovaný dotazník struktury a dynamiky psychických pocitů a stavů neboli SUPSO jehož autorem je O. Mikšík (2004), který navazuje na svoji dřívější práci z let 1980, kdy tento dotazník dále rozvíjel společně s Břicháčkem

(Cakirpaloglu, Šmahaj, Cakirpaloglu, & Zielina, 2016). Původně tento psychodiagnostický nástroj byl označován jako SUPOS – 8 a obsahoval 78 adjektiv, které byly shrnuty do osmi komponent, později byl označován jako SUPOS – 7 (1993) i SUPSO, kde bylo ustáleno celkem 28 adjektiv shrnutých do sedmi komponent. Dotazník SUPSO můžeme administrovat jak individuálně, tak skupinově. A čas potřebný k administraci je přibližně 10-15 minut. Dotazník dokáže postihnout kvalitativní rysy psychického stavu a jeho příznačné změny, tedy dynamiku subjektivních prožitků a stavů testované osoby. Uvedeno je celkem 28 adjektiv a úkolem respondenta je vyjádřit míru prožívaných daných pocitů a stavů na 5ti bodové škále (0-4, kdy 0 = Vůbec ne a 4 = Soustavně/Velmi silně) za přesně vymezené časové období:

- a) Běžně prožívané stavy a pocity;
- b) Prožívané pocity a stavy za definované časové období (např. za uplynulý týden, měsíc);
- c) Aktuální psychický stav jedince.

V rámci našeho výzkumu jsme vydefinovali časové období poslední 3 měsíce.

Tabulka 4: Zjišťované komponenty psychického stavu u dotazníku SUPSO (Mikšík, 2004)

	Psychická komponenta	Označení	Stručná charakteristika
1	Psychická pohoda	P	Pocity spokojenosti, vyrovnanosti, klidu a příjemného naladění, pocity příznivého psychického „nažhavení“ provázeného prožitky euforie a sebedůvěry
2	Aktivnost, činorodost	A	Pocity síly a energie, prahnutí po akci, pohotovost k aktivní interakci s dynamikou situačních proměnných
3	Impulsivnost, odreagování se	O	Neřízené, spontánní uvolňování napětí a psychických tenzí. Pocity jako náladovost, podrážděnost a výbušnost
4	Psychická nepokoj, rozlada	N	Prožívání psychického napětí, které mnohdy nelze ventilovat či uvolnit. Charakteristickými projevy je psychický i motorický neklid, nespokojenost, rozmrzelost, netrpělivost.
5	Psychická deprese, pocity vyčerpání	D	Soubor pocitů a stavů, jejichž hlavním znakem je apatie a pasivita. Zahrnujeme zde pocity vyčerpání, sníženou pohotovost k interakci, také pesimismus.
6	Úzkostné očekávání, obavy	U	Soubor pocitů nejistoty a obav, úzkostné obavy týkající se budoucnosti, prožitek psychického napětí. Charakteristické je také astenické prožívání.
7	Sklíčenost	S	Charakterizujeme jako pasivní prožívání negativních důsledků působení situačních proměnných. Dominuje zde smutek, pocity osamělosti. Jedinec je mnohdy precitlivělý a nešťastný.

Uvedené komponenty v tabulce můžeme vnitřně rozčlenit podle dvou klíčových kritérií co do základního směřování prožitkových i aktivačních dimenzí obvyklých i aktualizovaných vnitřních psychických stavů. Jedná se o kritéria:

- 1) KD – komfort vs. diskomfort. Jde o kritérium, které rozčleňuje komponenty uvedené v tabulce na ty, které jsou ukazateli vnitřní pohody a činorodosti a na ty, které ukazují naopak subjektivně nepříjemné interakční a prožitkové naladění, odezvy a stavy.
- 2) PA – prožívání vs. aktivace. Zde se jedná o kritérium rozčleňující komponenty uvedené v tabulce na různé kvality prožívání, tedy na psychickou pohotovost, odezvu a různé kvalitativní stránky reagování. toto členění se týká komponent vztahujících se k prožitkům a stavům psychického komfortu i diskomfortu.

5.1.4 Doplnující otázky

Závěr dotazníkové baterie obsahoval dále 10 položek, které nebyly povinné a respondenti se zde mohli vyjádřit k výkonu profese v současné nelehké době spojené s pandemií SARS-CoV-2. Součástí této části dotazníkové baterie byla i sdělení, která by zdravotníci rádi sdělili svým kolegům a ostatním pracovníkům v tzv. první linii, také zde byl umožněn prostor pro jakoukoliv připomínku či sdělení k tomuto výzkumu. Ukázky odpovědí jsou uvedeny v příloze č. 4 této diplomové práce.

6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Pro administraci dotazníků jsme využili jak elektronickou verzi prostřednictvím Google formuláře, tak i papírovou verzi (forma tužka-papír). Dotazníková baterie se skládala celkem z pěti částí. První část zjišťovala sociodemografické údaje. Další tři části byly tvořeny dotazníky PSS (10 položek), SVF-78 (78 položek) a SUPSO (28 položek + položky zaměřené na tělesné a psychické příznaky). Poslední část byla dobrovolná a otázky v ní obsažené se zaměřovaly na vykonávání zdravotnické profese v období pandemie SARS-CoV-2. Tím, že tyto položky nebyly označeny jako povinné, část participantů na ně nezodpověděla.

V průběhu listopadu 2020 bylo zkontaktováno celkem 7 nemocnic, a to Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, Fakultní nemocnice Brno, Fakultní nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice Ostrava, Nemocnice s poliklinikou Havířov, Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí a Nemocnice s poliklinikou Karviná Ráj. Pro komunikaci s jednotlivými nemocnicemi jsme kontaktovali vždy náměstka pro ošetrovatelskou péči. Náměstka každé nemocnice jsme nejprve oslovili elektronickou formou (emailem), po uplynutí jednoho týdne, kdy se nám nedostalo žádné zpětné vazby, jsme náměstka kontaktovali telefonicky, kdy jsme upřesnili informace a požadavky tohoto výzkumu a případně si dohodli další postup. Čtyři z nemocnic odmítli spoluprací již přes telefonickou komunikaci. U třech dalších nemocnic, se kterými probíhala emailová komunikace, jsme obstarali a vyřídili potřebné dokumenty jako Žádost o sběr dat pro studijní účely, Prohlášení o mlčenlivosti, Potvrzení vedení katedry či vedoucího diplomové práce o probíhajícím výzkumu a Potvrzení o studiu. Po zaslání potřebných dokumentů nám 2 nemocnice zaslaly negativní stanovisko. Pouze Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj zaslala pozitivní zpětnou vazbu. Po telefonickém kontaktu s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči se upřesnil termín, ve kterém bude sběr dat realizován. Samotný sběr dat probíhal vždy prostřednictvím pověřené osoby z každého oddělení Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj a uskutečnil se v průběhu celého měsíce prosince a ukončen byl 14. ledna. Vyplněné dotazníky jednotlivými odděleními byly odevzdány na sekretariátu, kde byly osobně převzaty. Vzhledem k nepříznivé situaci zapříčiněné pandemií SARS-CoV-2 a s ní spojeným nouzovým stavem jsme se zároveň uchýlili k elektronické formě sběru dat, kdy dotazníková baterie byla převedena do elektronické podoby prostřednictvím Google Formuláře. Elektronický sběr dat se uskutečnil ve stejném časovém úseku jako administrace papírových dotazníků, tedy od 1.12. 2020 do

14.1. 2021. K hlavnímu šíření odkazu na náš dotazník byla využita sociální síť Facebook. Dále byl odkaz přeposlán mezi známé a bývalé spolužáky, kteří v současnosti působí na odděleních tzv. první linie a ti následně dotazníky přeposílali mezi své kolegy. Také byly k účelu získávání elektronických dat osloveny sociální skupiny na sociální síti Facebook sdružující zdravotnické pracovníky (například sociální skupina *Zdravotní sestra, Sestřičky, Zdravotníci, hasiči, medici, Urgentní medicína v Česku*). U některých uzavřených, soukromých sociálních skupin bylo zapotřebí nejdříve kontaktovat správce skupiny, který následně rozhodl o tom, zda bude můj příspěvek na dané skupině zveřejněn či nikoli. Z uvedených informací vyplývá, že se nejednalo o náhodný výběr, nýbrž o techniku tzv. sněhové koule.

V rámci diplomové práce jsme si jako cílovou skupinu zvolili zdravotnické pracovníky, kteří slouží v tzv. první linii v boji proti SARS-CoV-2 (pracovníci na ARO, JIP, COVID centrech/odděleních či pracovníci specializovaných pracovišť s vyšším rizikem nákazy). Na výzkumu se mohli podílet účastníci definováni těmito kritérii:

- 1) Aktuální zaměstnání na výše uvedených pracovištích;
- 2) Pracovní pozice zdravotní sestra nebo lékař;
- 3) Ochota vyplnit dotazníky.

Jak v elektronické formě, tak ve formě papírových dotazníků byli všichni účastníci seznámeni s účelem sběru dat a s cílem tohoto výzkumu, také byla zdůrazněna dobrovolnost účasti na výzkumu a anonymní zacházení se získanými daty.

6.1 Metody zpracování a analýza dat

Data získaná z dotazníkové baterie ve formě tužka byla po ukončení administrace a po vizuální kontrole převedena do elektronické podoby pomocí programu Microsoft Office Excel 365 (2021). Následně proběhla další kontrola a sumarizace dat do vhodného formátu. Data získaná z online podoby dotazníkové baterie, která byla vytvořena prostřednictvím Google formuláře, byla následně v programu Microsoft Office Excel 365 (2021) také zkontrolována, utřížena a očištěna. U škály Perceived Stress Scale jsme přepočítali reverzibilní položky (4, 5, 7, 8), následně jsme spočítali hrubé skóry použitých metod. Data byla následně exportována do programu STATISTICA verze 13.4 (2017), kde jsme analyzovali charakteristiky výzkumného souboru – tedy zastoupení mužů a žen, věkové složení, délka praxe v oboru, délka praxe na daném pracovišti, pracovní pozice a pracoviště/oddělení. Následně byla provedena deskripce jednotlivých použitých metod –

tedy PSS, SVF 78, SUPSO, Subjektivní obtíže a Užívání látek, kde jsme spočítali aritmetický průměr, mediány, směrodatné odchylky a minimální a maximální hodnoty. Následně byla otestována normalita rozdělení, a to pomocí Shapiro-Wilkovým testem normality, přičemž některé uvedené výsledky vykazovaly odlišnosti od normálního rozložení. I přes tuto skutečnost jsme v souladu s centrálním limitním teorémem přistoupili k použití parametrických metod. K přezkoumání toho, jak spolu jednotlivé nástroje korelují, jsme použili Pearsonův korelační koeficient.

6.2 Etické hledisko a ochrana soukromí

Etická korektnost je důležitou součástí každého psychologického výzkumu. Při realizaci tohoto výzkumu byly dodrženy základní etické zásady vůči respondentům – osobám, které se na výzkumu podílely. V průvodním dopise (níže přiloženém), který byl umístěn před samotnou sekcí s metodami získávání dat, ve kterém jsme respondentům představili výzkumný problém, bylo zdůrazněno, že získaná data budou výhradně zpracována a využita v rámci mé diplomové práce, také zde byla zdůrazněna anonymita respondentů a dobrovolnost participace na výzkumu.

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Glombková a jsem studentkou 5. ročníku magisterského studia psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o účast v tomto výzkumu, jehož výsledky budou prezentovány v mé diplomové práci (téma: Stres, strategie zvládání a psychická kondice u zdravotnického personálu v období pandemie COVID-19).

Hledám zdravotnický personál, který slouží v tzv. „První linii“ – pracovníci na ARO, JIP, specializovaná pracoviště (hemato-onkologické oddělení, oddělení s vyšším rizikem nákazy, pracovníci s přímou zkušeností s péčí o nakaženého pacienta), případně COVID centra/oddělení. Chápu, že současná doba není lehká a jistě máte mnoho jiných starostí než zaškrtávání kolonek, proto budu ráda za vaši ochotu věnovat čas pro vyplnění této dotazníkové baterie. Účast v dotazníkovém šetření je DOBROVOLNÁ a zcela ANONYMNÍ. Předpokládaná délka vyplnění je přibližně 20-25 minut.

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

Bc. Kateřina Glombková, studentka psychologie

V závěru dotazníkové baterie se respondenti mohli dobrovolně vyjádřit k otázkám týkající se jejich práce v období pandemie. Byl zde také vyhrazen prostor pro připomínky a jiná sdělení respondentů.

6.3 Charakteristika výzkumného souboru

Na výzkumu se podílelo 153 respondentů. Prostřednictvím elektronického sběru dat bylo získáno 85 respondentů. V rámci administrace papírového dotazníků v Nemocnici s poliklinikou Karviná – Ráj bylo rozdáno celkem 120 dotazníků na oddělení JIP, ARO a covidová oddělení, návratnost činila 68 dotazníků, přičemž od 12 respondentů jsme museli údaje odstranit vzhledem k nesprávnému či neúplnému vyplnění administrované dotazníkové baterie, většinou se jednalo o nevyplnění celého dotazníku SUPSO, který se nacházel ke konci administrované baterie a přecházel mu náročnější dotazník SVF-78 (se 78 položkami), což mohlo participanty unavit či odradit od dalšího vyplňování. Celkový výzkumný soubor tak ve výsledku tvořilo 141 respondentů ve věku od 18 do 64 let, přičemž průměrný věk byl 41 let. Z tabulky č. 5 můžeme vyčíst, že se jednalo o 131 (92,91 %) žen a 10 mužů (7,09 %).

Tabulka 5: Charakteristika zkoumaného souboru podle pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ženy	131	92,91
Muži	10	7,09
Celkem	141	100,00

Tabulka 6: Charakteristika zkoumaného souboru podle věku

Věková kategorie [roky]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
18-29	47	33,33
30-40	40	28,37
41-50	40	28,37
51-64	14	9,93
Celkem	141	100,00

Podíváme-li se na tabulku č. 6, která udává věkové rozmezí respondentů, můžeme si povšimnout, že nejvíce zastoupena je věková kategorie 18-29 let (47 respondentů; 33,33 %). Stejný počet respondentů (40; 28,37 %) shledáváme u věkové kategorie 30–40 let a 41–50

let. Nejméně respondentů v našem výzkumu spadá do poslední věkové kategorie 51–70 let a to 14 jedinců (9,93 %).

Tabulka 7: Charakteristika zkoumaného souboru podle délky praxe v oboru

Délka praxe v oboru [roky]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
0-1	10	7,09
1-5	36	25,53
6-10	16	11,35
11-20	37	26,24
21-45	42	29,79
Celkem	141	100,00

Výše uvedená tabulka č. 7 udává délku praxe v daném oboru. Můžeme si povšimnout, že nejčastěji volenou kategorií je 21-45 let (42 respondentů – 29,79 %). Naopak nejméně volenou kategorií je 0-1 rok, kam spadá pouze 10 respondentů (7,09 %).

