

# Copingové strategie v profesi zdravotní sestry

Denisa Janků

---

Bakalářská práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta logistiky a krizového řízení

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta logistiky a krizového řízení  
Ústav krizového řízení  
akademický rok: 2016/2017

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Denisa Janků**  
Osobní číslo: **L14412**  
Studijní program: **B3909 Procesní inženýrství**  
Studijní obor: **Ovládání rizik**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Copingové strategie v profesi zdravotní sestry**

Zásady pro vypracování:

- 1. Rešerše literatury z oblasti stresu a zvládání stresu.**
- 2. Seznámení se s dotazníkem SVF 78.**
- 3. Výběr respondentů z oboru zdravotní sestra z různých oddělení.**
- 4. Administrace dotazníku SVF 78.**
- 5. Vyhodnocení a komparace mezi jednotlivými odděleními.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

[1] BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-701-3439-9.

[2] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Velký psychologický slovník. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

[3] PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 240 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2959-6.

Další odborná literatura dle doporučení vedoucího bakalářské práce.

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Veronika Kavková, Ph.D.**

Ústav krizového řízení

Datum zadání bakalářské práce:

**3. února 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce:

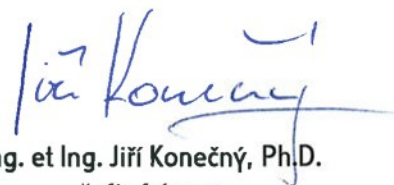
**15. května 2017**

V Uherském Hradišti dne 20. února 2017



doc. RNDr. Jiří Dostál, CSc.

*děkan*



Ing. et Ing. Jiří Konečný, Ph.D.

*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se bakalářská práce skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

### Prohlašuji,

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Uherském Hradišti ..... 25. 2014 .....

.....  
podpis studenta

<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje bakalářské, diplomové, disertační a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy. Vysoká škola disertační práce nezveřejňuje, byla-li již zveřejněna jiným způsobem.

(2) Bakalářské, diplomové, disertační a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

(4) Vysoká škola může odložit zveřejnění bakalářské, diplomové, disertační a rigorózní práce nebo jejich částí, a to po dobu trvání překážky pro zveřejnění, nejdéle však na dobu 3 let. Informace o odložení zveřejnění musí být spolu s odůvodněním zveřejněna na stejném místě, kde jsou zveřejňovány bakalářské, diplomové, disertační a rigorózní práce, jíž se týká odklad zveřejnění podle věty první, jeden výtisk práce k uchování ministerstvu.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Předložená bakalářská práce řeší především teorii stresu a jeho zvládnání pomocí copingových strategií u zdravotních sester/bratrů. Cílem práce je zjistit, zda existuje rozdíl ve strategiích zvládnání stresu u zdravotníků s rozdílnou délkou praxe. A případně, které strategie u nich převládají. K zjištění byla použita metoda kvantitativního výzkumu, formou dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo celkem 35 respondentů. Výzkumem bylo zjištěno, že existuje rozdíl ve strategiích zvládnání stresu u dvou skupin zdravotníků s ohledem na délku praxe.

Klíčová slova: stres, copingové strategie, zdravotní sestry/bratři, strategie zvládnání stresu, délka praxe, kvantitativní výzkum, dotazníkové šetření

## **ABSTRACT**

The presented bachelor thesis deals mainly with the theory of stress and its coping with cognitive strategies at nurses/brothers. The aim of the work is to find out if there is a difference in stress management strategies with medical professionals with different lengths of practice. And, where appropriate, which strategies predominate. The method of quantitative research was used in the form of questionnaire survey, which was attended by a total of 35 respondents. Research has found that there is a difference in stress management strategies for two groups of healthcare professionals in terms of length of practice.

Keywords: Stress, coping strategies, nurses/brothers, stress management strategies, length of practice, quantitative research, questionnaire survey

## Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Veronice Kavkové, Ph.D., za odborné vedení práce a cenné rady, které mi pomohly tuto práci zkompletovat. A za trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do systému IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 STRES</b> .....	<b>12</b>
1.1 STRES – PŘETÍŽENÍ ORGANISMU .....	13
1.2 EUSTRES A DISTRES .....	14
<b>2 STRESOVÉ SITUACE, STRESORY</b> .....	<b>16</b>
2.1 PRACOVNÍ STRESORY .....	17
2.2 STRESORY V PRÁCI ZDRAVOTNÍ SESTRY .....	17
2.3 POMÁHAJÍCÍ PROFESE .....	19
2.4 SYNDROM VYHOŘENÍ JAKO DŮSLEDEK NADMĚRNÉHO STRESU .....	20
<b>3 TEORETICKÁ POJETÍ STRESU V PSYCHOLOGII</b> .....	<b>24</b>
3.1 BIOLOGICKÉ POJETÍ STRESU .....	24
3.2 PSYCHOLOGICKÉ POJETÍ STRESU .....	25
3.3 TEORIE INTEGRUJÍCÍ BIOLOGICKÉ A PSYCHOLOGICKÉ POJETÍ STRESU .....	26
<b>4 KRÁTKODOBÝ X DLOUHODOBÝ STRES</b> .....	<b>27</b>
<b>5 DŮSLEDKY STRESU</b> .....	<b>28</b>
5.1 PSYCHOLOGICKÉ DŮSLEDKY STRESU.....	28
5.2 NEUROBIOLOGICKÉ DŮSLEDKY STRESU.....	29
5.3 NEUROHUMORÁLNÍ DŮSLEDKY STRESU.....	30
5.4 VLIV STRESU NA IMUNITNÍ SYSTÉM.....	31
<b>6 ZVLÁDÁNÍ STRESU</b> .....	<b>32</b>
6.1 OBRANNÉ MECHANISMY.....	33
6.2 COPINGOVÉ STRATEGIE .....	33
<b>7 COPING</b> .....	<b>34</b>
7.1 DEFINICE A ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ COPINGU .....	34
<b>8 COPINGOVÉ STRATEGIE</b> .....	<b>35</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>43</b>
<b>9 CÍL VÝZKUMU</b> .....	<b>44</b>
9.1 HYPOTÉZY.....	44
9.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	45
<b>10 METODIKA</b> .....	<b>46</b>
10.1 POUŽITÁ METODA (SVF 78).....	47
10.1.1 Popis jednotlivých subtestů dotazníku SVF 78.....	48
10.2 PRŮBĚH VÝZKUMU .....	50
<b>11 VÝSLEDKY</b> .....	<b>52</b>



11.1	VYHODNOCENÍ HRUBÝCH SKÓR .....	52
11.2	PŘEVOD HRUBÝCH SKÓR NA T-SKÓRY .....	55
11.3	PŘEVOD HRUBÝCH SKÓRŮ NA T-SKÓRY DLE JEDNOTLIVÝCH ODDĚLENÍ .....	56
11.4	STATISTICKÉ OVĚŘOVÁNÍ HYPOTÉZ.....	62
11.5	DISKUZE.....	68
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>70</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>76</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>77</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>78</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>79</b>

## ÚVOD

Stres je v dnešní době součástí každodenního života. Obtížnými životními situacemi si lidé procházejí odněpaměti. Pojem stres můžeme chápat jako jakousi formu psychické zátěže. Tato zátěž představuje stav člověka, kdy na jeho výkon působí nadměrná a dlouhotrvající stresory. Takovými stresory mohou být např. problémy v zaměstnání, rodině, škole, zdravotní problémy a mnoho dalších, se kterými je potřeba se nějakým způsobem vyrovnat. Vyrovnat se, se stresovými situacemi však nemusí být vždy zrovna jednoduché. Existuje mnoho způsobů jak se se stresem vyrovnat, avšak ne každý to dokáže sám, bez odborné pomoci. V dnešní době už máme k dispozici mnoho knih, příruček a odborných článků zabývajících se stresem a jeho zvládním, přesto však může být v některých případech daná stresová situace natolik závažná, že je potřeba vyhledat již výše zmiňovanou odbornou pomoc. Mezi tak závažné stresory můžeme zařadit např. úmrtí v rodině, onemocnění vážnou nemocí nebo třeba těžký úraz, znemožňující standartní způsob života.

V mé bakalářské práci se však zaměřím především na zvládnání stresu v práci zdravotní sestry. Povolání zdravotní sestry klade vysoké nároky na její osobnost. Jedná se o profesi náročnou jak fyzicky, tak především psychicky. Zdravotní sestry jsou každodenně vystavovány kontaktu s lidským utrpením, což vyžaduje velkou psychickou odolnost. Práce sestry rovněž představuje velkou zodpovědnost a pečlivost při provádění veškerých zadaných úkolů. Ovšem vysoké nasazení, které při své práci odvádí, může vést po určité době k značnému vyčerpání, jak ve fyzické, tak i psychické rovině. V krajním případě potom může toto vyčerpání a pracovní frustrace, po určitých letech odpracovaných ve zdravotnictví vlivem stresu, vést až k syndromu vyhoření, kdy sestra nabyde pocitu, že svoji práci neodvádí dost dobře a se snahou vykonávat svou práci lépe, začne zanedbávat svůj osobní život, rodinu a děti, což vede k pocitu, že nemůže být dobrou ve své profesi a zároveň dobrou matkou a manželkou. A v souvislosti s tím, jsem se rozhodla zpracovat kvantitativní výzkum, prostřednictvím kterého se budu snažit zjistit jak zdravotní sestry/bratři zvládají stres a jaké strategie u nich převládají. Strategie se dělí na pozitivní, zřídka se vyskytující a negativní.

Cílem mé bakalářské práce tedy, bude zjistit rozdíly ve zvládnání stresu s ohledem na délku praxe, po kterou zdravotní sestry/bratři práci vykonávají. A pomocí stanovení hypotéz určíme, zda je mezi jednotlivými skupinami s rozdílnou délkou praxe, rozdíl ve zvládnání stresu či nikoliv, a případně která ze strategií bude převládat.

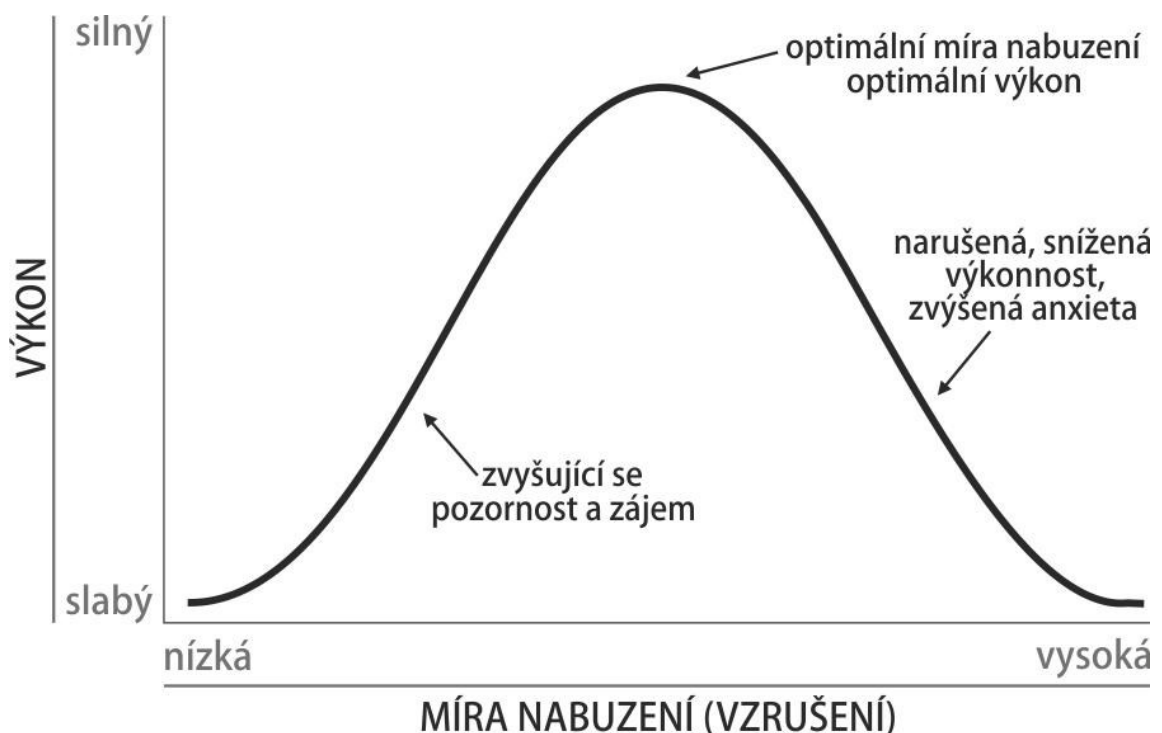
## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 STRES

V cestě za adaptací nám obvykle stojí překážky různého druhu. Pokud jsou tyto překážky větší, náročnější, než jsou přizpůsobovací možnosti organismu za daných podmínek, můžeme mluvit o stresu.

Stres je slovo, které nás provází celým životem. Není to jen prázdný pojem, ale, jak uvádí Hartl a Hartlová (2010) [1], je to „fyzilogická odpověď organismu na nadměrnou zátěž neúnikového druhu, která vede ke stresové reakci“. Je to tedy stav organismu, který je vyveden ze své rovnováhy a musí hledat možnosti a způsoby, jak se do rovnováhy, která vede k adaptaci, opět vrátit. Tuto nerovnováhu způsobují stresory, které mohou být různého druhu.[1]

Když slyšíme „stres“, většina z nás si představí jeho negativní část spojenou se starostmi a trápením. Podle Yerkes-Dodsonova zákona to tak ale být nemusí.



Obrázek 1 Yerkes-Dodsonův zákon, převzato z <https://publi.cz/books/171/04>

Na obrázku č. 1 můžeme vidět, že určitá úroveň stresu a nabuzení nás může motivovat k vyšší výkonnosti. Pokud je intenzita stresorů v únosné míře, jsme výkonnější. Ale naopak, pokud už je toho na náš organismus mnoho, výkonnost prudce klesá.

## 1.1 Stres – přetížení organismu

Současný životní styl klade velké nároky na naši výkonnost. Přílišná pracovní zaangažovanost, ale i problémy v osobních vztazích vyčerpávají přirozenou obranyschopnost a mohou vést k přetížení organismu. V souvislosti s tím se často hovoří o stresu. Co to však přesně je? Co je to stres? Slovo stres pochází z angličtiny a znamená zátěž. Používá se pro označení reakce organismu na stresový podnět (stresor).[19]

Takovým podnětem můžou být nejrůznější situace, a to jak ty nepříjemné, jako třeba nemoc, úmrtí v rodině, ztráta zaměstnání nebo rodinné problémy, tak kupodivu i ty, které zpravidla považujeme za příjemné, jako je např. svatba, narození dítěte nebo cestování.[19]

### Co se děje při stresu?

Naše tělo je, podobně jako zvířecí, vybaveno obrannými mechanismy pro případ krizových situací. Reakce na stres má za cíl ochranu organismu. V přírodě při ohrožení života přichází zpravidla automatická reakce boje nebo útěku (záchrana života). V lidské společnosti dnes již obvykle nejde o holý život, ale například o sociální postavení, osobní důstojnost a podobně. Přesto ale lidské tělo reaguje na stresové situace podobně jako zvířata v přírodě na ohrožení života. Tzn. že, aktivuje svaly nutné pro obrannou reakci, začne k nim dopravovat více živin větším množstvím krve. To vede k tomu, že se odkrví vnitřní orgány i kůže. Tělo se maximálně soustředí na možný budoucí boj. Uvedený stav je pro organismus velmi energeticky náročný. Tělo navíc není schopno obvyklým způsobem zpracovávat živiny. Imunita není v té situaci pro řídicí orgány tak důležitá, proto dochází k jejímu poklesu. Navenek při stresu můžeme pozorovat zčervenání nebo zblednutí obličeje, bušení srdce, zrychlený tep, zvýšený tlak, zrychlený dech, pocení, pocítujeme svíravý pocit v odkrvených orgánech, bolest v zádech apod.[19]

### Kdy je stres nebezpečný?

Po ustoupení stresového podnětu se tělo pomalu vrací do normálního stavu. V menší míře není stres škodlivý, někdy může dokonce i stimulovat. Tělo se s ním vyrovná. Pokud ale stres trvá delší dobu, případně se často opakuje, může to mít škodlivé důsledky pro tělo i duši. Může docházet ke vzniku psychosomatických onemocnění. Psychická zátěž se zpravidla projevuje nemocemi, které s ní zdánlivě nesouvisí. Například člověk, který často „po-

lyká zlost“ např. při konfliktech s nadřízeným, začne trpět žaludečními vředy. Nebo nedo-  
přeje-li si někdo odpočinek, neustále se honí za prací a zanedbává své „srdeční záležitosti“,  
může jeho srdce onemocnět ischemickou chorobou.[19]

Pro poměrně přesné určení úrovně stresu a stanovení nebezpečné hranice vyvinuli v šede-  
sátých letech minulého století psychologové Holmes a Rahe jednoduchý test. Test byl za-  
ložen na principu, že se ke konkrétním životním situacím přiřadil určitý stupeň závažnosti  
vyjádřený určitým počtem bodů. Na prvním místě se nachází smrt partnera = 100 bodů,  
následuje rozvod = 73 bodů. Sňatek je hodnocen 50 body, přírůstek do rodiny 39 body  
apod. A pokud celkový součet bodů v průběhu dvou let přesáhne 300, je úroveň stresu ne-  
bezpečná. Organismus je značně vyčerpaný a s velkou pravděpodobností hrozí vznik psy-  
chosomatického onemocnění.[19]

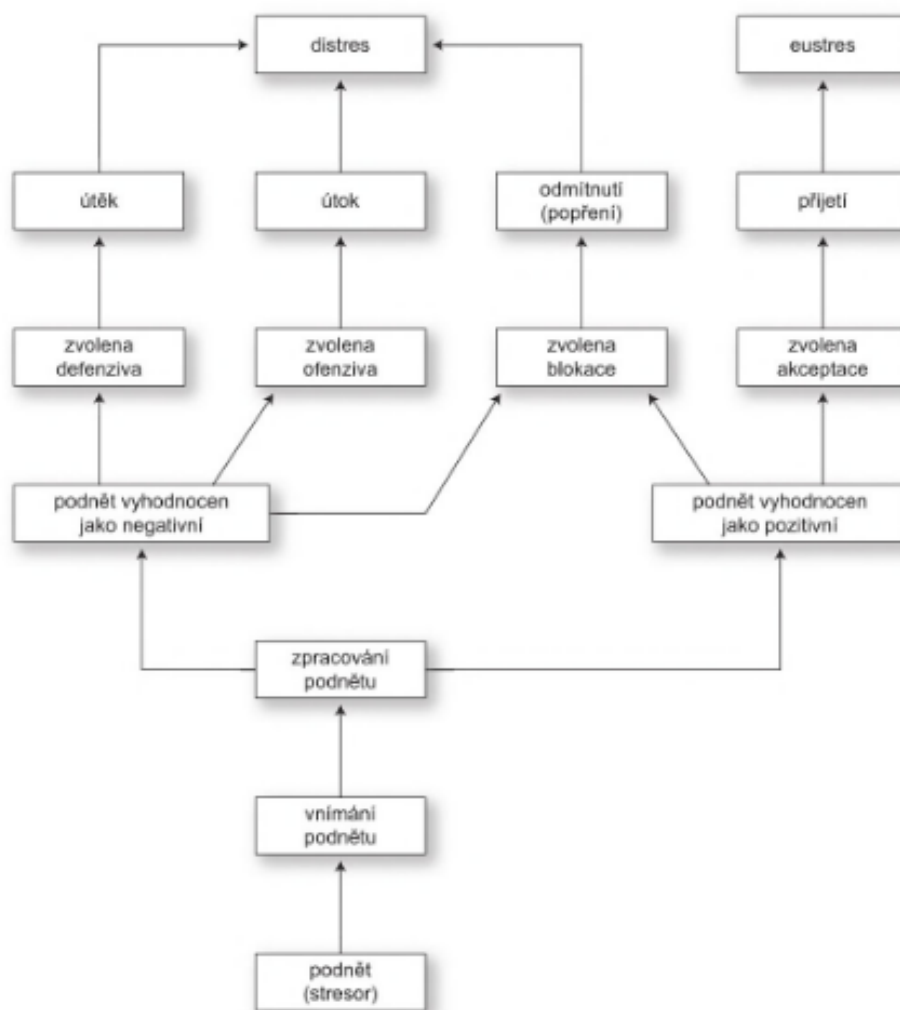
## 1.2 Eustres a distres

Člověk, jako každý živý tvor, potřebuje stále určité množství podnětů, které zpracovává a  
na něž reaguje. Reaktivita jeho nálady a stupeň nabuzení (arousal) oscilují i za běžných  
podmínek kolem pomyslného středu s výkyvy do vysoké aktivity i do útlumu, od smutku k  
radostem, od pohody ke vzrušení. Jeho tendence však nesměřuje k dosažení matematické-  
ho středu, ale vždy k větší aktivitě, většímu vzrušení, většímu nabuzení. Naopak nedosta-  
tek podnětů vede k nudě a v patologické podobě až k deprivaci, která se často stává velice  
silným stresorem (např. odchod na „zasloužený odpočinek“ může vyvolat významný  
distres).[20]

Eustres je naopak přívětivou tváří stresu. Čím více eustresu, tím větší odolnost a stabilita  
pro případ nájezdu distresu. Eustres je proto důležité aktivně a často vyhledávat. Lidé, kteří  
dokážou hledat a nalézat radost v běžných životních situacích, případně i ve zvládnání těž-  
kostí, které život přináší, mají vysokou odolnost vůči stresu, a tedy i předpoklady být sta-  
bilními osobnostmi.[20]

Distres nás upozorňuje na hrozící nebezpečí. Distres je pustošivý, vyčerpávající, otravuje  
nás a ničí. Při distresu se uvolňují do našeho těla látky, které jsou nespotřebovány a mohou  
být nebezpečné.[20]

Stresové mechanismy prostě neoddělitelně patří k životu, který v mírných dávkách stimuluje a v ohrožení zachraňuje. Jejich nedostatkem je, že se spouštějí i v situacích, kdy je to nejen zbytečné, ale často přímo škodlivé. Jak uvádějí oficiální americká doporučení zabývající se řešením problematiky stresu jednotlivce i globálních stresových situací: „Všeobecně přijímaný názor je, že optimální hladina stresu působí jako tvůrčí a motivační síla, která vede lidi k dosahování neuvěřitelných výkonů a cílů (eustres). Naopak proti tomu chronický traumatický stres (distres) je neobyčejně destruktivní a poškozují psychické a tělesné zdraví a může ohrozit i samotný život.“ Tzn. že, rozumná hladina eustresu zvyšuje výkonnost, zatímco vliv psychosociálního distresu na výkon je zhoubný. Jednoduše řečeno, je to otázka, jak danou situaci vyhodnotíme a jak se budeme rozhodovat. Tzn. že, mohu prožívat stejnou míru vzrušení, vsadil-li jsem na dostizích na outsidera desetikorunu a dosáhnou nabuzení a vzrušení (arousal doprovázející eustres), které ve svém sázení hledám, jako člověk, který vsadil deset tisíc, budu však daleko méně než on ohrožen distresem. Podobná situace tak představuje pro dva lidi různě intenzivní stresor, ale stejně tak může



působit i naprosto totožná situace, což už je otázka individuální stresové tolerance.[20]

Obrázek 2 Rozhodování o povaze stresu (Plamínek, 2008, str. 129)

## 2 STRESOVÉ SITUACE, STRESORY

Podle Atkinsonové (2003)[2] stresovou situací mohou být jakékoliv traumatické události, neovlivnitelné události, požadavky, které zasahují za hranice našich schopností a našeho sebepojetí, nebo vnitřní konflikty. [2][3]

Paulík (2010)[4] obecně popisuje všechny stresové situace jako ty, ve kterých dochází k rozporu mezi expozičními a dispozičními faktory. Tedy tam, kde jsou nároky na daného jedince silnější, déle trvající nebo kumulované (v těchto případech mluvíme o stresorech), než jaké jsou jeho dispozice a výkonová kapacita. Nebo naopak v situacích, kdy se jedinci nedostává dostatečné stimulace a on tak plně nevyužívá svoji pracovní kapacitu.[4]

O tom zda se ze stresorů potenciálních stanou stresory opravdu reálné, rozhoduje více faktorů. Podílí se na tom nejen subjektivní hodnocení a individuální osobnostní charakteristiky ve spojitosti s hodnocením zátěže, ale také způsob jak se s danou situací nebo zátěží vyrovnáme (coping, obranné reakce), dále je to také přítomnost závažných nepříznivých životních událostí a různých denních nepříjemností, dosavadní zkušenosti jedince se stresem, sociální opora a sociální status. Zátěž můžeme diferenciovat také dle délky působení, emoční odezvy a intenzity podnětů.[4]

K situacím, ve kterých nejčastěji dochází ke stresovým okamžikům, můžeme řadit moment, kdy daný jedinec není spokojen se současnou situací a touží po změně. Po změně zpravidla touží i ten, kdo prožívá frustraci, tedy „stav zklamání, zmarnění“ [1], kdy je daný jedinec motivován k dosažení vytyčeného cíle, ale brání mu v tom různé překážky. Poměrně běžnou reakcí na frustraci může být intra- nebo extrapunitivní agrese. Konfliktní situace, ve které může docházet ke srážce dvou protichůdných sil, zájmů nebo cílů, lze rozdělit na intra- a interpersonální. Stres může způsobovat i strach, nebo úzkost, ať už v podobě úzkostnosti jako osobnostního rysu, nebo jako reakci na aktuální příčiny. Velkou skupinou stresorů mohou být např. nemoci a choroby a na ně nasedající bolest, strádání a utrpení. Pokud dojde k nahromadění více stresorů a stresová zátěž se stane hraniční, můžeme mluvit o krizi.[4]



## 2.1 Pracovní stresory

V životě dnešního moderního člověka sehrává práce velmi důležitou roli. Pro mnoho lidí se však právě práce stává výrazným stresovým faktorem. Jako významné faktory v oblasti pracovního stresu se nejčastěji uvádějí tyto situace:

- příliš rychlý pracovní postup nebo naopak zklamání z nepovýšení;
- příliš mnoho nebo příliš málo práce;
- přeložení, změna pracovního prostředí, změna spolupracovníků;
- změna charakteru práce nebo stylu řízení;
- nevyjasněné vztahy nadřízenosti, nedostatek prostoru pro samostatné rozhodování;
- nepravidelná nebo nadměrně dlouhá pracovní doba, monotónnost práce;
- nebezpečná práce (pocit rizika), násilnosti na pracovišti; [5]

Při stresovanosti prací hrají velmi důležitou roli i faktory soukromého života pracovníka:

- nemoc nebo úmrtí rodinného příslušníka;
- problémy v manželství nebo v rodině, stěhování;
- snížení dosavadní výkonnosti v souvislosti se stářím nebo nemocí; [5]

## 2.2 Stresory v práci zdravotní sestry

Zdravotní sestra je při výkonu svého povolání vystavena velkému množství stresorů. Nutnost chodit na směny narušuje biologicky nastavený cirkadianní rytmus, což může vést k spánkové deprivaci a s tím spojené trvalé únavě. Také neustálý kontakt s pacienty může sestru svým způsobem zatěžovat. Vždyť je to právě ona, kdo je nemocnému v době jeho hospitalizace nejbližší. Nemocní si často také právě k sestře dovolí mnohem víc, než k lékaři. Sestra je první, kdo musí čelit zlobě a mnohdy i agresí ze strany pacientů i jejich rodinných příslušníků. Dalším stresujícím faktorem potom mohou být i vztahy na pracovišti. Zátěže v práci sestry můžeme rozdělit na zátěže fyzické, chemické a fyzikální a zátěže psychické, emocionální a sociální. [6]

**Zátěže fyzické, chemické a fyzikální:**

- statické zatížení (stání při práci a asistence u lůžka, u výkonů, stání u vizity);
- dynamické zatížení (pocházení, vyřizování, přecházení mezi provozy);
- zatížení páteře (při zvedání pacientů, polohování nebo úpravě lůžka);
- zatížení svalového a kloubního systému;
- setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené rány, nehojící se onemocnění, zápach, deformity, vyrážky);
- rizika infekce;
- narušení spánkového rytmu při směnování;
- nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu;
- kontakt s léky, dezinfekčními přípravky, pomůckami (rukavice);
- hluk, nesprávné osvětlení, vibrace, radiační záření;[6]

**Zátěže psychické, emocionální a sociální:**

- neustálá pozornost, pečlivé sledování (stavu pacientů, přístrojů, instrukcí), rychlé přebíhání mezi činnostmi;
- pružné reagování na různorodé požadavky a změny;
- nároky na paměť;
- velká zodpovědnost za výsledky (následky) své práce;
- nutnost samostatného rozhodování při respektování daných pravidel;
- nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání při nedostatku informací;
- nutnost improvizace při nárazovém charakteru práce;
- opakované setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech;
- konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnávání se s pocity bezmoci;
- zacházení s intimitou druhého člověka, včetně překračování hranic (zavádění sond, aplikace klyzmatu, cévkování, aplikace injekcí);
- působení bolesti druhým lidem;

- otázky týkající se velmi soukromých záležitostí pacientů a jejich rodin;
- provádění řady činností, které běžně vzbuzují odpor;
- opakované konfrontace s vlastními zážitky a postoji, nutnost přemýšlet i o svém životě, o svých hodnotách a postojích;
- komunikace s příbuznými pacientů;
- konflikt rolí;
- nízké ohodnocení náročné práce;
- nároky na neustálé učení a vzdělávání; [6]

### 2.3 Pomáhající profese

Pomáhající profese zahrnují široký soubor různých povolání od lékařů, psychologů, psychoterapeutů, zdravotních sester, výchovných poradců, přes učitele, vychovatele, speciální a sociální pedagogy, osobní asistenty, až k pracovníkům sociální péče, sociálním pracovníkům, pečovatelům, sociálním kurátorům, řádovým sestřím aj.[25]

Vyznačují se určitou odborností, tj. vědomostmi a znalostmi, jenž je nutné si k výkonu povolání osvojit. Podstatným prvkem u těchto profesí je lidský vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem, jejichž vzájemná důvěra je pro spolupráci nezbytná. Klient však často potřebuje mnohem víc než jen důvěru. Potřebuje taky porozumění, přijetí, uznání, pocit bezpečí nebo pocit, že nikomu není na obtíž.[25]

Pomáhající pracovníci jsou dennodenně v kontaktu s klienty, pacienty, seniory, dětmi nebo mládeží a jejich hlavní pracovní náplní je pomáhat lidem při zvládnutí úkolů a situací, které před ně život klade. Jejich povolání je často více službou a posláním než rutinní prací. Proto se často v tomto smyslu více hovoří o poslání, než o povolání.[25]

Jak Kopřiva [25] uvádí, pomáhající povolání dovedou nadchnout. Patří k těm, které člověk vykonává se zápalem, „z lásky“, pro uspokojení obsažené už v činnosti samé, s menším důrazem na odměnu i jiné vnější výhody. [25]

Radost z povolání prožívá nejen ten, kdo je pozitivně naladěný, ale i ten, kdo se umí dívat na svou profesi a práci reálnými očima. Takový člověk má potom mnohem více možností své povolání měnit a zlepšovat. Tím dosahuje k uspokojení, které mu nabízí nejen jeho profesní činnost, ale je schopen nalézt uspokojení i mimo svou profesi.[27]

### **Pomáhající pracovník**

Dříve se péči o nemocné, staré, chudé a postižené věnovala církev spolu s kněžími a řádovými sestrami. V současnosti mají na této péči zásluhu především lidé pracující v pomáhajících profesích.[26]

Dnes platí, ještě více než v minulosti, že lidská bytost by měla být odpovědná. Odpovědná k sobě samému, k okolnímu světu, přírodě a zejména pak k druhým lidem. Tato odpovědnost se týká činností v pomáhajících profesích, neboli v profesích pracujících s lidmi v oblasti zdravotnické, výchovně-vzdělávací nebo sociální.[26]

U lidí vykonávajících právě toto povolání totiž očekáváme zcela spontánní prosociální chování. Míjíme jím jednání, jež respektuje prospěch jiných osob; ochotu pomoci druhému, empatické chování, schopnost sdílet problémy druhých, prosazování pozitivních společenských cílů atp.[26]

Pochopit klienta, projevit zájem, vcítit se do jeho potřeb a nacházet v něm i to dobré, by mělo být cílem profesionála. Negativem těchto povolání je, že jsou lidé vystaveni různým rizikům a nejzávažnějším z nich je syndrom vyhoření.[28]

Syndrom vyhoření nevyhnutelně patří k pomáhajícím profesím, téměř každý pracovník má po určité době některé jeho projevy. Nespecifickou, obecnou příčinou jeho vzniku jsou zvláštní a vysoké nároky, jež na pracovníka klade intenzivní kontakt s lidmi využívajícími sociální služby.[28] Pracovníci jsou stále více přetěžováni pracovními povinnostmi a spoustou klientů, o které se musí starat. Zaměstnavatel neposkytuje optimální pracovní podmínky a často schází i odborný výcvik a zaškolení personálu, což pak vede při výkonu práce k jejich nezdarům a selháním. Jedním z mnoha důvodů je také to, že často neumějí oddělovat profesi od svého soukromí a přenášejí si pracovní problémy do osobního života. Takový pracovník se pak brzy stává obětí svého povolání. Čte většinou odborné publikace a kontakt s lidmi omezuje pouze na styk s kolegy.[27] Existují však i takoví pomáhající pracovníci, kteří dokážou povolání od soukromého života oddělit a tím značně zmírňují riziko vzniku syndromu vyhoření.