Tabulka 8: Charakteristika zkoumaného souboru podle délky praxe na daném pracovišti

Délka praxe na daném pracovišti [roky]	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
0-1	43	30,50
1-5	41	29,08
6-10	23	16,31
11-20	19	13,48
21-45	15	10,64
Celkem	141	100,00

Délku praxe na daném pracovišti znázorňuje tabulka č. 8, kde si můžeme povšimnout, že nejčastěji uváděnou kategorií je 0-1 rok (43 respondentů – 30,50 %), a to z důvodu, že mnozí zdravotničtí pracovníci, kteří uváděli pracovní místo jako covidové oddělení/pracoviště, pracují na tomto místě necelých 12 měsíců. Druhé místo obsadila kategorie 1-5 let (41 respondentů – 29,08 %). Nejméně volenou kategorií je kategorie 21-45 let, kam spadá, jak vidíme, 15 respondentů (10,64 %).

Tabulka 9: Charakteristika zkoumaného souboru podle pracovní pozice

Pracovní pozice	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Zdravotní sestra	119	84,40
Lékař/ka	22	15,60
Celkem	141	100,00

Z výše uvedené tabulky č. 9 můžeme vyčíst, že největší účast na výzkumu zastávala profese Zdravotní sestra – 119 respondentů (84,40 %), lékařskou pozici zastávalo 22 (15,60 %) respondentů.

Tabulka 10: Charakteristika zkoumaného souboru podle oddělení, pracoviště

Oddělení/pracoviště	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
JIP	49	34,75
ARO	42	29,79
COVID oddělení	32	22,70
Ostatní	18	12,77
Celkem	141	100,00

Z tabulky č. 10 vyplývá, že největší zastoupení ve výzkumném souboru zastávali pracovníci na JIP (jednotce intenzivní péče – 49; 34,75 %). Druhým nejpočetnějším oddělením je ARO (anesteziologicko-resuscitační oddělení – 42; 29,79 %). Třetí místo zastává specializované oddělení COVID-19 (32; 22,70 %). Do oddělení či pracoviště označeno v tabulce jako „Ostatní“ (18; 2,77 %) jsme zahrnuli specializovaná pracoviště, která nespádají pod JIP, ARO či covidová oddělení, ale patří mezi pracoviště v tzv. první linii, neboť je zde pečováno o neutropenické pacienty a pacienty, kteří spadají do rizikové skupiny – např. hemato-onkologické centrum, onkologická oddělení, klinika plicních nemocí a tuberkulózy, následná intenzivní péče, chirurgie traumatologie.

7 PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY

V předešlých kapitolách jsme si popsali stanovené výzkumné cíle a výzkumné hypotézy, které chceme ověřovat. Rozebrali jsme si výzkumný design, aplikovanou metodiku a použité diagnostické nástroje. Popsali jsme následně také proces sběru dat, následně také metody zpracování a analýzy získaných dat. Následující kapitoly této diplomové práce budou věnovány popisu získaných výsledků, které budeme vztahovat ke stanoveným cílům a hypotézám.

7.1 Deskriptivní statistika použitých metod a testy normality

V rámci deskriptivní statistiky jsme získali výsledky týkající se našeho prvního stanoveného cíle – Identifikace úrovně pocíťovaného stresu zdravotníky v období pandemie SARS-CoV-2, dále identifikace nejčastěji užívaných copingových strategií a zmapování aktuální psychické kondice zdravotnického personálu v tomto nejednoduchém období spojeném s pandemií.

V níže uvedené tabulce č. 11 si můžeme povšimnout průměrné hodnoty vnímání stresu za poslední měsíc u zkoumaného souboru (N=141), a to 21,94 (SD=6,18). Tuto hodnotu lze interpretovat tak, že zdravotnický personál, který byl zařazen do výzkumného souboru, prožívá střední úroveň percipovaného stresu, jež je definována rozmezím od 14 do 26 bodů.

Tabulka 11: Deskriptivní statistika PSS

Proměnná	N	M	Md	Min	Max	SD
Percipovaný stres	141	21,94	23,00	5,00	36,00	6,18

Legenda k tabulce č. 11: N – počet, M – aritmetická průměr, Md – medián, Min – minimální hodnota, Max – maximální hodnota, SD – směrodatná odchylka

Následující tabulka č. 12 znázorňuje popisnou statistiku dotazníkové metody Strategie zvládnání stresu – SVF 78. Můžeme vidět, že nejvyšší získané průměrné hodnoty se nachází u škál Kontrola situace (M=15,99; SD=3,09), dále u škály Kontrola reakci (M=15,74; SD=3,64), Pozitivní sebeinstrukce (M=15,63; SD=4,50) a Vyhýbání se (M=15,07; SD=4,30). Nejnižší průměrné hodnoty, které jsme získali, a které naznačují méně

četné užívání daných strategií, jsou naměřeny u následujících škál – Úniková tendence (M=11,01; SD=4,52) a Rezignace (M=10,06; SD=4,38).

Co se týče průměrné hodnoty Pozitivních strategií (POZ), zde byla naměřena hodnota 13,93 (SD=2,58). V rámci POZ 1 (Strategie přehodnocení a devalvace) je průměrná hodnota 11,78 (SD=3,69), což je nejnižší průměrná hodnota z jednotlivých pozitivních strategií zvládnání, u POZ 2 (Strategie odklonu) to je 13,29 (SD=3,53). U POZ 3 (Strategie kontroly) byla naměřena nejvyšší průměrná hodnota - 15,78 (SD=3,47), z čehož usuzujeme, že participanti výzkumu tuto dílčí strategii zvládnání zátěžové situace používají nejčastěji.

U Negativních strategií (NEG) v posledním řádku tabulky č. 12 můžeme vidět naměřenou průměrnou hodnotu 11,77 (SD=3,87), která je nižší než u naměřené hodnoty Pozitivních strategií (POZ) – 13,93 (SD=3,87). Z čehož usuzujeme, že participanti výzkumu se přiklání spíše k užívání Pozitivních strategií.

Tabulka 12: Deskriptivní statistika SVF 78

Proměnná	N	M	Md	Min	Max	SD
Podhodnocení	141	11,35	12,00	1,00	22,00	4,64
Odmítání viny	141	12,21	12,00	2,00	24,00	4,33
Odklon	141	13,54	14,00	5,00	22,00	3,12
Náhradní uspokojení	141	13,05	13,00	0,00	24,00	5,08
Kontrola situace	141	15,99	16,00	1,00	23,00	3,90
Kontrola reakcí	141	15,74	16,00	1,00	24,00	3,64
Pozitivní sebeinstrukce	141	15,63	16,00	0,00	24,00	4,50
Potřeba soc. opory	141	14,79	15,00	1,00	24,00	4,96
Vyhýbání se	141	15,07	15,00	0,00	24,00	4,30
Úniková tendence	141	11,01	11,00	1,00	23,00	4,52
Perseverace	141	14,74	15,00	2,00	24,00	5,03
Rezignace	141	10,06	9,00	0,00	24,00	4,38
Sebeobviňování	141	11,26	11,00	0,00	24,00	5,17
POZ 1	141	11,78	12,00	2,00	22,50	3,69
POZ 2	141	13,29	13,00	4,50	21,50	3,53
POZ 3	141	15,78	15,67	0,67	22,67	3,47
POZ	141	13,93	13,86	4,86	20,00	2,58
NEG	141	11,77	11,25	1,00	22,00	3,87

Legenda k tabulce č. 12: N – počet, M – aritmetická průměr, Md – medián, Min – minimální hodnota, Max – maximální hodnota, SD – směrodatná odchylka, POZ 1 - Strategie přehodnocení a strategie devalvace, POZ 2 - Strategie odklonu, POZ 3- Strategie kontroly, POZ – pozitivní strategie, NEG – negativní strategie

Tabulka č. 13 uvádí popisné charakteristiky dotazníku SUPSO, který má za úkol postihnout a hodnotit strukturu a dynamiku subjektivních prožitků a stavů jedince. Můžeme si povšimnout nejvyšší průměrné hodnoty ($M=8,09$; $SD=3,88$) u škály Úzkostná očekávání a obavy. Tato komponenta odkazuje k pocitům nejistoty, prožitkům psychického napětí, úzkostné nálady a obav z budoucnosti. S nepatrným rozdílem je vysoká průměrná hodnota naměřena také u škály Psychická deprese ($M=8,07$; $SD=3,95$), přičemž tato komponenta psychického stavu jedince je typická pesimismem, otráveností a pocity slabosti, zmoženosti a nečinnosti. Nejnižší naměřenou průměrnou hodnotu můžeme vidět u škály Sklíčenost ($M=6,61$; $SD=3,84$).

Tabulka 13: Deskriptivní statistika SUPSO

Proměnná	N	M	Md	Min	Max	SD
Psychická pohoda	141	7,81	8,00	0,00	16,00	3,26
Aktivita a činorodost	141	7,55	8,00	0,00	15,00	2,98
Odreagování se a impulzivita	141	6,82	6,00	0,00	15,00	3,51
Psychický nepokoj a rozlada	141	7,77	7,00	0,00	16,00	3,69
Psychická deprese	141	8,07	8,00	0,00	16,00	3,95
Úzkostné očekávání a obavy	141	8,09	8,00	0,00	16,00	3,88
Sklíčenost	141	6,61	7,00	0,00	16,00	3,84

Legenda k tabulce č. 13: *N* – počet, *M* – aritmetická průměr, *Md* – medián, *Min* – minimální hodnota, *Max* – maximální hodnota, *SD* – směrodatná odchylka

Podíváme-li se na tabulku č. 14, uvidíme údaje o psychických i somatických subjektivních potížích. Můžeme si povšimnout nejvyšší průměrné hodnoty u proměnné Psychická únava ($M=2,72$; $SD=1,15$) a Tělesná únava ($M=2,62$; $SD=1,15$), vyšší hodnoty také můžeme najít u proměnných Bolesti hlavy ($M=1,96$) a Poruchy spánku ($M=1,94$).

Tabulka 14: Deskriptivní statistika Subjektivní potíže (SUPSO)

Proměnná	N	M	Md	Min	Max	SD
Bolesti hlavy	141	1,96	2,00	0,00	4,00	1,24
Žaludeční potíže	141	1,30	1,00	0,00	4,00	1,29
Nechutenství	141	1,00	0,00	0,00	4,00	1,27
Potivost	141	1,49	1,00	0,00	4,00	1,32
Poruchy spánku	141	1,94	2,00	0,00	4,00	1,34
Nutkání na WC	141	1,26	1,00	0,00	4,00	1,27
Tělesná únava	141	2,62	3,00	0,00	4,00	1,15
Psychická únava	141	2,72	3,00	0,00	4,00	1,15

Legenda k tabulce č. 14: *N* – počet, *M* – aritmetická průměr, *Md* – medián, *Min* – minimální hodnota, *Max* – maximální hodnota, *SD* – směrodatná odchylka

Níže uvedená tabulka č. 15 je poslední tabulkou, kterou uvedeme v rámci deskriptivní statistiky a údaje v ní obsažené poukazují na užívání látek. Nejvyšší průměrnou hodnotu zde zastává proměnná Káva ($M=2,30$; $SD=1,24$). Na druhém místě s průměrnou hodnotou 1,14 řadíme proměnnou Alkohol.

Tabulka 15: Deskriptivní statistika Užívání látek (SUPSO)

Proměnná	N	M	Md	Min	Max	SD
Káva	141	2,30	2,00	0,00	4,00	1,24
Kouření	141	0,89	0,00	0,00	4,00	1,39
Alkohol	141	1,14	1,00	0,00	4,00	0,97
Farmaka	141	0,33	0,00	0,00	4,00	0,77

Legenda k tabulce č. 15: *N* – počet, *M* – aritmetická průměr, *Md* – medián, *Min* – minimální hodnota, *Max* – maximální hodnota, *SD* – směrodatná odchylka

Tabulka č. 16 znázorňuje výsledky testů normality, kdy se především zaměřujeme na výsledky Shapirova-Wilkova testu normality. I přesto, že některé uvedené výsledky vykazovaly odlišnosti od normálního rozložení, tak jsme v souladu s centrálním limitním teorémem přistoupili k použití parametrických metod.

Na prozkoumání toho, jak spolu jednotlivé stanovené proměnné korelují, jsme v následné podkapitole použili Pearsonův korelační koeficient.

Tabulka 16: Test normality

Proměnná	N	max D	K-S	Lilliefors	W	p
PSS	141	0,07903	$p > 0,20$	$p < 0,05$	0,98413	0,10275
SVF 78 POZ	141	0,05916	$p > 0,20$	$p < 0,20$	0,988882	0,31746
SVF 78 NEG	141	0,08787	$p > 0,20$	$p < 0,01$	0,98737	0,22636
SUPSO P	141	0,08291	$p > 0,20$	$p < 0,05$	0,98261	0,07043
SUPSO A	141	0,08599	$p > 0,20$	$p < 0,05$	0,9843	0,10715
SUPSO O	141	0,14494	$p < 0,01$	$p < 0,01$	0,96523	0,00119
SUPSO N	141	0,08809	$p > 0,20$	$p < 0,01$	0,97344	0,00755
SUPSO D	141	0,08136	$p > 0,20$	$p < 0,05$	0,97552	0,01236
SUPSO U	141	0,09511	$p < 0,20$	$p < 0,01$	0,97463	0,01001
SUPSO S	141	0,12778	$p < 0,05$	$p < 0,01$	0,96575	0,00133

Legenda k tabulce č. 16: *N* – počet, *K-S* – Kolmogorovův-Smirnovův test, *W* – Shapiro – Wilkův test, *p* – statistická významnost

7.2 Korelační analýza a ověření hypotéz

V této podkapitole se budeme věnovat druhému stanovenému cíli – Korelační analýze stanovených proměnných. Pro lepší orientaci čtenáře, zde zahrnujeme také třetí cíl naší práce – Ověření stanovených hypotéz, jelikož některé korelační tabulky obsahují výsledky, které se vztahují k námi formulovaným hypotézám.

Tabulky, které jsou dále prezentovány, obsahují výsledky korelační analýzy mezi jednotlivými zkoumanými proměnnými. Pro zjištění korelace jsme použili Pearsonův korelační koeficient, který slouží ke zjišťování těsnosti vztahu proměnných a je označován písmenem r . V případě kladného vztahu nabývá hodnot od 0 do 1, v opačném případě u záporného vztahu zkoumaných proměnných nabývá hodnot od -1 do 0 (Hendl, 2005).

Tabulka 17: Významnost míry korelace (Hendl, 2005)

	r
Žádná korelace	0 – 0,2
Slabá korelace	0,21 – 0,4
Střední korelace	0,41 – 0,6
Silná korelace	0,61 – 0,8
Dokonalá korelace	0,81 - 1

Souvislost percipovaného stresu a strategií zvládání zátěže

Následující tabulka č. 18 znázorňuje vztah mezi celkovým skóre percipovaného stresu na škále PSS a volbou strategií zvládání zátěže.

Tabulka 18: Výsledky korelační analýzy mezi celkovým skóre percipovaného stresu a strategiemi zvládání zátěže (N=141)

Proměnná		Percipovaný stres – celkové skóre (PSS)
POZ 1	1 Podhodnocení	-0,29***
	2 Odmítání viny	-0,22**
POZ 2	3 Odklon	-0,03
	4 Náhradní uspokojení	0,20*
POZ 3	5 Kontrola situace	-0,20*
	6 Kontrola reakcí	-0,23**
	7 Pozitivní sebeinstrukce	-0,26**
	8 Potřeba sociální opory	0,15
	9 Vyhybání se	-0,16
NEG	10 Úniková tendence	0,50***
	11 Perseverace	0,43***
	12 Rezignace	0,47***
	13 Sebeobviňování	0,41***
	POZ 1	-0,31***
	POZ 2	0,13
	POZ 3	-0,27**
	POZ	-0,23**
	NEG	0,56***

Legenda k tabulce č. 18: POZ 1 - Strategie podhodnocení a devalvace, POZ 2 - Strategie odklonu, POZ 3 - Strategie kontroly, POZ – Pozitivní strategie, NEG – Negativní strategie, statistická významnost na hladině * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Z tabulky můžeme vyčíst, že v pásmu střední korelace se nachází strategie úniková tendence ($r=0,50$), perseverace ($r=0,43$), rezignace ($r=0,47$) a sebeobviňování ($r=0,41$). Všechny tyto uvedené strategie řadíme mezi negativní strategie zvládání.

Středně silnou závislost také nalezneme mezi negativními strategiemi (NEG) a celkovým skóre percipovaného stresu ($r=0,56$). Z uvedených výsledků můžeme vyvodit, že účastníci výzkumu, kteří pocítují vyšší úroveň stresu, se přiklání k volbě negativních

strategií zvládání, a naopak participanti, kteří percipují ve svém životě nižší stres, volí pozitivní strategie zvládání.

Souvislost psychické kondice a strategií zvládání zátěže

Následující tabulka č. 19 prezentuje vztah mezi aktuálním psychickým stavem měřeným dotazníkem SUPSO a strategiemi zvládání zátěže¹.

Tabulka 19: Výsledky korelační analýzy mezi strategiemi zvládání zátěže a psychickou kondicí – SUPSO (N=141)

Proměnná	P	A	O	N	D	U	S
POZ 1	0,29***	0,35***	-0,28**	-0,26**	-0,25**	-0,35***	-0,25**
POZ 2	-0,07	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	-0,01
POZ 3	0,32***	0,48***	-0,26**	-0,27**	-0,30***	-0,29***	-0,26**
POZ	0,27**	0,44***	-0,24**	-0,24**	-0,25**	-0,29***	-0,26**
NEG	-0,42***	-0,40***	0,40***	0,49***	0,50***	0,54***	0,45***

Legenda k tabulce č. 19: POZ 1 - Strategie podhodnocení a devalvace, POZ 2 - Strategie odklonu, POZ 3 - Strategie kontroly, POZ – Pozitivní strategie, NEG – Negativní strategie, P – Psychická pohoda, A – Aktivita, O – Odreagování se, N – Psychický nepokoj, D – Psychická deprese, U – Úzkostná očekávání, S – Sklíčenost, statistická významnost na hladině * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

V tabulce se zaměříme na ty hodnoty, které signalizují pásmo střední korelace. Střední kladnou korelaci tedy můžeme pozorovat ve vztahu strategie odklonu a aktivita ($r=0,48$), dále ve vztahu pozitivní strategie a aktivita ($r=0,44$). V posledním řádku tabulky si můžeme povšimnout, že téměř všechny hodnoty spadají do pásma střední korelace, ať už záporné či kladné. Závěrem je, že negativní strategie zvládání zátěže záporně korelují na střední úrovni s komponentou psychické kondice aktivita ($r=-0,42$) a kladně korelují na střední úrovni s komponentami psychický nepokoj ($r=0,49$), psychická deprese ($r=0,50$), úzkostná očekávání ($r=0,54$) a sklíčenost ($r=0,45$).

Souvislost percipovaného stresu a psychické kondice

Nadcházející uvedená tabulka č. 20 znázorňuje korelační vztahy mezi zkoumanými proměnnými – celkovým skóre percipovaného stresu a psychickou kondicí. Výsledky uvedené v této tabulce se vztahují k námi stanoveným hypotézám H1 až H7.

¹ Celá tabulka korelační analýzy mezi strategiemi zvládání zátěže a psychickou kondicí se nachází v příloze č. 3 této práce, pro lepší čtenářovu orientaci zde uvádíme pouze hodnoty POZ 1, POZ 2, POZ 3, POZ a NEG.

Tabulka 20: Výsledky korelační analýzy mezi celkovým skórem percipovaného stresu a psychickou kondicí – SUPSO (N=141)

Proměnná	Percipovaný stres – celkové skóre (PSS)
P – Psychická pohoda	-0,53***
A – Aktivita	-0,39***
O – Odreagování	0,51***
N – Psychický nepokoj	0,61***
D – Psychická deprese	0,63***
U – Úzkostná očekávání	0,60***
S – Sklíčenost	0,51***

Legenda k tabulce č. 20: Statistická významnost na hladině * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Nyní k ověřování hypotéz H1 až H7.

Mezi první komponentou dotazníku SUPSO – psychickou pohodou a celkovým skóre percipovaného stresu jsme našli statisticky významnou zápornou korelaci na střední úrovni ($r = -0,53$). **Přijímáme tak hypotézu H1:** *Míra percipovaného stresu negativně koreluje s psychickou pohodou.* Z tohoto výsledku usuzujeme, že respondenti, kteří pocítují nižší úroveň stresu, prožívají vyšší míru psychické pohody.

Mezi komponentou aktivita a celkovým skóre percipovaného stresu nacházíme statisticky významnou zápornou korelaci na slabé úrovni ($r = -0,39$). **Přijímáme tak hypotézu H2:** *Míra percipovaného stresu negativně koreluje s aktivností.* Přičemž z tohoto výsledku vyvozujeme skutečnost, že respondenti s nízkou úrovní pocítovaného stresu disponují vyšší mírou aktivnosti a činorodosti.

Dále jsme zjišťovali vztah mezi proměnnými odreagováním se a celkovým skóre percipovaného stresu. Z tabulky můžeme vidět statisticky významný kladný korelační vztah na střední úrovni ($r = 0,51$), z čehož **potvrzujeme hypotézu H3:** *Míra percipovaného stresu pozitivně koreluje s odreagováním se.* Pozorování ukazuje na to, že respondenti s vyšší úrovní pocítovaného stresu vykazují také vyšší úroveň impulzivity a neschopnosti se odreagovat.

Čtvrtou komponentou dotazníku SUPSO je psychický nepokoj, kde jsme taktéž v souvislosti s celkovým skóre percipovaného stresu potvrdili statisticky významnou kladnou korelaci silného vztahu ($r = 0,61$). **Přijímáme tak hypotézu H4:** *Míra percipovaného stresu pozitivně koreluje s psychickým nepokojem.* Na základě tohoto

výsledku usuzujeme, že respondenti, kteří pociťují vyšší úroveň stresu, prožívají také ve větší míře psychický nepokoj a diskomfort.

Pozornost jsme soustředili dále na vztah mezi psychickou depresí a celkovým skóre percipovaného stresu. I zde byla potvrzena statisticky významná kladná korelace na velmi silné úrovni ($r=0,63$), což vede k **přijetí hypotézy H5**: *Míra percipovaného stresu pozitivně koreluje s psychickou depresí*. Můžeme říct, že respondenti pociťující vyšší hladinu stresu se potýkají také s rostoucí mírou psychické deprese a pocitu vyčerpanosti.

Předposlední proměnou v rámci dotazníku SUPSO, kterou jsme podrobili korelační analýze ve vztahu s celkovým skóre percipovaného stresu je úzkostné očekávání. Nalezneme zde signifikantně pozitivní souvislost na silné úrovni ($r=0,60$). **Přijímáme tak hypotézu H6**: *Míra percipovaného stresu pozitivně koreluje s úzkostností*. A na základě tohoto zjištění usuzujeme, že respondenti s vysokou úrovní pociťovaného stresu zažívají ve větší míře úzkost a obavy z budoucna.

Poslední – sedmou komponentou, kterou jsme korelačně zanalyzovali v souvislosti s celkovým skóre percipovaného stresu, je sklíčenost. Výsledky znázorňují kladnou korelaci na silné úrovni ($r=0,51$), kterou také můžeme potvrdit jako statisticky významnou a tím **přijímáme i hypotézu H7**: *Míra percipovaného stresu pozitivně koreluje se sklíčeností*. Tato skutečnost napovídá o tom, že respondenti z našeho výzkumného souboru, kteří pociťují vyšší úroveň stresu, zažívají ve větší míře také pocitu sklíčenosti a osamělosti.

Souvislost délky praxe v oboru a strategií zvládnání zátěže

Tabulka č. 21 prezentuje vztah mezi délkou praxe v oboru a strategiemi zvládnání zátěže. Výsledky uvedené v této tabulce se vztahují k další námi stanovená hypotéza H8.

Tabulka 21: Výsledky korelační analýzy mezi strategiemi zvládnání zátěže a délkou praxe v oboru (N=141)

Proměnná	Délka praxe v oboru
POZ – Pozitivní strategie	0,28**
NEG – Negativní strategie	-0,24**

*Legenda k tabulce č. 21: Statistická významnost na hladině * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$*

Z výše uvedené tabulky č. 21 můžeme vyčíst statisticky významnou pozitivní korelaci na slabé úrovni ($r=0,28$) mezi pozitivními strategiemi a délkou praxe v oboru.

V případě negativních strategií a délkou praxe v oboru zde nacházíme také statisticky významnou korelaci slabé úrovně ($r=-0,24$), avšak v opačném – záporném směru. Na základě tohoto zjištění **přijímáme hypotézu H8: Jedinci s delší praxí v oboru volí častěji pozitivní strategie zvládání zátěže.** Z těchto výsledků usuzujeme, že zdravotničtí pracovníci působící v daném oboru více let, se přiklání k volbě pozitivních strategií.

Souvislost věku a strategií zvládání zátěže

V poslední tabulce č. 22 týkající se korelační analýzy jsme zjišťovali souvislost mezi věkem a volbou strategií zvládání. Uvedené výsledky v této tabulce nám poskytují odpověď na naši poslední formulovanou hypotézu H9.

Tabulka 22: Výsledky korelační analýzy mezi strategiemi zvládání zátěže a věkem ($N=141$)

Proměnná	Věk
POZ – Pozitivní strategie	0,34***
NEG – Negativní strategie	-0,27**

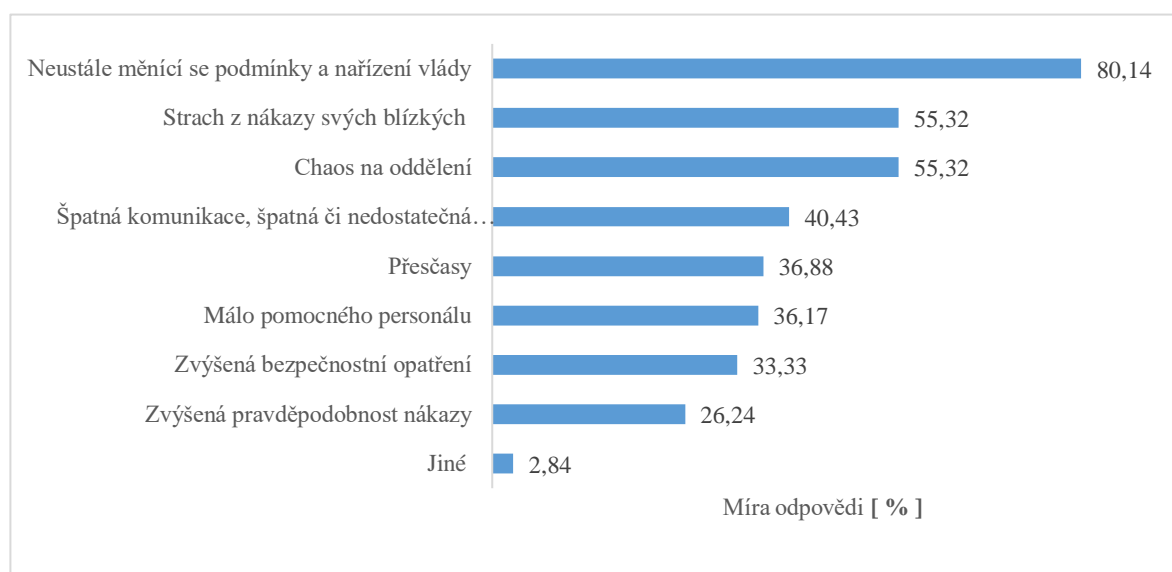
Legenda k tabulce č. 22: Statistická významnost na hladině * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Výsledky ukazují, že mezi pozitivními strategiemi a věkem existuje statisticky významná kladná korelace na slabé úrovni ($r=0,34$) a mezi negativními strategiemi a věkem také vidíme statisticky významnou korelaci na slabé úrovni v opačném směru ($r=-0,27$). **Přijímáme tak hypotézu H9: Jedinci s vyšším věkem volí častěji pozitivní strategie zvládání zátěže.** Na základě těchto informací můžeme říct, že čím jsou zdravotničtí pracovníci starší, tím se více přiklání k volbě pozitivních strategií zvládání stresu.

Na závěr dotazníkové baterie jsme vytvořili 10 položek, které byly dobrovolné a účastníci výzkumu se zde mohli vyjádřit k výkonu své profese v současné nelehké době spojené s pandemií SARS-CoV-2. Zaměřili jsme se na náročnost vykonávání zdravotnické profese v období pandemie, na to, jak se zdravotníci vyrovnávají se zvýšeným stresem ve své práci, jaké opatření v boji proti stresu by uvítali. V položce č. 9 („*Co byste rád/a vzkázal/a svým kolegům či ostatním zdravotnickým pracovníkům?*“) mohli respondenti napsat vzkaz svým kolegům. Vybrané odpovědi jsou uvedeny v příloze. Položka č. 10 poskytovala účastníkům prostor pro jakékoliv sdělení, připomínku či vyjádření k tomuto výzkumu.