## **2.4 Syndrom vyhoření jako důsledek nadměrného stresu**

### **Co je syndrom vyhoření?**

Vyhoření se týká zejména oblasti práce a je typické citovým a mentálním vyčerpáním. Zpravidla jde o důsledek dlouhodobého stresu a týká se zejména lidí, kteří pracují s jinými

lidmi. Od deprese nebo prosté únavy se syndrom vyhoření liší hlavně tím, že se vztahuje výhradně na onu krizovou oblast a jeho součástí jsou pochybnosti o smyslu dané práce.[22]

Syndrom vyhoření pochází z roku 1974. Tento jev takto pojmenoval jako první americký psychoanalytik Herbert J. Freudenberger v jeho stati, publikované v časopise „Journal of Social Issues“. V USA byl pojem „burnout“ používán zejména v souvislosti s narkomany v chronickém stadiu, později byl spojen do souvislosti s pracujícími lidmi, kteří projevovali zoufalství, apatii, nezájem, bezmocnost apod. Často se setkáme i s jiným označením, jako je syndrom vypálení, syndrom vyhaslosti, syndrom vyčerpání, burnout, burnout syndrome. Přičemž „burnout“ pochází z angličtiny: „burn“ znamená hořet a ve spojení „burn out“ pak znamená dohořet, vyhořet, vyhasnout. V psychologické rovině symbolizuje silně hořící oheň vysokou motivaci, nasazení, zájem, aktivitu. [29]

Myron D. Rush [30] definuje syndrom vyhoření jako *„druh stresu a emocionální únavy, frustrace, vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled (nebo souhrn) určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince nepřinese očekávané výsledky.“* V této knize je zajímavě ilustrován syndrom vyhoření. Myron D. Rush: *„Pokud zapálíte oba konce svíčky, získáte tím dvakrát více světla. Svíčka však zároveň dvakrát rychleji vyhoří. Tímto obrazem je možné věrně ilustrovat proces směřující k vyhoření. Lidé, kteří jím procházejí, zjišťují, že veškerá jejich duševní, emocionální a fyzická energie je vypotřebovaná. Jejich síly jsou vyčerpány a ztrácejí vůli vytrvat.“* [30]

V odborných knihách se nachází několik definic od různých autorů. Např. Vladimír Kebza [31] uvádí, že: *„vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu burnout syndromu se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. Bývá popisován jako stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků.“* [31]

Angelika Kallwass [32] charakterizuje syndrom vyhoření jako: *„stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží.“* [32]

Tyto definice mají určité společné znaky. Křivohlavý [33] uvádí následující společné znaky definic:

- Je uváděna celá řada negativních emocionálních příznaků – charakteristických např. pro stav emocionálního vyčerpání, únavy, deprese atp.
- Důraz je kladen na příznaky a na chování lidí, více než na fyzické (tělesné) příznaky burnout.

- Burnout je uváděn vždy v souvislosti s výkonem určitého povolání.
- Příznaky burnout se vyskytují u jinak psychických zcela zdravých lidí, tj. nejde o psychologicky nenormální osobnosti (psychopaty).
- Snížená výkonnost (nižší efektivita práce) při burnout souvisí úzce s negativními postoji a z nich vyplývajícím chováním a ne z nižších kompetencí, či z nižších pracovních schopností a dovedností.[33]

### **Jaké jsou typické příznaky vyhoření?**

Vyhoření je syndrom a syndrom je skupina příznaků. Patří sem tedy celá řada projevů. Z oblasti emocí (sklíčenost, popudlivost, bezmocnost), postojů (nechuť, cynismus, zapomínání, nesoustředěnost) a mezilidských vztahů (snížená ochota pracovat s lidmi, stažení se, soukromé konflikty). Svou daň si syndrom vyhoření vybírá také v tělesné rovině – časté jsou potíže se spánkem, jídlom, člověk se snadno unaví, může mít vysoký krevní tlak.[22]

### **Kdo je ohrožen syndromem vyhoření?**

Nejčastěji se s vyhořením setkají ti, kdo pracují s lidmi – jsou to především lékaři, zdravotní sestry, učitelé, psychologové, právníci, policisté, telefonní operátoři a další. Nevýhodou je přílišné počáteční nadšení do práce, perfekcionismus, workoholismus, málo přátel, neschopnost odmítnout další a další úkoly a špatná organizace času.[22]

### **Jak se syndrom vyhoření vyvíjí?**

Jde o plynulý, postupný a dlouhodobý proces, v němž lze rozpoznat zhruba tyto fáze: počáteční nadšení, vystrízlivění, frustrace, apatie a rozvinutý syndrom. Každý člověk je však jedinečný, takže projevy burnout se mohou případ od případu lišit.[22]

### **Jak se vyhoření zbavit?**

Syndrom vyhoření má pozadí v osobnosti člověka, takže je vždycky dobré začít u sebe. Zrevidovat si své přednosti a rezervy, dále plány, ambice, možnosti i žebříček hodnot. Rozvinutý burnout patří do rukou psychologa, případně psychiatra (přidruží-li se silnější deprese nebo sebevražedné myšlenky). Pomoci může dlouhá dovolená a změna místa nebo profese.[22]

**Jak pokud možno vůbec nevyhořet?**

Abyste věděli, proti čemu se bránit, musíte mít informace. Dále pomůžou zdravé a čestné vztahy s druhými lidmi, dobrá organizace práce, umění strávit příjemně svůj volný čas a také např. schopnost říkat „ne“.[22]

### 3 TEORETICKÁ POJETÍ STRESU V PSYCHOLOGII

#### 3.1 Biologické pojetí stresu

Autoři, kteří se zabývají biologickým pojetím stresu (I. P. Pavlov, W. B. Cannon, H. Selye), se zaměřují především na neurobiologickou a biochemickou odezvu organismu na vnější podněty.

H. Selye [23], stejně jako C. Bernard a W. B. Cannon, považuje stres za nespecifickou odpověď organismu na podněty, které narušují jeho rovnováhu. Pro udržení této rovnováhy musí jedinec neustále reagovat na měnící se okolní prostředí. Tato reakce GAS (General Adaptation Syndrom) probíhá podle třífázového schématu, jediné, co se mění, je její intenzita. [23]

#### **Obecný adaptační syndrom (GAS) vypadá takto:**

**1. Poplachová reakce** - první reakce organismu na stresor. V této fázi se může objevit šok a utlumení obranných reakcí. Po chvíli (někdy i delším časovém úseku) se jedinec adaptuje na vzniklou situaci, obnoví se obranné reakce a zvýší jeho aktivace. Na endokrinním a neuropsychickém pozadí mezitím probíhají biochemické změny ovlivňované (vylučování adrenalinu a noradrenalinu dřeně nadledvin, glukózy), které umožní rychlou reakci - útok nebo útěk.[4]

Americký fyziolog Cannon popisuje tuto reakci jako cestu, kdy se informace o stresoru přenesou prostřednictvím čidel do hypotalamu, který prostřednictvím sympatiku aktivuje dřeň nadledvinek, které rázem vyprodukují velké množství katecholaminů (adrenalin a noradrenalin) a vypustí je do krevního oběhu.[4]

**2. Stadium resistance** - v tomto stádiu dochází k relativnímu zklidnění organismu, zajišťování zdrojů pro získání další energie a probíhá zde i vyhodnocování, zda je potřeba udržet stresovou reakci aktivní, nebo zda nebezpečí už pominulo.[4]

**3. Stadium vyčerpání** - pokud se jedinec nedokáže na situaci adaptovat, přizpůsobit se jí, případně ji vyřešit - stres je nadměrně intenzivní nebo se objevila porucha adaptačních mechanismů (např. aktivace sympatoadrenálního či hypotalamo-hypofyzárního systému) dochází k vyčerpání organismu. To může pokračovat až k negativním důsledkům. [4]



### 3.2 Psychologické pojetí stresu

Přestože se Selye [23] zabýval především endokrinologickou odezvou organismu, připustil, že na míře, jakou se nás stres dotýká, se podílí více faktorů. Velký vliv hraje interpretace významu situace a hodnocení míry potencionálního nebezpečí. V rámci anticipace lze mluvit o tzv. nocebo efektu, kdy pouhé očekávání, předvídání jedince přinese nežádoucí účinky. [23]

R. S. Lazarus [16] , autor jedné z nejznámějších teorií stresu, tvrdí, že stres vzniká v důsledku fyzického ohrožení (i pokud situaci jako nebezpečnou hodnotíme bez odpovídajících podkladů). Stres je tedy vztah mezi člověkem a prostředím, přičemž obě tyto složky se vyvíjí, mění a vzájemně ovlivňují. Kognitivní hodnocení situace Lazarus dělí na primární, které popisuje nebezpečnost situace (ztráta, hrozba, výzva), ohrožení nebo naopak možný rozvoj well-beingu (subjektivní pocit životní pohody) jedince, a sekundární, které se dotýká možnosti úspěšného zvládnutí situace a volby copingu.[4]

V původní Lazarusově kognitivní teorii stresu byl velmi důležitý pocit kontroly stresové situace, která snižuje pocit ohrožení a stresu.

#### **Primární zhodnocení kontroly spočívá:**

- v preexistujících názorech a postojích společnosti, ve které se jedinec pohybuje;
- v osobnostních charakteristikách hodnotících míru kontroly v každodenních situacích
- v hodnotách, postojích a zaměřenosti;
- situačních faktorech (původ a podstata ohrožení, novost, načasování).[16]

Jedinec tedy zhodnotí stresor a možnost vlastní kontroly dané situace dle předchozích faktorů. Po té následuje sekundární zhodnocení, tedy hledání odpovědi na otázku „Co můžu udělat?“ a zmapování zdrojů (fyzických, sociálních, psychologických a materiálních).[13]

Z klasických teorií je zde na místě zmínit hlubinnou psychologii a pudové síly, vědomé a nevědomé zážitky a konflikty, které mohou stres způsobovat. V behaviorální psychologii se specifickými osobnostními profily, a v důsledku i zvládnutím stresu, zabývali například

Eysenck (introverze/extroverze, stabilita/neuroticismus) nebo Rosenman (kardiovaskulární typy A, B, později i C-karcinogenní a D-depresivní).[7]

### **3.3 Teorie integrující biologické a psychologické pojetí stresu**

Alexander (1950) si byl vědom vzájemného propojení mezi fyziologickým a psychologickým zpracováním stresu. Všiml si, že při vývoji onemocnění se objeví vnitřní predispozice (zahrnující typ osobnosti, minulé prožitky i vnitřní konflikty), vnější noxy (události, stresory) a zprostředkující mechanismy (autonomní nervstvo a hormony). [7]

Právě Alexander, v návaznosti na holistické pojetí stresu, stanovil sedm prvních psychosomatických onemocnění: bronchiální astma, esenciální hypertenze, neurodermatitida, revmatoidní artritida, ulcerózní kolitida, tyreotoxikóza a duodenální peptický vřed. Propojení biologického a psychologického pojetí stresu podnítilo vznik a rozvoj oborů jako je psychofyziologie a neuropsychologie.[7]

## 4 KRÁTKODOBÝ X DLOUHODOBÝ STRES

Jak jsme již zmiňovali výše, stresor může působit krátkodobě, poté buď jeho působení pomine, nebo se na něj adaptujeme a stres dále nepocítujeme. V jiném případě může ale stresová situace přetrvávat déle a my si na ni přivykneme, reakce našeho těla není tak akutní jako je popsáno v rámci GAS, nicméně určitou hladinu znepokojení, negativních emocí, stresu, stále pocítujeme. Přestože si tyto pocity často ani neuvědomujeme, naše tělo s nimi pracuje. [24]

Stres může způsobovat různé změny v imunitním systému - některé z nich mohou být pro naše zdraví prospěšné a některé už méně. Záleží na tom, jak dlouho stres trvá a jestli vidíme jeho možné ukončení nebo vyřešení dané situace v blízké době. [24]

Odpověď organismu na náhlý, krátkodobý stres jako je například mluvení na veřejnosti vyvolává rychlou imunitní odpověď, která je podobná, jako když naše tělo bojuje s nenadálou infekcí nebo hojí rány. V těle takto krátkodobě stresovaných respondentů se v krvi objevilo až dvakrát více buněk připravených bojovat s infekcí. Jako by krátkodobé působení stresorů bylo pro naše tělo očkováním. [24]

Jinak ale reaguje naše tělo na krátkodobé stresory s nejistotou úspěchu (např. akademické a profesní zkoušky). V těchto chvílích potlačuje buňky Th1, což naopak může zvýšit koncentraci buněk Th2, které mohou zhoršit alergie. [24]

Téměř na všechny imunitní funkce mají negativní vliv chronické stresory, které mění sebedůvěru a sociální roli jedince a nevykazují žádnou známku brzkého pominutí (např. nezaměstnanost, péče o vážně nemocného partnera nebo rodiče). Výzkumy prokazují, že dlouhodobé přepracování má spojitost s onemocněními srdce a chronický stres v práci nebo ve vztahu se pojí s dvojnásobnou pravděpodobností, že jedinec onemocní chřipkou či nachlazením. [24]

## 5 DŮSLEDKY STRESU

Dopad stresových situací na zdraví organismu je stále objektem výzkumu, existují dva přístupy. Jeden z nich propojuje psychiku a somatiku člověka vylučuje. V nemocnicích se setkáme s mnoha lékaři, které ani nenapadne řešit psychiku člověka. Z vlastní zkušenosti víme, že v některých případech lze mluvit až o iatropatogenii (tj. terapeutický, diagnostický či preventivní postup lékaře, který má za následek poškození zdraví nemocného.). Lékaři nemají čas, vzdělání a často ani zájem detailněji prozkoumat situaci pacienta a možné příčiny jeho onemocnění. Ve druhé skupině můžeme najít ty, kteří tyto dvě oblasti týkající se člověka spojují do psychosomatiky (tj. celostní pohled na zdraví a nemoc člověka), potažmo somatopsychologie a uvědomují si, že společným činitelem v etiopatogenezi (tj. soubor příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku nemoci) některých nemocí se objevuje stres.[4]

### 5.1 Psychologické důsledky stresu

Stresové situace jakéhokoliv rozměru a jakékoliv podoby v nás vyvolávají únavu a emoční změny. Tyto důsledky se dají rozdělit do dvou skupin:

- přímé projevy zátěže a stresu (emoční změny, únava, mentální přesytení, ztráta motivace, pokles výkonnosti, dočasný kognitivní deficit, ze somatických změn bolesti, brady/tachykardie, změněná dechová frekvence, z behaviorálních potom agresivita a hostilita, pasivita).[4]

- účinky trvalejšího rázu (nespokojenost, únava, vyčerpání, somatické bolesti, respirační a oběhové problémy, problémy pohybového ústrojí, sexuální dysfunkce, negativní změny chování, zvýšená nemocnost, poruchy duševního zdraví).[4]

Existují také případy, kdy reakce na stresovou událost nastoupí opožděně, s odstupem několika týdnů až měsíců a trvá déle než v případě akutního stresu. Pokud se vzpomínky a vybavování traumatizující události objeví do šesti měsíců a opakuje se, můžeme dle MKN-10 (2006) - (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) mluvit o F43.1 Posttraumatické stresové poruše. I tady lze najít propojení psychiky s tělem, protože se k navracejícím se vzpomínkám a představám, poruchám nálady a abnormálnímu chování přidávají i vegetativní projevy.[14]

Naopak posttraumatický růst, který lze vysvětlit jako pozitivní změny, které člověk zažije po vyrovnávání se s traumatickým zážitkem [14], přispívají k osobnostnímu rozvoji jedince. Podle teorie Calhouna a Tedeschiové, lze jako hlavní zisky označit bližší a intimnější vztahy, snaha pomoci ostatním, rozvoj spirituality, vyšší ocenění života a přestavení žebříčku hodnot.

## 5.2 Neurobiologické důsledky stresu

V posledních letech se výzkum stresu a jeho zpracovávání na fyziologické úrovni stal objektem zájmu. Jednou z možností, jak toto zkoumat jsou tzv. animal models, zvířecí modely, kdy výzkumníci poměrně jednoduše mohou vyvolat psychologický i fyziologický stres a následně pozorovat změny v chování, emotivitě a dalších u zvířat pozorovatelných charakteristik a jejich vývoj případně postupující až k některým psychiatrickým poruchám.[15]

Přenos vzruchů mezi neurony v naší nervové soustavě probíhá skrze neurotransmitery - nízkomolekulární chemické látky. Jejich množství v naší nervové soustavě také reaguje na vnější okolnosti, pro přehled zde zmíníme ty, které souvisí se zpracováním stresu:

### • GABA

GABA je neurotransmitter CNS, jeho obsah je zvyšován stresem a podílí se na vzniku úzkosti, epilepsie a nespavosti. Tuto excitaci způsobuje také glutamát.[15]

### • Dopamin

Hormon, který ovlivňuje motorickou aktivitu.[15]

### • Norepinefrin

Hormon, který slouží jako alarmující systém, který v případě ohrožení snižuje neurovegetativní funkce (např. příjem potravy, potřeba spánku). Dále aktivuje amygdalu (chování spojené se strachem), existuje také určitá spojitost se sekrecí noradrenalinu a CRF při prožívání stresové události.[15]

### • Serotonin

Hladina tzv. hormonu štěstí, serotoninu, se ve chvílích psychosociálních konfliktů zvyšuje, obecně lze však tvrdit, že čím nižší je hladina serotoninu, tím méně reagujeme na stres.[15]

- **Melatonin**

Melatonin je hormon, který se nejvíce syntetizuje za tmy, ovlivňuje kvalitu spánku a zamezuje vzniku volných radikálů. [15]

Stejně jako se naše vědomí (někdy spíše nevědomí) musí vyrovnávat se stresem, i naše tělo v průběhu evoluce vyvinulo mechanismy k jeho zpracování. Například dlouhodobý stres dokáže upravit neurohormonální a hormonální funkce, což může indukovat pocíťovanou úzkost, poruchy emotivity, poruchy příjmu potravy atd. a fyziologickou reakci (aktivace osy hypofýza-kůra nadledvin, tzn. uvolnění glukokortikoidů do krve). Tyto stresory stimulují arousal a vedou k vegetativním (tachykardie, tělesná teplota) a behaviorálním změnám. [15]

Stresor tedy aktivuje hypothalamo-hypofyzárně-adrenální osu (hypothalamic pituitary adrenal axis, HPA) a sympatické nervstvo. Copingové strategie ovlivňují důsledky a míru působení stresoru a posttraumatický, postkrizový vývoj jedince.[15]

### **5.3 Neurohumorální důsledky stresu**

A jak tedy funguje HPA osa? Stresové podněty aktivují sekreci CRF (kortikotropin-releasing faktor) z hypotalamu, který vyvolá uvolnění ACTH (adrenokortikotropin) z adenohypofýzy a ten stimuluje kůru nadledvin, která vyprodukuje glukokortikosteroidy do krevního řečiště. Tyto glukokortikosteroidy hrají hlavní roli v hormonálním zpracování stresu a mají vliv na kognitivní funkce. [15]

Poruchy neuroendokrinní regulace stresu mohou vést k narušenému růstu a vývoji, a snížit odolnost vůči psychiatrickým, metabolickým a autoimunitním onemocněním.[15]

Stres aktivuje HPA osu a indukuje zvýšení hladiny CRH v mozkových centrech strachu a emocí (např. v amygdale), což při jeho dlouhodobějším působení vyvolává anxieta a depresi, později také degeneraci neuronů vedoucí k neurodegenerativním onemocněním. Hormony vylučované tělem při stresu (CRH) ovlivňují i růstové a pohlavní hormony a pokud stres působí dlouhodobě, může dojít ke zpomalení růstu a vývoje.[15]

V poslední době se ozývají hlasy, které prosazují medicínské propojení neurohumorálního systému s imunitním. Ten může být ovlivněn stresem a jeho funkčnost tak snížena. Otázkou však zůstává, do jaké míry je tato závislost způsobena nižší fyzickou aktivitou a třeba i méně zdravým jídelníčkem lidí v závislosti na vyšší míře depresivnosti a úzkostnosti dlouhodobě stresovaných. [15]

#### **5.4 Vliv stresu na imunitní systém**

Imunitní systém je komplexní mechanismus, který brání naše tělo před ohrožením zevnějšku (např. proti virům, bakteriím, toxinům a parazitům) i zevnitř (proti špatně fungujícím buňkám). Zajímavé je, že většinou dokáže rozlišit mezi tím, co je pro organismus škodlivé a co není. Někdy, a to v případě autoimunitních onemocnění, se však může zmýlit.[8]

Vliv stresu na dobře fungující systém byl prokázán, závisí však na intenzitě a délce trvání stresoru. Velmi krátkodobý stres může na organismus působit jako očkování a způsobit tak lepší fungování imunity. Ale akutnější a trvalejší stresy (např. zkoušky) ji mohou částečně potlačit. Úměrně k tomu, chronický stres je pro imunitní systém nejvíce ohrožující a může způsobit i jeho trvalejší poškození.[8]

Z výzkumů vyplývá například to, že stresovaní jedinci snáze podléhají chřipce a stresovaní studenti mají nižší hladinu cytokinů, které regulují zánětlivé a uzdravující procesy. Nicméně většina výzkumů je založena spíše na korelaci než na kauzalitě.[8]

## 6 ZVLÁDÁNÍ STRESU

Jak už jsme zmínili výše, se stresem se můžeme vypořádat více způsoby. Někdy se stane, že příčina sama vymizí a život jde dál. Někdy zůstane a my se se stresem musíme vyrovnat jinak, například vyřešit problém nebo od něj utéct. Opět se vracíme k prastarému útěk (pasivní reakce) nebo útok (aktivní reakce). Ať už je to tak, či tak, stresový zážitek v nás většinou zanechá nějakou stopu, vzpomínku. A to, jaká tato vzpomínka bude, často záleží na tom, jakým způsobem jsme danou situaci řešili, případně se s ní vyrovnali.[35]

V této teoretické části se budeme jen krátce věnovat obranným mechanismům, více potom rozpracujeme copingové strategie dle jednotlivých teorií. Někteří autoři tyto dvě skupiny zvládacích mechanismů nerozlišují, my je však oddělíme tak, jak to uvádí Paulík (2010)[4] a Vašina (2002)[9]. Hlavní rozdíl vidíme v tom, že obranné mechanismy se nesnaží zátěžovou situaci měnit, spíše nevědomě chrání integritu osobnosti. Další odlišnosti jsou přehledně zpracovány v tabulce č. 1.[35]

**Tabulka 1 - Obranné mechanismy a copingové strategie [4]**

Obranná reakce	Copingová strategie
Obsahují implicitní reakce	Obsahují explicitní reakce
Aktivovány intrapsychicky	Aktivovány prostředím, okolnostmi
Obtížněji pozorovatelné	Snadněji pozorovatelné
Jedinec si je někdy ani neuvědomuje	Jedinec je ovládá vůlí
Determinovány osobnostními rysy	Determinovány osobnostně i situačně
Základem je instinktivní chování	Základem jsou kognitivní procesy
Nepředchází zhodnocení situace	Předchází zhodnocení situace i vlastních možností
Výsledkem je automatické chování	Výsledkem je promyšlené chování



## 6.1 Obranné mechanismy

Pro úspěšnou adaptaci a překonání situace, která ohrožuje náš sebeobraz a pocity jistoty nám slouží obranné mechanismy, povětšinou neuvědomované strategie omezující naši úzkost. Důležité je, že nemění situaci ani se o to nesnaží, mění pouze naše vnímání a hodnocení této situace s cílem dočasně udržet integritu osobnosti, dokud stresor nevymizí nebo situaci nevyřešíme jinak. Jak uvádí Vašina (2002)[9], může jít o určitý prvek sebeklamu. Pokud jsou ale tyto mechanismy plně zakomponovány do struktury osobnosti a jedinec jich nadužívá, ztrácí se schopnost nadhledu a může vznikat falešné sebepojetí, nedochází k úspěšné adaptaci a v některých případech může dojít k duševním a psychosomatickým onemocněním.[9]

Vašina [9] uvádí tyto obranné mechanismy: agrese (verbální či tělesné chování, jehož cílem je způsobit újmu), hostilita (sklon k nepřátelským agresivním impulzům navenek), únik, potlačení, vytěsnění, racionalizace (sebeospravedlňování), introjekce (vcítění), projekce, intelektualizace (přizpůsobovací technika založená na úsilí o získání afektivního a emočního odstupu od zátěžové situace a na schopnosti a dovednosti racionálního a logického nadhledu při vnímání), splývání, retroflexe (záklon), kompenzace (náhrada), substituce (záměna; nahrazení), sublimace (přenesení zájmu sociálně přijatelným směrem), odčinnění a reaktivní výtvar (psychologický obranný mechanismus, kdy jedinec kontroluje emoce a popudy, které v něm vyvolávají úzkost nebo které považuje za nepřijatelné, tak, že projevuje vyhraněné názory, postoje a vzorce chování, jež jsou zcela protichůdné zmíněným emocím a popudům).[9]

## 6.2 Copingové strategie

Pod pojmem copingové strategie můžeme rozumět vědomé a aktivní způsoby zvládnání stresu, tedy náročnějších životních situací, kdy je potřeba vyvinout větší úsilí pro jejich překonání. Hartl a Hartlová [1] popisují coping jako „*schopnost člověka vyrovnat se odpovídajícím způsobem s nároky, které jsou na něj kladeny, příp. zvládat nadlimitní zátěže; může mít i podobu změny vnímání situace nebo změny postoje*“. Tato charakteristika koresponduje s definicí Folkmanové [16], dle které coping jsou „*behaviorální, kognitivní nebo sociální odpovědi související s úsilím osoby eliminovat, zvládat či tolerovat vnitřní nebo vnější tlaky a tenze pocházející z interakce osobnosti a prostředí*“.[4]

## 7 COPING

### 7.1 DEFINICE A ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ COPINGU

Původ slova coping vychází z řeckého slova „colaphos“, což původně znamenalo úder do ucha při boxu. Současně pak tento pojem znamenal snahu vypořádat se s něčím obtížným, zvládnout krizi nebo problém. [10]

Význam slova coping můžeme tedy chápat jako zvládání těžkostí. V anglickém překladu najdeme významy jako vypořádat se s mimořádně obtížnou situací, umět si poradit s neobvykle těžkým úkolem. Často se slovo coping objevuje ve vazbě s druhým slovem, označujícím předmět zvládání, například „coping with stres“ – tedy zvládání stresu, dále „coping with illness“ – zvládání nemoci. [10]

Pokud chceme coping přesněji definovat, můžeme využít dnes již klasickou definici formulovanou Lazarusem, který charakterizuje zvládání (coping) jako „*behaviorální, kognitivní anebo sociální odpověď, vztahující se k úsilí osoby regulovat (ve smyslu minimalizovat, překonávat nebo tolerovat) vnitřní nebo vnější tlaky, napětí vyplývající s transakcí osoby a prostředí*“.[10] Jedná se přitom o požadavky mimořádně vysoké, které mohou člověka značně zmáhat, zatěžovat nebo převyšovat zdroje, které má daná osoba k dispozici. Tato definice tedy bere v úvahu jak požadavky kladené na člověka, tak zdroje jeho sil a možností.[11]

Termín coping behavior – chování, které slouží ke zvládnutí požadavků prostředí, zavádí do psychologie A. H. Maslow, aby jej tak odlišil od chování, které vzniká samo pro sebe nebo pro potěšení.[12]

## 8 COPINGOVÉ STRATEGIE

Copingové strategie lze chápat jako reakce, jimiž se jedinci snaží snižovat úroveň nežádoucí zátěže.

Existuje celá řada kategorizací copingových strategií. Zde si tedy uvedeme některé z nich.

### **Copingová strategie - Eva Rheinwaldová**

PhDr. Eva Rheinwaldová je klinická psycholožka, která vystudovala v Kalifornii, a působila na psychiatrických klinikách v Los Angeles, San Diegu a v Las Vegas. Dále měla svou privátní praxi, Center for Hypnoanalysis, přednášela, učila, psala a byla hostem v řadě televizních a rozhlasových pořadů. V těchto činnostech pokračuje i po svém návratu do Prahy.[34] A v rámci své práce psycholožky vypracovala také copingové strategie, které formulovala v následujících sedmi bodech.