Graf č. 1 představuje odpovědi zdravotnického personálu na otázku „*Co pro Vás bylo nejtěžší v tomto období pandemie SARS-CoV-2?*“. Můžeme si povšimnout, že pro 80,14 % respondentů byly nejobtížnější Neustále měnící se podmínky a nařízení vlády. 55,32 % respondentů na druhém místě udávalo Strach z nákazy svých blízkých a Chaos na oddělení. Stresující byla také Špatná komunikace, špatná či nedostatečná informovanost zdravotnického personálu (40,43 %).

Graf 1: *Co pro Vás bylo nejtěžší v tomto období pandemie SARS-CoV-2?*



Graf č. 2 zobrazuje četnost odpovědí respondentů na otázku „*Pocítujete, že je vykonávání vaší profese v období pandemie SARS-CoV-2 náročnější?*“ 121 (85,82 %) respondentů odpovědělo Ano. Dále 6 (4,26 %) respondentů nevnímá svou práci v období pandemie SARS-CoV-2 jako náročnější. Pokud odpověděli respondenti kladně, bylo také

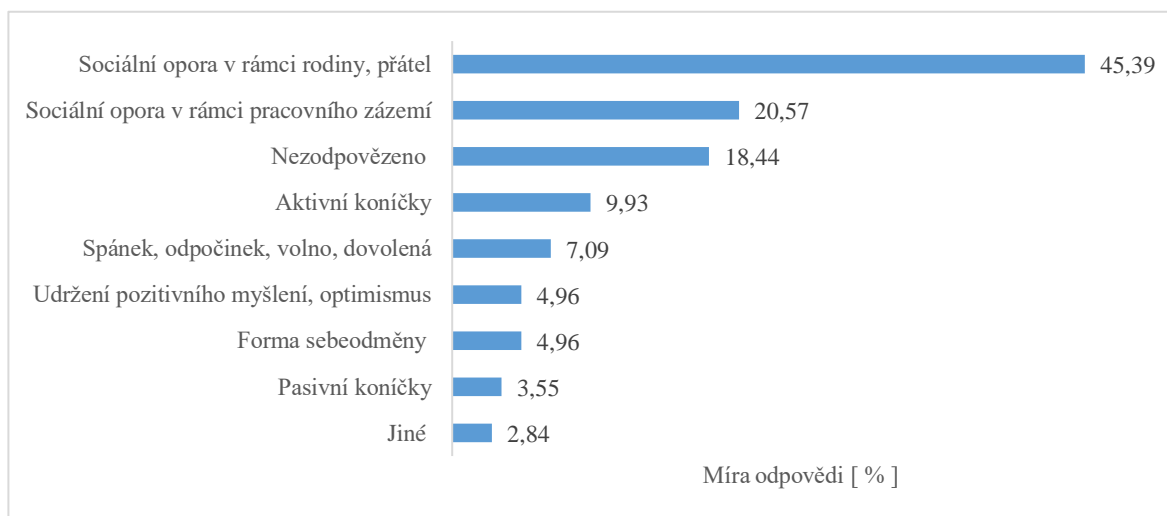
zjišťováno, v čem je vykonávání jejich práce náročnější a nejvíce zastoupeny odpovědi byly psychická zátěž/stres a fyzická zátěž.

Graf 2: Pociťujete, že je vykonávání vaší profese v období pandemie SARS-CoV-2 náročnější?



Třetí otázka, kterou jsme položili respondentům, zjišťovala, co jim nejvíce pomohlo zvládat náročné situace. Z grafu č. 3 můžeme vidět, že 45,39 % respondentů uvedlo Sociální oporu v rámci rodiny a přátel. 20,57 % respondentů uvedlo Sociální oporu v rámci pracovního zázemí, kde nejčastěji řadili své kolegy, spolupracovníky, kohezivní vztahy a uvolněnou atmosféru na pracovišti.

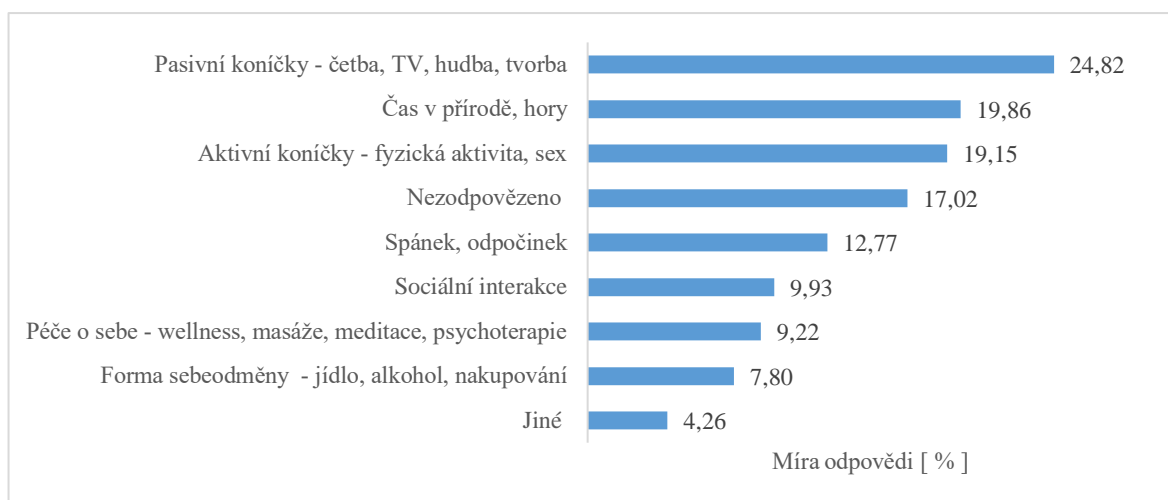
Graf 3: Co Vám nejvíce pomohlo zvládat náročné situace?



Níže uvedený graf č. 4 se vztahuje k odpovědím na otázku „Jaké techniky (relaxační metody) využíváte ke zvládnutí stresu?“ Nejčastěji uváděnou možností se stala možnost Pasivní koníčky (24,82 %), kde jsme zařadili odpovědi typu poslech hudby, koukání na televizi, hraní PC her, čtení knih či různou tvorbu jako malování. 19,86 % respondentů dále uvedlo jako formu relaxace pobyt v přírodě či na horách, turistiku či procházky. Aktivní

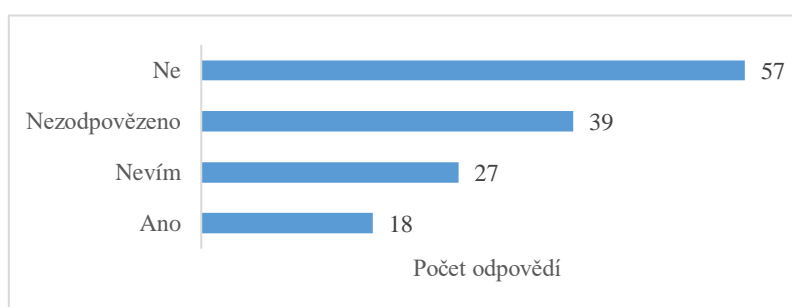
koničky, kde jsme zařadili různé formy fyzického vyžití jako běh, cvičení, fitness, sportovní činnosti a sex, volilo 19,15 % respondentů.

Graf 4: Jaké techniky (relaxační metody) využíváte ke zvládnutí stresu?



V následujícím grafu č. 5 jsme se ptali, zda nemocnice či oddělení poskytuje respondentům jakožto zdravotnickému personálu řádnou supervizi. Z výsledků si můžeme všimnout, že 57 (40 %) respondentů uvedlo, že nikoliv. 39 (28 %) respondentů na tuto otázku neodpovědělo a pouze 18 (13 %) respondentů odpovědělo Ano. V případě kladného vyjádření byli následně respondenti tázáni, kým a jak je supervize zajišťována. V odpovědích se objevily nejčastěji možnosti psychologické pomoci, pravidelné sezení s psychologem, supervizní konzultace, které zajišťuje obvykle primář oddělení, koučing.

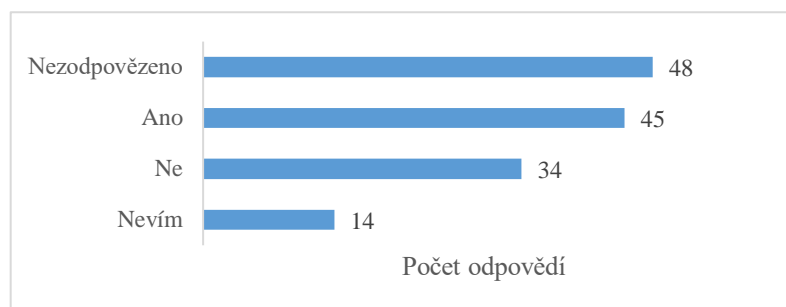
Graf 5: Zajišťuje Vám nemocnice (oddělení) řádnou supervizi?



Na 6. otázku („Poskytuje Vám pracoviště vhodné a bezpečné prostředí a možnost vzdělávacích programů pro zlepšení kvality práce sester?“). Celkem 48 (34 %) respondentů neodpovědělo, 34 (24 %) respondentů odpovědělo Ne a 45 (32 %) respondentů odpovědělo kladně – Ano. Respondenti, kteří odpověděli kladně na danou otázku, byli ještě tázáni, jakým způsobem jsou vzděláváni, přičemž nejčastější odpovědi byly formou kurzů, konferencí,

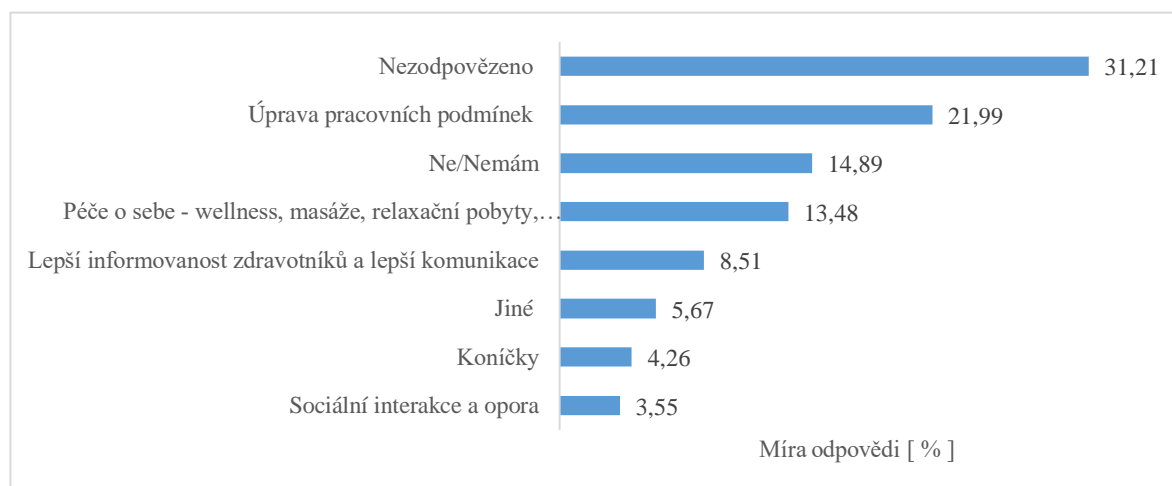
školení, seminářů (momentálně i v online podobě) či webinářů a dalších vzdělávacích akcí, které vedou odborníci, či lektori. V současné době spojené s pandemií se vytváří zvláště instruktážní videa, které radí, jak pracovat s nakaženým pacientem a jak správně používat ochranné pomůcky.

Graf 6: Poskytuje Vám pracoviště vhodné a bezpečné prostředí a možnost vzdělávacích programů pro zlepšení kvality práce sester?



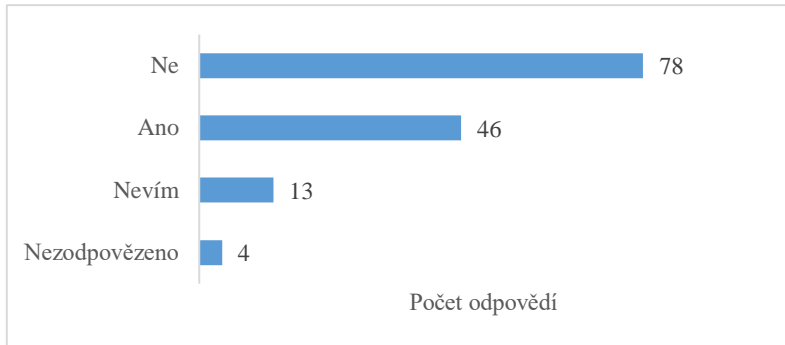
Další otázka směřována na zdravotnický personál se týkala návrhu opatření proti stresu zdravotníků spojeného s pandemií. Z grafu je nám zřejmé, že značná část respondentů (31,21 %) na tuto otázku nezodpověděla. Odpověď, na kterou odpovědělo téměř 22 % respondentů se týkala Úpravy pracovních podmínek, kde jsme zařadili odpovědi typu méně přesčasů, více volna, zkrácení pracovní doby na 8hodinové, více přestávek během výkonu práce a více pracovní síly. 14,89 % respondentů neměli žádné návrhy na opatření proti stresu. Kromě úpravy pracovních podmínek, participantů tohoto výzkumu uvedli také potřebu lepší komunikace a spolupráce na pracovišti mezi spolupracovníky i nadřízenými. V kategorii Péče o sebe (13,48 %) respondenti uváděli možnosti jako relaxační pobyty, wellness víkendy, rehabilitační pobyty, pravidelné supervize a psychoterapii pro každého.

Graf 7: Máte nějaké návrhy opatření proti stresu zdravotnického personálu spojeného s pandemií SARS-CoV-2?



Poslední otázkou v našem výzkumu bylo tázání, zda respondenti přemýšlí či přemýšleli o změně práce/pracoviště či výpovědi během pandemie SARS-CoV-2. 78 (55 %) respondentů odpovědělo Ne, 46 (33 %) respondentů o této možnosti přemýšlelo.

Graf 8: Přemýšlíte, či přemýšlel/a jste o změně práce (pracoviště) či výpovědi během pandemie SARS-CoV-2?



8 DISKUZE

Tato kapitola je určena rekapitulaci zjištěných výsledků. Jedním z hlavních výzkumných cílů této práce bylo identifikovat percipovanou úroveň stresu zdravotnickým personálem, dále zmapovat volené strategie zvládání zátěže, zjistit aktuální psychický stav v období pandemie SARS-Cov-2, přesněji byla data sbírána od 1.12. 2020, tedy během druhé vlny pandemie, která v České republice propukla v září 2020. Dalším stanoveným cílem byla korelační analýza souvislostí mezi úrovní percipovaného stresu, volbou strategií zvládání zátěže a psychickým stavem.

Náš výzkum potvrdil střední úroveň vnímaného stresu ($M=21,94$). Podobnému výsledku se skóre střední úrovně, a to 21,57 bodů došli i autoři Mahon, Mee, Brett a Dowling (2017), kteří zdůrazňují význam sebepečce sester a svou studii podporují nácvik všímavosti a pozitivních strategií zvládání k redukci stresu u zdravotnických sester. Autoři Aslan a Pekince (2020) se zaměřili na percipovaný stres zdravotních sester v období pandemie SARS-CoV-2 a průměrné naměřené skóre bylo 31,69, což už naznačuje vysokou úroveň percipovaného stresu, který pramenil především ze strachu přenosu infekce, proto doporučili adekvátní školení o ochranných opatření, pomůckách a hygienických otázkách prostřednictvím distančního vzdělávání a odborné poradenství pro zdravotníky, aby došlo k redukci úzkosti. Lim, Bogossian a Ahern (2010) podotýkají, že celkový prožívaný stres přispívá k vysoké fluktuaci v ošetrovatelské profesi s častým úmyslem opustit povolání. Z našeho výzkumu jsme zjistili, že 33 % respondentů přemýšlí či přemýšlelo o změně práce/pracoviště či výpovědi během pandemie Sars-CoV-2. Ornell et al. (2020) řadí mezi další negativní aspekty, které sebou nese pandemie, je strach z infekce a případného úmrtí, také strach z infikování vlastní rodiny či přátel. Stres zdravotníků plyne také z chaosu na oddělení, neustále měnících se podmínkách a nařízeních vlády a z nedostačené informovanosti zdravotnického personálu.

Co se týče mapování volených strategií zvládání zátěže, zdravotníci se spíše přikláněli k volbě pozitivních strategií zvládání ($M=13,93$) než těch negativních ($M=11,77$). Mezi konkrétní nejčastěji volené pozitivní strategie zvládání zátěžové situace patřila Kontrola situace ($M=15,99$), Kontrola reakce ($M=15,74$) a Pozitivní sebeinstrukce ($M=15,63$). Tyto výsledky ukazují, že zdravotníci mají nejčastější tendence analyzovat situace, plánovat a uskutečnit své jednání s cílem získat kontrolu nad zátěžovými situacemi, lépe kontrolovat vlastní reakce a tendence přisuzovat kompetence sobě a dodávat si odvalu

ve stresových situacích. V rámci negativních strategií nejčastěji byla volena strategie Vyhýbání se ($M=15,07$), kdy zdravotníci volí tuto možnost se snaží vyhnout stresujícím událostem nebo jim zcela zamezit. Podobným výsledkům dosáhla Nevařilová (2006) ve svém výzkumu, kdy zjistila, že všeobecné sestry využívají převážně pozitivních způsobů zvládnání stresu, přičemž nejčastěji volily strategie kontroly situace a kontroly reakce. V práci Vévodové et al. (2016) také převažovala volba pozitivních strategií jako je péče o sebe, sociální opora a racionální/kognitivní zvládnání. Naopak v práci Kopeckého (2019) zdravotní sestry se přikláněly spíše k negativním strategiím zvládnání zátěže jako útěk od problémů, neschopnost se odpoutat či rezignace a uchylují se tak spíše k neefektivnímu řešení problémů. Stejně výsledky potvrzuje i německá studie autorů Sand, Hessam, Bechara a Vorstius (2016), kde byl použit dotazník SVF 78 a často volenými strategiemi se stala sociální podpora, vyhýbání se a úniková tendence. Marešová a Trešlová (2017) dospěly k závěru, že nejčastěji využívanou strategií zvládnání stresu mezi všeobecnými sestrami sloužícími na odděleních s intenzivní péčí, odděleních dlouhodobé péče či hospicová oddělení je relaxace ve formě procházek v přírodě, spánek a zábava.

Kladli jsme si také za cíl prozkoumat aktuální psychický stav. Psychický stav zde chápeme dynamickou veličinu, pro kterou je typická proměnlivost aktivace psychiky a prožívání promítající se v dynamice vnitřní a vnější aktivity subjektu. Jedinec je schopen situačně zvládat stres, avšak v případě dlouhodobého, nadměrného a subjektivně nezvládnutelného stresu může dojít k vyčerpání organismu, což má za následek negativní důsledky na psychické i fyzické úrovni (Pašková, 2018). Z deskriptivní analýzy jsme dospěli k závěru, že zdravotníci vysoce skórovali na škále úzkostná očekávání a obavy a psychická deprese. Potýkají se tak často s pocity nejistoty a obav z budoucnosti, typické je také psychické napětí, úzkostné nálady, pesimismus, otrávenost a pocity slabosti, zmoženosti a nečinnosti. Liu et al. (2020) zkoumali dopad pandemie na psychický stav zdravotníků a zjistili přítomnost značných úzkostných a depresivních příznaků u zdravotních sester i lékařů, kteří poskytovali přímou péči pacientům s onemocněním SARS-CoV-2. Ve zmíněné studii každý šestý zdravotnický pracovník vykazoval psychické potíže s následnou potřebou vyhledat odbornou pomoc odborníků.

Literatura zaměřená na propuknutí SARS před více než 10 let naznačovala, že zdravotničtí pracovníci jsou nejen vystaveni vysokému riziku nákazy, ale také vyššímu riziku vzniku úzkosti, deprese a stresu během těchto pandemií (Wu et al., 2005). Podle systematického přehledu 13 kvalitativních studií Fernandez et al. (2020) zmiňuje stres a

úzkost jako dominantní zkušenosti sester během pandemie. Doprovodnými emocemi bývá také hněv a pocity frustrace. Rajkumar (2020) zmiňuje úzkost, depresi a stres jako běžné psychologické reakce na pandemii SARS-CoV-2, avšak frustrace a hněv zde nezahrnuje. Většina hněvu a pocitů frustrace zdravotnického personálu vyplývá z vnímané nedostatečné připravenosti ze strany managementu nemocnic.

U subjektivních potíží jsme zaznamenali nejvyšší průměrné hodnoty u proměnných psychická únava ($M=2,72$) a tělesná únava ($M=2,62$). Zdravotníci také udávali, že se setkávají s bolestmi hlavy ($M=1,96$) a poruchami spánku ($M=1,94$). Co se týče užívání látek, nejčastěji respondenti uváděli kávu ($M=2,30$). Podobných hodnot dosáhla i Pašková (2018), kdy zdravotní sestry se také nejčastěji setkávaly s psychickou i fyzickou únavou, poruchami spánku a bolestmi hlavy, přičemž tyto problémy mohou souviset s povahou vykonávané práce a směnami práce. Pokud jde o užívání návykových látek, i v tomto výzkumu nejčastěji byla uváděna spotřeba kávy.

V rámci korelační analýzy jsme zkoumali souvislosti mezi stanovenými proměnnými. V případě korelační analýzy mezi celkovým skóre percipovaného stresu a negativními strategiemi jsme zjistili středně těsný statisticky významný pozitivní vztah ($r=0,56$). Můžeme tak říct, že participanti výzkumu, kteří pocítují vyšší úroveň stresu, se přiklání k volbě negativních strategií zvládání, a naopak participanti, kteří percipují ve svém životě nižší stres, volí pozitivní strategie zvládání. V pásmu střední korelace se konkrétně nachází tyto negativní strategie: úniková tendence ($r=0,50$), perseverace ($r=0,43$), rezignace ($r=0,47$) a sebeobviňování ($r=0,41$). Výsledky odpovídají pozorování autorů Lim, Bogossian a Ahern (2010), kteří došli závěru, že sestry disponující vyšším duševním zdravím a pohodou volí častěji strategie zaměřené na problém, adaptivní strategie jako plánované řešení problémů, hledání nových či alternativních řešení, vytvoření plánu postupu řešení, zatímco sestry s chudší duševní pohodou užívají častěji strategie zaměřené na útěk, vyhnutí se stresovým situacím, kam můžeme řadit i denní snění, přílišný spánek či zneužívání návykových látek a jiné rizikové chování. Dále jsme prozkoumali vztah mezi aktuálním psychickým stavem měřeným dotazníkem SUPSO a strategiemi zvládání zátěže, přičemž střední kladnou korelaci můžeme pozorovat ve vztahu strategie odklonu a aktivita ($r=0,48$), dále ve vztahu pozitivní strategie a aktivita ($r=0,44$). Dále jsme zjistili, že negativní strategie zvládání (NEG) záporně korelují na střední úrovni s komponentou psychické kondice – aktivita ($r=-0,42$) a kladně korelují na střední úrovni s komponentami psychický nepokoj ($r=0,49$), psychická deprese ($r=0,50$), úzkostná očekávání ($r=0,54$) a sklíčenost ($r=0,45$).

Dále jsme věnovali pozornost souvislosti mezi mírou percipovaného stresu a psychickou kondicí, přičemž k výsledkům této korelační analýzy se vztahovaly námi formulované hypotézy H1 až H7. Zde statistická analýza dat prokázala negativní statistickou významnost u komponent aktivačního bloku – psychická pohoda ($r=-0,53$) a aktivita ($r=-0,39$) a pozitivní statistickou významnost u komponent dezintegračního bloku – odreagování se ($r=0,51$), psychický nepokoj ($r=0,61$), psychická deprese ($r=0,63$), úzkostné očekávání ($r=0,6039$) a sklíčenost ($r=0,513$). Atanes et al. (2015) provedli výzkum k ověření korelace mezi psychickou pohodou a percipovaným stresem pracovníků pomáhajících profesí. Získané hodnoty Pearsonových korelačních koeficientů naznačovaly zápornou signifikantní souvislost mezi psychickou pohodou (obecným well-being) a vysokým percipovaným stresem. Klein et al. (2016) svým výzkumem potvrdil, že vnímaný stres je spojován s depresí, úzkostí, únavou, prokrastinací a sníženou životní spokojeností. Výsledky odpovídají našemu výzkumu, kdy zdravotníci pociťující nižší úroveň stresu se potýkají s pozitivními pocity jako je psychická pohoda, aktivita, činnost. Naopak jedinci s vysokým skóre percipovaného stresu se častěji potýkají s negativními pocity jako je psychická nepohoda, úzkost, rozlada, pocity osamělosti a vyčerpání.

Hypotézu H8 jsme zde chtěli ověřit vzhledem k nové pandemické situaci, která sebou nese novou formu náročnosti práce především z psychického hlediska. Položili jsme si zde tedy otázku, zda délka praxe v oboru hraje roli ve výběru strategií zvládnání i v současné náročné době, kdy i letití pracovníci mohou být vyvedeni z míry a překvapeni něčím neznámým, neočekávaným. Výsledky nicméně potvrdily statisticky významnou pozitivní korelaci mezi pozitivními strategiemi a délkou praxe v oboru ($r=0,28$), takže můžeme říct, že zdravotničtí pracovníci působící v daném oboru více let, se přiklání častěji k volbě pozitivních strategií. Zdravotničtí pracovníci s nejdelsí praxí mají k volbě pozitivních strategií jako je kontrola situace a kontrola reakcí vývojové předpoklady – větší sebeovládání v starší dospělosti ve srovnání s obdobím adolescence či mladší dospělosti, navíc s délkou praxe ubývají situace, které jsou pro zdravotníky nové, překvapující a z hlediska vlastních reakcí obtížně kontrolovatelné.

Poslední hypotéza H9 zjišťovala souvislost mezi věkem a volbou strategií zvládnání zátěže a výsledky statistické analýzy prokázaly, že mezi pozitivními strategiemi a věkem existuje statisticky významná kladná korelace na slabé úrovni ($r=0,35$) a mezi negativními strategiemi a věkem také vidíme statisticky významnou korelaci na slabé úrovni v opačném směru ($r=-0,27$). Vyvozujeme tak závěr, že čím jsou zdravotničtí pracovníci starší, tím se

více přiklání k volbě pozitivních strategií zvládnání stresu. Podobnému závěru došla i Poláchová (2015), která zjistila, že nejstarší věková skupina (44-58 let) volí spíše pozitivní strategie zvládnání před negativními strategiemi. Romanova (2015) také z výzkumu zjistila, že zdravotničtí pracovníci staršího věku mají při zátěži tendence využívat více pozitivní strategie – především strategii kontrola reakce, díky které lépe kontrolují své vlastní reakce. U mladší věkové kategorie autorka odhalila často volenou negativní strategii odmítání viny, což může znamenat, že mladým zdravotníkům chybí odolnost vůči zátěži.

Fernandez et al. (2020) a Rajkumar (2020) poukazují, že nedostatečná pandemická připravenost měla za následek značné emocionální a psychické dopady na ošetrovatelský personál. Doporučuje se, aby management každé nemocnice plánoval v budoucnu krizové situace jako je tato pandemie. Pokročilá příprava je nezbytná, zejména pokud jde o vybavení, personální zajištění a procesy a postupy sdílení znalostí. Nezbytnou součástí je také poskytování screeningových nástrojů pro duševní zdraví, poradenství a relaxační techniky, které by byly prospěšné pro zdravotnický personál. I dostatečná komunikace a podpora personálu na všech úrovních může vést ke zlepšení výsledků. Pašková (2018) upozorňuje také na nutnost vytvoření pozitivního a produktivního pracovního prostředí, které může podpořit využívání pozitivních strategií.

Vyvstává zde otázka: Bude možné zavést preventivní a nouzová opatření zaměřená na psychiatrické důsledky této pandemie v širokých sférách společnosti? Xiang et al. (2020) navrhuje, aby byly při vývoji strategií duševního zdraví brány v úvahu tři hlavní faktory: 1) multidisciplinární týmy duševního zdraví (skládající se z psychiatrů, psychiatrických sester, klinických psychologů a dalších odborníků na duševní zdraví), 2) jasná komunikace zahrnující pravidelné a přesné aktualizace ohniska nákazy SARS-CoV-2, a 3) vytvoření bezpečných psychologických poradenských služeb (například prostřednictvím elektronických zařízení nebo aplikací).

Považujeme za důležité zmínit zde peer programy, které se v českém prostředí posledních pár let rozvíjí. Foitová et al. (2014) označuje peera jako osobu, kterou spojují s druhou osobou či více osobami určité shodné charakteristiky v některé významné oblasti (např. školství, komunitní oblasti, zdravotní oblasti. V tíživé životní situaci tato osoba využívá své vlastní zkušenosti ve prospěch druhých osob, které se nachází v podobné nelehké situaci. Peer je zdrojem cenné podpory, sdílení a obohacení. Rozlišujeme zde peer konzultanta, což je pracovník v oblasti péče o duševní zdraví a peer lektora, což je pracovník, který na základě vlastních zkušeností vzdělává budoucí profesionály – lékaře, sociální

pracovníky, zdravotní sestry. Kopecký (2020) dodává, že peer program by měl následovat po každé stresující události jako je záchrana či naopak úmrtí dítěte. Said a Kheng (2018) mimo jiné doporučují trénink všímavosti pro ošetrovatelský obor. Zjistili, že vyšší všímavost má pozitivní účinek na psychickou pohodu a zároveň se podílí na redukci stresu v ošetrovatelské práci.