#### **1) Žít v prostředí bez stresu**

- domov, kde by každý měl nacházet pohodu a klid a měl by být příjemným a bezpečným místem. Důležité je, aby každý měl vyměřené své povinnosti a práva. Nutný je tedy nějaký řád, který se bude dodržovat a předejde se tak hádkám, že někdo něco neudělal apod. Dále by každý měl mít místo, kde může studovat, pracovat a kde ho nikdo nebude rušit a omezovat. Důležité je se alespoň pokusit o pravidelný čas snídání, večeří, spánku, cvičení, nedělních vycházek apod.[36]

- pracoviště - dalším pravidlem je oddělovat zaměstnání od domova. V práci se má pracovat a doma by se mělo relaxovat. Další protistresové návody nás nabádají k rutině, která dává pocit pořádku a stability. [36]

#### **2) Zdravá výživa**

- zdravá výživa je základem zdraví. Stres totiž může vyvolat poruchy příjmu potravy a to buď přejídání (kdy zvýšíme příjem cukrů a tuků) a nebo naopak nechutenství a omezování výživy. [36]

- stres nás zbavuje vitaminů B a C, měli bychom tedy dbát, aby jich tělo mělo dostatek. Vitamin B je částí mozkových buněk, které pomáhají předávání signálů z jednoho konce nervu na druhý. Jeho nedostatek pocítujeme, mimo jiné, jako mentální únavu, depresi a naše odolnost vůči stresorům je snížena. Je obsažen v mléčných výrobních, vejcích, droždí,

ořechách atd. Vitamin C je potřebný, aby se tělo vzpamatovalo z fyzických stresorů, jako jsou různé nemoci, zlomeniny, ale i těhotenství. Snižuje účinky stresorů prostředí jako je vzduch znečištěný kouřem a jinými chemikáliemi. Naše tělo potřebuje 30-60 mg vitamínu C denně. Je obsažen v ovoci a zelenině.[36]

### **3) Pohyb, cvičení**

Fyzický pohyb nás zbaví nejen tenze, ale i nepříjemného stresu a jeho následků. Stres je spojen s pocity úzkosti, strachu, hněvu a podrážděnosti. Tyto nepříjemné pocity zmizí s uvolněním svalů. Při stresu se totiž tvoří hormony adrenalin a noradrenalin, které se při cvičení spalují. Podvěsek mozkový vylučuje také substanci podobnou morfinu, tedy endorfin, který kontroluje bolest a dává příjemné pocity a tak nám umožňuje fyzicky i psychicky relaxovat. Správné cvičení nám uvolní svaly lépe než uklidňovací prášky, které mají větší vedlejší škodlivé účinky. Lidé, kteří jsou fyzicky fit, lépe snášejí stresové situace, mají pozitivnější přístup k životu, více si věří a jsou sebejistější. [36]

### **4) Klid, relaxace**

Naučme se odpočívat. Klid je nejen jedním z nejlepších léků proti stresu, ale je i důležitou prevencí proti nahromadění vlivů přepracování, starostí, zodpovědnosti a všech ostatních mentálních a fyzických činností, kterým jsme se nedovedli přizpůsobit. A jak odpočívat? Na chvíli se posaďte na židli a na nic nemyslete. Nic nevnímejte, ničemu nenaslouchejte. Zachovejte úplný klid. Odpočinek vleže je pohodlnější a zdravější než na židli. Úplné svalové uvolnění totiž automaticky zastaví mentální činnost a navodí klid.[36]

### **5) Spánek**

Spánek je další formou klidu, ve kterém se náš organismus regeneruje. Neubírejte mu hodiny určené ke spánku. Snažte se dodržovat pravidelnosti, abyste neporušili rytmus spánku a nezačali trpět nespavostí. Před spaním nepijte nic, co obsahuje kofein. Zdržte se také fyzické nebo mentální aktivity a vystřídejte ji nějakou uklidňující činností, třeba četbou nebo poslechem hudby.[36]

### **6) Komunikace**

Je nutné se podělit o stresory s někým, kdo nám rozumí a s empatií nás vyslechne. Tím, že si o problémech upřímně pohovoříme, získáváme sílu a unikneme pocitu osamocení, bezradnosti a vyčerpání. Když si budeme nechávat všechno pouze pro sebe a izolujeme se, bude se v nás zvětšovat tenze a distresové reakce. Z těchto důvodů byl zvýšený stres pozoro-

rován ve vězeních nebo za války či totality, kde se lidé báli jeden druhému svěřovat a vyjadřovat to, co cítí. Efektivní způsob komunikace slouží jako prevence stresu, protože zabraňuje stresovým situacím a konfliktům v samém počátku. [36]

### 7) Ukažme na své stresory

Důležité je, abychom dokázali pojmenovat své stresory. Udělejte seznam svých osobních stresorů. Prozkoumejte své prostředí v práci a doma, přemýšlejte o lidech kolem vás, o situacích, do kterých se často dostáváte. Ke každému stresoru připište jak ho zneškodnit. Některé stresory nebude ve vašich silách změnit, zatímco druhé můžete odstranit nebo alespoň zmírnit jejich účinek. Ale již tím, že je povedete v evidenci a budete zaznamenávat práci na jejich redukci, budete mít nad nimi kontrolu. Nebudete se cítit vydání na milost a nemilost situacím a lidem kolem vás. Budete si uvědomovat definici Dr. Seleyeho, že stres není v tom, co se děje, ale v tom, jak na to reagujeme.[36]

### Copingová strategie - Richard Lazarus

Podle Lazaruse je normální stav člověka možné charakterizovat rovnovážnou situací. Neustále však na něj dopadá řada faktorů – fyzikálních, fyziologických, psychických, sociálních. Člověk má k dispozici určitý soubor zdrojů, které používá v rámci obrany. Jsou to zejména fyzická zdatnost, určité znalosti a dovednosti, zkušenosti, inteligence, vazby na druhé lidi, odolnost a nezdolnost. Lazarus zpracoval koncept zvládnání stresu ve čtyřech základních kategoriích:[16]

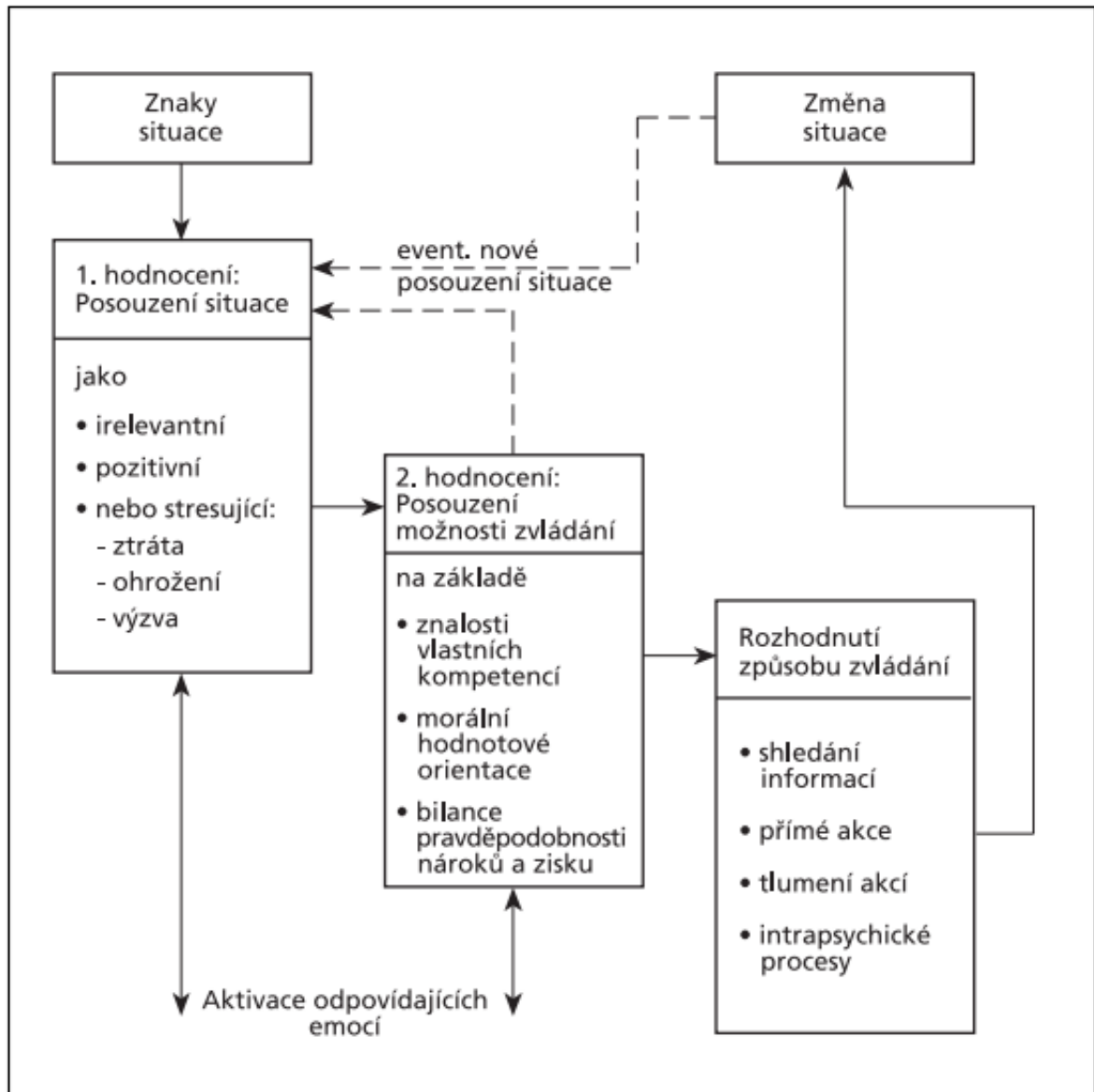
- a) **strategie netečnosti** (člověk ve stresu se chová apaticky, upadá do pocitů bezmoci, deprese, beznaděje),
- b) **strategie úniku, vyhnutí se tomu, co v emocionální sféře vyvolává pocity obav, bázně a strachu,**
- c) **strategie útoku, napadení na to, co vyvolává pocity nebezpečí,**
- d) **strategie posilování vlastních zdrojů síly** (výcvik sebekontroly a sebevlády).[16]

Lazarusovo pojetí copingu můžeme považovat za prvotní klasifikaci zvládacích strategií.

Lazarus položil ve svém pojetí zvládnání stresu, důraz na myšlenkové zpracování toho, co se děje:[16]

## 1. Primární myšlenkové hodnocení

První fáze styku se stresorem představuje pro jedince šok. Člověk zvažuje význam určité události s ohledem na to, jak moc ho ohrožuje. Toto posouzení je subjektivní, neexistuje žádné obecné kritérium rozlišující, zda je pro konkrétního jedince situace ohrožující, zatěžující. V této fázi je důležité, zda člověk považuje situaci za ovlivnitelnou nebo neovlivnitelnou. [16]



Obrázek 3 Transakční model psychologického stresu (Wilhelm Janke, Gisela Ermannová, Strategie zvládnání stresu, str. 6)

## 2. Sekundární hodnocení

Tato fáze má kognitivní charakter, člověk hodnotí a aktivuje možnosti, které má a které by mohly pomoci při zvládnání toho, co ho ohrožuje (přehled „zbraní“ a jejich účinnosti).

Člověk si klade otázku: „Co mohu v dané situaci dělat?“ Hledá dostupné zdroje zvládnání. Patří sem zdroje fyzické (zdraví, vitalita), zdroje psychologické (schopnosti, dovednosti), zdroje sociální (vztahy k druhým lidem – tzv. social resources, social support, pomoc odborníků), a konečně i zdroje materiální.[16]

## 3. Třetí fází hodnocení v Lazarusově pojetí zvládnání těžkostí je „přehodnocování situace“.

Primární i sekundární hodnocení situace probíhá neustále, neboť situace se může v průběhu boje měnit. Zvládnání stresu je celou sérií těžkostí, které na sebe navazují. Člověk reflektuje předchozí kroky. Je třeba vědět, co se v důsledku použité strategie změnilo a podle toho je třeba měnit strategie.[16]

## V další etapě bádání dochází R. S. Lazarus (a S. Folkmanová) k odlišení dvou forem zvládnání:

### 1. Zvládnání zaměřené na problém

Člověk se zaměřuje na situaci a snaží se hledat způsoby, jak ji změnit nebo jak se jí v budoucnosti vyhnout. Jde o snahu konstruktivně řešit situaci, zmenšovat stresové situační vlivy a změnit podmínky, které zhoršují celkový stav.[16]

### 2. Zvládnání zaměřené na emoce

Člověk se zaměřuje na zmírnění prožívaných emocí ve stresové situaci, přičemž ke změně situace nemusí dojít.[16]

Podle Lazaruse a jeho spolupracovníků determinují chování jedince v zátěži situačně kognitivní faktory. Výběr strategie souvisí s vyhodnocením situace – zda je možné udělat něco, co by danou situaci změnilo. V tomto případě volí jedinec na problém zaměřenou strategii zvládnání, která je zaměřena na jednání se stresorem samotným. Hlavní zásadou této strategie je vymezit problém, hledat alternativní řešení, volit je a realizovat. Strategie zaměřené na problém mohou být nasměrovány také dovnitř, kdy osoba mění něco v sobě místo toho, aby měnila prostředí. Tato forma zvládnání se používá, když je problém neo-

vlivitelný. Druhá kategorie zahrnuje strategie, které redukuje emocionální distres a mírní emoce spojené se stresovou situací.[16]

Také podle Frydenbergové je charakter copingu (buď na emoce, nebo na problém zaměřený) dán situací samotnou tak, jak ji člověk vnímá. Primární zhodnocení je kognitivní proces, během kterého člověk hodnotí, co je v sázce v nastalé stresové situaci. Sekundární zhodnocení nastane, když člověk hodnotí, jaké má k dispozici vlastní copingové zdroje a volby. Pokud je situace ohodnocena jako změnitelná, ovlivnitelná, tedy přístupná ke změně, uplatňují se na problém zaměřené strategie. Pokud je situace ohodnocena jako nezměnitelná, neovlivnitelná, pak se uplatňují strategie zaměřené na emoce.[17][18]

Copingové strategie se mění v průběhu různých stádií zvládnání problémové situace. Většina lidí zvládá distres s pomocí obou forem strategií. Ukazuje se i „oblíbenost“ určitých strategií u jednotlivce, který je používá bez ohledu na kontext situace. Co ovšem funguje dobře v jednom kontextu, nemusí fungovat v jiném.[16]

### **Copingová strategie - Jaro Křivohlavý**

J. Křivohlavý z hlediska strategie zvládnání stresu klade důraz na fakt, že jde vždy o střetnutí, kompetici (boj), vztah mezi jedincem a prostředím.[11]

Vedle strategie zaměřené na problém či na emoci, správně rozlišuje ještě strategii zaměřenou na reakci:

#### **1. strategie obrany (defenzivní)**

#### **2. strategie útoku (ofenzivní):**

a) **primární** – útok veden z vlastní iniciativy útočícího

b) **sekundární** – reakce na předcházející útok [11]

Základní rozhodnutí v boji se stresem podle Křivohlavého vyžaduje, abychom situaci, před níž stojíme, zařadili do jedné ze dvou skupin:

#### **1. situace je nezměnitelná**

#### **2. situace je změnitelná [11]**

Podle posouzení situace pak dochází k následnému rozhodnutí:

a) **přijmout** – akceptovat to, co se událo nebo bude dít, jako hotovou věc



**b) bojovat s nepříznivou situací a snažit se obtíže zvládnout vhodnou strategií**

Existují dvě správná a dvě nesprávná rozhodnutí. [11]

Za správná rozhodnutí je považováno:

**1) přijmout bez reptání to, co je nezměnitelné,**

**2) bojovat s tím, co se změnit dá. [11]**

Nesprávná rozhodnutí jsou:

**1) bojovat, když je situace beznadějná,**

**2) přijmout a akceptovat situaci, i když existuje naděje na změnu k lepšímu.**

Člověk v obtížné situaci tudíž musí provést dvě rozhodnutí – prvé se týká možnosti změny, druhé toho, zda situaci přijmout, nebo bojovat.[11]

J. Křivohlavý rovněž zdůrazňuje, že v distresové situaci uvažujeme o dvou druhích zásahů ke znovunastolení porušené rovnováhy:

1. možnost změny na straně zátěže, tj. ubrat zátěž, delegovat úkoly, kooperovat

2. možnost změny na straně zdrojů sil a možností obrany

- zvyšovat odolnost, nezdolnost

- člověk se např. může rozhodnout brát věci klidně, bez dramatického zveličování – může si říci, že se stanou i horší věci[11]

Nevhodná je „strategie zavírání očí“ – strategie pštrosa. Nebezpečné je i nepochopení či nerozpoznání rizika v situaci, která se právě začíná odvíjet. Křivohlavý zdůrazňuje fakt, že žádný stresor nepůsobí na psychiku přímo, ale zprostředkovaně. Vliv stresujících životních situací se lomí psychickým procesem, nazývaným „zvažování ohrožení a možností“. To provádí ohrožený subjekt podle svých vlastních, specificky subjektivních měřítek. Zvažování je kognitivním procesem, během něhož vstupují do hry různé proměnné – tzv. „moderátory“.[11]

Jednu skupinu moderátorů tvoří subjektivně odlišné „váhy“, které člověk přisuzuje různým druhům ohrožení. Jinou skupinu intervenujících proměnných představuje repertoár dovedností a strategických postupů dané osoby, který byl získán v předcházejících obdobích života při zvládnání různých zátěží. Mezi intervenující proměnné patří i zdroje psychických

sil daného člověka stejně jako sociální zdroje. K intervenujícím proměnným patří i věk, pohlaví, vzdělání atd. Důležitý je též náhled na řešitelnost stres vyvolávající situace. [11]

Způsoby, jakými člověk přistupuje k řešení problémů a zvládnání zátěžových situací, záleží na tom, jak si člověk na základě minulé zkušenosti uvědomuje možné negativní důsledky daného stresu a jak ovládá konstruktivní postupy. V takových případech se lépe zorientuje, nesoustředí se jen na překážky, hledá a bere v úvahu faktory směřující ke zvládnání a řešení zátěžové situace. Zkušenosti získané při řešení konkrétní situace obohacují copingovou výbavu jedince. Jak se ovšem ukazuje, někteří lidé jsou mimořádně rigidní (strnulí). Zvolí jednu strategii a zůstanou u ní, i když se ukazuje, že její účinnost je nulová. Jiní lidé naopak příliš rychle mění své postupy, takže nemají možnost zjistit, zda ten či onen postup nebyl náhodou účinnější, vhodnější.[11]

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 9 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zmapování zvládnání stresu u zdravotních sester/bratrů v zátěžových situacích se zaměřením na dobu po kterou práci zdravotní sestry/bratra vykonávají.

### 9.1 Hypotézy

#### Stanovení hypotéz:

**H0 (testovaná hypotéza)** Neexistuje rozdíl ve strategiích zvládnání stresu u zdravotních sester/bratrů, kteří mají praxi méně jak 10 let a těmi, kteří mají více jak 10 let praxe.

**H1 (alternativní hypotéza)** Existuje rozdíl ve strategiích zvládnání stresu u zdravotních sester/bratrů, kteří mají praxi méně jak 10 let a těmi, kteří mají více jak 10 let praxe.

#### Zdůvodnění hypotéz:

Předložené hypotézy, které jsme stanovili pro výzkumnou část bakalářské práce, jsem následně formulovala především proto, že předpokládám, že existuje určitý rozdíl ve zvládnání stresu u zdravotních sester/bratrů, kteří mají praxi méně jak 10 let a těmi kteří mají více jak 10 let praxe. Dle mého názoru je to dáno především množstvím nasbíraných zkušeností, které se s délkou praxe znásobují. A proto se domnívám, že právě zdravotní sestry/bratři s praxí delší než 10 let, by mohly být vůči stresu, více odolnější a lépe stres zvládat, než jedinci s praxí kratší. Je to však jen moje domněnka, která není ničím podložená. Jelikož psychika každého jedince je jiná a nedá se tedy striktně říct, že jedinci s delší praxí budou stres zvládat lépe. Naopak jedinci s delší praxí mohou být zase často náchylní k syndromu vyhoření, který se často projevuje právě u zdravotníků, skrz vysoké nároky na jejich osobnost, což se s přibývajícím léty práce ve zdravotnictví, samozřejmě zvyšuje. Avšak také není pravidlem, že čím delší je praxe, tím větší je riziko vzniku syndromu vyhoření. U slabších jedinců se syndrom vyhoření může projevit už i po 5. roce, práce ve zdravotnictví. Existuje tedy mnoho faktorů, které mohou ovlivňovat chování a reakce jedinců ve stresových a zátěžových situacích. Tzn., že to zda existuje nebo neexistuje rozdíl ve zvládnání stresu u zdravotních sester/bratrů, kteří mají praxi méně než 10 let a těmi, kteří mají praxi delší, zjistíme pomocí statistického ověřování stanovených hypotéz.

## 9.2 Výzkumné otázky

V souladu s tématem bakalářské práce stanovujeme následující výzkumné otázky:

- V1** Které strategie zvládnání stresu jsou u zdravotních sester/bratrů s ohledem na délku praxe, využívány nejčastěji?
- V2** Liší se jednotlivá oddělení v používaných strategiích ke zvládnání stresu?
- V3** Liší se copingové strategie zdravotních sester/bratrů s rozdílnou délkou praxe oproti normě české populace?

## 10 METODIKA

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu formou dotazníkového šetření.

### Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování. Konstruované koncepty zjišťujeme pomocí měření, v dalším kroku získaná data analyzujeme statistickými metodami s cílem je explorovat, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných. Kvantitativní výzkum bývá spojován s hypoteticko-deduktivním modelem vědy, který sestává z těchto základních komponent:

1. Formálně se vyjádří určité obecné tvrzení, které má potenciál vysvětlit vztahy v reálném světě – **teorie**.
2. Provede se dedukce. Za předpokladu, že teorie platí, budeme očekávat, že nalezneme vztah mezi minimálně dvěma proměnnými X a Y – **hypotéza**.
3. Uvažujeme definici, co potřebujeme zjistit, abychom pozorovali X a Y – **operační definice**.
4. Provedeme pozorování – **měření**.
5. Provedeme závěry o platnosti hypotézy – **testování hypotéz**.
6. Vztáhneme výsledek testování zpět k teorii – **verifikace**. [39]

### Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření je jedna z kvantitativních metod výzkumu veřejného mínění, která je hojně využívána v sociologii. Tato metoda se také často používá i v dalších oborech např. v psychologii, kulturní a sociální antropologii, managementu, marketingu, prognostice, demografii a v poradenství. [37]

Prováděnými výzkumy pomocí dotazníkového šetření se dají měřit sociologické jevy a také jejich analýza za použití matematických modulů a statistických technik. Dotazníky jsou zaslány či sděleny ústně vybrané skupině lidí. Díky této metodě je možné sesbírat

velké množství dat s méně podrobnými informacemi. Tyto informace mohou být aplikovány na širší okruh lidí. [38]

### 10.1 Použitá metoda (SVF 78)

Dotazník, který byl pro výzkumnou část použit, je psychologický dotazník SVF 78, jehož autory je Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová. Dotazník SVF zachycuje postupy, kterých se užívá při zpracování stresu. Jedná se o zkrácenou verzi dotazníku SVF 120. Ve verzi SVF 78 bylo ponecháno 13 škál, které zahrnují podhodnocení, odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakcí, pozitivní sebeinstrukce, potřeba sociální opory, vyhýbání se, úniková tendence, perseverace, rezignace, sebeobviňování.[40]

Zpracováním výsledků SVF 78 umožňuje analýzu strategií směřujících k redukci stresu (pozitivní strategie) nebo vedoucích k zesílení stresu (negativní strategie).[40]

Dotazník používá pouze stručné a srozumitelné instrukce. Záměrně se v něm nepoužívá slovo stres. Předpokládá se, že jedinec, který je předmětem zkoumání pracuje samostatně. Dotazník lze zadat i ve skupině, jestliže je zajištěno, že nedojde k ovlivnění jinými osobami nebo jakýmkoli rušivými vlivy. Pro zpracování dotazníku potřebují jedinci obvykle 10-15 minut. Dotazník se osvědčil při srovnávání skupin vystavených různým formám zátěže (ve všech náročných situacích, v oblasti psychologie zdraví, psychologie nemoci, pracovní psychologie ad.). [40]

**Tabulka 2 – Popis subtestů dotazníku SVF 78**

Číslo subtestu	Název subtestu	Charakteristika
1	Podhodnocení	Ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu
2	Odmítání viny	Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost
3	Odklon	Odklon od zátěžových aktivit / situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem
4	Náhradní uspokojení	Obrátit se k pozitivním aktivitám/situacím
5	Kontrola situace	Analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému
6	Kontrola reakcí	Zajistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí
7	Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly
8	Potřeba sociální opory	Přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc
9	Vyhýbání se	Předsevzetí zamezit zátěžím nebo se jim vyhnout
10	Úniková tendence	Tendence (rezignační) vyváznout ze zátěžové situace
11	Perseverace	Nedokázat se myšlenkově odpoutat, dlouho přemítat
12	Rezignace	Vzdávat se s pocitem bezmocnosti, beznaděje
13	Sebeobviňování	Připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání

### 10.1.1 Popis jednotlivých subtestů dotazníku SVF 78

Dotazník SVF 78 obsahuje celkem 78 otázek, kdy každá z otázek je zaměřená na jinou strategii zvládání stresu. Strategie jsou rozděleny na pozitivní, zřídka se vyskytující a negativní. Pozitivní strategie zahrnují subtesty: Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Náhradní uspokojení, Kontrola situace, Kontrola reakcí a Pozitivní sebeinstrukce. Zřídka se vyskytující strategie zahrnují subtesty: Potřeba sociální opory a Vyhýbání se. Negativní strategie zahrnují subtesty: Úniková tendence, Perseverace, Rezignace a Sebeobviňování.

#### 1.) Pozitivní strategie

##### *POZ1 – Strategie přehodnocení a devalvace*

Společnou snahou těchto strategií, je především přehodnotit nebo snižovat závažnost daného stresoru. Tuto oblast reprezentují dva subtesty.[40]

**Podhodnocení:** Subtest zachycuje tendenci podhodnocovat vlastní reakce ve srovnání s jinými osobami, nebo je hodnotit příznivěji.[40]

**Odmítání viny:** Položky tohoto subtestu vyjadřují, že chybí vlastní odpovědnost za zátěž. [40]

##### *POZ2 – Strategie odklonu*

Subtesty tohoto okruhu zahrnují tendence jednání orientovaného na odklon od stresující události nebo příklon k alternativním situacím nebo aktivitám. Tuto oblast reprezentují dva subtesty.[40]

**Odklon:** Tendence spojená s tímto subtestem směřuje k odklonu při zátěži. Zahrnuje dvě složky. Jednou je odvrácení zátěže a druhou je tendence navodit psychické stavy, které stres zmírňují. [40]

**Náhradní uspokojení:** Subtest zahrnuje tendenci k jednání zaměřeného na kladné city, které nejsou kompatibilní se stresem a vztahují se k sebeposílení vnějšími odměnami (např. pojišť něco dobrého, koupit si něco).[40]



### ***POZ3 - Strategie Kontroly***

Subtesty Kontrola situace, Kontrola reakcí a Pozitivní sebeinstrukce tvoří okruh, který zahrnuje konstruktivní snahy po zvládnutí/kontrolu a kompetenci. Oblast reprezentují tři subtesty. [40]

**Kontrola situace:** V tomto subtestu je tendence získat kontrolu nad zátěžovými situacemi tvořena třemi komponentami: analýza aktuální situace a jejího vzniku, plánování opatření ke zlepšení situace/stavu a aktivní zásah do situace.[40]

**Kontrola reakcí:** Tendenci kontrolovat vlastní reakce při zátěži zachycují dva aspekty tohoto subtestu: jednak nedovolit, aby došlo ke vzrušení, případně je nedát na sobě znát, jednak již vzniklému vzrušení čelit. [40]

**Pozitivní sebeinstrukce:** Tento subtest je obrazem toho, v jaké míře mají jedinci sklon přisuzovat kompetenci sobě a dodávat si odvalu v zátěžových situacích. [40]

### **2.) Zřídka se vyskytující strategie**

**Potřeba sociální opory:** Tento subtest zachycuje tendenci jedince, který si při stresu přeje navázat kontakt s druhými, aby získal podporu při zpracování nebo řešení problému. Může jít o podporu ve formě pohovoru, rady nebo konkrétní pomoci při řešení. Tendence hledat sociální oporu může být jednak výrazem spíše pasivně rezignačních, bezmocných postojů a jednak může naznačovat aktivní hledání konkrétní podpory při zvládnutí problému.[40]

**Vyhýbání se:** Subtest zachycuje tendence vyhnout se zátěži a zahrnuje záměr a snahu zamezit další konfrontaci s podobnou situací. Může to být pozitivní způsob zpracování, pokud nelze zátěž jako takovou zamezit na základě regulačních možností jedince, ale také negativní zpracování, jestli jde pouze o to vyhnout se zátěži.[40]

### **3.) Negativní strategie**

Oblast negativních strategií je v SVF 78 definovaná subtesty Úniková tendence, Perseverace, Rezignace a Sebeobviňování, V tomto okruhu jsou zahrnuty tendence k nasazení nepřiznivých, spíše stres zesilujících způsobů zpracování. Rovněž se při tom zachycuje chybějící kompetence zvládnutí s únikovými tendencemi, s reakcemi rezignace a neschopnost uvolnit se.[40]

**Úniková tendence:** Subtest má rezignační tendenci vyváznout ze zátěžové situace. Rezignační ráz této strategie při zvládnání stresu spočívá v tom, že jak potřeba vyváznout ze situace, tak její realizace se sdružují se sníženou pohotovostí nebo schopností čelit zátěžové situaci.[40]

**Perseverace:** Prodloužené přemítání, perseverace, ve smyslu tohoto subtestu indikuje neschopnost se myšlenkově odpoutat od prožívaných zátěží. Negativní představy a myšlenky o zátěžové situaci se neustále vnucují a zabírají kapacitu myšlení jedince ve značné míře a po dlouhou dobu. Tím se prodlužuje zátěžová situace a s ní spojené rozrušení a ztěžuje se obnovení výchozího stavu.[40]

**Rezignace:** Rezignační tendence ve smyslu tohoto subtestu zahrnují více aspektů, v nichž je vyjádřen subjektivní nedostatek možnosti zvládat zátěžové situace. Patří sem pocity bezmocnosti a beznaděje ve vztahu k určité zátěžové situaci a k vlastním možnostem ji zvládnout, což vede k tomu, že se jedinec vzdává dalšího snažení o zdoání situace.[40]

**Sebeobviňování:** Tento subtest vyjadřuje vcelku sklon ke sklíčenosti a přisuzování chyb vlastnímu jednání v souvislosti se zátěžemi. [40]

## 10.2 Průběh výzkumu

Výzkumný soubor tvořili zdravotní sestry v Uherském Brodě.

Pro výzkum bylo osloveno Dialyzační středisko v Uherském Brodě a následně sběr dat probíhal elektronickou formou, pomocí portálu zabývajícího se průzkumy a dotazníkovým šetřením. Zde byl dotazník zadán pro zdravotní sestry z různých oddělení.

Při zadávání dotazníku byly zdravotní sestry seznámeny s tím, že se jedná o realizaci výzkumného šetření v rámci praktické části bakalářské práce a také, že zůstanou v naprosté anonymitě a výsledky šetření se jich žádným způsobem nedotknou.

Z mé strany jim v případě zájmu byla také nabídnuta zpětná vazba, v podobě poskytnutí výsledků, ke kterým jsem se vyhodnocením zadaných dat dostala.

Pro výzkum bylo osloveno celkem 15 zdravotních sester v Uherském Brodě, z nichž nakonec 10 sester dotazníky vyplnilo. A co se týče, elektronické formy zde byl počet respondentů neomezený. Celkem tedy dotazník vyplnilo 33 zdravotních sester a 2 zdravotní bratři z různých oddělení.

## Výzkumný soubor

Tabulka 3 - Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek	Počet respondentů	
	Ženy	Muži
Zdravotní sestry/bratři	33	2
Průměrný věk	37 let	
Průměrná délka praxe	11 let	

Celkově se výzkumu zúčastnilo 35 respondentů.

Tabulka 4 - Pracovní oddělení

Pracovní oddělení	Počet respondentů
Dialyzační středisko	10
JIP	6
LDN	4
Rehabilitace	3
Novorozenecká JIP	3
Urologie	2
Ambulance praktického lékaře	2
ORL	2
Gynekologicko-porodnické	2
Gerontopsychiatrie	1

## 11 VÝSLEDKY

Výslednou část rozdělujeme do tří samostatných částí. V první části nejprve pomocí znázornění v tabulkách rozdělíme všechny účastníky dotazníkového šetření na respondenty s délkou praxe do 10 let a respondenty s délkou praxe nad 10 let, pro následné usnadnění testování statistických hypotéz. Poté následně u každého z nich provedeme vyhodnocení, pomocí vyhodnocovacích listů, čímž získáme hodnoty hrubých skóre, které následně zprůměrujeme a u každé hodnoty určíme její směrodatnou odchylku. Poté do tabulky zaznamenáme jednotlivé hodnoty, pro každou strategii zvlášť.

### 11.1 Vyhodnocení hrubých skór

Tabulka 5 – POZ1 Strategie přehodnocení a strategie devalvace

SVF 78	Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let
<b>Podhodnocení</b>		
M	11,41	11,72
SD	4,16	4,04
<b>Odmítání viny</b>		
M	11,88	13,55
SD	3,16	2,61
<b>POZ1</b>		
M	11,64	12,63
SD	2,74	2,91

Jak můžeme vidět v tabulce č. 5, průměrový rozdíl v prvním subtestu Podhodnocení se u zdravotních sester/bratrů s praxí do 10 let a nad 10 let téměř vůbec neliší. Větší rozdíl ale už zaznamenáváme u druhého subtestu Odmítání viny, kdy je průměrná hodnota u zdravotních sester/bratrů s praxí nad 10 let o něco málo vyšší, než je tomu u zdravotních sester/bratrů s praxí do 10 let. Celkový průměr Strategie POZ1 se však už tolik neliší.