Za důležité také považujeme zmínit důležitost sebepečce u zdravotnického personálu, což je poměrně nový koncept. Je důležité, aby zdravotníci i jiní pracovníci v pomáhajících profesích, kde hrozí často syndrom vyhoření, se věnovali těm aktivitám, které podporují psychickou pohodu a celkové zdraví jedince. Jak už jsme uvedli v teoretické části této práce mezi takovéto aktivity patří fyzické vyžití (sporty, intimita), dostatečný spánek a zdravá, vyvážená strava, relaxace, trávení času v přírodě, meditace, kreativní tvorba, udržování a budování sociální opory, udržování kontaktů s blízkými osobami – rodinou, partnerem, dětmi, přáteli i kolegy. Samozřejmě zde můžeme zahrnout i sebepečující aktivity v oblasti vlastní práce jako třeba adekvátní pracovní přestávky, kontrola vlastního vytížení, uvědomování si vlastních hranic, podpora pozitivního pracovního prostředí, možnosti supervize či debriefingu apod.

Na závěr je třeba zmínit možné limity této práce. Celková velikost výzkumného vzorku je 141 respondentů, vhodnější by bylo mít větší statistický soubor. Původním záměrem bylo získat alespoň 300 respondentů, avšak vzhledem k obtížné situaci vyvíjející se kolem pandemie, která společnost tíží poslední rok, jsme brali v potaz možné negativní stanovisko vedení oslovených nemocnic, kdy ze sedmi nemocnic souhlasila pouze jedna se sběrem dat formou tužka-papír. Proto jsme se vzhledem k této skutečnosti uchýlili zároveň i k elektronickému sběru dat. Za další limit této práce považujeme časovou náročnost dotazníku. V připomínkách v závěru dotazníkové baterie jsme se shledali s negativními názory na délku a počet položek. Respondenti uváděli, že dotazník je příliš zdlouhavý, a že jej v polovině přestali vyplňovat nebo že je spatřená délka úplně odradila od dalšího vyplňování, což mě vedlo k vyřazení neúplných či nepřesně vyplněných dotazníků.

Nesmíme také opomenout vliv situačních charakteristik, které mohly mít také dopad na výsledek výzkumu. Problémem mohla být momentální nálada zdravotníků, nechut' při své již tak náročné práci věnovat svůj osobní čas a energii vyplňování dalšího dotazníku.

Nevýhodou se také může zdát pohlavně nevyrovnaný soubor, avšak skutečností je, že v profesi zdravotní sestry převažují převážně ženy. K roku 2018 profesi všeobecné sestry

zastávalo 83 754 žen a 1 897 mužů (Český statistický úřad, 2019). Z tohoto pohledu se nejedná o nedostatek, ale logický odraz dle ČSÚ.

Na závěr bychom podotkli, že je třeba provést další studie vlivu SARS-CoV-2 na zdravotnické pracovníky, jelikož v současné literatuře především v českém prostředí existuje velká mezera týkající se pandemického výzkumu obecně. Povolání zdravotnických pracovníků je již tak psychicky, emocionálně i fyzicky velmi náročné. Velkým problémem zdravotnictví je nedostatek zdravotnického personálu, zvláště v této nejednoduché době. Proto by bylo vhodné, aby se vedení nemocnic (manažeři, náměstci) zaměřili na práci se stresem u zdravotnického personálu. Důležité je, aby se včas a správně rozpoznaly stresory na pracovišti a pomohlo se zdravotnickým sestrám bojovat se stresem a najít vhodné a efektivní strategie zvládnání. Nezbytná je podpora sester při účasti na seminářích, školeních, kurzech a dalších vzdělávacích aktivitách, které jsou zaměřeny na duševní hygienu a zvládnání náročných situací nejen na pracovišti, ale i v osobním životě. Na místě je i podpora pozitivních pracovních vztahů, možnost využití konzultací s psychologem, možnosti odpočinku, relaxace a úprava pracovního prostředí. Pomoc v boji se stresem je také odpovídající finanční ohodnocení sester.

9 ZÁVĚR

Hlavním cílem praktické části této diplomové práce byla identifikace a deskripce úrovně pocíťovaného stresu zdravotníky v období pandemie SARS-CoV-2, dále identifikace nejčastěji užívaných copingových strategií a zmapování aktuální psychické kondice zdravotnického personálu v tomto nejednoduchém období spojeném s pandemií. Dále jsme si vytyčili cíl korelačně zanalyzovat souvislosti mezi úrovní percipovaného stresu, volbou strategií zvládnání zátěže, psychickým stavem a dalšími proměnnými jako věk a doba praxe v oboru a následně ověřit námi formulované statistické hypotézy. Výzkumný soubor čítal celkem 141 respondentů ve věku od 18 do 64 let, přičemž průměrný věk činil 41 let. Na základě analýzy dat získaných z použitých psychodiagnostických metod zaměřených na percipovaný stres (PSS), strategie zvládnání stresu (SVF 78) a psychický stav jedince (SUPSO) vyplývají následující zjištění:

- Percipovaný stres zdravotnických pracovníků odpovídá střední úrovni.
- Převládá volba pozitivních strategií zvládnání před negativními strategiemi. zvládnání, přičemž nejčastěji volené strategie zvládnání zátěže jsou:
 - Kontrola situace, Kontrola reakce, Pozitivní sebeinstrukce, Vyhýbaní se.
- Zdravotníci vysoce skórovali na škále úzkostná očekávání a psychická deprese.

- Míra percipovaného stresu negativně koreluje s psychickou pohodou.
- Míra percipovaného stresu negativně koreluje s aktivností.
- Míra percipovaného stresu pozitivně koreluje s odreagováním se.
- Míra percipovaného stresu pozitivně koreluje s psychickým nepokojem.
- Míra percipovaného stresu pozitivně koreluje s psychickou depresí.
- Míra percipovaného stresu pozitivně koreluje s úzkostností.
- Míra percipovaného stresu pozitivně koreluje se sklíčeností.
- Jedinci s delší praxí v oboru volí častěji pozitivní strategie zvládnání zátěže.
- Jedinci s vyšším věkem volí častěji pozitivní strategie zvládnání zátěže.

10 SOUHRN

Diplomová práce se věnovala problematice stresu, strategií zvládání stresu a psychické kondici u zdravotnických pracovníků v tzv. první linii.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. Úkolem první kapitoly je vymezení pojmu stres jako takového. Čtenář zde může nalézt rozmanitá pojetí stresu a stresorů od různých autorů. Tato kapitola končí pasáží, která je věnována dopadům stresu na fyzické i psychické zdraví jedince.

Druhá kapitola teoretické části seznamuje čtenáře s problematikou zvládání zátěžových situací. Nejdříve vysvětlujeme samotný pojem zvládání stresu, následuje výčet obranných mechanismů. Značná část je věnována samotným strategiím a stylům zvládání. Uvádí se zde množství různorodých definic a pro lepší orientaci a shrnutí je čtenářům doporučen stručný přehled autorů a konceptů v tabulce č. 1. Druhá kapitola práce je zakončena výčtem zdrojů zvládání, kdy jsou zde uvedeny tradiční modely a koncepty jako Locus of Control, Self efficacy či Odolnost, zároveň je však pozornost zaměřena i na poměrně nový koncept a to Sebepěči.

Poslední – třetí kapitola teoretické části se zabývá profesí zdravotní sestry. Prezentována zde je osobnost a role zdravotní sestry. Značná část je věnována stresu, který je s vykonáváním této profese úzce spjat. Prezentujeme zde také rozsáhlou tabulku odborných prací s tématy týkající se povolání zdravotní sestry. Dále se čtenáři mohou dočíst o častých pozitivních i negativních strategiích zvládání stresu v této profesi. Kapitola končí pasáží o supervizi, která je pro všechny pomáhající profese nezbytná.

Druhou částí diplomové práce je praktická část, kde si nejprve definujeme základní cíle výzkumu a stanovujeme statistické hypotézy. Za účelem ověření stanovených cílů a hypotéz byl zvolen kvantitativní design, přesněji dotazníkové šetření. Dotazníková baterie v úvodu obsahovala sociodemografické údaje a skládala se ze 3 dotazníků. Prvním nástrojem byla škála pro změření aktuální úrovně percipovaného stresu PSS (Perceived Stress Scale), která obsahovala 10 položek. Druhým použitým nástrojem byl dotazník zachycující individuální tendence jedince užít různých způsobů reagování na stres – dotazník Strategie zvládání stresu SVF 78 s celkem 78 položkami. Posledním použitým nástrojem byl dotazník SUPSO, který sloužil k zjištění aktuálního psychického stavu jedince a obsahoval 28 adjektiv. Součástí SUPOS byly také části týkající se subjektivních psychických a fyzických

obtíží a užívání látek. V závěru se nacházelo ještě 10 položek, které se týkaly vykonávání zdravotnické profese v období pandemie SARS-CoV-2, tyto položky nebyly označeny jako povinné. Výzkumný soubor tvořilo po očištění dat celkem 141 respondentů (z toho 10 mužů) ve věkovém rozsahu 18-64 let, přičemž průměrná hodnota věku byla 41 let. Co se týče pracovní pozice, ve výzkumném souboru bylo 119 zdravotních sester a 22 lékařů. Jednalo se o zdravotníky v první linii působící na oddělení JIP, ARO, specializovaná covidová oddělení a jiná oddělení s vyššími nároky na výkon profese. Administrace dotazníků proběhla v tištěné podobě v Nemocnici s poliklinikou Karviná-Ráj, vzhledem k nepříznivé situaci spojené s nouzovým stavem jsme se zároveň uchýlili i k elektronickému sběru dat prostřednictvím platformy Google formuláře. Účast na výzkumu byla zcela anonymní a dobrovolná v souladu s etickými zásadami. Očištěná data byla exportována do programu STATISTICA verze 13.4 (2017), kde jsme následně analyzovali charakteristiky zkoumaného souboru, následně byla provedena deskripce použitých psychodiagnostických metod. Normalita rozdělení byla testována prostřednictvím Shapiro-Wilkovým testem normality. K ověření statistických hypotéz jsme použili parametrické metody – hypotézy H1 až H9 jsme ověřovali Pearsonovým korelačním koeficientem.

Hlavním výzkumným cílem byla identifikace úrovně pocíťovaného stresu zdravotníky v období pandemie SARS-CoV-2, dále identifikace a deskripce nejčastěji užívaných copingových strategií a zmapování aktuální psychické kondice zdravotnického personálu v tomto nejednoduchém období spojeném s pandemií. Dalším vytyčeným cílem byla korelační analýza souvislostí mezi stanovenými proměnnými a následné ověření stanovených hypotéz.

Výsledky deskriptivní analýzy poukázaly, že respondenti prožívají střední úroveň percipovaného stresu ($M=21,94$). Co se týče volby strategií zvládnání stresu, zjistili jsme, že respondenti se uchýlovali k volbě pozitivních než negativních strategií zvládnání. Nejvyšší získané průměrné hodnoty jsme našli u strategií Kontrola situace, Kontrola reakce, Pozitivní sebeinstrukce a Vyhýbání se. Nejvyšší průměrná hodnota v rámci dotazníku SUPSO se nacházela u komponenty Úzkostná očekávání z budoucího ($M=8,09$) a u komponenty Psychická deprese ($M=9,07$).

Provedli jsme korelační analýzu vybraných proměnných a dále jsme ověřovali stanovené statistické hypotézy. Hypotézy H1-H7 se zaměřovaly na souvislost mezi percipovaným stresem a psychickým zdravím. Statisticky významnou negativní korelaci jsme našli mezi celkovým skóre percipovaného stresu a psychickou pohodou ($r= -0,53$),

taktéž u komponenty aktivita ($r = -0,39$). Statisticky významnou pozitivní korelaci jsme našli mezi celkovým skóre percipovaného stresu a odreagováním se ($r = 0,51$), psychickým nepokojem ($r = 0,61$), psychickou depresí ($r = 0,63$), úzkostným očekáváním ($r = 0,60$) a sklíčeností ($r = 0,51$). Signifikantní souvislost byla dále zjištěna mezi délkou praxe v daném oboru a volbou strategií zvládnání, kdy pracovníci s delší praxí volí méně negativní strategie zvládnání zátěže. Výsledek poslední hypotézy H9 se ukázal také jako statisticky signifikantní, objevili jsme statisticky významnou pozitivní korelaci mezi věkem a pozitivními strategiemi zvládnání zátěže ($r = 0,35$), můžeme tak říct, že čím starší respondent, tím se uchyluje k volbě pozitivních strategií před negativními.

Omezení při interpretaci se týkají především reprezentativnosti, kdy výzkumný vzorek je pouhých 141 respondentů. Tím, že je současný stav pandemie SARS-CoV-2 poměrně novým fenoménem, v literatuře (především v českém prostředí) existuje mezera týkající se pandemického výzkumu obecně, konkrétně vlivu SARS-CoV-2 na zdravotnické pracovníky. Proto je zapotřebí provést další studie.

LITERATURA

- Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 59(5), 1066-1074. Získáno z <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.5.1066>
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121(3), 417-436. Získáno z <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.3.417>
- Atanes, A. C. M., Andreoni, S., Hirayama, M. S., Montero-Marin, J., Barros, V. V., Ronzani, T. M., Kozasa, E. H., Soler, J., Cebolla, A., Garcia-Campayo, J., & Demarzo, M. M. P. (2015). Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15(1). Získáno z <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0823-0>
- Atkinson, R. L. (2003). *Psychologie*. Portál.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Baqtayan, S. M. S. (2015). Stress and Coping Mechanisms: A Historical Overview. *Mediterranean Journal Of Social Sciences*. Získáno z <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n2s1p479>
- Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Karolinum.
- Baumgartner, F. (2001). Zvládanie stresu – Coping. In: Výrost, J., Slaměník, I. (Eds.), *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada Publishing.
- Baumgartner, F., Adamková, F. (2003). Vzťahy kvantitatívnej a kvalitatívnej stránky sociálnej opory a postupov zvládania záťaže. In Blatný, M., Svoboda, M., Rusiel, I., Výrost, J. (Eds.) (2003). *Sociální procesy a osobnost: sborník příspěvků*. Brno: Psychologický ústav AV ČR v Brno a Sdružení SCAN, 5-10.
- Burda, P., & Šolcová, L. (2016). *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Grada Publishing.