Tabulka 6 – POZ2 Strategie odklonu

SVF 78	Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let
<b>Odklon</b>		
M	14,7	14,27
SD	4,28	2,99
<b>Náhradní uspokojení</b>		
M	12,29	12,72
SD	4,1	2,53
<b>POZ2</b>		
M	13,5	13,5
SD	3,37	1,98

V tabulce č. 6, která zaznamenává aritmetické průměry a směrodatné odchylky u strategie POZ2, můžeme v subtestu Odklon vidět opět pouze velmi malý rozdíl, mezi jednotlivými skupinami testovaných osob. Stejně tak u subtestu Náhradní uspokojení. A protože jsou na tom ve Strategii POZ2 obě skupiny velmi podobně, vyšel nám u obou skupin stejný průměr, tzn., že v této strategii není mezi jednotlivými skupinami žádný rozdíl.

**Tabulka 7 – POZ3 Strategie kontroly**

SVF 78	Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let
<b>Kontrola situace</b>		
M	18,05	16,61
SD	5,25	3,61
<b>Kontrola reakcí</b>		
M	17,47	17
SD	3,66	2,71
<b>Pozitivní sebeinstrukce</b>		
M	16,05	16,83
SD	4,34	3,47
<b>POZ3</b>		
M	17,19	16,81
SD	4,21	3,07

U poslední pozitivní strategie, kterou je POZ3 – Strategie kontroly, můžeme vidět rozdíl u prvního subtestu, kterým je Kontrola situace, kde byla spočítána vyšší hodnota u zdravotních sester/bratrů s praxí do 10 let. U subtestu Kontrola reakcí a stejně tak Pozitivní sebeinstrukce, vidíme jen velmi malý rozdíl. Celkový průměr výsledných hodnot, tedy vyšel jen s malým rozdílem.

**Tabulka 8 – Zřídka se vyskytující strategie**

SVF 78	Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let
<b>Potřeba sociální opory</b>		
M	16,76	14,61
SD	5,31	3,71
<b>Vyhýbání se</b>		
M	18,82	18,44
SD	4,09	3,08

Další tabulkou, která nám reprezentuje výsledné hodnoty u zřídka se vyskytující strategie, můžeme vidět rozdíl u subtestu Potřeba sociální opory. U subtestu Vyhýbání se, je opět ve výsledných hodnotách jen velmi malý rozdíl.

Tabulka 9 – Negativní strategie

SVF 78	Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let
<b>Úniková tendence</b>		
M	13,35	11,66
SD	4,85	2,71
<b>Perseverace</b>		
M	17,76	16,83
SD	4,87	4,37
<b>Rezignace</b>		
M	12,35	10,77
SD	3,98	3,38
<b>Sebeobviňování</b>		
M	12,41	10,94
SD	3,97	3,92
<b>NEG</b>		
M	13,97	12,55
SD	4,03	2,91

Poslední tabulkou, která nám reprezentuje výsledné hodnoty negativní strategie, vidíme, že všechny výsledné hodnoty u jednotlivých subtestů, jsou u zdravotních sester/bratrů s praxí do 10 let o něco málo vyšší, než je tomu u zdravotních sester/bratrů s praxí nad 10 let. A tedy i celková hodnota je vyšší u zdravotních sester/bratrů s praxí do 10 let.

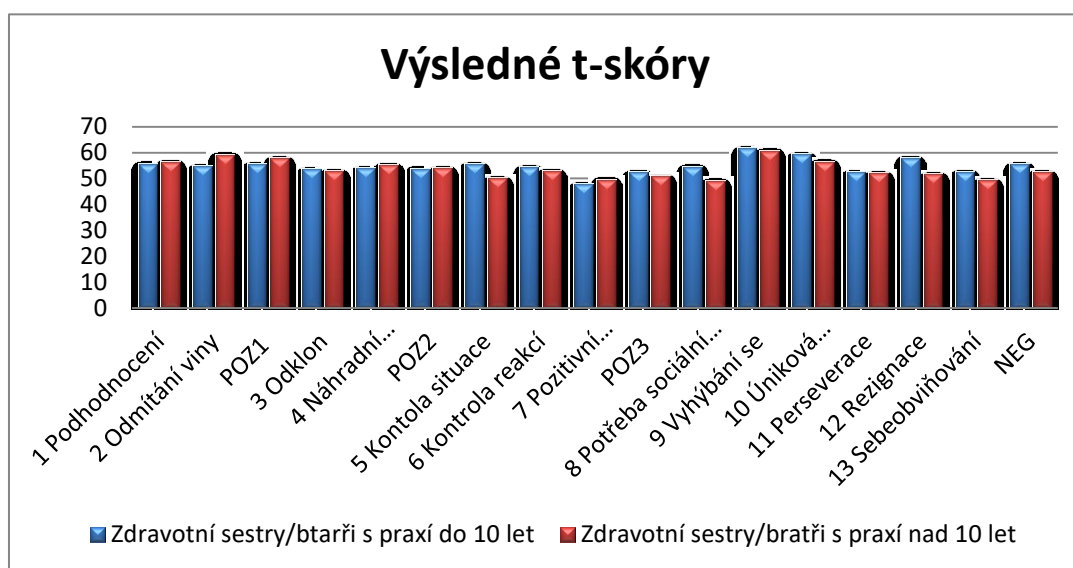
## 11.2 Převod hrubých skór na t-skóry

V druhé části vyhodnocení opět rozdělíme zdravotní sestry/bratry na ty s délkou praxe do 10 let a ty s délkou praxe nad 10 let, následně zaznamenáme do tabulky průměrné hodnoty hrubých skórů a ty následně převedeme na t-skóry. Poté zelenou barvou označíme políčka, která se shodují s normou české populace a červenou barvou políčka, která z normy české populace vybočují. **Norma české populace se pohybuje v rozmezí od 40 do 60.**

Tabulka 10 – Převod hrubých skór na t-skóry

Subtesty	Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let		Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	
	Hrubé skóry (M)	T-skóry (M)	Hrubé skóry (M)	T-skóry (M)
Podhodnocení	11,41	55,64	11,72	56,11
Odmítání viny	11,88	54,76	13,55	59,11
<b>POZ1</b>	<b>11,64</b>	<b>55,2</b>	<b>12,63</b>	<b>57,61</b>
Odklon	14,7	53,47	14,27	52,72
Náhradní uspokojení	12,29	53,82	12,72	55
<b>POZ2</b>	<b>13,5</b>	<b>53,64</b>	<b>13,5</b>	<b>53,86</b>
Kontrola situace	18,08	55,23	16,61	49,88
Kontrola reakcí	17,47	54,29	17	52,77
Pozitivní sebeinstrukce	16,05	47,7	16,83	49,44
<b>POZ3</b>	<b>17,19</b>	<b>52,4</b>	<b>16,81</b>	<b>50,69</b>
Potřeba sociální opory	16,76	54,41	14,61	49
Vyhýbání se	18,82	61,52	18,44	60,61
Úniková tendence	13,35	59,17	11,66	56,33
Perseverace	17,76	52,11	16,83	51,83
Rezignace	12,35	57,58	10,77	51,38
Sebeobviňování	12,41	52,41	10,94	49,22
<b>NEG</b>	<b>13,97</b>	<b>55,31</b>	<b>12,55</b>	<b>52,19</b>

V tabulce č. 10 můžeme vidět, že výsledné hodnoty se shodují s normou české populace.



Graf 1 - Porovnání výsledných t-skórů mezi zdravotními sestrami/bratry s praxí do 10 let a zdravotními sestrami/bratry s praxí nad 10 let

### 11.3 Převod hrubých skóreů na t-skóreů dle jednotlivých oddělení

Součástí druhé části vyhodnocení je rozdělení respondentů, dle jednotlivých pracovních oddělení, aby bylo možné zjistit, zda se od sebe nějakým způsobem odlišují. A zároveň jsou odpovědi na výzkumnou otázku č. 2.

**Tabulka 11 – Převod hrubých skóreů na t-skóreů pro pracovní oddělení Dialyzační středisko**

Subtesty	Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	Dialyzační středisko		
	Dialyzační středisko			
	Hrubé skóre (n=3)	T-skóre (n=3)	Hrubé skóre (n=7)	T-skóre (n=7)
Podhodnocení	13,33	60	12,86	60
Odmítání viny	11,66	55	13,86	61
<b>POZ1</b>	<b>12,5</b>	<b>57,5</b>	<b>13,36</b>	<b>60,5</b>
Odklon	14,33	52	16,43	57
Náhradní uspokojení	16,33	60	13,43	56
<b>POZ2</b>	<b>15,33</b>	<b>56</b>	<b>14,93</b>	<b>56,5</b>
Kontrola situace	18	54	18,14	54
Kontrola reakcí	16	50	18,86	59
Pozitivní sebeinstrukce	16	47	19	56
<b>POZ3</b>	<b>16,66</b>	<b>50,33</b>	<b>15,81</b>	<b>56,33</b>
Potřeba sociální opory	20	60	16	52
Vyhýbání se	18,66	61	19,43	61
Úniková tendence	11,33	56	11	56
Perseverace	18	53	16,29	49
Rezignace	10,66	55	9	50
Sebeobviňování	12,66	54	10,86	49
<b>NEG</b>	<b>13,17</b>	<b>54,5</b>	<b>11,79</b>	<b>51</b>

V tabulce č. 11 můžeme vidět, že u zdravotních sester/bratrů s praxí nad 10 let pracujících na Dialyzačním středisku, dochází u pozitivní strategie POZ1 k vybočení od normy české populace. Ostatní strategie jsou v normě.



**Tabulka 12 – Převod hrubých skóreů na t-skóreů pro pracovní oddělení JIP a Novorozenecká JIP**

Subtesty	Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let		Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	
	JIP, Novorozenecká JIP			
	Hrubé skóre (n=5)	T-skóre (n=5)	Hrubé skóre (n=4)	T-skóre (n=4)
Podhodnocení	10,6	56	10,25	54
Odmítání viny	13,4	58	13,25	58
<b>POZ1</b>	<b>12</b>	<b>57</b>	<b>11,75</b>	<b>56</b>
Odklon	17,4	59	11,5	46
Náhradní uspokojení	12,2	54	12,75	56
<b>POZ2</b>	<b>14,8</b>	<b>56,5</b>	<b>12,13</b>	<b>51</b>
Kontrola situace	16	48	17,75	54
Kontrola reakcí	16,8	53	17,25	53
Pozitivní sebeinstrukce	16	47	16,25	47
<b>POZ3</b>	<b>16,26</b>	<b>49,33</b>	<b>17,08</b>	<b>51,33</b>
Potřeba sociální opory	14,8	50	16	52
Vyhýbání se	17,6	59	19	61
Úniková tendence	10,6	56	13,25	58
Perseverace	14,6	49	20,25	57
Rezignace	9,6	53	11	55
Sebeobviňování	9,6	46	13,75	56
<b>NEG</b>	<b>11,1</b>	<b>51</b>	<b>14,56</b>	<b>56,5</b>

V tabulce pro porovnání hrubých skóreů a t-skóreů pro pracovní oddělení JIP a Novorozenecká JIP můžeme vidět, že všechny strategie se shodují s normou české populace.

**Tabulka 13 – Převod hrubých skóreů na t-skóreů pro pracovní oddělení LDN**

Subtesty	Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let		Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	
	LDN			
	Hrubé skóre (n=2)	T-skóre (n=2)	Hrubé skóre (n=2)	T-skóre (n=2)
Podhodnocení	11,5	57	6,5	44
Odmítání viny	11,5	53	9,5	47
<b>POZ1</b>	<b>11,5</b>	<b>55</b>	<b>8</b>	<b>45,5</b>
Odklon	17,5	60	11	45
Náhradní uspokojení	12	54	10	50
<b>POZ2</b>	<b>14,75</b>	<b>57</b>	<b>10,5</b>	<b>47,5</b>
Kontrola situace	24	75	10	31
Kontrola reakcí	21	62	13	42
Pozitivní sebeinstrukce	21	62	12	34
<b>POZ3</b>	<b>21,99</b>	<b>66,33</b>	<b>11,66</b>	<b>35,66</b>
Potřeba sociální opory	20	60	13,5	47
Vyhýbání se	23,5	71	15	54
Úniková tendence	16	65	14,5	61
Perseverace	21	60	17,5	52
Rezignace	15	63	15,5	64
Sebeobviňování	14	56	11,5	50
<b>NEG</b>	<b>16,5</b>	<b>61</b>	<b>14,75</b>	<b>56,75</b>

V tabulce č. 13 můžeme vidět u pozitivní strategie POZ3 vcelku výrazné vybočení od normy české populace jak u zdravotních sester/bratrů s praxí do 10, tak i u zdravotních sester/bratrů s praxí nad 10 let s výrazným rozdílem. Dále potom vidíme ještě malé vybočení u negativní strategie, u zdravotních sester/bratrů s praxí do 10 let. Ostatní subtesty jsou v normě.

**Tabulka 14 – Převod hrubých skóreů na t-skóreů pro pracovní oddělení ORL a Ambulance praktického lékaře**

Subtesty	Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let		Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	
	ORL		Ambulance praktického lékaře	
	Hrubé skóre (n=2)	T-skóre (n=2)	Hrubé skóre (n=2)	T-skóre (n=2)
Podhodnocení	12,1	59	12	58
Odmítání viny	7,5	42	15	64
<b>POZ1</b>	<b>10</b>	<b>50,5</b>	<b>13,5</b>	<b>61</b>
Odklon	11,5	46	15,5	56
Náhradní uspokojení	14	58	15	59
<b>POZ2</b>	<b>12,75</b>	<b>52</b>	<b>15,25</b>	<b>57,5</b>
Kontrola situace	17,5	52	18,5	55
Kontrola reakcí	18,5	57	17	53
Pozitivní sebeinstrukce	17,5	51	17,5	51
<b>POZ3</b>	<b>17,83</b>	<b>53,33</b>	<b>17,66</b>	<b>53</b>
Potřeba sociální opory	15	50	10	40
Vyhýbání se	16,5	56	19,5	62
Úniková tendence	13	58	10	54
Perseverace	18	53	15,5	49
Rezignace	15,5	64	11	55
Sebeobviňování	14,5	57	7,5	42
<b>NEG</b>	<b>15,25</b>	<b>58</b>	<b>11</b>	<b>50</b>

V tabulce č. 14 jsme spojili dvě různá oddělení z důvodu, že do vyplňování dotazníku z pracovního oddělení ORL byli zapojeni pouze respondenti s délkou praxe do 10 let. A naopak u pracovního oddělení Ambulance praktického lékaře došlo pouze k zapojení respondentů s praxí nad 10 let. Co se týče odchylky od normy české populace, vidíme, že se nachází u pozitivní strategie POZ1 u pracovního oddělení Ambulance praktického lékaře. Ostatní strategie jsou v normě.

**Tabulka 15 – Převod hrubých skór na t-skóry pro pracovní oddělení Rehabilitace**

Subtesty	Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let		
	Rehabilitace			
	Hrubé skóry (n=1)	T-skóry (n=1)	Hrubé skóry(n=2)	T-skóry (n=2)
Podhodnocení	12	58	12,5	59
Odmítání viny	14	61	14,5	62
<b>POZ1</b>	<b>13</b>	<b>59,5</b>	<b>13,5</b>	<b>60,5</b>
Odklon	22	71	13,5	51
Náhradní uspokojení	14	58	12	54
<b>POZ2</b>	<b>18</b>	<b>64,5</b>	<b>12,75</b>	<b>52,5</b>
Kontrola situace	24	75	14,5	44
Kontrola reakcí	24	75	15	47
Pozitivní sebeinstrukce	22	65	15	43
<b>POZ3</b>	<b>23,33</b>	<b>71,66</b>	<b>14,83</b>	<b>44,66</b>
Potřeba sociální opory	23	68	12,5	45
Vyhýbání se	24	73	16,5	56
Úniková tendence	18	69	10,5	55
Perseverace	24	68	16,5	50
Rezignace	13	59	12,5	59
Sebeobviňování	14	56	11	49
<b>NEG</b>	<b>17,25</b>	<b>63</b>	<b>12,63</b>	<b>53,25</b>

V tabulce č. 15 můžeme vidět velmi malé vybočení od normy české populace u zdravotních sester/bratrů s praxí nad 10 let u pozitivní strategie POZ1, a naopak u zdravotních sester/bratrů s praxí do 10 let, vidíme vybočení u pozitivních strategií POZ2 a POZ3, kdy u POZ3 je vybočení poměrně velké. Stejně tak u negativní strategie vybočují zdravotní sestry/bratři od normy české populace.

**Tabulka 16 – Převod hrubých skór na t-skóry  
pro pracovní oddělení Urologie**

**Tabulka 17 – Převod hrubých skór na t-skóry  
pro pracovní oddělení Gerontopsychiatrie**

Subtesty	Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let		Subtesty	Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	
	Urologie			Gerontopsychiatrie	
	Hrubé skóry (n=2)	T-skóry (n=2)		Hrubé skóry (n=1)	T-skóry (=1)
Podhodnocení	13	60	Podhodnocení	12	58
Odmítání viny	14,5	62	Odmítání viny	12	55
<b>POZ1</b>	<b>13,75</b>	<b>61</b>	<b>POZ1</b>	<b>12</b>	<b>56,5</b>
Odklon	11,5	46	Odklon	10	43
Náhradní uspokojení	11,5	53	Náhradní uspokojení	8	46
<b>POZ2</b>	<b>11,5</b>	<b>49,5</b>	<b>POZ2</b>	<b>9</b>	<b>44,5</b>
Kontrola situace	19,5	57	Kontrola situace	12	37
Kontrola reakcí	16	50	Kontrola reakcí	14	45
Pozitivní sebeinstrukce	13,5	38	Pozitivní sebeinstrukce	9	30
<b>POZ3</b>	<b>16,33</b>	<b>48,33</b>	<b>POZ3</b>	<b>11,66</b>	<b>37,33</b>
Potřeba sociální opory	13	46	Potřeba sociální opory	14	48
Vyhýbání se	19,5	62	Vyhýbání se	15	54
Úniková tendence	19	72	Úniková tendence	13	58
Perseverace	21	60	Perseverace	13	45
Rezignace	15,5	64	Rezignace	12	58
Sebeobviňování	15,5	59	Sebeobviňování	10	46
<b>NEG</b>	<b>17,75</b>	<b>63,75</b>	<b>NEG</b>	<b>12</b>	<b>51,75</b>

Tabulka č. 16 reprezentuje výsledky pro pracovní oddělení Urologie, kde jsme pracovali pouze s respondenty s praxí do 10 let a jak můžeme vidět, k vybočení od normy české populace dochází u pozitivní strategie POZ1 a také u negativní strategie. Pozitivní strategie POZ2 a POZ3 jsou v normě.

Tabulka č. 17 reprezentuje výsledky pro pracovní oddělení Gerontopsychiatrie, kde jsme pracovali pouze s jedním respondentem, u kterého bylo prokázáno vybočení od normy české populace u pozitivní strategie POZ3. Ostatní subtesty jsou normě.

**Tabulka 18 – Převod hrubých skóreů na t-skóreů pro pracovní oddělení Gynekologicko-porodnické**

Subtesty	Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let		Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	
	Gynekologicko -porodnické			
	Hrubé skóre (n=1)	T-skóre (n=1)	Hrubé skóre (n=1)	T-skóre (n=1)
Podhodnocení	3	30	18	68
Odmítání viny	7	41	16	66
<b>POZ1</b>	<b>5</b>	<b>35,5</b>	<b>17</b>	<b>67</b>
Odklon	7	34	16	57
Náhradní uspokojení	2	31	10	50
<b>POZ2</b>	<b>4,5</b>	<b>32,5</b>	<b>13</b>	<b>53,5</b>
Kontrola situace	15	46	15	46
Kontrola reakcí	16	50	15	47
Pozitivní sebeinstrukce	10	31	16	47
<b>POZ3</b>	<b>13,66</b>	<b>42,33</b>	<b>15,33</b>	<b>46,66</b>
Potřeba sociální opory	18	55	15	50
Vyhýbání se	18	59	18	59
Úniková tendence	13	58	10	54
Perseverace	18	53	9	37
Rezignace	13	59	9	50
Sebeobviňování	13	54	6	39
<b>NEG</b>	<b>14,25</b>	<b>56</b>	<b>8,5</b>	<b>45</b>

V tabulce č. 18, která reprezentuje výsledky pro pracovní oddělení Gynekologicko-porodnické, můžeme vidět poměrně velké vybočení od normy české populace u pozitivní strategie POZ1 s relativně velkým rozdílem mezi zdravotními sestrami/bratry s praxí do 10 let a zdravotními sestrami/bratry s praxí nad 10 let. Další velkou odchylku potom představuje pozitivní strategie POZ2, ale pouze u zdravotních sester/bratrů s praxí do 10 let. Ostatní strategie jsou v normě.

## 11.4 Statistické ověřování hypotéz

Třetí a zároveň poslední částí vyhodnocení, bude statistický výpočet pro ověření hypotéz, které jsme si určili, pomocí stanovení počtu respondentů, aritmetického průměru výsledných hodnot testu SVF 78, mediánu, směrodatné odchylky a mezikvartilového rozpětí. Výpočet bude proveden pomocí Wall-Lehmacherova testu o celkové hladině významnosti 5% oboustranně s Bonferroniho korekcí, prostřednictvím kterého přijmeme nebo zamítneme stanovené hypotézy. Pro zjištění, zda existuje rozdíl ve strategiích zvládnání stresu u zdravotních sester/bratrů s praxí kratší než 10 let a zdravotních sester/bratrů s praxí delší než 10 let, nebo naopak rozdíl neexistuje, jsme stanovili následující hypotézy.

**H<sub>0</sub>** (testovaná hypotéza) - Neexistuje rozdíl ve strategiích zvládnání stresu u zdravotních sester/bratrů, kteří mají praxi méně jak 10 let a těmi, kteří mají více jak 10 let praxe.

**H<sub>1</sub>** (alternativní hypotéza) - Existuje rozdíl ve strategiích zvládnání stresu u zdravotních sester/bratrů, kteří mají praxi méně jak 10 let a těmi, kteří mají více jak 10 let praxe.

Wall-Lehmacherův test je neparametrický test, který porovnává skupiny ve vícenásobných měřeních. Tato měření se nazývají profily. Porovnání je řešené simultánně na společné hladině významnosti. Signifikantní test znamená, že profily skupin se významně liší alespoň v jedné proměnné.

Testujeme sérii strategií ve dvou skupinách pro hypotézu o paralelních profilech (H<sub>0</sub>). Test je signifikantní pokud alespoň jedna testovací hodnota překročí kritický obor na dané hladině významnosti. Pokud je test signifikantní, pak uvidíme, ve kterých strategiích existují rozdíly mezi skupinami a v kterém směru. A pokud test signifikantní není, znamená to, že profily jsou paralelní a vektory se mohou lišit pouze posunutím.

U testovaných hypotéz jsme si stanovili hladinu statistické významnosti 5%, tzn.  $\alpha = 0,05$ .

Tabulka 19 – Výsledky testování pro POZ1

subtest	Podhodnocení				
	Průměr	Medián	MeanR*	SD*	IQR*
Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	11,4	12	4,3	4,3	5
Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	11,7	12	5,2	4,2	3,5
subtest	Odmítání viny				
	Průměr	Medián	MeanR*	SD*	IQR*
Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	11,9	12	4,5	3,3	3
Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	13,6	13,5	6,1	2,7	3,75

Legenda: MeanR\* = průměrné pořadí (od nejméně používané strategie po nejvíce používanou), SD\* = směrodatná odchylka, IQR\* = mezikvartilové rozpětí

Tabulka 20 – Výsledky testování pro POZ2

subtest	Odklon				
	Průměr	Medián	MeanR*	SD*	IQR*
Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	14,7	16	6,4	4,4	6
Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	14,3	15	7	3,1	3,75
subtest	Náhradní uspokojení				
	Průměr	Medián	MeanR*	SD*	IQR*
Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	12,3	13	4,7	4,2	4
Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	12,7	13	5,6	2,6	2,75

Legenda: MeanR\* = průměrné pořadí (od nejméně používané strategie po nejvíce používanou), SD\* = směrodatná odchylka, IQR\* = mezikvartilové rozpětí

Tabulka 21 – Výsledky testování pro POZ3

subtest	Kontrola situace				
	Průměr	Medián	MeanR*	SD*	IQR*
Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	18,1	19	10,2	5,4	6
Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	16,6	17	8,9	3,7	3,75
subtest	Kontrola reakcí				
	Průměr	Medián	MeanR*	SD*	IQR*
Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	17,5	17	9,4	3,8	4
Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	17	17	9,7	2,8	4,5
soubor subtestů	Pozitivní sebeinstrukce				
	Průměr	Medián	MeanR*	SD*	IQR*
Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	16,1	18	7,4	4,5	5
Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	16,8	17	9,2	3,6	5

Legenda: MeanR\* = průměrné pořadí (od nejméně používané strategie po nejvíce používanou), SD\* = směrodatná odchylka, IQR\* = mezikvartilové rozpětí

Tabulka 22 – Výsledky testování pro Zřídka se vyskytující strategie

subtest	Potřeba sociální opory				
	Průměr	Medián	MeanR*	SD*	IQR*
Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	16,8	18	8,7	5,5	5
Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	14,6	14	6,7	3,8	6
subtest	Vyhýbání se				
	Průměr	Medián	MeanR*	SD*	IQR*
Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	18,8	19	11,1	4,2	3
Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	18,4	18	11,2	3,2	4

Legenda: MeanR\* = průměrné pořadí (od nejméně používané strategie po nejvíce používanou), SD\* = směrodatná odchylka, IQR\* = mezikvartilové rozpětí



Tabulka 23 – Výsledky testování pro Negativní strategie

subtest	Úniková tendence				
	Průměr	Medián	MeanR*	SD*	IQR*
Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	13,4	13	5,5	5	6
Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	11,7	11,5	4,5	2,8	3
subtest	Perseverace				
	Průměr	Medián	MeanR*	SD*	IQR*
Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	17,8	18	9,8	5	4
Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	16,8	16	9	4,5	7
subtest	Rezignace				
	Průměr	Medián	MeanR*	SD*	IQR*
Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	12,4	13	4,7	4,1	2
Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	10,8	10	3,9	3,5	3,75
subtest	Sebeobviňování				
	Průměr	Medián	MeanR*	SD*	IQR*
Zdravotní sestry/bratři s praxí do 10 let	12,4	13	4,4	4	2
Zdravotní sestry/bratři s praxí nad 10 let	10,9	10,5	4	4	5,5

Legenda: MeanR\* = průměrné pořadí (od nejméně používané strategie po nejvíce používanou), SD\* = směrodatná odchylka, IQR\* = mezikvartilové rozpětí

Průměrné hodnoty u dvou testovaných skupin, jsou u jednotlivých subtestů znázorněny v následujícím grafu.



**Graf 2 – Průměrné hodnoty u jednotlivých skupin zdravotníků**

**Tabulka 24 – Výsledné hodnoty dle Wall-Lehmacherova testu**

Strategie	Wall-Lehmacherův test			
	Rk1t	Rk2t	Vt	Sig.
Podhodnocení	72,5	93,5	1,173	ne
Odmítání viny	76	109	2,475	ne
Odklon	108	126,5	1,442	ne
Náhradní uspokojení	80	100	1,405	ne
Kontrola situace	174	160,5	-0,248	ne
Kontrola reakcí	160	174,5	2,176	ne
Pozitivní sebeinstrukce	125	166	3,039	ano
Potřeba sociální opory	148,5	121	-0,996	ne
Vyhýbání se	188,5	202	2,171	ne
Úniková tendence	93,5	81,5	-0,401	ne
Perseverace	167	161,5	0,226	ne
Rezignace	79,5	69,5	-0,303	ne
Sebeobviňování	74,5	72,5	0,133	ne

nk1	17
nk2	18
N	35
k	2
t	13
alpha	0,05
Vcrit.	2,891

Legenda: Rk1t = hodnota pořadí dané proměnné skupiny k1, Rk2t = hodnota pořadí dané proměnné skupiny k2, Vt=kritická hodnota simultánního testu na dané hladině významnosti, Sig.= určení zda je, nebo není test signifikantní, nk1 = počet respondentu ze skupiny 1, nk2 = počet respondentů ze skupiny 2, N=počet respondentů celkem, k= počet skupin, t= počet proměnných, alpha = hladina statistické významnosti

Dle výsledných hodnot v tabulce, jsme zjistili, že test je signifikantní. Významný rozdíl můžeme vidět u strategie **Pozitivní sebeinstrukce**, kdy výrazně vyšší hodnota byla zjištěna u zdravotních sester/bratrů s praxí delší než 10 let. Znamená to tedy, že zamítáme testovanou hypotézu  $H_0$  a **platí tedy hypotéza  $H_1$** .

## 11.5 Diskuze

Při ověřování statistických hypotéz jsme došli k závěru, že zamítáme testovanou hypotézu H<sub>0</sub> a přijímáme alternativní hypotézu H<sub>1</sub>. Z toho vyplývá, že platí tvrzení, že existuje rozdíl ve strategiích zvládnání stresu u zdravotních sester/bratrů, kteří mají praxi méně jak 10 let a těmi, kteří mají více jak 10 let praxe. A konkrétně byl významný rozdíl zaznamenán u subtestu pozitivní strategie POZ3 – Pozitivní sebeinstrukce. Tento subtest vyjadřuje, v jaké míře mají jedinci sklon přisuzovat kompetenci sobě a dodávat si odvalu v zátěžových situacích.

Osobně si myslím, že potvrzení hypotézy H<sub>1</sub> se dalo předpokládat, protože dle mého názoru určitě existuje rozdíl ve zvládnání stresu u jedinců s rozdílnou délkou praxe, pokud se tedy jedná o takto velký rozdíl, jako jsme si stanovili, tedy 10 let. Významný rozdíl byl prokázán u jedné pozitivní strategie POZ3 – Pozitivní sebeinstruce. A právě tuto strategii nejvíce využívají zdravotní sestry/bratři s praxí delší než 10 let. Myslím si, že je to dáno právě tím, že práci vykonávají delší dobu a proto jsou vůči stresu více „imunní“ a dokážou ho lépe zvládat, např. právě pomocí pozitivní sebeinstrukce. Tím, že tuto práci vykonávají tak dlouho jsou v podstatě připraveni na jakoukoliv situaci, která nastane a nic je nemůže překvapit nebo vyvést z míry. Což naopak u jedinců, kteří nemají tak dlouhou praxi může klidně nastat. Přece jen práce ve zdravotnictví je především o pomoci lidem, kteří to zrovna potřebují, a často se nejedná o jednoduché situace, které jsou ve většině případů spojeny se stresem, kterému jsou vystaveni nejen pacienti, ale také každodenní setkávání se s lidským utrpením a zdravotními problémy, včetně vysokých nároků na výkon práce, může vést k frustraci a stresu také u zdravotníků, nehledě na to, že jejich práce je náročná nejen psychicky, ale také fyzicky. A právě vůči těmto faktorům mohou být méně odolní jedinci, kteří na pozici zdravotní sestry/zdravotního bratra pracují kratší dobu a nejsou tedy natolik připraveni zvládat stresové situace jako jedinci, kteří se ve zdravotnictví pohybují už delší dobu.

Co se týče výzkumných otázek, dle výsledků jsme zjistili, že odpovědí na výzkumnou otázku V<sub>1</sub>, ve znění: „Které strategie zvládnání stresu jsou u zdravotních sester/bratrů s ohledem na délku praxe, využívány nejčastěji?“ je, že nejčastěji využívanými strategiemi jsou Pozitivní sebeinstrukce, Odmítání viny a Kontrola reakcí. Tzn., že převažují pozitivní strategie nad negativními.