- Buršíková Brabcová, D., & Kohout, J. (2018). Psychometrické ověření české verze Škály vnímaného stresu. *E-psychologie*, 12(1), 37-52. Získáno z http://e-psycholog.eu/pdf/bursikova-brabcova_kohout.pdf
- Cakirpaloglu, P., Šmahaj, J., Cakirpaloglu, S., & Zielina, M. (2016). *Šikana na pracovišti v České republice: teorie, výzkum a praxe*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 56(2), 267-283. Získáno z <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>
- Cohen, S. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The Claremont Symposium on Applied Social Psychology. The social psychology of health* (p. 31–67). Sage Publications, Inc.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385–396. Získáno z https://www.jstor.org/stable/2136404?seq=1#metadata_info_tab_contents
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. Získáno z <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- Český statistický úřad. (2019). *Zaostřeno na ženy a muže 2019*. Praha. Získáno z <https://www.czso.cz/documents/10180/91605937/30000219.pdf/37f2f393-e22e-421c-b5c9-4f21e2a7a74f?version=1.3>
- Deklava, L., Circenis, K., & Millere, I. (2014). Stress Coping Mechanisms and Professional Burnout among Latvian Nurses. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, 159, 261-267. Získáno z <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.369>
- Fernandez, R., Lord, H., Halcomb, E., Moxham, L., Middleton, R., Alananzeh, I., & Ellwood, L. (2020). Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International Journal Of Nursing Studies*, 111. Získáno z <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103637>
- Fernandez, R., Lord, H., Halcomb, E., Moxham, L., Middleton, R., Alananzeh, I., & Ellwood, L. (2020). Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences

- of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International Journal Of Nursing Studies*, 111. Získáno z <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103637>
- Fialová, I. (2012). *Zvládání zátěže*. Ostravská univerzita Ostrava, Lékařská fakulta.
- Foitová, Z. (2014). *Manuál zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal Of Health And Social Behavior*, 21(3). Získáno z <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Fontana, D. (2016). *Stres v práci a v životě: jak ho pochopit a zvládat*. Portál.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. Získáno z <https://doi.org/10.1037//0003-066X.56.3.218>
- Freud, A. (2006). *Já a obranné mechanismy*. Portál.
- Freud, S. (1993). *Vybrané spisy* (Vyd. 2, [Sv.] II-III). Avicenum.
- Freud, S. (2000). *Spisy z let 1904-1905*. Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek.
- Freud, S. (2002). *Spisy z let 1913-1917*. Psychoanalytické nakladatelství.
- Gomes, S. da F. S., Santos, M. M. M. C. C. dos, & Carolino, E. T. da M. A. (2013). Psycho-social risks at work: stress and coping strategies in oncology nurses. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 21(6), 1282-1289. Získáno z <https://doi.org/10.1590/0104-1169.2742.2365>
- Görge, S. M., Hiller, W., & Witthöft, M. (2014). Health Anxiety, Cognitive Coping, and Emotion Regulation: A Latent Variable Approach. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 21(2), 364-374. Získáno z <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9297-y>
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129(3), 447-466. Získáno z <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.447>
- Hanzlova, Martina a Petr Macek. (2009). Vztah mezi styly zvládání, přesvědčením o vlastním vlivu a problémy dospívajících, *E-psychologie*, roč. 3, č. 1, s. 12-21. Získáno z https://e-psycholog.eu/pdf/hanzlova_etal.pdf

- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Heydari, A., Kareshki, H., & Armat, M. R. (2016). Is Nurses' Professional Competence Related to Their Personality and Emotional Intelligence? A Cross-Sectional Study. *Journal Of Caring Sciences*, 5(2), 121-132. Získáno z <https://doi.org/10.15171/jcs.2016.013>
- Hladký, A. (1993). *Zdravotní aspekty zátěže a stresu: skripta pro posluchače Filozofické fakulty Univerzity Karlovy*. Karolinum.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513-524. Získáno z <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Humpl, L., Prokop, J., & Tobiášová, A. (2013). *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Humpolíček, P. (2014). Stres a jeho zvládání v kontextu psychosomatiky a metabolických poruch. (Online, cit 13.07.2020). *Psychologon*. Získáno z <http://www.psychologon.cz/data/pdf/270-stres-a-jeho-zvladani-v-kontextu-psychosomatiky-a-metabolicky-poruch.pdf>
- Charvát, J. (1973). *Život, adaptace a stress* (3. vyd). Avicenum.
- Kane, P. P. (2009). Stress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian Journal Of Occupational And Environmental Medicine*, 13(1). Získáno z <https://doi.org/10.4103/0019-5278.50721>
- Kebza, V. (1997). *Zvládání stresu*. Státní zdravotní ústav.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Academia.
- Kemeny, M. E. (2016). The Psychobiology of Stress. *Current Directions In Psychological Science*, 12(4), 124-129. Získáno z <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01246>
- Klein, E. M., Brähler, E., Dreier, M., Reinecke, L., Müller, K. W., Schmutzer, G., Wölfling, K., & Beutel, M. E. (2016). The German version of the Perceived Stress Scale – psychometric characteristics in a representative German community sample. *BMC Psychiatry*, 16(1). Získáno z <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0875-9>
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 37(1), 1-11. Získáno z <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>

- Kopecký, M., Pospíšilová, J., Červenková, Z., & Černohorská, I. (2020). Coping studentů oborů všeobecná sestra a zdravotnický záchranář. *Praktický lékař*, 1, Vol.100, 22-26. Získáno z <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=8f381333-0d5e-438d-b2b5-ea5566a990cd%40sessionmgr4008>
- Kourakos, M. (2017). Mental health and coping strategies among nursing staff in public health services. *Progress In Health Sciences*, 7(2), 67-73. Získáno z <https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.7852>
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Grada.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví* (Vyd. 3). Portál.
- Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (2008). Nurses' workplace stressors and coping strategies. *Indian Journal Of Palliative Care*, 14(1). Získáno z <https://doi.org/10.4103/0973-1075.41934>
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review Of Psychology*, 44(1), 1-22. Získáno z <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A newsynthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal Of Personality*, 1(3), 141-169. Získáno z <https://doi.org/10.1002/per.2410010304>
- Lee, J. J., & Miller, S. E. (2013). A Self-care Framework for Social workers: building a Strong Foundation for practice. *Families in Society: the Journal of Contemporary Social Services*, 94(2), 96-103.
- Li, J., & Lambert, V. A. (2008). Workplace stressors, coping, demographics and job satisfaction in Chinese intensive care nurses. *Nursing In Critical Care*, 13(1), 12-24. Získáno z <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00252.x>
- Li, M., Erim, Morawa, Atay, & Aygün (2015). The Relationship Among Sense of Coherence ,Coping Strategies, and Interpersonal Patterns: A Cross-Cultural Study. Získáno z

<https://www.semanticscholar.org/paper/The-Relationship-Among-Sense-of-Coherence-%2C-Coping-Li-Erim/8d009110704bdf1c4d4986643dc03097da995d36>

Lipe, S.K. and Beasley, S. (2004). *Critical Thinking in Nursing: A Cognitive Skills Workshop*. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.

Liu, Z., Han, B., Jiang, R., Huang, Y., Ma, C., Wen, J., Zhang, T., Wang, Y., Chen, H., & Ma, Y. (2020). Mental Health Status of Doctors and Nurses During COVID-19 Epidemic in China. *SSRN Electronic Journal*. Získáno z <https://doi.org/10.2139/ssrn.3551329>

Loukzahed, Z., & Bafrooi, M., N. (2013). Association of coping style and psychological well-being in hospital nurses. *Journal of Caring Sciences*, 2(4), 313-9. doi: 10.5681/jcs.2013.037

Luthans, F. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal Of Organizational Behavior*, 23(6), 695-706. Získáno z <https://doi.org/10.1002/job.165>

Marešová, L., & Trešlová, M. (2017). Zvládání zátěžových situací ošetrovatelským personálem. *Psychologie a její kontexty*, 2017(8), 55–65. Získáno z https://psychkont.osu.cz/fulltext/2017/2017_1_5_Maresova-V.pdf

Medvěďová, L. (2008). Rodové odlišnosti a vývinová dynamika školských stresorov v ranej adolescenci. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 43 (4), 287-306. Získáno z <http://doczz.cz/doc/167389/pdf-%C4%8D%C3%ADslo-4---v%C3%BDskumn%C3%BD-%C3%BAstav-detskej-psychol%C3%B3gie-a-patops>

Microsoft Corporation. (2021). *Microsoft Office 365*, verze 2102 (build 13801.20084). Redmont, USA.

Mikšík, O. (1993). *SUPOS 7 - PC*. Praha: Heuréka Progress.

Mikšík, O. (2004). *Dotazník SUPSO – postihování a hodnocení struktury a dynamiky subjektivních prožitků a stavů – příručka*. Brno: Psychodiagnostika, s. r. o.

Mlčák, Z. (2011). *Psychologie zdraví a nemoci* (Vyd. 2). Ostravská univerzita v Ostravě.

Moring, J., Fuhrman, R., & Zauszniewski, J. A. (2017). Interrelatedness of Proactive Coping, Reactive Coping, and Learned Resourcefulness. *Measurement And Evaluation In Counseling And Development*, 44(4), 204-214. Získáno z <https://doi.org/10.1177/0748175611414722>

- Nevařilová, M. (2007). *Copingové strategie zdravotních sester v závislosti na délce praxe*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova Univerzita v Brně
- Onan, N., Isil, O., & Barlas, G. (2013). The effect of a new coping intervention on stress and burnout in Turkish oncology nurses. *Journal Of Marmara University Institute Of Health Sciences*. Získáno z <https://doi.org/10.5455/musbed.20130814120535>
- Orel, M. (2009). *Stres, zátěž a jeho zvládnání*. Obchodní akademie a VOŠ.
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal Of Psychiatry*, 42(3), 232-235. Získáno z <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- Pašková, L. (2018). Chosen aspects of current psychological condition in relation to coping strategies of nurses in Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 9(3), 857-865. Získáno z <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2018.09.0016>
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada.
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal Of Medicine*, 383(6), 510-512. Získáno z <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Plevová, I. (2019). *Ošetřovatelství II* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada Publishing.
- Poláchová, R. (2015). *Strategie zvládnání zátěže u sester na různých Zdravotnických pracovištích*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
- Pospíšilová, A., M. (2019). *Vztah sebezpečí k duševnímu zdraví u klinických psychologů*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Prošková, E. (2013). Vzdělávání sester. In: Vévoda, J., & kol. (Eds.). *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Grada.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal Of Psychiatry*, 52. Získáno z <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Ribeiro, R. M., Pompeo, D. A., Pinto, M. H., & Ribeiro, R. de C. H. M. (2015). Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros em serviço hospitalar de emergência. *Acta Paulista De Enfermagem*, 28(3), 216-223. Získáno z <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500037>
- Richards, M. (2006). *Stres*. Portál.

- Romanova, A. (2019). *Copingové strategie v profesi zdravotní sestry*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. doi: <https://doi.org/10.1037/h0092976>
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *Journal Of Happiness Studies*, 9(1), 13-39. Získáno z <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>
- Said, Z., & Kheng, G. L. (2018). A REVIEW ON MINDFULNESS AND NURSING STRESS AMONG NURSES. *ANALITIKA*, 10(1), 31-45. <https://doi.org/10.31289/analitika.v10i1.1589>
- Sand, M., Hessam, S., Sand, D. et al. (2016). Stress-coping styles of 459 emergency care physicians in Germany. *Anaesthetist* 65, 841–846. Získáno z <https://doi.org/10.1007/s00101-016-0228-6>
- Selye, H. (1936). A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138, 32. Získáno z <https://doi.org/10.1038/138032a0>
- Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *Bmj*, 1(4667), 1383-1392. Získáno z <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4667.1383>
- Selye, H. (1966). *Život a stres*. Obzor.
- Schreiber, V. (1992). *Lidský stres*. Academia.
- Schwarzer, R., & Taubert, S. (2002). Tenacious Goal Pursuits and Striving Toward Personal Growth: Proactive Coping. *Beyond Coping*, 19-36. Získáno z <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198508144.003.0002>
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The Development of Coping. *Annual Review Of Psychology*, 58(1), 119-144. Získáno z <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085705>
- Slaměnik, I., & Výrost, J. (2001). *Aplikovaná sociální psychologie* (Vol. 2). Grada.
- Staňková, M. (1996). *Ošetrovatelstvo: teória: učebnica pre stredné zdravotnicke školy, odbor zdravotná sestra* (2. rev. vyd). Osveta.

- Staňková, M. (2002). *České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Šeblová, J., Kebza, V., Vignerová, J., Čepická, B. (2009). Urgentní medicína 1/2009. *Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb*. 26-31. Citováno 2. 12. 2020. Získáno z http://urgentnimediceina.cz/casopisy/UM_2009_01.pdf
- Švancara, J. (2003). *Strategie zvládnání stresu – SVF 78*. Praha: Testcentrum.
- TIBCO Software Inc. (2017). *Statistica (data analysis software system)*, version 13. Získáno z: <http://statistica.io>.
- Tsukasa Kato, T. (2014). Coping with interpersonal stress and psychological distress at work: comparison of hospital nursing staff and salespeople. *Psychology Research And Behavior Management*. Získáno z <https://doi.org/10.2147/PRBM.S57030>
- Urbanovská, E. (2010). *Škola, stres a adolescenti*. Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta.
- Uzel, J. (2008). *Prevence a zvládnání stresu*. Výzkumný ústav bezpečnosti práce.
- Van der Colff, J. J., & Rothmann, S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *Sa Journal Of Industrial Psychology*, 35(1). Získáno z <https://doi.org/10.4102/sajip.v35i1.423>
- Vavricová, M. (2013). Súčasný trendy vo výskume zvládania stresu. *Československá Psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii A Praxi*, 57(2), 134-143.
- Venglářová, M. (2011). *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Grada.
- Venglářová, M. (2013). *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Grada.
- Vévoda, J. (2013). *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Grada.
- Vévodová, Š., Ročková, Š., Kozáková, R., Dobešová-Cakirpaloglu, R., Kisvetrová, H., & Vévoda, J. (2016). Copingové strategie a jejich vztah k syndromu vyhoření u onkologických sester. Psychologie a její kontexty. *Psychologie a její kontexty*, 7 (1), 65-79. Získáno z: https://psychkont.osu.cz/fulltext/2016/Vevodova-et-al_2016_1.pdf
- Weiss, B. L. (2014). *Uvolnění stresu, dosažení vnitřního klidu: od nepohody k nalezení vnitřního míru*. Metafora.
- Weissman, S., M. (1972). *Coping with stress and locus of control*. Masters Theses. Získáno z <https://scholarworks.umass.edu/theses/2070>

- Wolka, E., Zema, Z., Worku, M., Tafesse, K., Anjulo, A. A., Takiso, K. T., Chare, H., & Kelbiso, L. (2020). Awareness Towards Corona Virus Disease (COVID-19) and Its Prevention Methods in Selected Sites in Wolaita Zone, Southern Ethiopia: A Quick, Exploratory, Operational Assessment. *Risk management and healthcare policy*, 13, 2301–2308. Získáno z <https://doi.org/10.2147/RMHP.S266292>
- Wu, K. K., Chan, S. K., & Ma, T. M. (2005). Posttraumatic Stress after SARS. *Emerging Infectious Diseases*, 11(8), 1297-1300. Získáno z <https://doi.org/10.3201/eid1108.041083>
- Xiang, Y. -T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229. Získáno z [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30046-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8)
- Zacharová, E. (2017). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení (2., aktualizované a doplněné vydání)*. Grada Publishing.
- Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. Získáno z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>