Odpovědí na druhou výzkumnou otázku V2 „Zda se liší jednotlivá oddělení v používaných strategiích ke zvládnání stresu?“ jsme dle převodu hrubých skórů na t-skóry pro dvě skupiny s rozdílnou délkou praxe, zjistili, že jednotlivá oddělení se liší v používaných strategiích, nejedná se však o významné rozdíly. Také jsem si však vědoma toho, že vzorek respondentů na jednotlivých odděleních byl malý a proto není úplně relevantní je mezi sebou porovnávat, ale i přesto mi to přijde zajímavé. A poslední výzkumnou otázkou V3, jsme měli zjistit, „Zda se liší copingové strategie zdravotních sester/bratrů s rozdílnou délkou praxe, oproti normě české populace?“ kde jsme prostřednictvím převodu hrubých skórů na t-skóry pro zdravotní sestry/bratry a délkou praxe do 10 let a zdravotní sestry/bratra s praxí více než 10 let, zjistili, že se neliší od normy české populace.

## ZÁVĚR

V předložené bakalářské práci byly sledovány způsoby, jakými se zdravotní sestry/bratři vyrovnávají se stresem a zátěžovými situacemi, jak stres zvládají a jaké strategie zvládání stresu u nich převažují s ohledem na délku praxe.

Teoretická část bakalářské práce pojednává především o stresu, o pracovních stresorech v práci zdravotní sestry/bratra, dále jsou zde zahrnuty pomáhající profese, které mají ve zdravotnictví také velmi důležitou roli. A v neposlední řadě je zde zahrnuta část, věnující se syndromu vyhoření, který je jednoznačným projevem přetíženosti řady zdravotnických pracovníků, ke kterému existuje řada výzkumných zpráv. Teoretická část obsahuje také teoretické pojetí stresu v psychologii, včetně rozdělení stresu na krátkodobý a dlouhodobý, kdy krátkodobý stres může být svým způsobem prospěšný a naopak dlouhodobý stres může být velmi zatěžující. Poté už se dostáváme k důsledkům stresu, následně k jeho zvládání a obranným mechanismům, kam bezpochyby patří copingové strategie, na které je bakalářská práce zaměřená.

Praktická část bakalářské práce byla zpracována formou kvantitativního výzkumu, prostřednictvím dotazníkového šetření. Byl použit psychologický dotazník SVF 78, který byl zadán pro zdravotní sestry/bratry z různých pracovních oddělení. Celkem byly sesbírány odpovědi od 35 respondentů z 10 různých oddělení.

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zmapování zvládání stresu u zdravotních sester/bratrů v zátěžových situacích se zaměřením na dobu po kterou práci zdravotní sestry/bratra vykonávají. V souvislosti s cílem práce byly stanoveny hypotézy, které byly formulovány, tak abychom získali odpověď, zda existuje nebo naopak neexistuje rozdíl ve zvládání stresu u zdravotních sester/bratrů, kteří mají praxi méně jak 10 let a těmi, kteří mají více jak 10 let praxe.

Výsledkem praktické části, vztahující se ke stanoveným hypotézám, který byl zjištěn pomocí Wall-Lehmacherova testu o celkové hladině významnosti 5% oboustranně s Bonferroniho korekcí, je, že: „Existuje rozdíl ve zvládání stresu u zdravotních sester/bratrů, kteří mají praxi méně jak 10 let a těmi, kteří mají více jak 10 let praxe.“ A konkrétně významný rozdíl byl zjištěn u pozitivní strategie POZ3 – Pozitivní sebeinstrukce, která převažuje u zdravotních sester/bratrů s praxí delší než 10 let.

Co se týče výsledné části, vztahující se k výzkumným otázkám, odpovědí na výzkumnou otázku V1, „Které strategie zvládnání stresu jsou u zdravotních sester/bratrů s ohledem na délku praxe využívány nejčastěji?“ je, že nejvíce využívanými strategiemi zvládnání stresu jsou Pozitivní sebeinstrukce, Odmítání viny a Kontrola reakcí. Odpověď na druhou výzkumnou otázku V2 „Zda se se liší jednotlivá oddělení v používaných strategiích ke zvládnání stresu?“ je, že jednotlivá oddělení se od sebe vzájemně liší, nejedná se však o významné rozdíly. A odpovědí na poslední výzkumnou otázkou V3, „Zda se liší copingové strategie zdravotních sester/bratrů s rozdílnou délkou praxe, oproti normě české populace?“ je, že copingové strategie zdravotních sester/bratrů s rozdílnou délkou praxe se od normy české populace neliší.

Znamená to tedy, že cíl práce byl splněn a prokázali jsme, že opravdu existuje rozdíl ve zvládnání stresu u zdravotních sester/bratrů, kteří mají praxi méně jak 10 let a těmi, kteří mají více jak 10 let praxe. A konkrétně bylo zjištěno, že stres lépe zvládají zdravotníci s praxí delší než 10 let.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [2] ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8640-3.
- [3] NOLEN-HOEKSEMA, Susan. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.
- [4] PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2959-6.
- [5] SCHREIBER, Vratislav. *Lidský stres*. 2., upr. vyd. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0240-5.
- [6] BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-701-3439-9.
- [7] BARTUŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1874-6.
- [8] ALDWIN, Carolyn M. *Stress, coping, and development: an integrative perspective*. 2nd ed., pbk. ed. New York: Guilford, 2009. ISBN 978-1-57230-840-4.
- [9] VAŠINA, Lubomír. *Klinická psychologie a somatická psychoterapie*. Brno: Neptun, 2002. ISBN 80-902-8964-9.
- [10] VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK (eds.). *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-717-8269-6.
- [11] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. Pro vaše zdraví. ISBN 80-716-9121-6.
- [12] BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8550-4.
- [13] FOLKMAN, Susan. *Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis*. *Journal Of Personality & Social Psychology*. 1984, (46 (4), 839-852.
- [14] BLIX, Ines, Marianne Bang HANSEN, Marianne Skogbrott BIRKELAND, Alexander NISSEN, Trond HEIR a Marcelo BÖNECKER. Posttraumatic growth, posttraumatic stress and psychological adjustment in the aftermath of the 2011 Oslo



- bombing attack. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013, **11**(1), 160-. DOI: 10.1186/1477-7525-11-160. ISSN 1477-7525. Dostupné také z: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-11-160>
- [15] KUMAR, Anil, Puneet RINWA, Gurleen KAUR a Lalit MACHAWAL. Stress: Neurobiology, consequences and management. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*. 2013, **5**(2), 91-. DOI: 10.4103/0975-7406.111818. ISSN 0975-7406. Dostupné také z: <http://www.jpbonline.org/text.asp?2013/5/2/91/111818>
- [16] FOLKMAN, Susan, Richard S. LAZARUS, Rand J. GRUEN a Anita DELONGIS. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986, **50**(3), 571-579. DOI: 10.1037/0022-3514.50.3.571. ISSN 1939-1315. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.50.3.571>
- [17] SOBOTKOVÁ, Veronika a Marek BLATNÝ. *Determinanty výběru strategií zvládnání zátěže: osobnost, vnímání situace, sebepojetí*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky, 2003. ISBN 80-239-5001-0.
- [18] FRYDENBERG, Erica. *Learning to cope: developing as a person in complex societies*. Oxford ; New York: Oxford University Press, c1999. ISBN 01-985-0318-0.
- [19] *Celostní medicína.cz* [online]. 2016 [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: <https://www.celostnimedicina.cz/stres.htm>
- [20] PLAMÍNEK, Jiří. *Sebezpoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. 3., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. Management (Grada). ISBN 978-80-247-4751-4.
- [21] VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ, Mudr. Alena a Mudr. Radkin HONZÁK. *Stres, Eustres a Distres: Interní medicína pro praxi* [online]. [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>
- [22] *Syndrom vyhoření: Vše o vyhoření, podrobně a srozumitelně* [online]. 2016 [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/>
- [23] Selye, H. (1983) The Stress Concept: Past, Present and Future. In: Cooper, C.L., Ed., *Stress Research Issues for the Eighties*, John Wiley & Sons, New York, 1-20.
- [24] SONG, Sora. *The Price Of Pressure* [online]. 2004 [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: <http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,662796,00.html>

- [25] KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-717-8150-9.
- [26] JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-725-4329-6.
- [27] SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka: [podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích]*. Praha: Portál, 2008. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-369-7.
- [28] MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8548-2.
- [29] STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.
- [30] RUSH, Myron D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. Moudrost do kapsy. ISBN 80-725-5074-8.
- [31] KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-707-1231-7.
- [32] KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
- [33] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-716-9551-3.
- [34] *Databáze knih* [online]. Mediálně zastoupeno společností Impression Media s.r.o. a archivováno Národní knihovnou ČR., (c)2008-2017 [cit. 2017-01-12]. Dostupné z: <http://www.databazeknih.cz/zivotopis/eva-rheinwaldova-17843>
- [35] *Psychologon* [online]. Psychologický ústav Filozofické fakulty Masarykovy univerzity [cit. 2017-01-28]. Dostupné z: <http://www.psychologon.cz/component/content/article/270-stres>
- [36] RHEINWALDOVÁ, Eva a [ILUSTRACE ALICE VEGROVÁ]. *Dejte sbohem distresu*. Praha: Scarabeus, 1995. ISBN 978-808-5901-078.
- [37] *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-718-4164-1.

- [38] GIDDENS, Anthony, SUTTON, Philip W., ed. *Sociologie*. Praha: Argo, 2013. ISBN 978-80-257-0807-1.
- [39] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- [40] JANKE, Wilhelm a Gisela ERDMANNOVÁ. *Strategie zvládání stresu*. Praha: Testcentrum, 2003.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ACTH	Adrenokortikotropin (hormon)
CNS	Centrální nervová soustava
CRF	Kortikotropin releasing (hormon)
CRH	Kortikotropin (hormon)
GAS	Obecný adaptační syndrom
F43.1	Posttraumatická stresová porucha
HPA	Hypothalamo-hyozárně adrenální osa
IQR	Mezikvartilové rozpětí
JIP	Jednotka intenzivní péče
k	počet skupin
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
M	Průměr
MeanR	Průměrné pořadí (od nejméně používané strategie, po nejvíce používanou)
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdrav. problémů
NEG	Negativní strategie
ORL	Otorinolaryngologické oddělení (ušní, nosní, krční)
POZ1	Strategie přehodnocení a devalvace
POZ2	Strategie odklonu
POZ3	Strategie kontroly
Rk1t	Hodnota pořadí dané proměnné skupiny k1
Rk2t	Hodnota pořadí dané proměnné skupiny k2
SD	Směrodatná odchylka
t	Počet proměnných
Vt	Kritická hodnota simultánního testu na dané hladině významnosti
á	Alpha

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 Yerkes-Dodsonův zákon, převzato z <a href="https://publi.cz/books/171/04">https://publi.cz/books/171/04</a> .....	12
Obrázek 2 Rozhodování o povaze stresu (Plamínek, 2008, str. 129).....	15
Obrázek 3 Transakční model psychologického stresu (Wilhelm Janke, Gisela Ermannová, Strategie zvládání stresu, str. 6).....	38

**SEZNAM TABULEK**

<b>Tabulka 1 - Obranné mechanismy a copingové strategie [4].....</b>	<b>32</b>
<b>Tabulka 2 – Popis subtestů dotazníku SVF 78.....</b>	<b>47</b>
<b>Tabulka 3 - Výzkumný vzorek .....</b>	<b>51</b>
<b>Tabulka 4 - Pracovní oddělení.....</b>	<b>51</b>
<b>Tabulka 5 – POZ1 Strategie přehodnocení a strategie devalvace.....</b>	<b>52</b>
<b>Tabulka 6 – POZ2 Strategie odklonu .....</b>	<b>52</b>
<b>Tabulka 7 – POZ3 Strategie kontroly.....</b>	<b>53</b>
<b>Tabulka 8 – Zřídka se vyskytující strategie .....</b>	<b>53</b>
<b>Tabulka 9 – Negativní strategie .....</b>	<b>54</b>
<b>Tabulka 10 – Převod hrubých skór na t-skóry .....</b>	<b>55</b>
<b>Tabulka 11 – Převod hrubých skórů na t-skóry pro pracovní oddělení Dialyzační středisko .....</b>	<b>56</b>
<b>Tabulka 12 – Převod hrubých skórů na t-skóry pro pracovní oddělení JIP a Novorozenecká JIP.....</b>	<b>57</b>
<b>Tabulka 13 – Převod hrubých skór na t-skóry pro pracovní oddělení LDN .....</b>	<b>57</b>
<b>Tabulka 14 – Převod hrubých skórů na t-skóry pro pracovní oddělení ORL a Ambulance praktického lékaře .....</b>	<b>58</b>
<b>Tabulka 15 – Převod hrubých skór na t-skóry pro pracovní oddělení Rehabilitace.....</b>	<b>59</b>
<b>Tabulka 16 – Převod hrubých skór na t-skóry pro pracovní oddělení Urologie .....</b>	<b>60</b>
<b>Tabulka 17 – Převod hrubých skór na t-skóry pro pracovní oddělení Gerontopsychiatrie.....</b>	<b>60</b>
<b>Tabulka 18 – Převod hrubých skórů na t-skóry pro pracovní oddělení Gynekologicko-porodnické.....</b>	<b>61</b>
<b>Tabulka 19 – Výsledky testování pro POZ1.....</b>	<b>63</b>
<b>Tabulka 20 – Výsledky testování pro POZ2.....</b>	<b>63</b>
<b>Tabulka 21 – Výsledky testování pro POZ3.....</b>	<b>64</b>
<b>Tabulka 22 – Výsledky testování pro Zřídka se vyskytující strategie .....</b>	<b>64</b>
<b>Tabulka 23 – Výsledky testování pro Negativní strategie.....</b>	<b>65</b>
<b>Tabulka 24 – Výsledné hodnoty dle Wall-Lehmacherova testu .....</b>	<b>66</b>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: DOTAZNÍK SVF 78 .....	80
----------------------------------	----

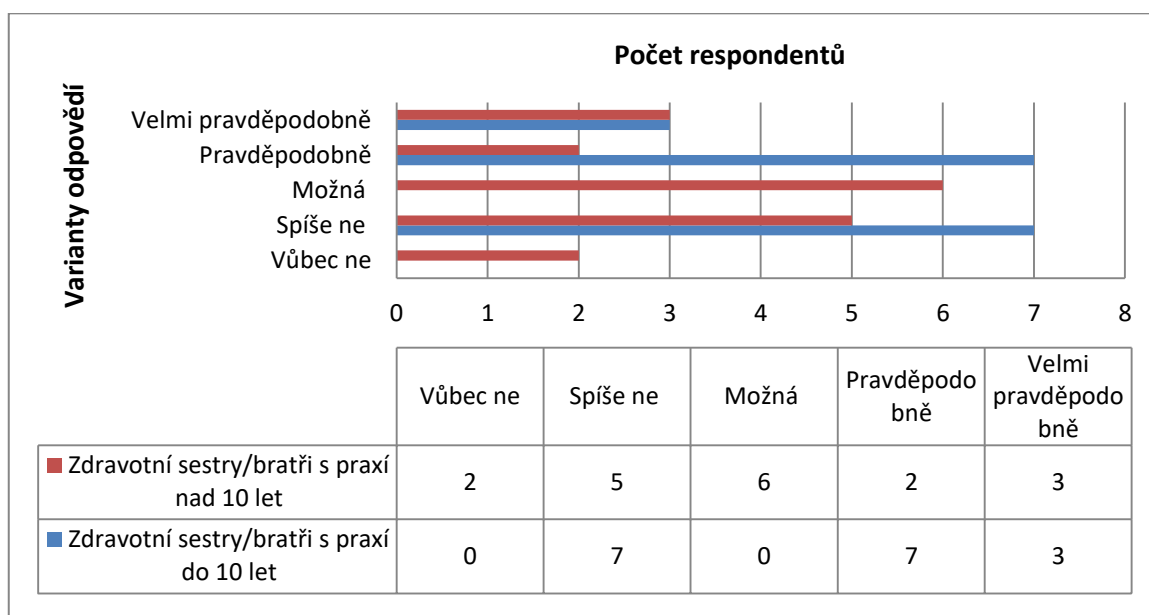
## PŘÍLOHA 1: DOTAZNÍK SVF 78

Hlavní otázka:

Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry...

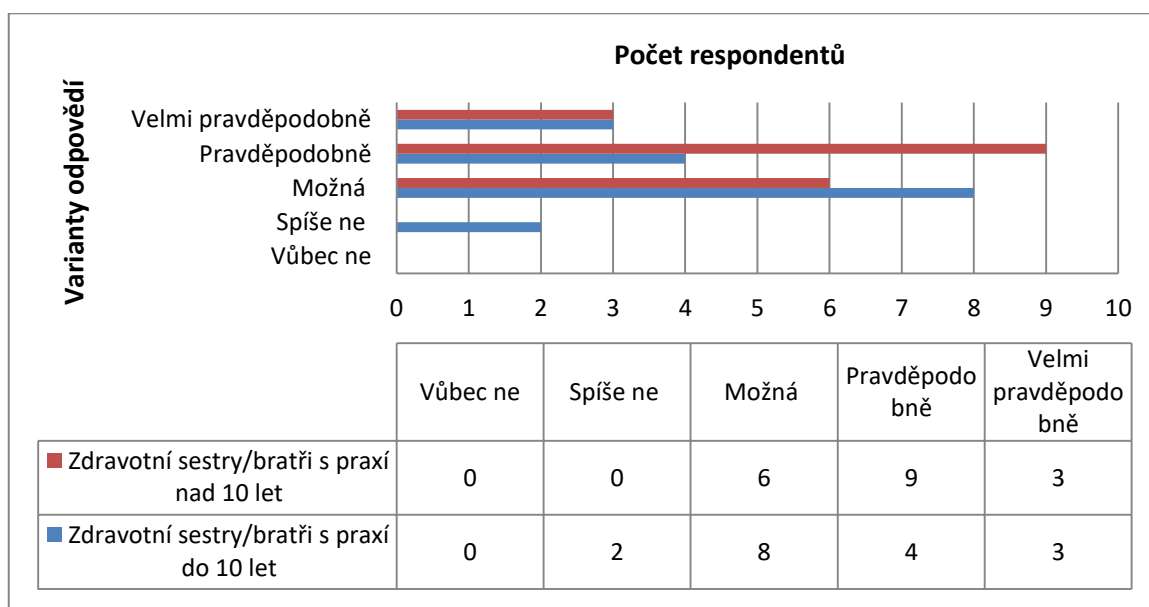
1. podotázka:

...snažím se soustředit své myšlenky na něco jiného



2. podotázka:

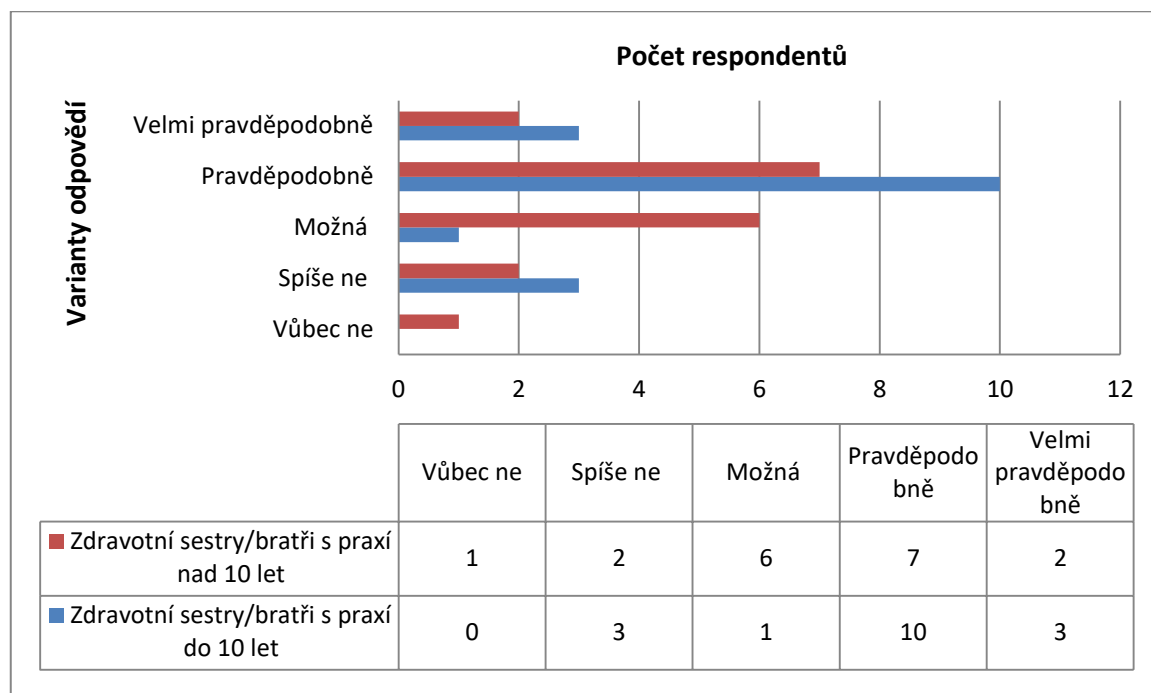
...řeknu si, že se nedám vyvést z míry





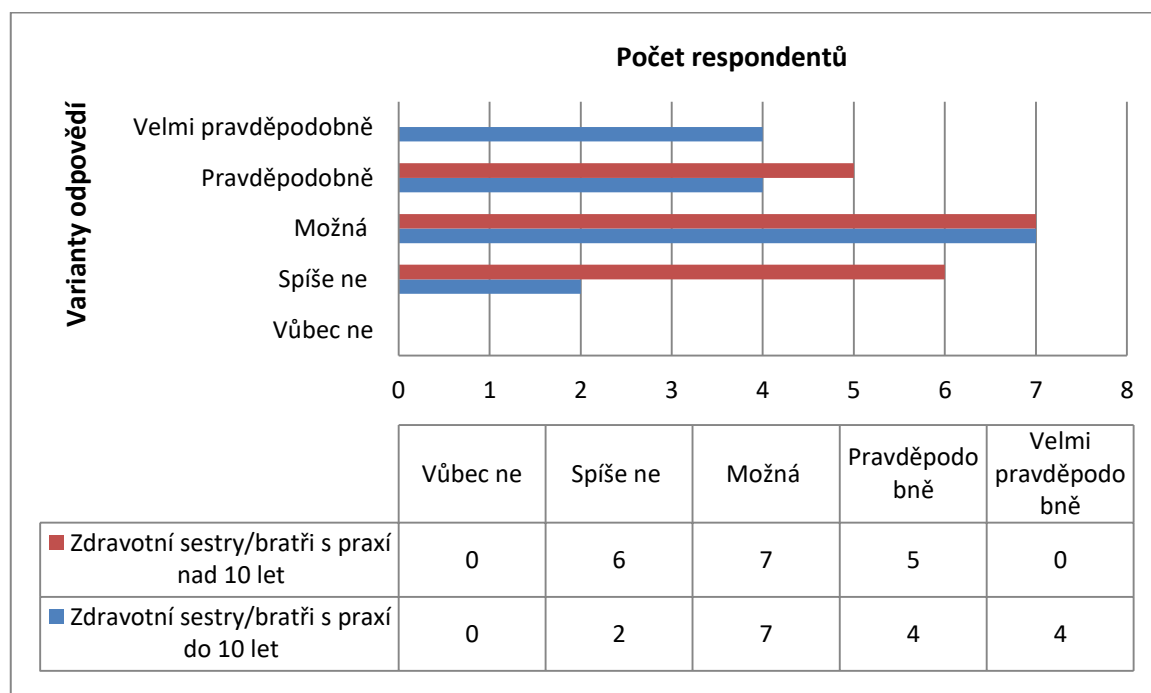
### 3. podotázka

*... snažím se, aby mě někdo jiný při řešení podpořil*



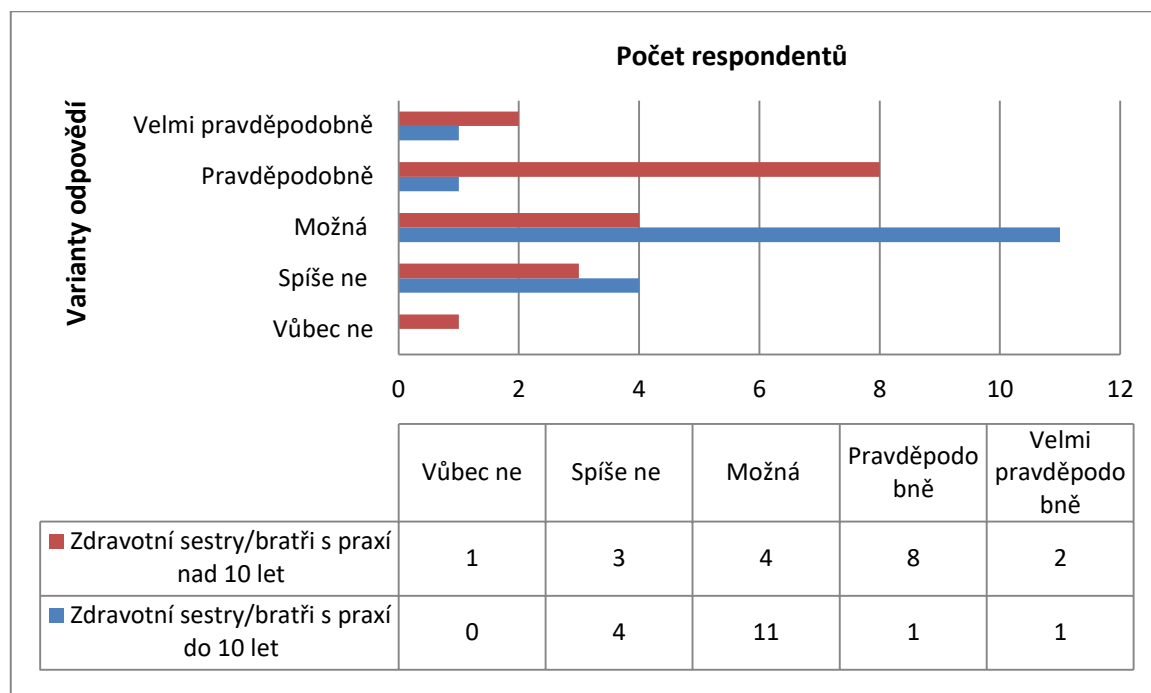
### 4. podotázka

*... cítím se nějak bezmocný(á)*



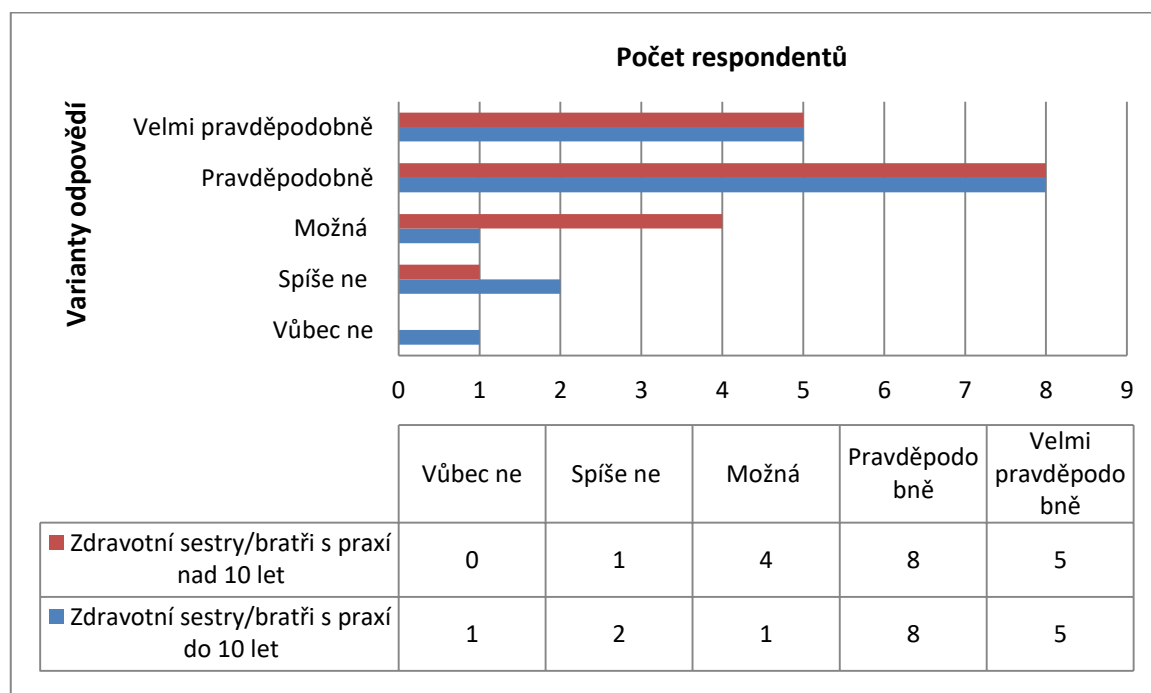
## 5. podotázka

... řeknu si, že si nemám co vyčítat



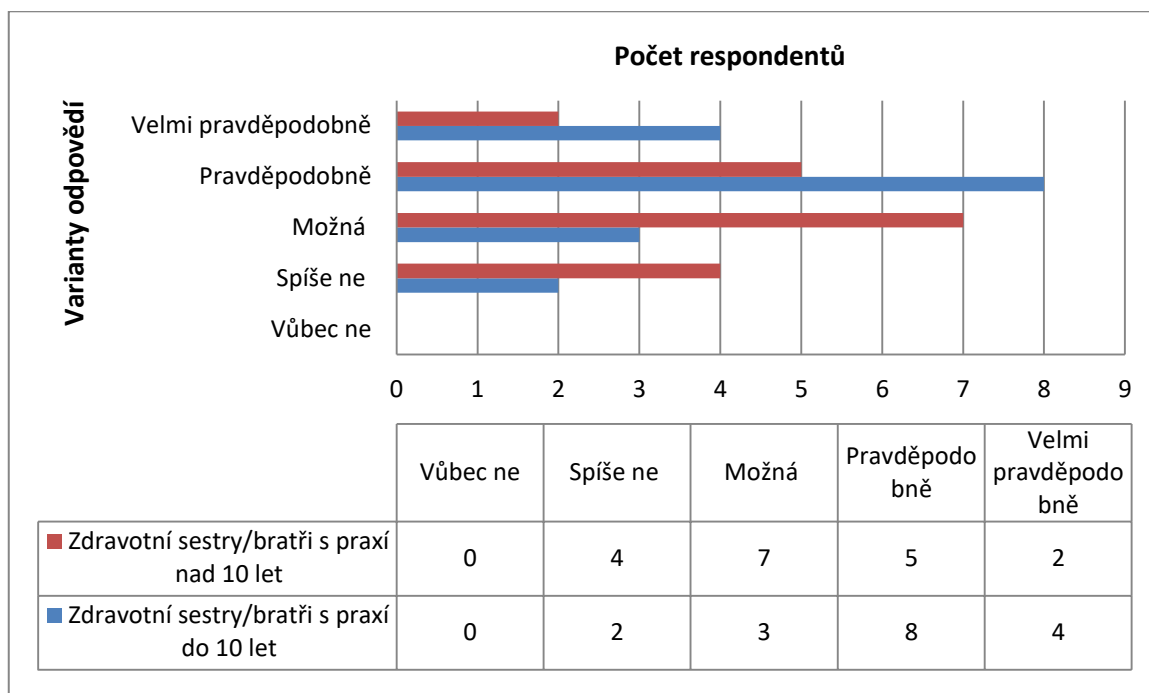
## 6. podotázka

... nemohu dlouhou dobu myslet na nic jiného



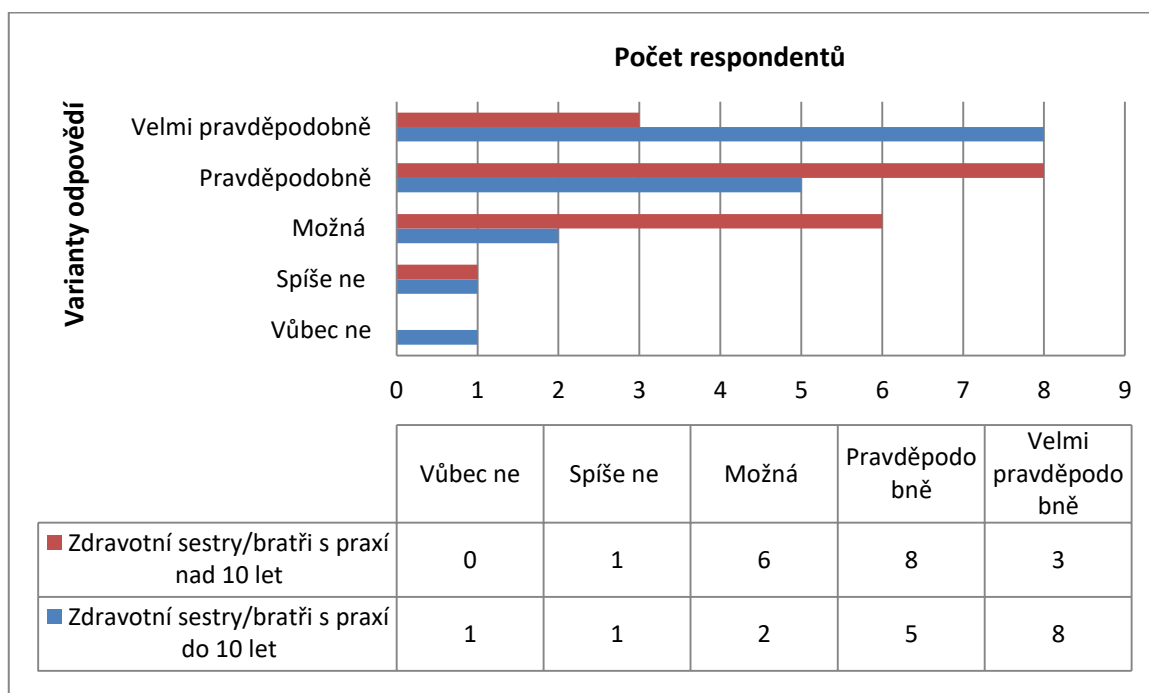
## 7. podotázka

*... ptám se, co jsem už zase udělal(a) špatně*



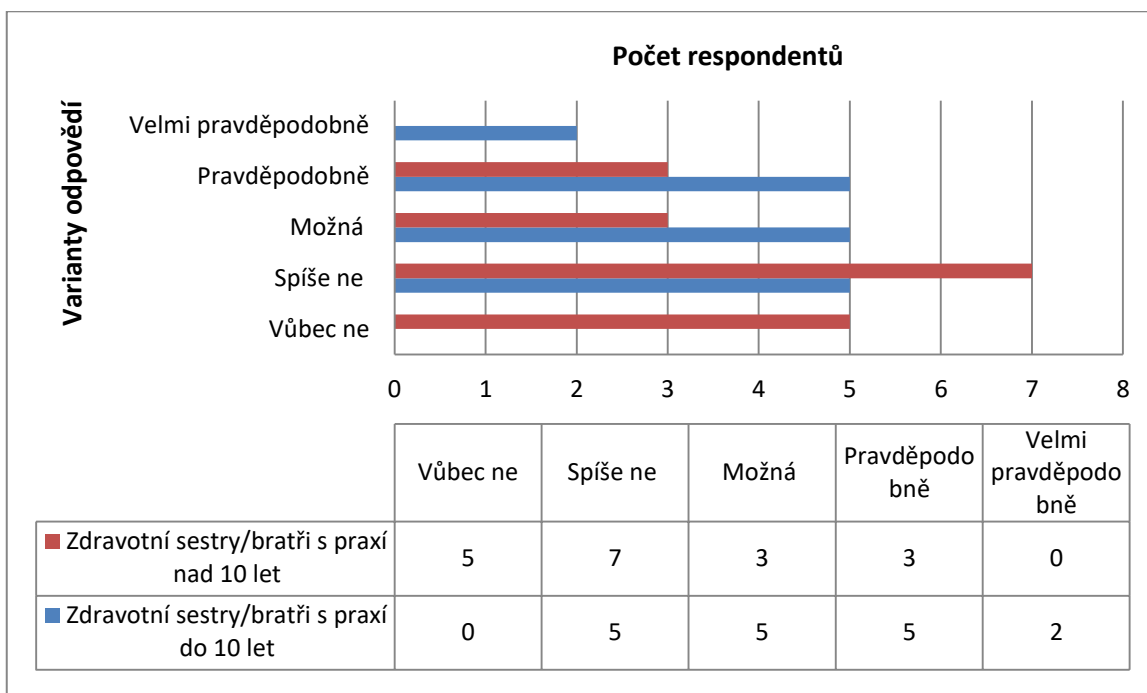
## 8. podotázka

*... promyslím přesně své další jednání*



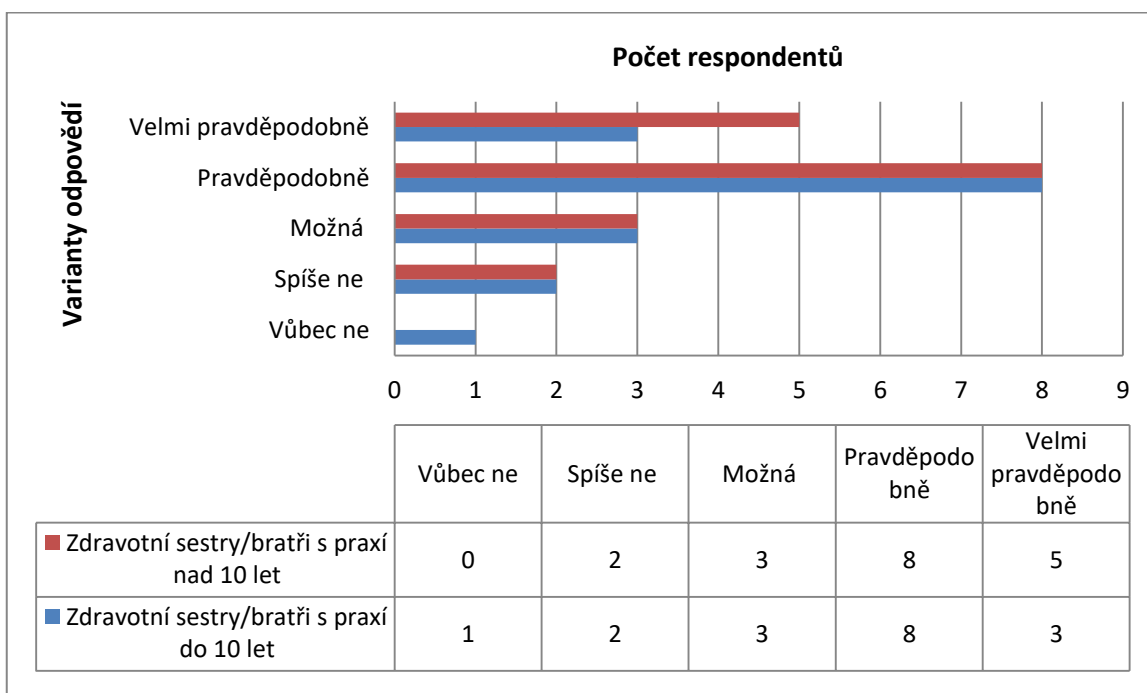
## 9. podotázka

*... mám tendenci od toho utéct*



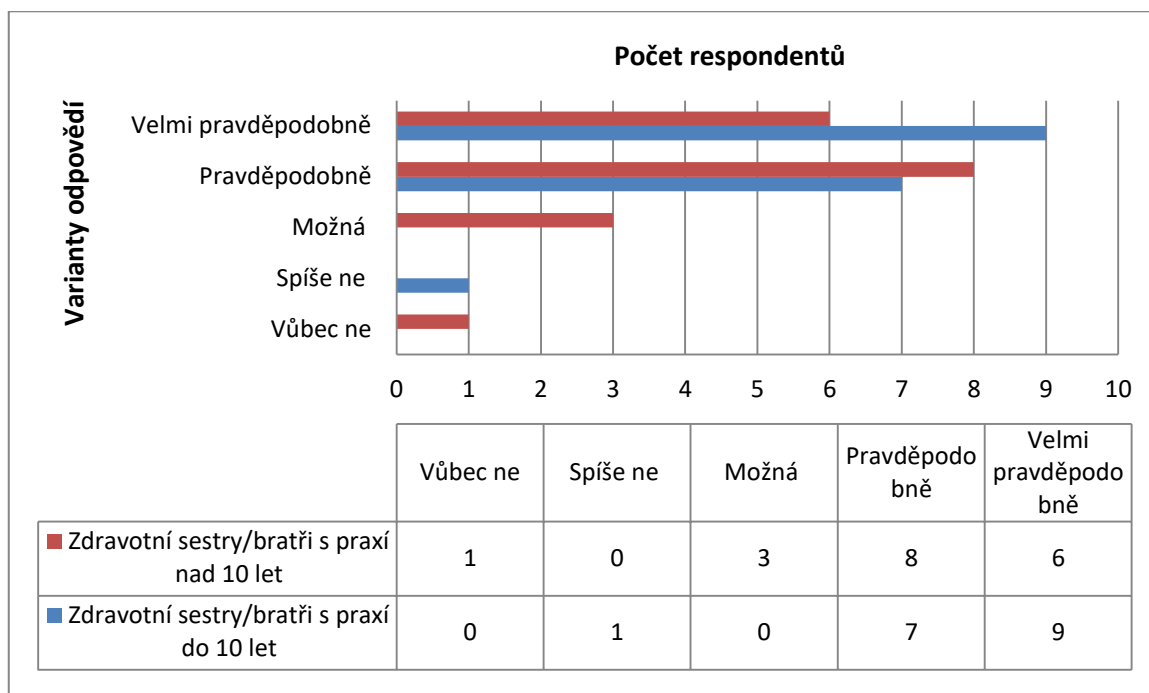
## 10. podotázka

*... řeknu si, že to vydržím*



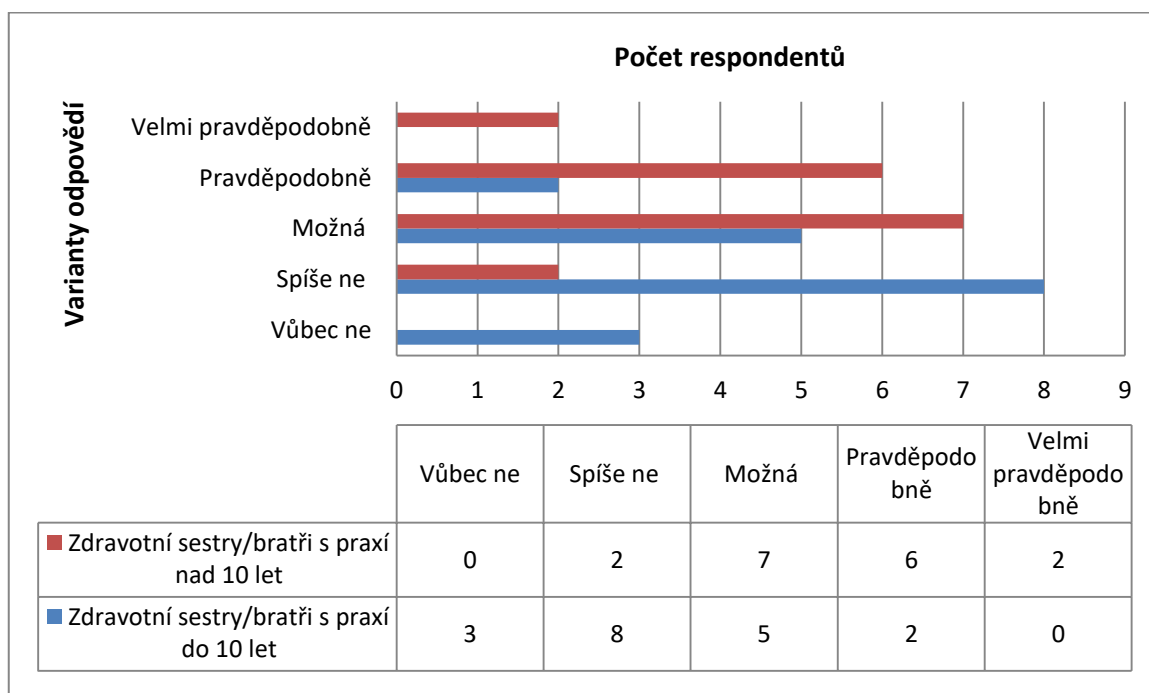
## 11. podotázka

... vyhnu se napříště takovým situacím



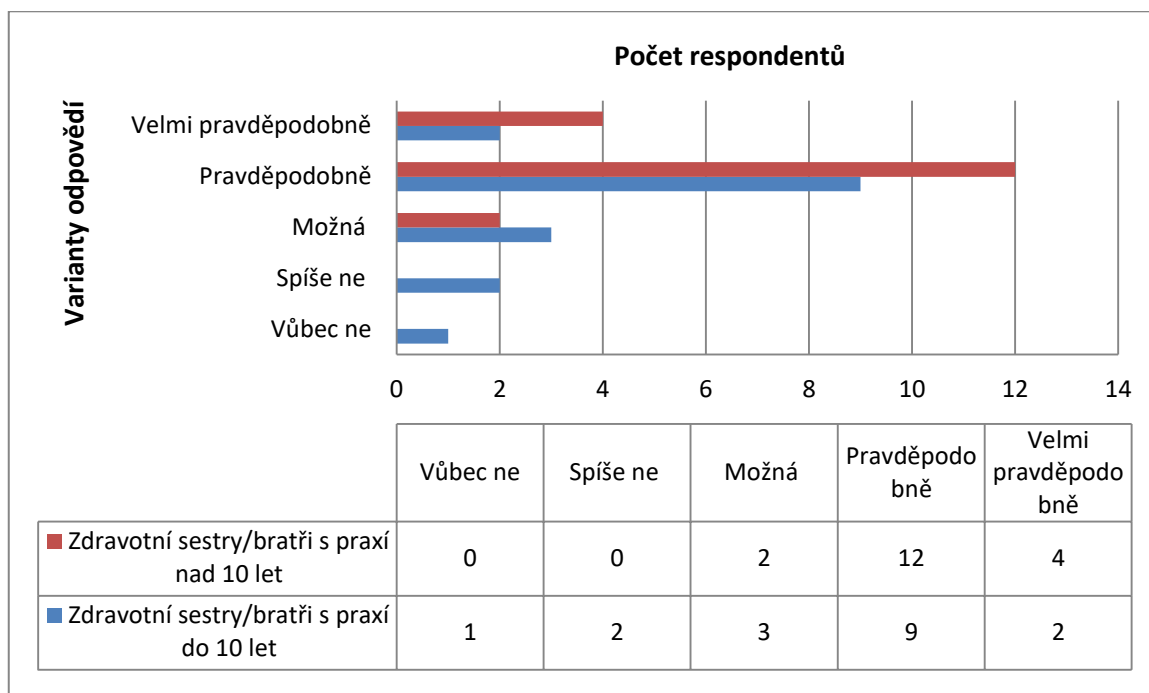
## 12. podotázka

... vyrovnám se s tím rychleji než ostatní



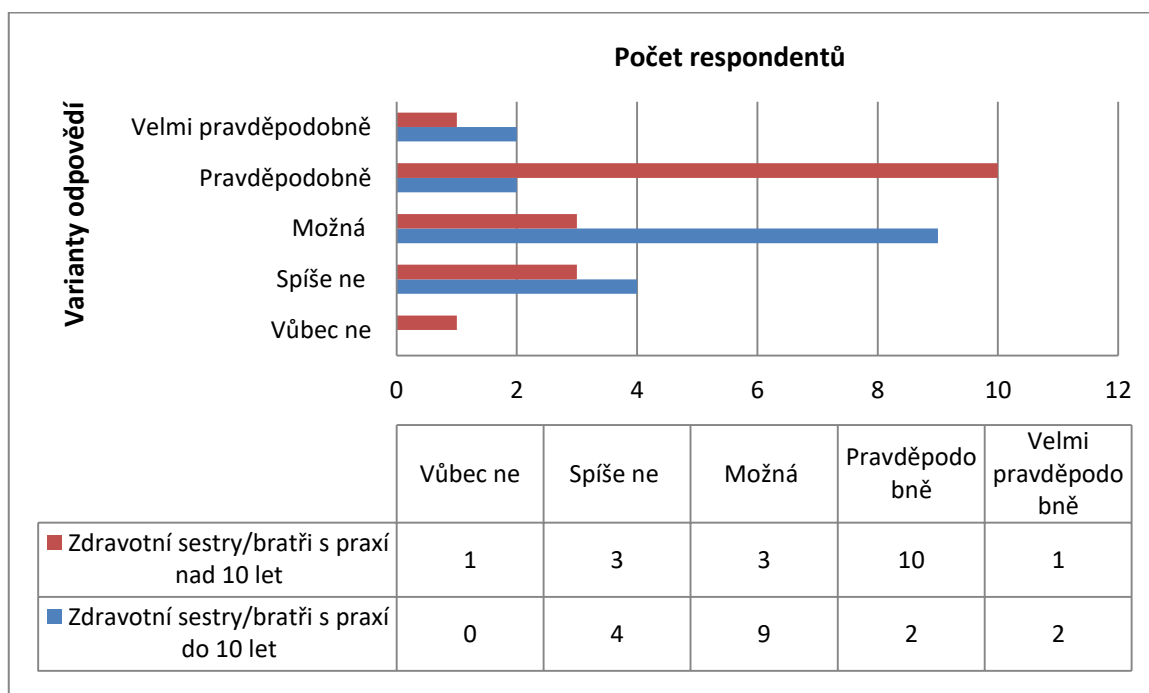
### 13. podotázka

*... snažím se ujasnit si všechny detaily situace*



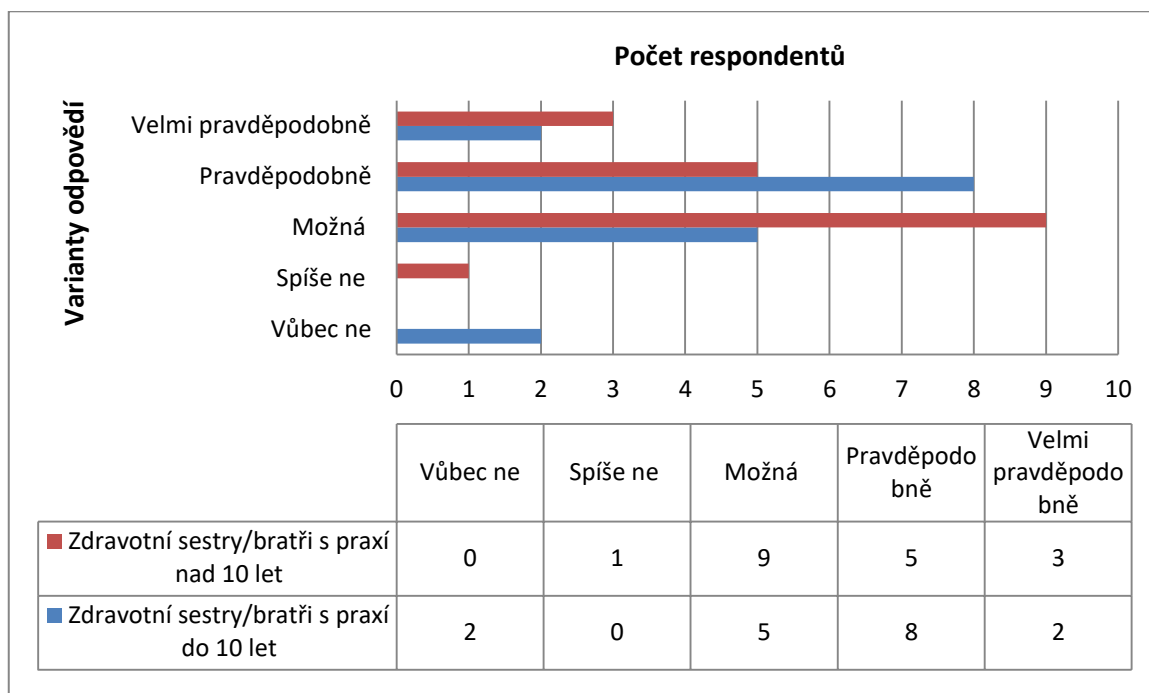
### 14. podotázka

*... přejdu k nějaké jiné činnosti*



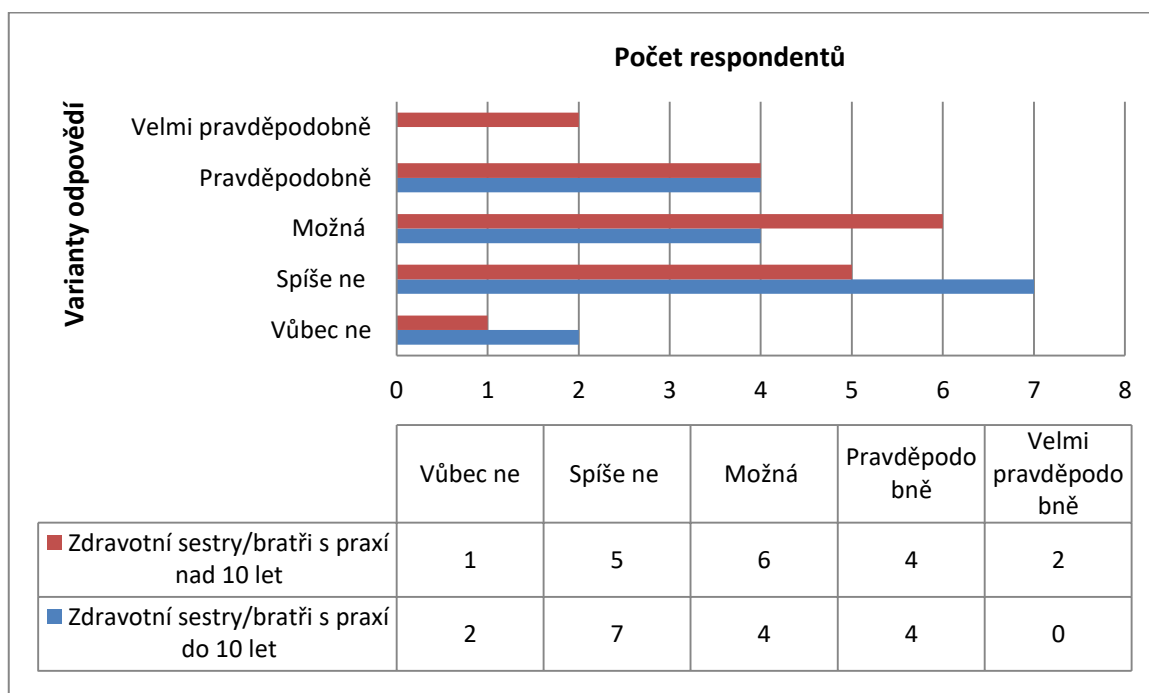
### 15. podotázka

*... požádám někoho o radu, jak bych měl(a) postupovat*