Seznam tabulek a grafů:

Tabulka 1: Stručný přehled autorů a konceptů	30
Tabulka 2: Stručný přehled českých odkazů	43
Tabulka 3: Popis jednotlivých subtestů SVF 78	53
Tabulka 4: Zjišťované komponenty psychického stavu u dotazníku SUPSO (Mikšík, 2004)	56
Tabulka 5: Charakteristika zkoumaného souboru podle pohlaví.....	61
Tabulka 6: Charakteristika zkoumaného souboru podle věku.....	61
Tabulka 7: Charakteristika zkoumaného souboru podle délky praxe v oboru	62
Tabulka 8: Charakteristika zkoumaného souboru podle délky praxe na daném pracovišti	62
Tabulka 9: Charakteristika zkoumaného souboru podle pracovní pozice.....	63
Tabulka 10: Charakteristika zkoumaného souboru podle oddělení, pracoviště	63
Tabulka 11: Deskriptivní statistika PSS	64
Tabulka 12: Deskriptivní statistika SVF 78.....	65
Tabulka 13: Deskriptivní statistika SUPSO	66
Tabulka 14: Deskriptivní statistika Subjektivní potíže (SUPSO).....	66
Tabulka 15: Deskriptivní statistika Užívání látek (SUPSO)	67
Tabulka 16: Test normality.....	67
Tabulka 17: Významnost míry korelace (Hendl, 2005)	68
Tabulka 18: Výsledky korelační analýzy mezi celkovým skórem percipovaného stresu a strategiemi zvládnání zátěže (N=141).....	69
Tabulka 19: Výsledky korelační analýzy mezi strategiemi zvládnání zátěže a psychickou kondicí – SUPSO (N=141)	70
Tabulka 20: Výsledky korelační analýzy mezi celkovým skórem percipovaného stresu a psychickou kondicí – SUPSO (N=141).....	71
Tabulka 21: Výsledky korelační analýzy mezi strategiemi zvládnání zátěže a délkou praxe v oboru (N=141).....	72
Tabulka 22: Výsledky korelační analýzy mezi strategiemi zvládnání zátěže a věkem (N=141)	73
Graf 1: Co pro Vás bylo nejtěžší v tomto období pandemie SARS-CoV-2?	74
Graf 2: Pociťujete, že je vykonávání vaší profese v období pandemie SARS-CoV-2 náročnější?	75

Graf 3: Co Vám nejvíce pomohlo zvládat náročné situace?.....	75
Graf 4: Jaké techniky (relaxační metody) využíváte ke zvládnání stresu?	76
Graf 5: Zajišťuje Vám nemocnice (oddělení) řádnou supervizi?	76
Graf 6: Poskytuje Vám pracoviště vhodné a bezpečné prostředí a možnost vzdělávacích programů pro zlepšení kvality práce sester?.....	77
Graf 7: Máte nějaké návrhy opatření proti stresu zdravotnického personálu spojeného s pandemií SARS-CoV-2?	77
Graf 8: Přemýslíte, či přemýšlel/a jste o změně práce (pracoviště) či výpovědi během pandemie SARS-CoV-2?.....	78

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce

Příloha č. 3: Výsledky korelační analýzy mezi strategiemi zvládnání zátěže a psychickou kondicí

Příloha č. 4: Vybraná sdělení participantů výzkumu jejich kolegům či ostatním zdravotnickým pracovníkům

Příloha č. 5: Šablona s anotací výzkumu

Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Stres, strategie zvládání a psychická kondice u zdravotnického personálu

Autor práce: Bc. Kateřina Glombková

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, PhD.

Počet stran a znaků: 99 stran, 171 937 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 118

Abstrakt:

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku stresu, strategií zvládání a psychickou kondici u zdravotnického personálu. Práce se dělá na část teoretickou a část praktickou. Cílem teoretické části diplomové práce je seznámit čtenáře s pojmem stres, zvládáním stresu a profesí zdravotní sestry. Praktická část práce si klade za úkol prozkoumat percipovanou úroveň stresu zdravotnickými pracovníky, dále identifikovat nejčastěji využívané strategie zvládání stresových situací a celkový psychický stav zdravotníků v současné nelehké době kladoucí vyšší nároky právě na tuto profesi. Za účelem prozkoumání hodnot vybraných proměnných jsme použili tři psychodiagnostické nástroje: Škála aktuální úrovně percipovaného stresu (PSS), Strategie zvládání stresu (SVF 78) a dotazník SUPSO. Náš výběrový soubor tvořilo 141 zdravotnických pracovníků sloužících v tzv. první linii ve věku od 18 do 64 let. Mezi nejpodstatnější zjištění patřilo odhalení střední úrovně pocíťovaného stresu, odhalení převahy volby pozitivních strategií zvládání a v rámci psychického stavu převládaly u zdravotníků úzkostné a depresivní pocity. Prokázali jsme negativní souvislost mezi mírou percipovaného stresu a psychickou pohodou i aktivností, dále pozitivní souvislost mezi psychickým nepokojem, odreagováváním se, depresí, úzkostností a sklíčeností. Výsledky také poukázaly, že zdravotníci s vyšším věkem a s delší praxí v oboru volí častěji pozitivní strategie zvládání zátěže.

Klíčové slova: stres, strategie zvládání, psychická kondice, zdravotnický personál

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce

Abstract of thesis

Title: Stress, coping strategies and mental condition of medical staff

Author: Bc. Kateřina Glombková

Supervisor: PhDr. Jan Šmahaj, PhD.

Number of pages and characters: 99 pages, 171 937 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 118

Abstract:

This master thesis is focused on the issue of stress, coping strategies and mental condition of medical staff. The thesis is divided into a theoretical part and practical part. The aim of the theoretical part of the master thesis is to acquaint the reader with the concept of stress, coping with stress and the profession of nurse. The practical part aims to explore the perceived level of stress among healthcare professionals, identify the most commonly used strategies for coping with stressful situations and the overall mental state of healthcare professionals in the current difficult times placing higher demands for this very profession. In order to examine the values of selected variables we have used three psycho-diagnostic tools: The Perceived Stress Scale (PSS), Stress management strategies (SVF 78) and a questionnaire SUPSO. Our sample consisted of 141 healthcare professionals serving in the so-called front line aged 18-64 years. Among the most important findings were the detection of moderate level of stress, revealing the predominance of the choice of positive strategies and prevalence of anxiety and depression within the mental state of healthcare professionals. We have shown a negative correlation between the level of perceived stress and mental well-being and vigorousness, furthermore, positive connection between mental restlessness, relaxation, depression, anxiety and discouragement. The results also showed that health professionals with older age and with longer experience in the field more often choose positive coping strategies.

Keywords: stress, coping strategies, mental condition, medical staff

Příloha č. 3: Výsledky korelační analýzy mezi strategiemi zvládnání zátěže a psychickou kondicí

Tabulka č. 19: Výsledky korelační analýzy mezi strategiemi zvládnání zátěže a psychickou kondicí – SUPSO (N=141)

Proměnná	P	A	O	N	D	U	S
1 Podhodnocení	0,31***	0,33***	-0,31***	-0,27**	-0,23**	-0,29**	-0,28**
2 Odmítání viny	0,17**	0,24***	-0,15	-0,16	-0,18**	-0,29**	-0,13
3 Odklon	0,05	0,22*	0,02	-0,001	-0,04	-0,04	-0,21**
4 Náhradní uspokojení	-0,13	-0,06	0,06	0,08	0,09	0,10	0,11
5 Kontrola situace	0,25**	0,35***	-0,21**	-0,21**	-0,27**	-0,21**	-0,22**
6 Kontrola reakcí	0,21**	0,39***	-0,20**	-0,16	-0,17**	-0,19**	-0,19**
7 Pozitivní sebeinstrukce	0,35***	0,50***	-0,26**	-0,30***	-0,31***	-0,34***	-0,26**
8 Potřeba sociální opory	0,01	0,10	0,01	0,06	-0,04	0,14	-0,11
9 Vyhýbání se	0,23**	0,23**	-0,26**	-0,23**	-0,21**	-0,18**	-0,23**
10 Úniková tendence	-0,44***	-0,43***	0,35***	0,45***	0,49***	0,46***	0,36***
11 Perseverace	-0,26**	-0,22**	0,18**	0,29***	0,29**	0,31***	0,31***
12 Rezignace	-0,37***	-0,35***	0,37***	0,47***	0,48***	0,48***	0,45***
13 Sebeobviňování	-0,31***	-0,30***	0,40***	0,40***	0,37***	0,50***	0,34***
POZ 1	0,29***	0,35***	-0,28**	-0,26**	-0,25**	-0,35***	-0,25**
POZ 2	-0,07	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	-0,01
POZ 3	0,32***	0,48***	-0,26**	-0,27**	-0,30***	-0,29***	-0,26**
POZ	0,27**	0,44***	-0,24**	-0,24**	-0,25**	-0,29***	-0,26**
NEG	-0,42***	-0,40***	0,40***	0,49***	0,50***	0,54***	0,45***

Legenda k tabulce č. 19: POZ 1 - Strategie podhodnocení a devalvace, POZ 2 - Strategie odklonu, POZ 3 - Strategie kontroly, POZ – Pozitivní strategie, NEG – Negativní strategie, P – Psychická pohoda, A – Aktivita, O – Odreagování se, N – Psychický nepokoj, D – Psychická deprese, U – Úzkostná očekávání, S – Sklíčenost, statistická významnost na hladině * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Příloha č. 4: Vybraná sdělení participantů výzkumu jejich kolegům či ostatním zdravotnickým pracovníkům

Položka 9: „Co byste rád/a vzkázal/a svým kolegům či ostatním zdravotnickým pracovníkům?“

- Hlavně vydržet, brzy to snad skončí, spolu to zvládneme!
- Zasloužíme si více peněz za to všechno.
- Všichni jste skvělí a odvážní!
- Už nám dochází síly, ale ještě musíme vydržet.
- Vážím si Vaší práce a smekám před všemi.
- Je nutno zachovat zdravý selský rozum, nepodléhat panice, nesvádět ani v této době veškeré obtíže pacienta na COVID – dochází poté k prodlevě v diagnostice jiných onemocnění a tím k poškození pacienta!
- Pevné nervy a čistou mysl!
- Obdivuji je, klobouk dolů.
- Pevné nervy!
- Jednou to snad skončí a vše se vrátí do normálu.
- Ať to nevzdávají a vzpomenu si, kolik životů zachránili. Je to krásný pocit na to myslet, kolik lidí jsou vděčný za Vaši práci!
- Hlavně se nezbláznit!
- Většina jsou to úžasní empatictí a ochotní lidé, v této době se nejvíce poznalo, kdo má jaké srdíčko, a proto bych se jim chtěla poklonit a vzkázat jste hvězdy...
- Přeji jim spoustu sil a pevné zdraví.
- Držte se!
- Mnoho sil!
- Aby vydrželi a nevzdali to!
- Že je vidět, které profese jsou v krizových situacích nejpotřebnější!
- Jsou skvělí.
- Musíme to všichni přežít, a navzájem se podporovat.
- Držte se! Hodně sil a neztrácejte empatii a lásku ke své práci.
- Abychom vydrželi a byli jednotní.
- VYDRŽET, MY TO DÁME.

- Ač je práce náročná, tak je také naplňující a přináší nejen vyčerpání, ale snad i trochu radosti z vykonané práce.
- Říkat své názory a netrpět.
- Zatněte zuby a držte se, jednou to skončit zkrátka musí. Pak bude zase dobře.
- Výdrž a pevné zdraví.
- Nevzdávat to v této těžké době.
- Vydržet a nevzdat to!
- Držet spolu, vzájemně se podporovat a lépe komunikovat.
- Vždy hlavu na krku a myslet pozitivně.
- Vydržet, musíme to zvládnout.
- Vydržet a bude dobře!
- Bez vás bych to nezvládla.
- Mám vás ráda a беру vás jako svou druhou rodinu.
- Spolu to dokážeme.
- Poděkování za spolupráci a pomoc.
- Hlavně ať je sranda na pracovišti.
- Nevzdávat se, každá situace má řešení, jen být trpělivý.
- Jsme skvělí a spolu to vydržíme.
- Semkněte se, vydržte, vždycky všechno zvládneme, obklopme se dobrými lidmi a utužujme kolektiv.
- Vydržte, bude líp.
- Děkuji kolegům za spolupráci v náročné práci.
- Svým kolegům děkuji za spolupráci.
- To dáme!
- Ať se daří!
- Držte se!
- Ať vydržíme, společně to zvládneme!
- Pevné nervy!
- Držte se, společně to zvládneme. Všechno jednou skončí, nic není věčné!
- Být dobrý kolektiv, držte se, podporujte se, pomáhejte si. Společnými silami to zvládneme
- Ať vydrží, vše jednou skončí!
- Být dobrým kolektivem, nehádat se, nevzdávat se!
- Klid a pevné nervy

Příloha č. 5: Šablona s anotací výzkumu

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
Katedra psychologie
Křížkovského 10, 771 80 Olomouc
email: lenka.molnarova@upol.cz, tel. 585 633 501

Stres, strategie zvládání a psychická kondice u zdravotnického personálu

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Glombková a jsem studentkou 5. ročníku magisterského studia psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o účast v tomto výzkumu, jehož výsledky budou prezentovány v mé diplomové práci (téma: **Stres, strategie zvládání a psychická kondice u zdravotnického personálu v období pandemie SARS-CoV-2**).

Hledám zdravotnický personál, který slouží v tzv. „První linii“ – pracovníci na **ARO, JIP, specializovaná pracoviště (hemato-onkologické oddělení, oddělení s vyšším rizikem nákazy, pracovníci s přímou zkušeností s péčí o nakaženého pacienta), případně covidová centra/oddělení.**

Chápu, že současná doba není lehká a jistě máte mnoho jiných starostí než zaškrtávání kolonek, proto budu ráda za vaši ochotu věnovat čas pro vyplnění této dotazníkové baterie.

Účast v dotazníkovém šetření je **DOBROVOLNÁ** a zcela **ANONYMNÍ**. Předpokládaná délka vyplnění je přibližně 20-25 minut.

Dotazníky k vyplnění budou k dispozici od 30. 11. po dobu celého prosince. Můžete je vyplnit přímo na svém pracovišti nebo si je vzít domů a vyplnit je mimo pracovní dobu, je to na Vás. Vyplněné dotazníky prosím vložte do označené složky nebo boxu na vašem oddělení.



Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

Bc. Kateřina Glombková, studentka psychologie
katerina.glombkova01@upol.cz