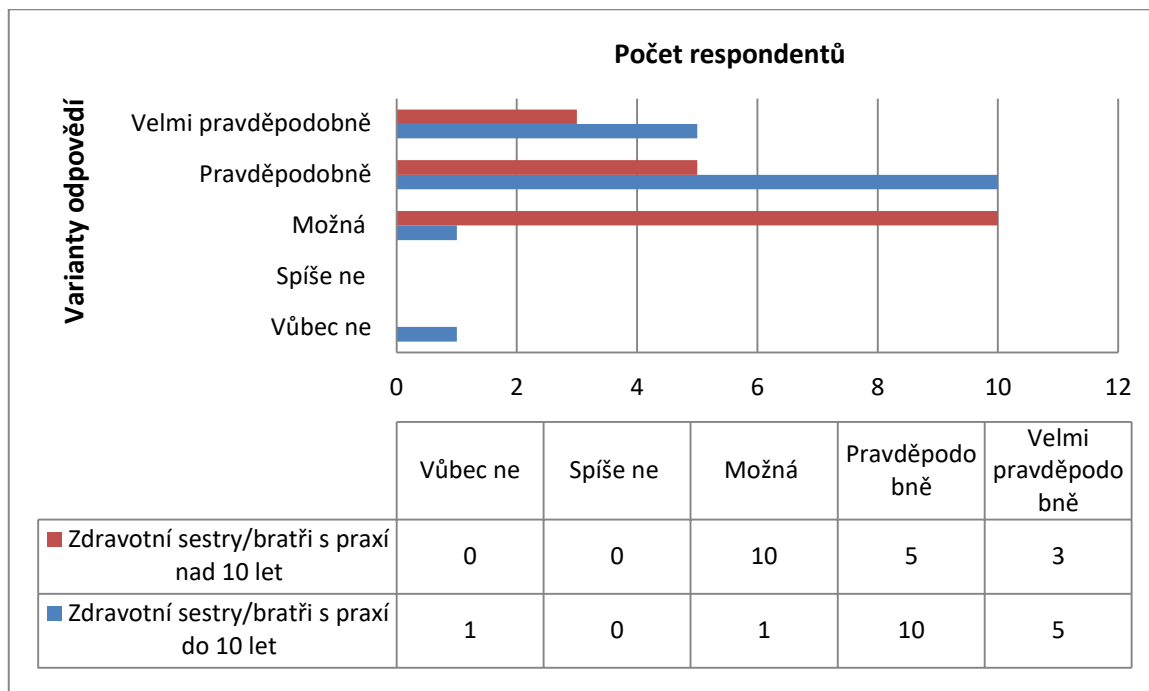
### 16. podotázka

*... sním něco dobrého*



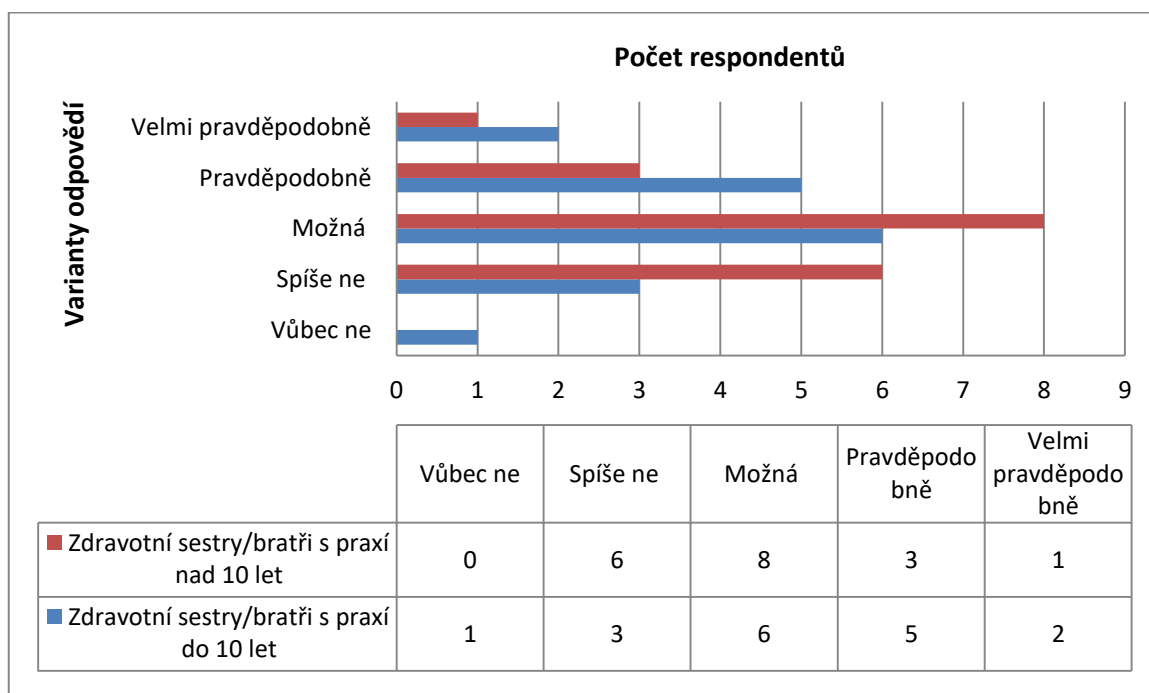
## 17. podotázka

... pak o tom přemýšlím znovu a znovu



## 18. podotázka

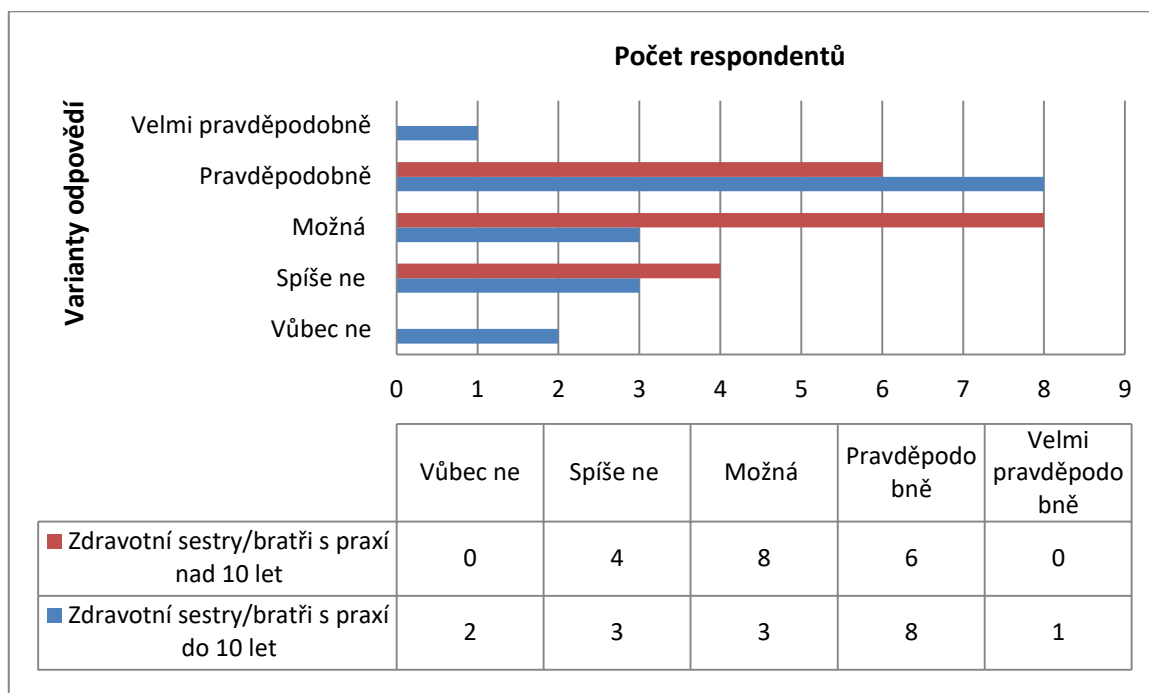
... řeknu si: „co možná pryč od toho“





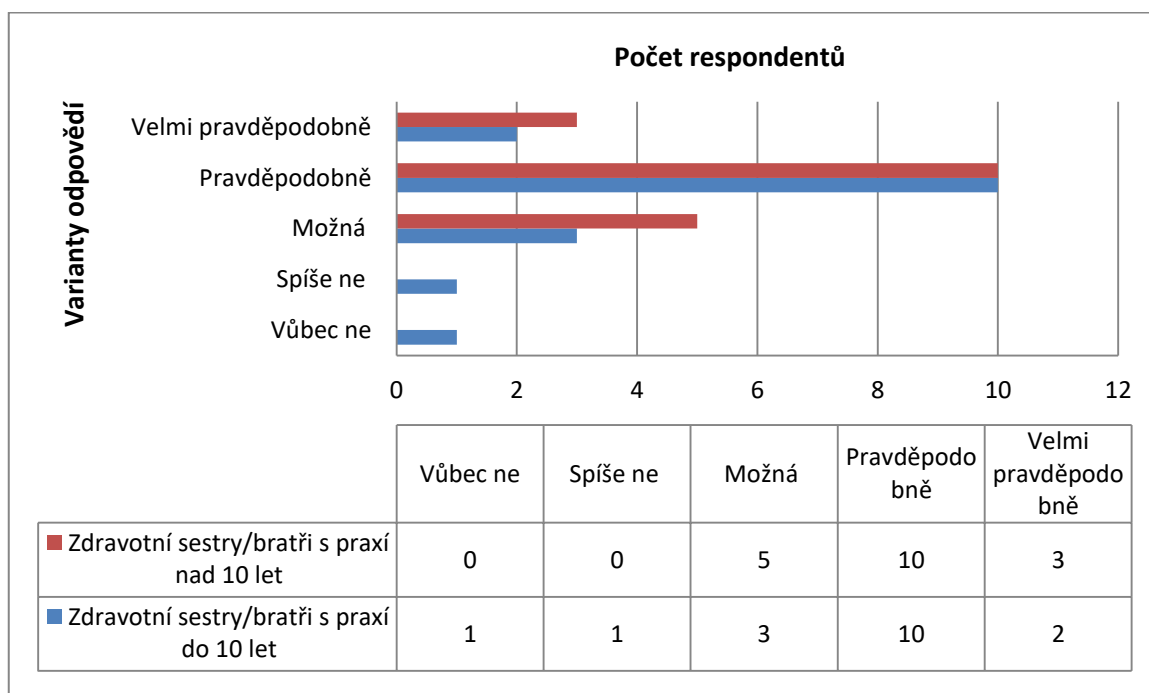
## 19. podotázka

... mám špatné svědomí



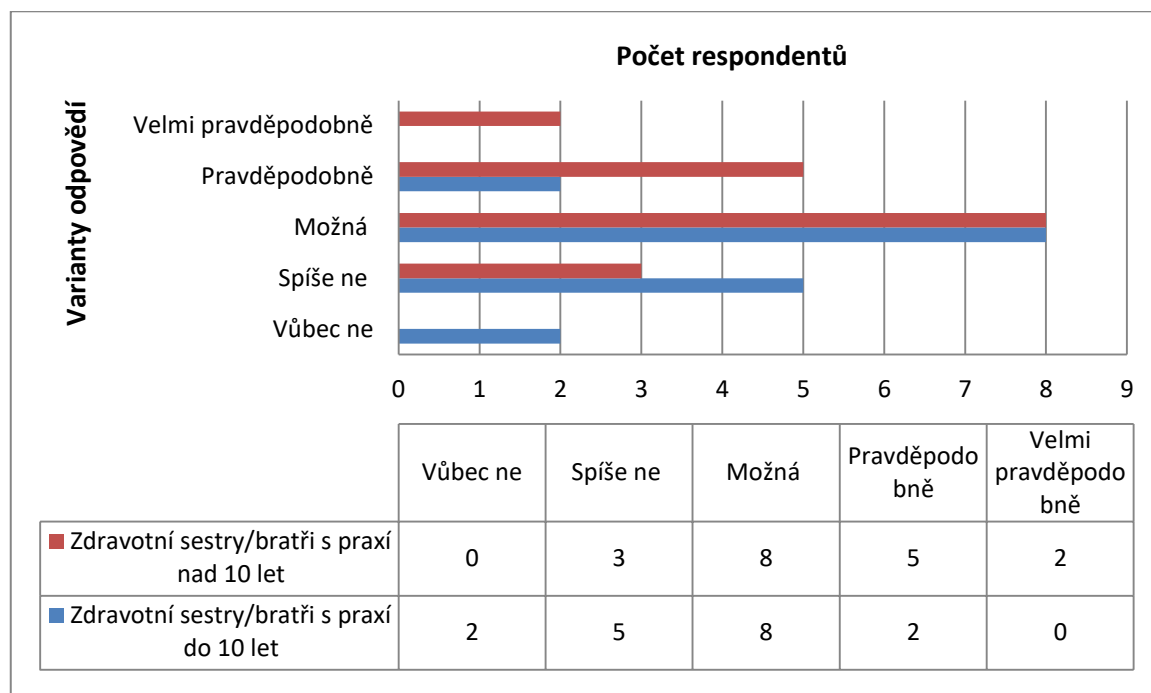
## 20. podotázka

... řeknu si: „musíš se sebrat“



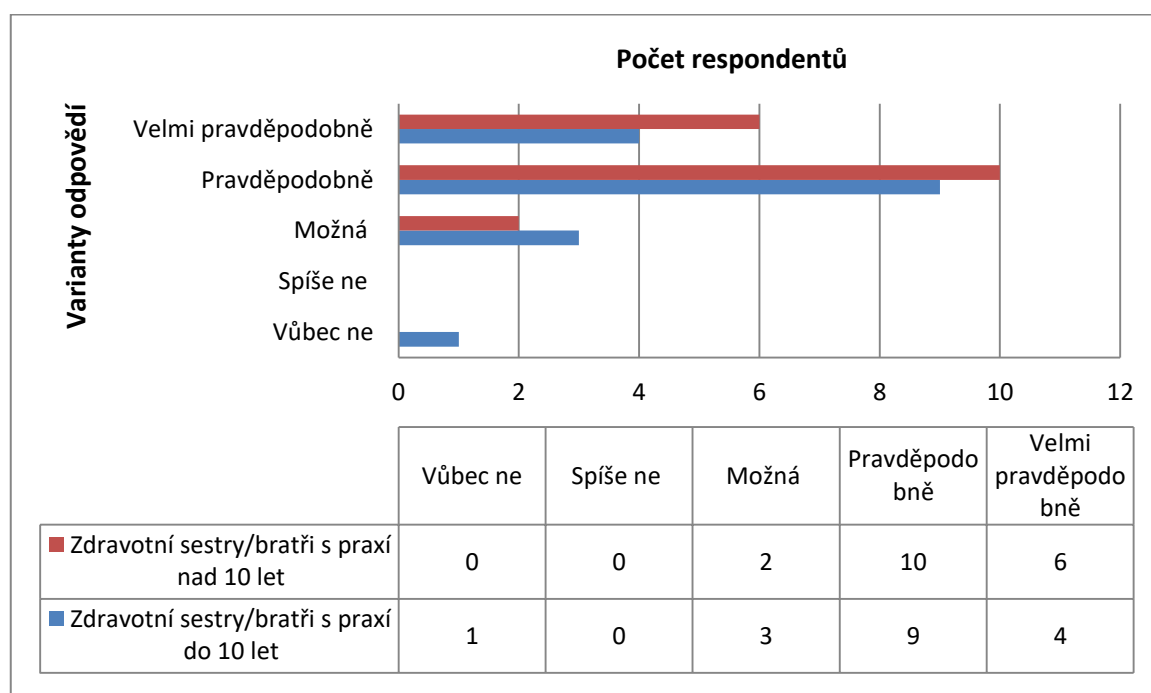
## 21. podotázka

*... řeknu si, že si přece nemusím dělat výčitky*



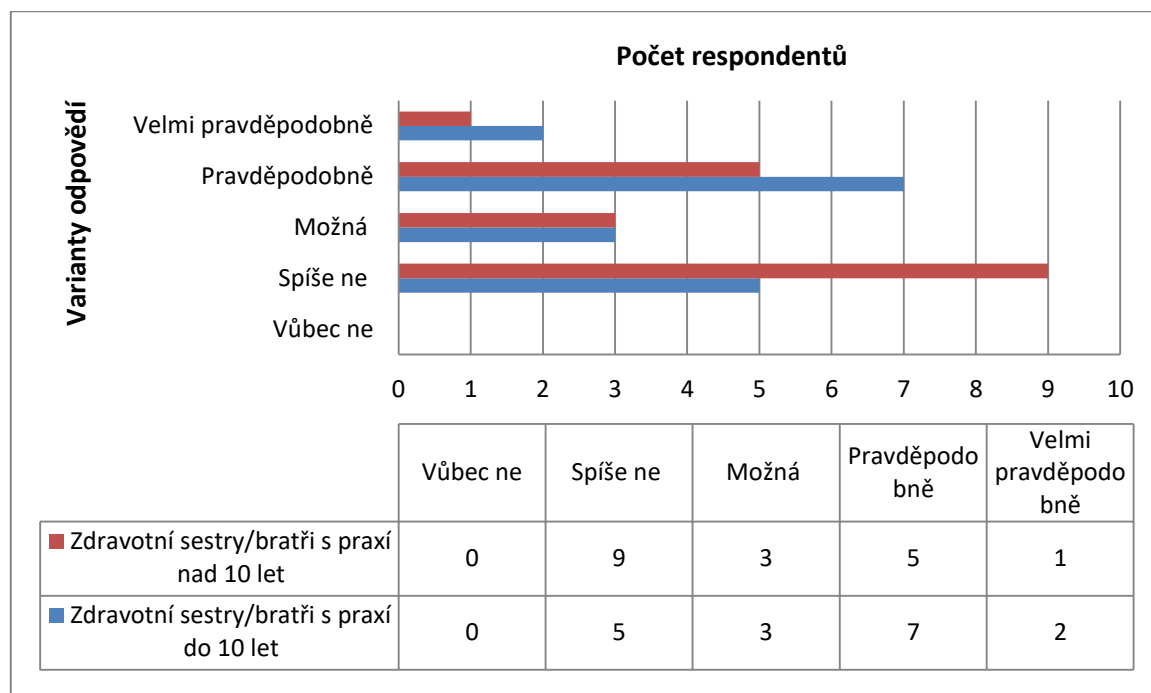
## 22. podotázka

*... příště se hned při prvních náznacích vyhnu takovým situacím*



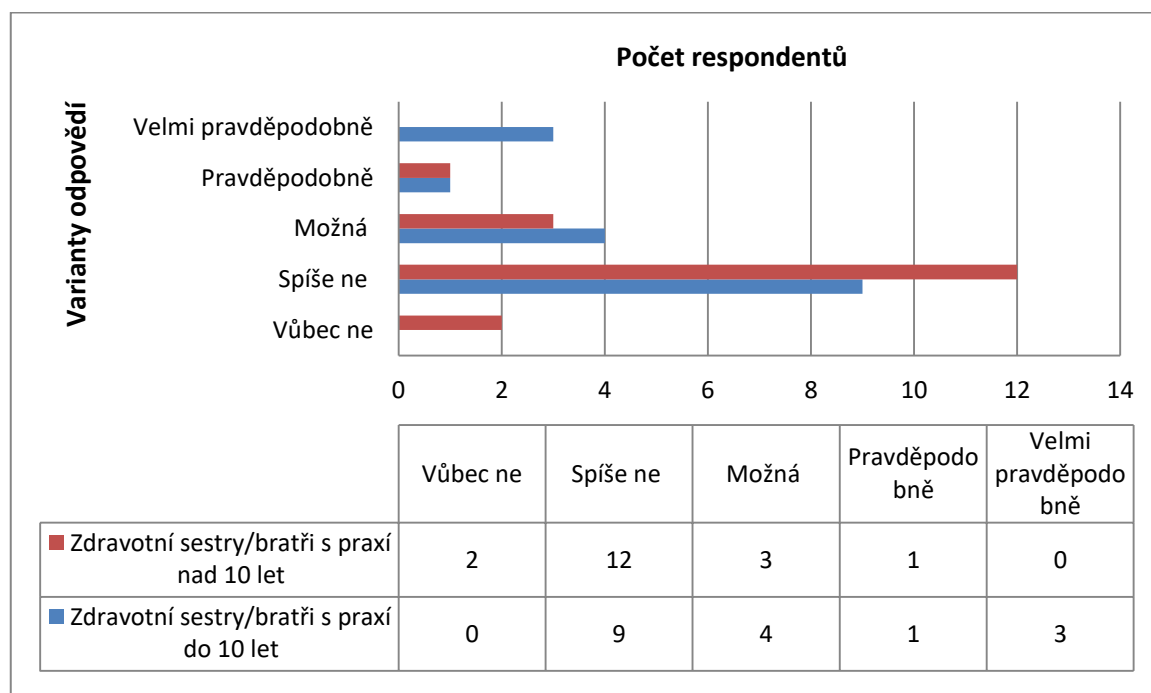
### 23. podotázka

*... mám tendenci hned ustoupit*



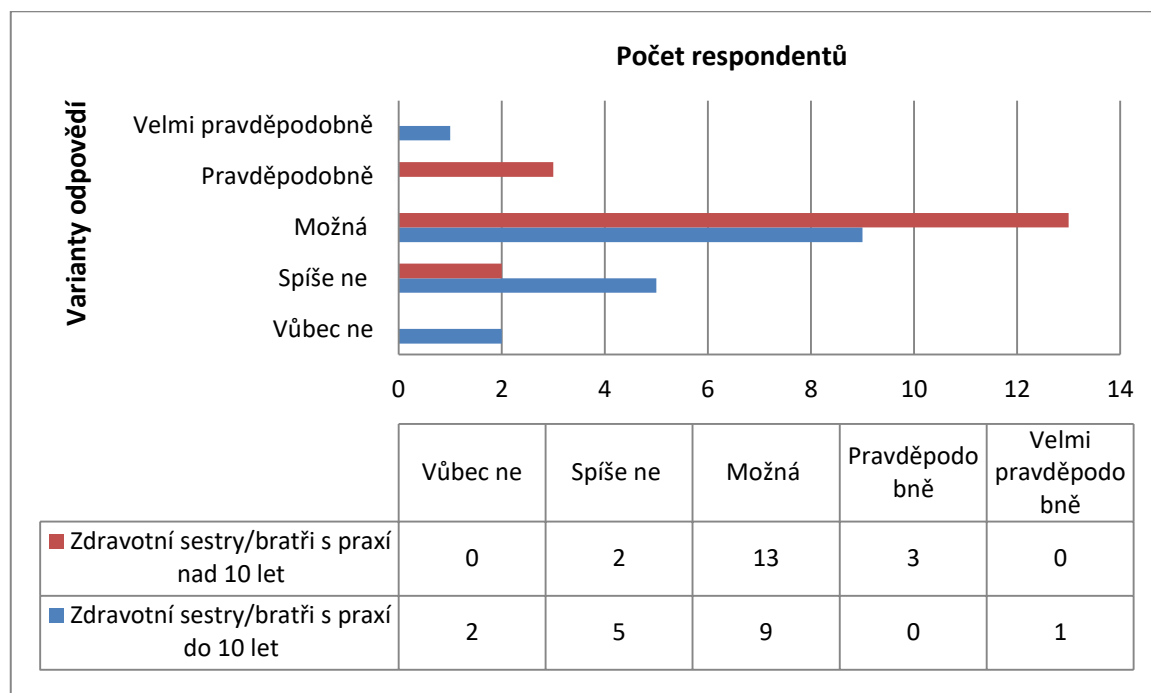
### 24. podotázka

*... jsem sám (sama) se sebou nespokojen(a)*



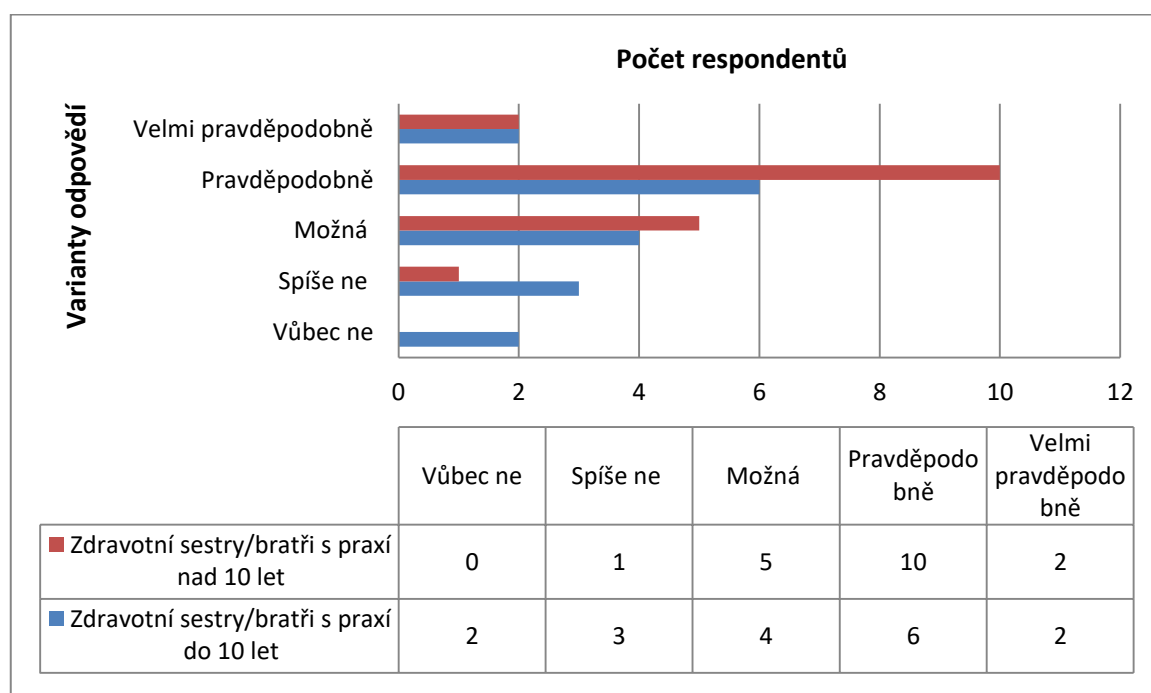
## 25. podotázka

*... podívám se na něco pěkného v televizi*



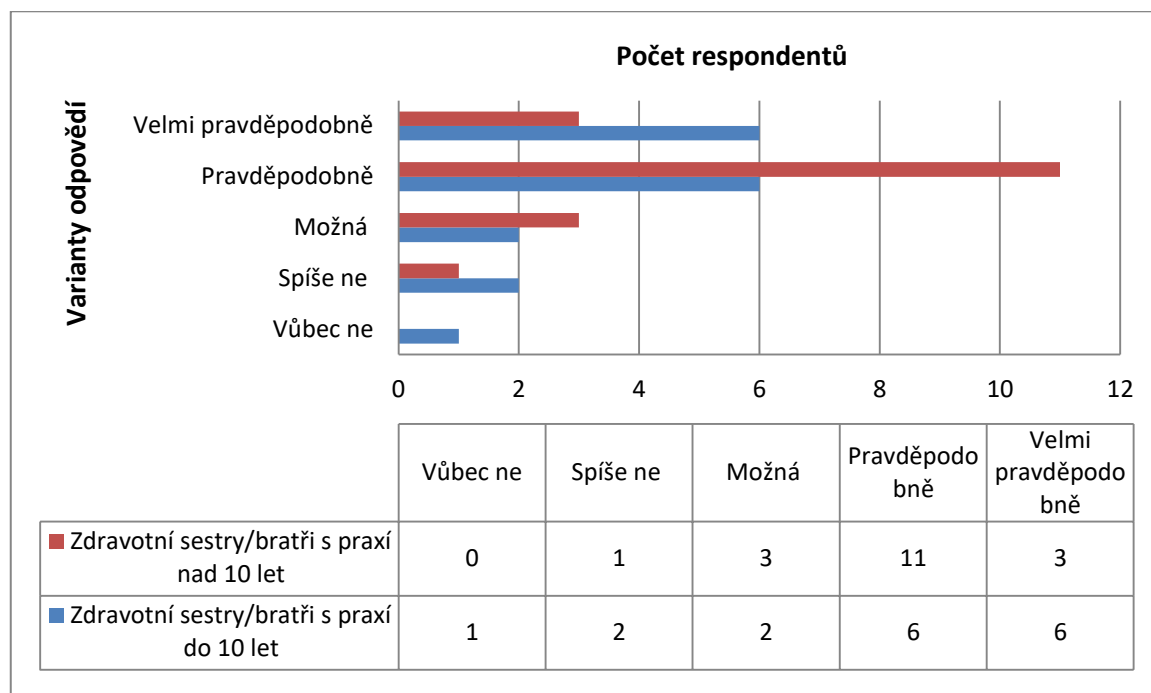
## 26. podotázka

*... myslím si: „jen se nedat odradit“*



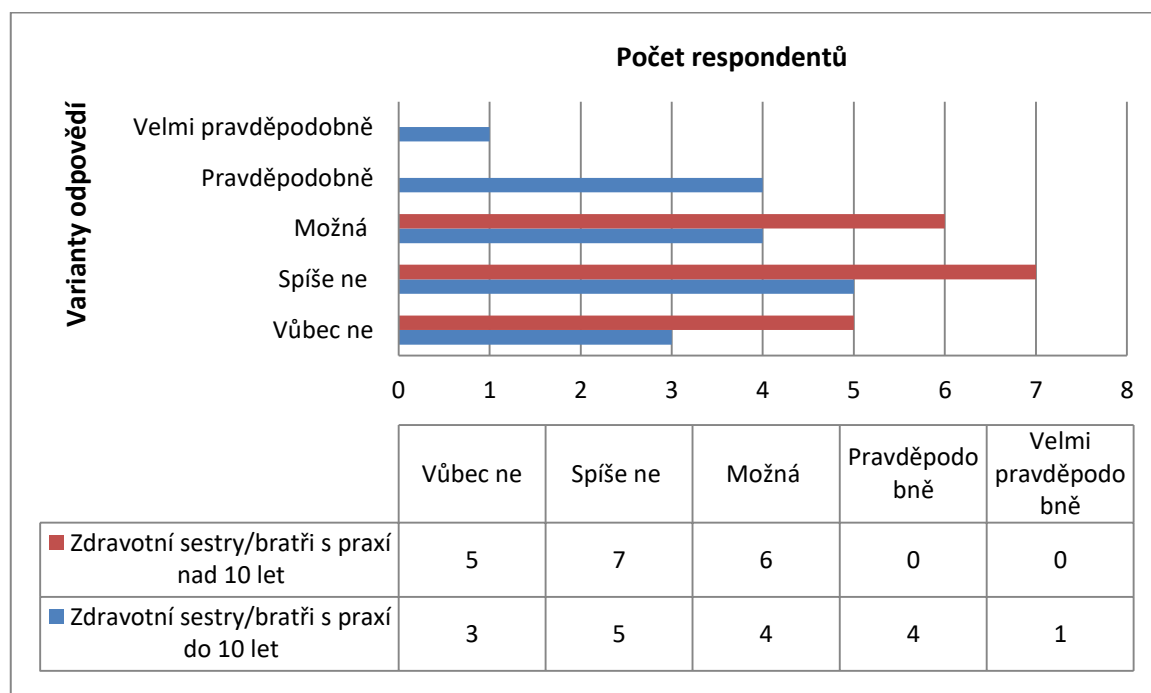
## 27. podotázka

*... prostě musím s někým o tom mluvit*



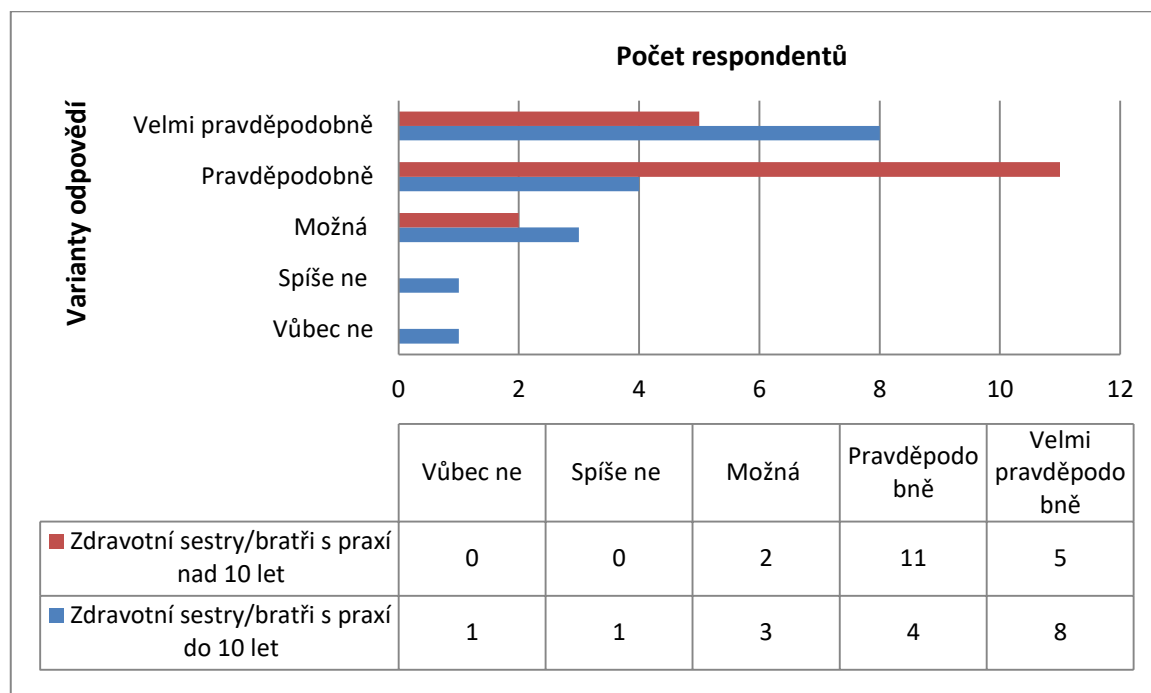
## 28. podotázka

*... přepadají mne myšlenky na útěk*



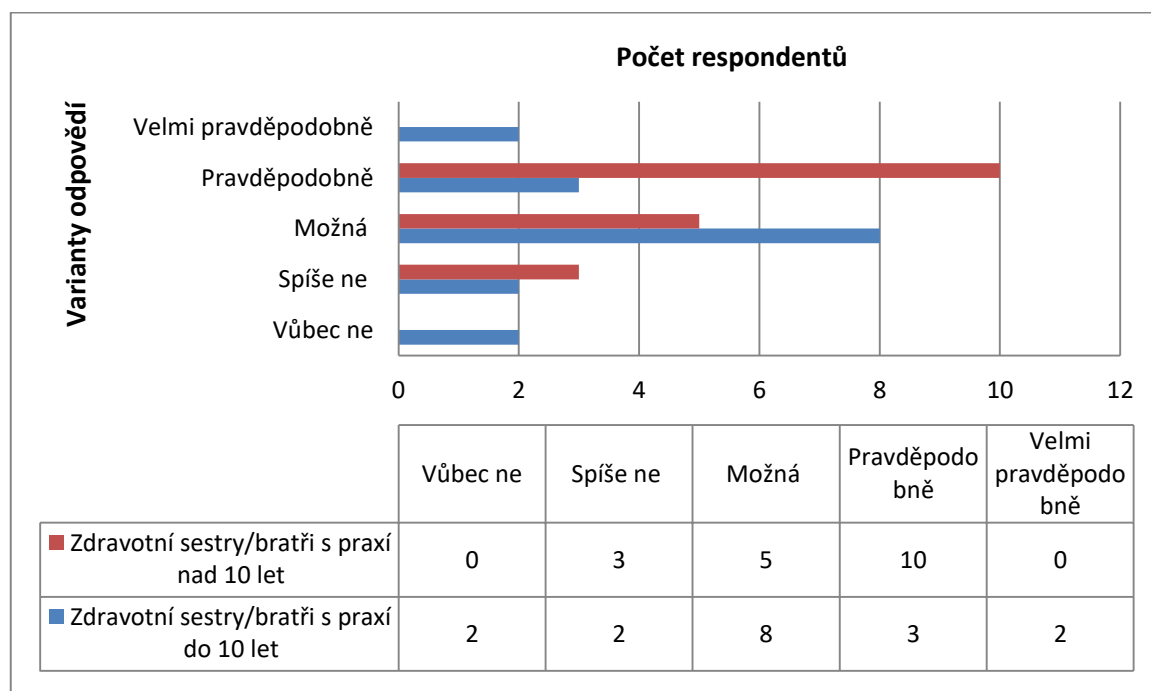
## 29. podotázka

... udělám vše, abych odstranil(a) příčinu



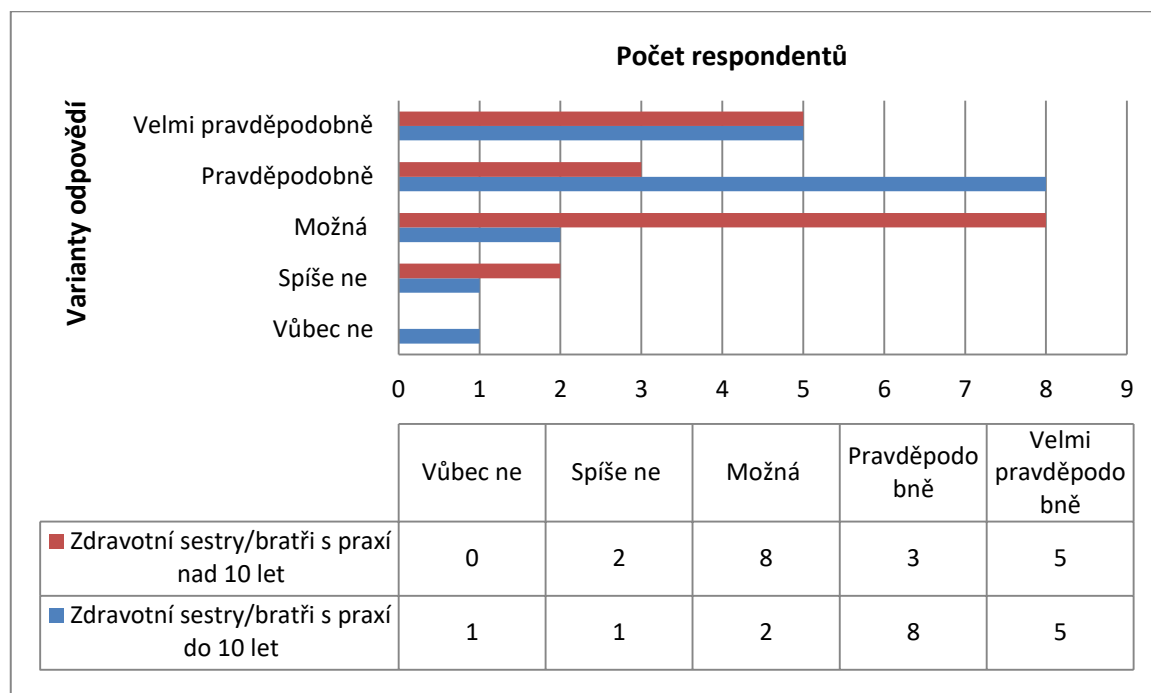
## 30. podotázka

... jsem rád(a), že nejsem tak přecitlivělý(-á) jako druzí



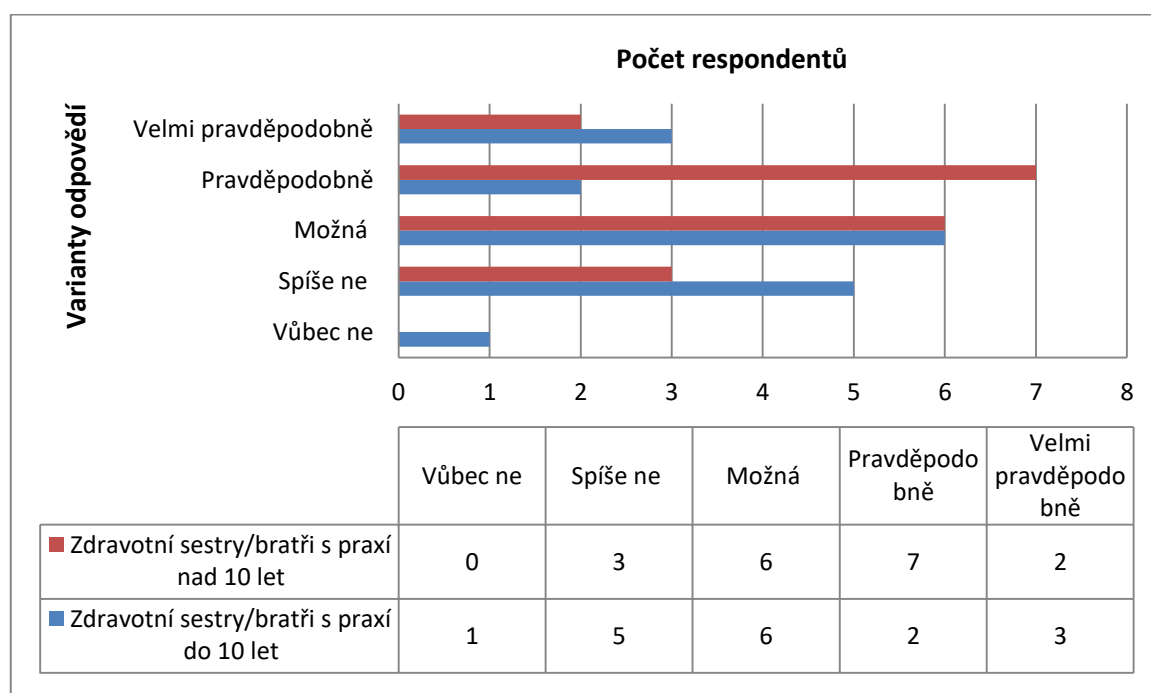
### 31. podotázka

*... zabývám se pak ještě dlouho touto situací*



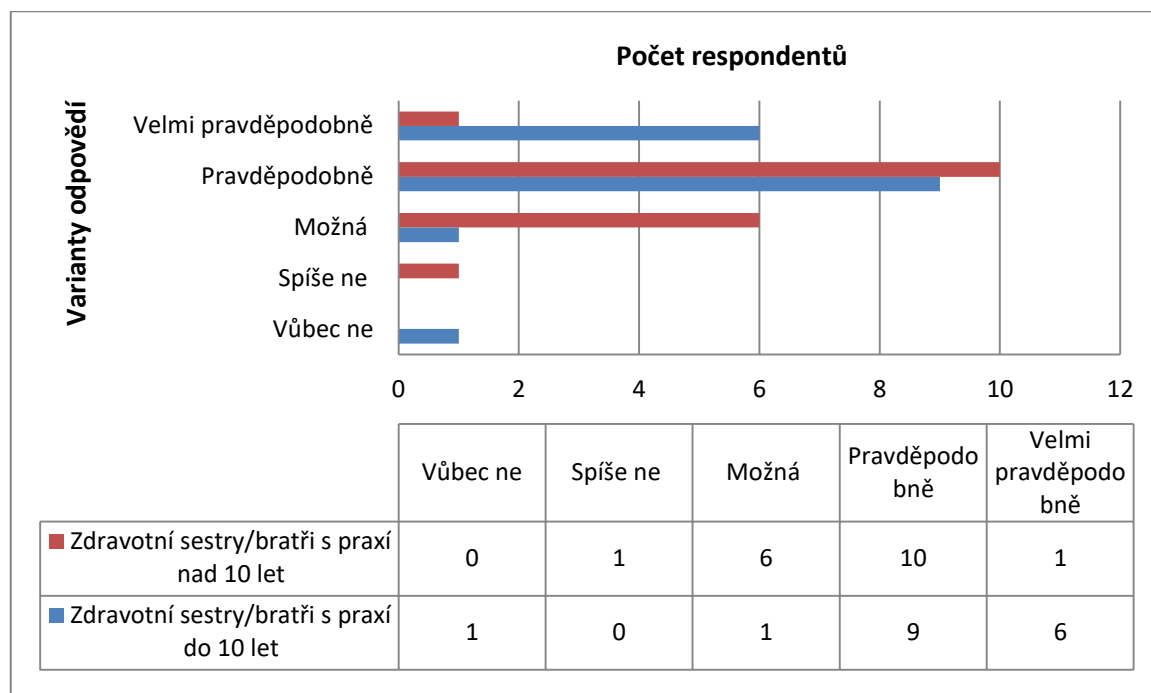
### 32. podotázka

*... dělám něco, co mě od toho odvádí*



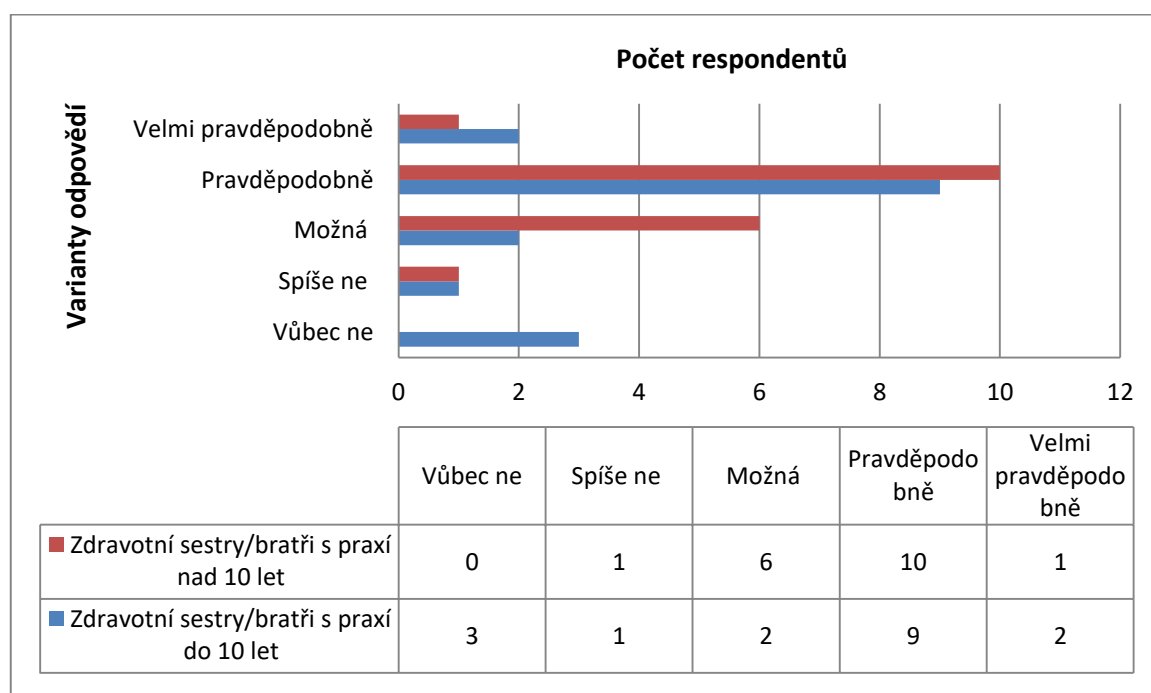
### 33. podotázka

*... umiňuji si, že se příště takovým situacím vyhnu*



### 34. podotázka

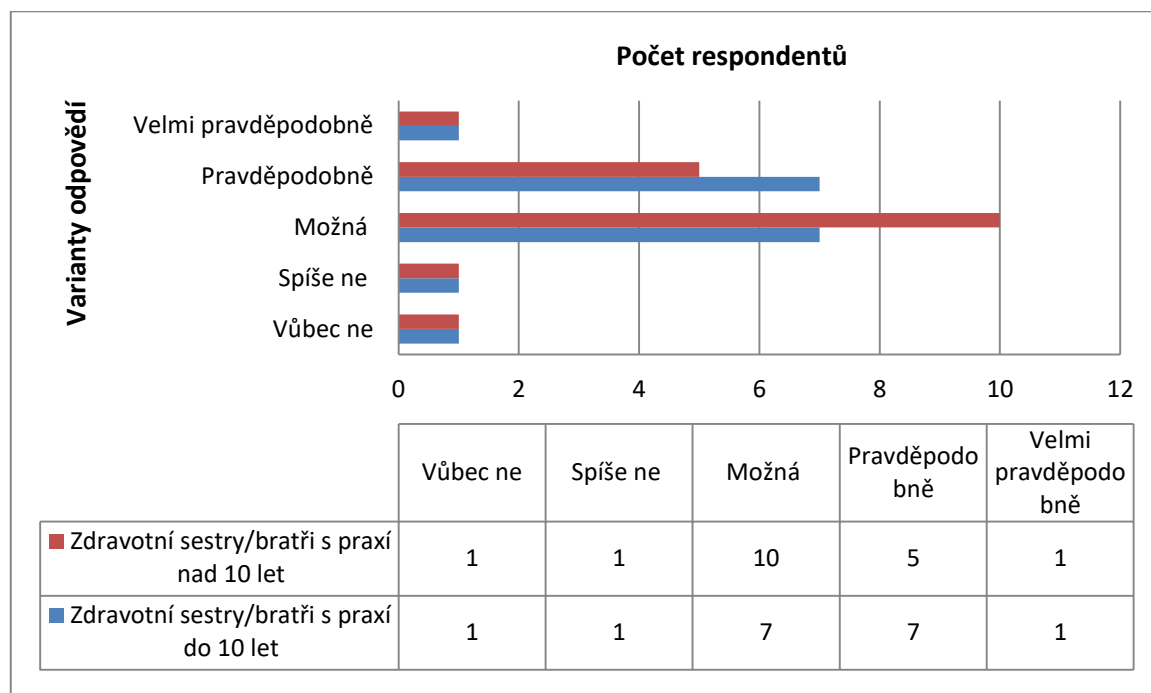
*... snažím se potlačit své vzrušení*





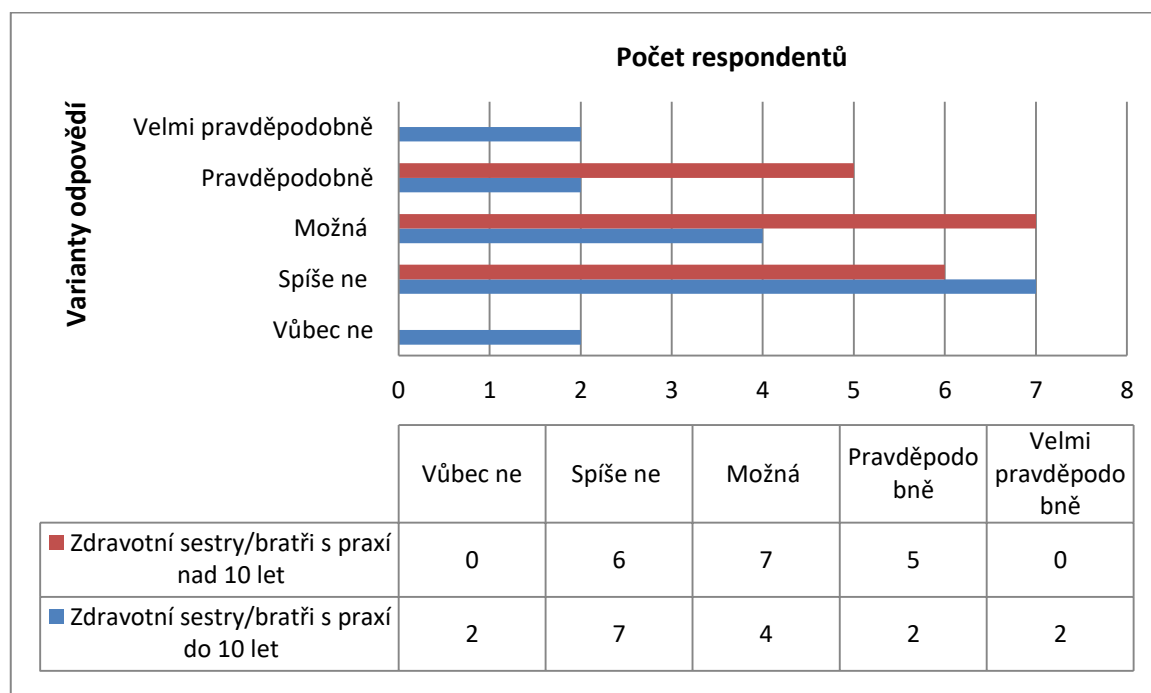
### 35. podotázka

*... řeknu si, že za to nemohu*



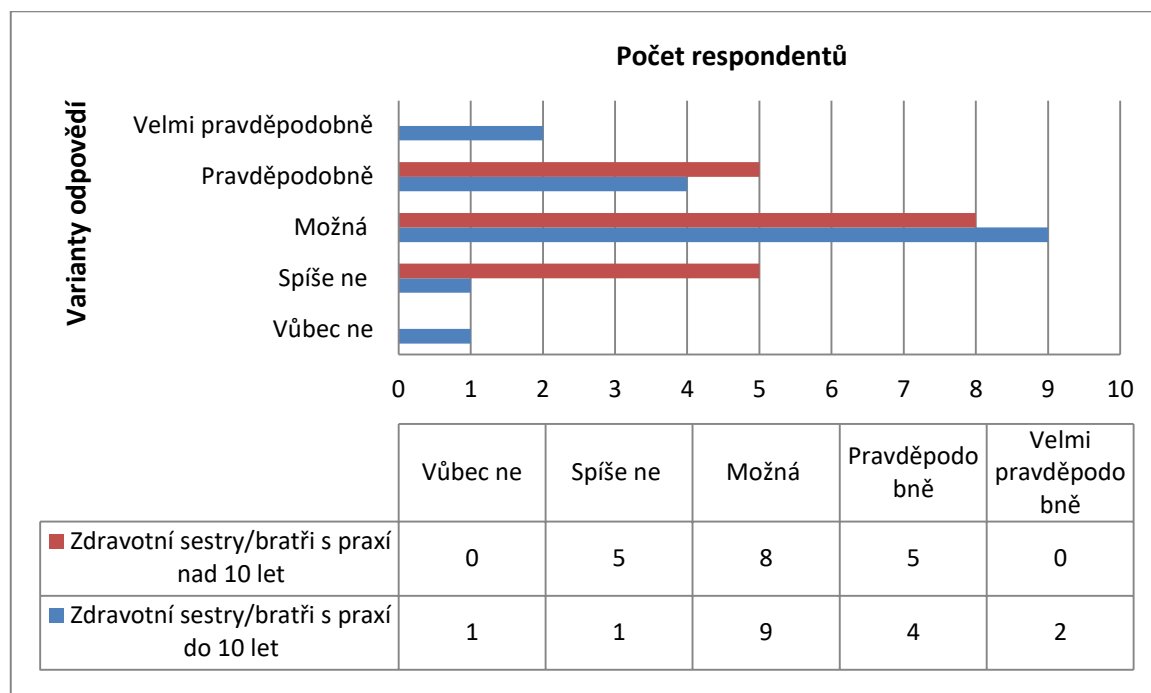
### 36. podotázka

*... řeknu si, že druzí by to tak snadno nestrávili*



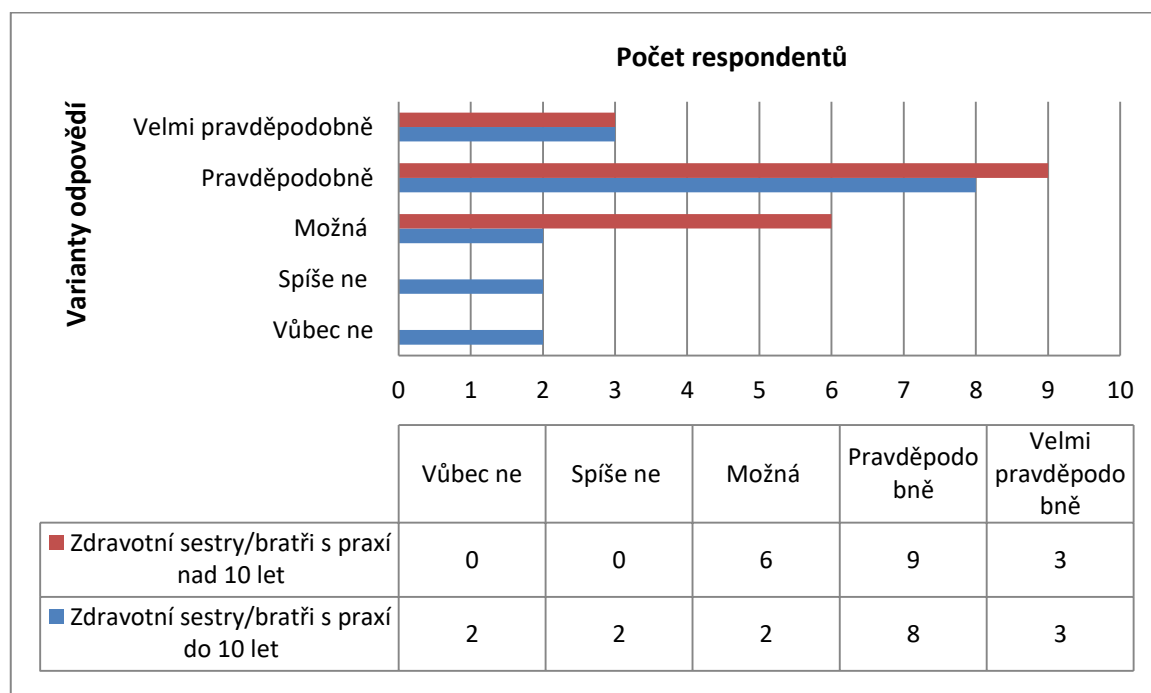
### 37. podotázka

... dělám si výčitky



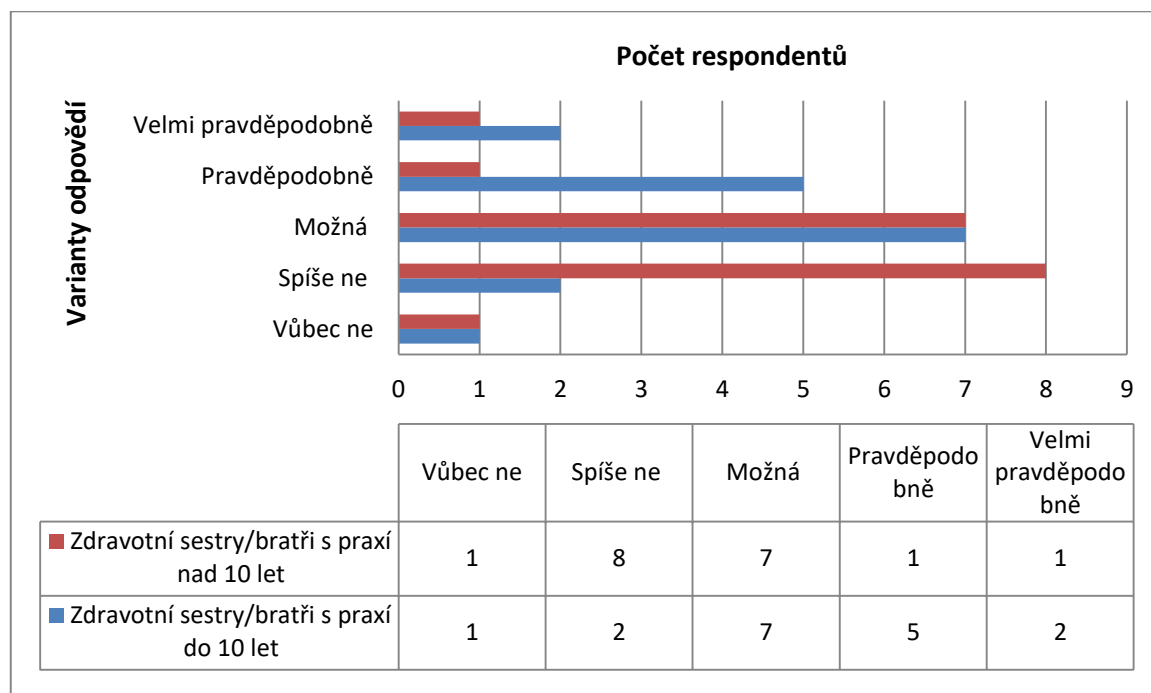
### 38. podotázka

... řeknu si: „nesmíš to v žádném případě vzdát“



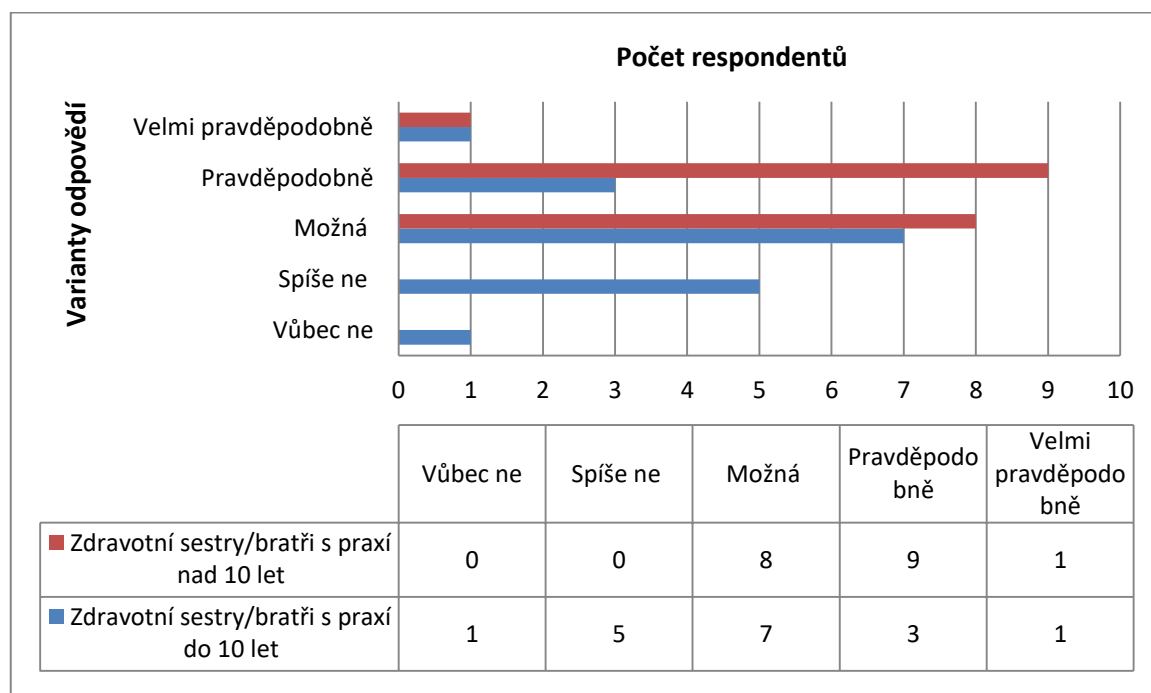
### 39. podotázka

*... nevím, jak bych mohl(a) takové situaci čelit*



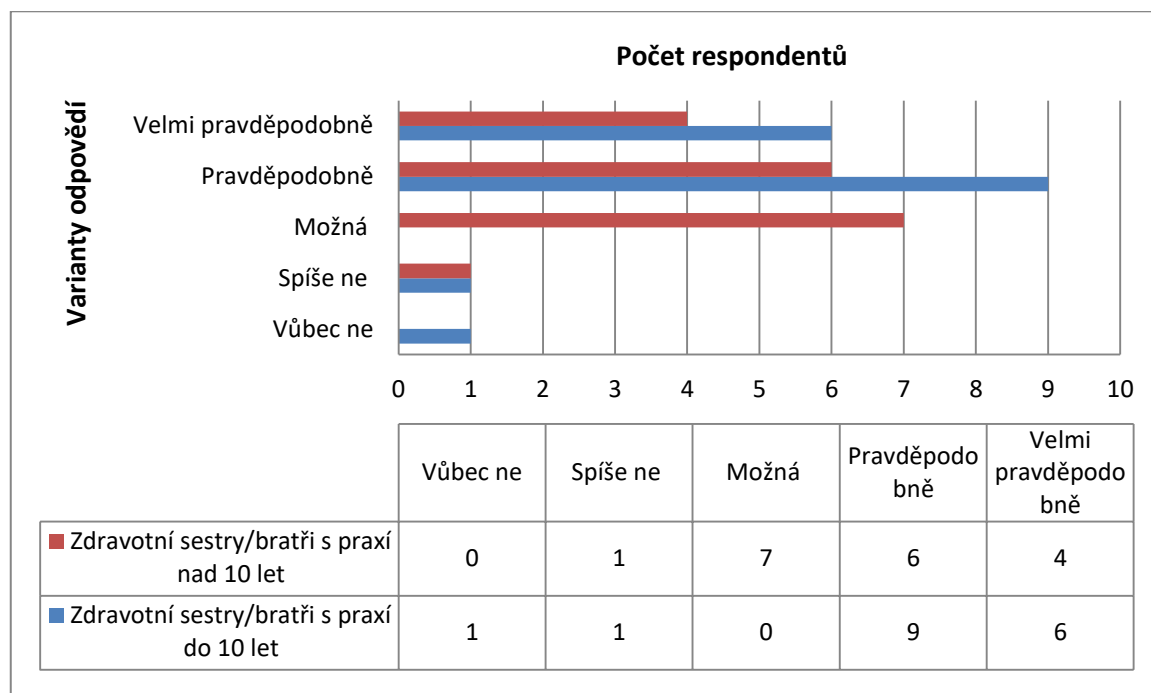
### 40. podotázka

*... udělám něco dobrého pro sebe*



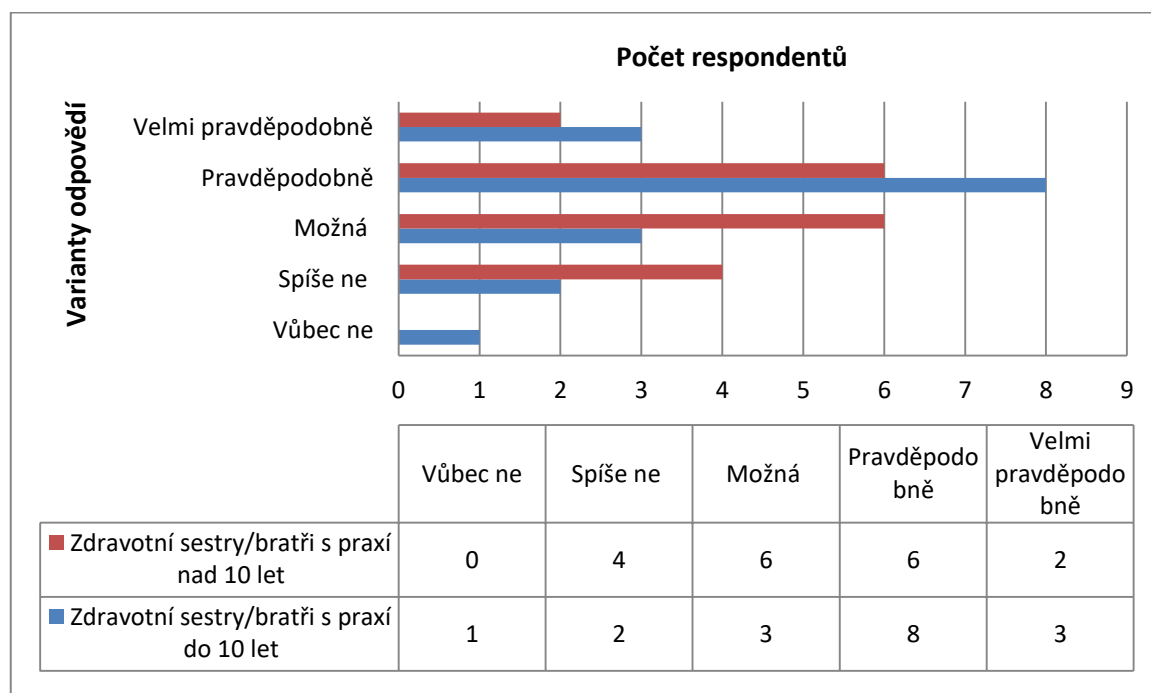
#### 41. podotázka

... pouze si přeji, abych z této situace co nejdřív vyvázl(a)



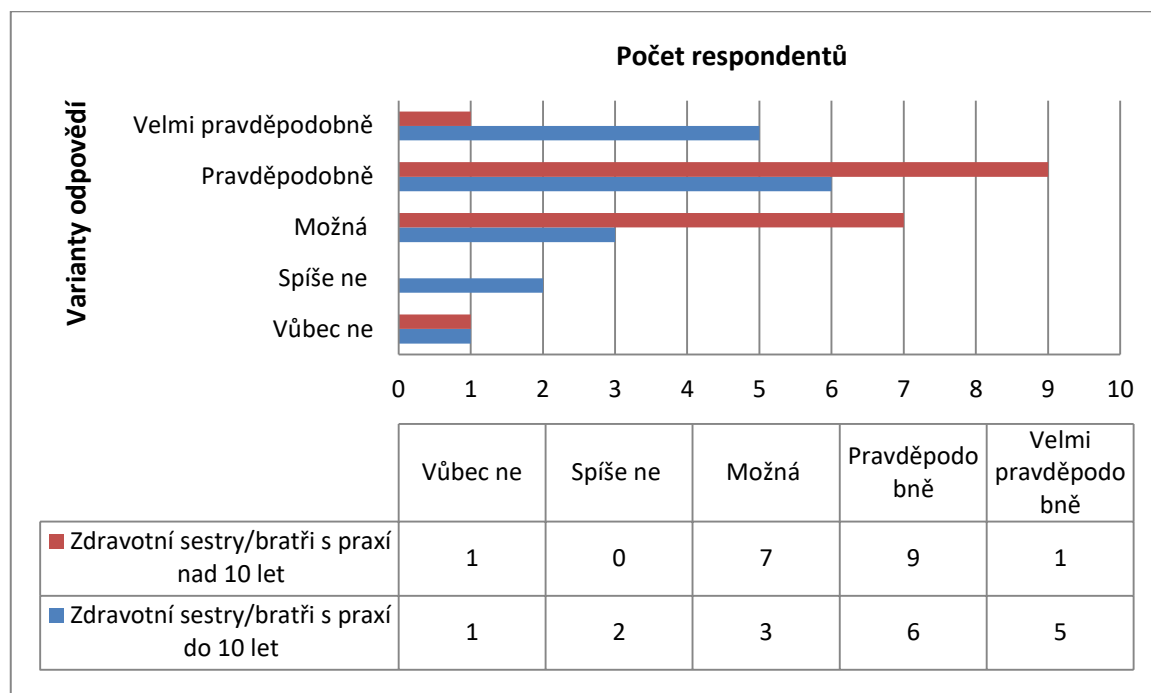
#### 42. podotázka

... požádám někoho o pomoc



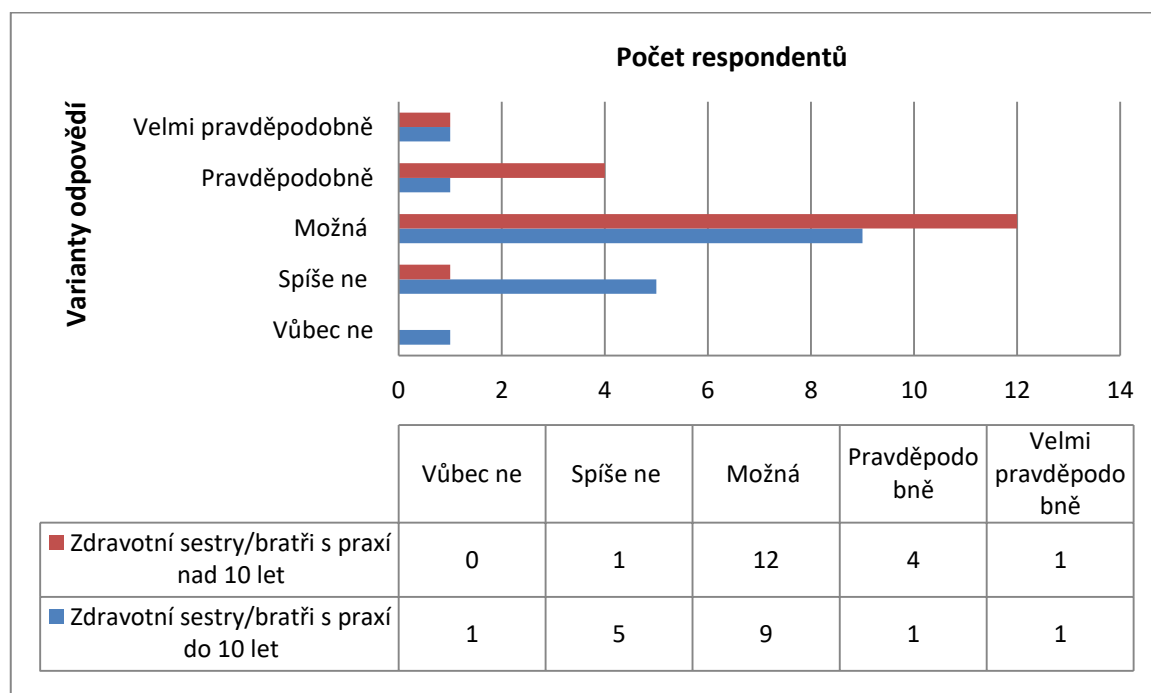
### 43. podotázka

... vytvořím si plán, jak mohu tyto nesnáze odstranit



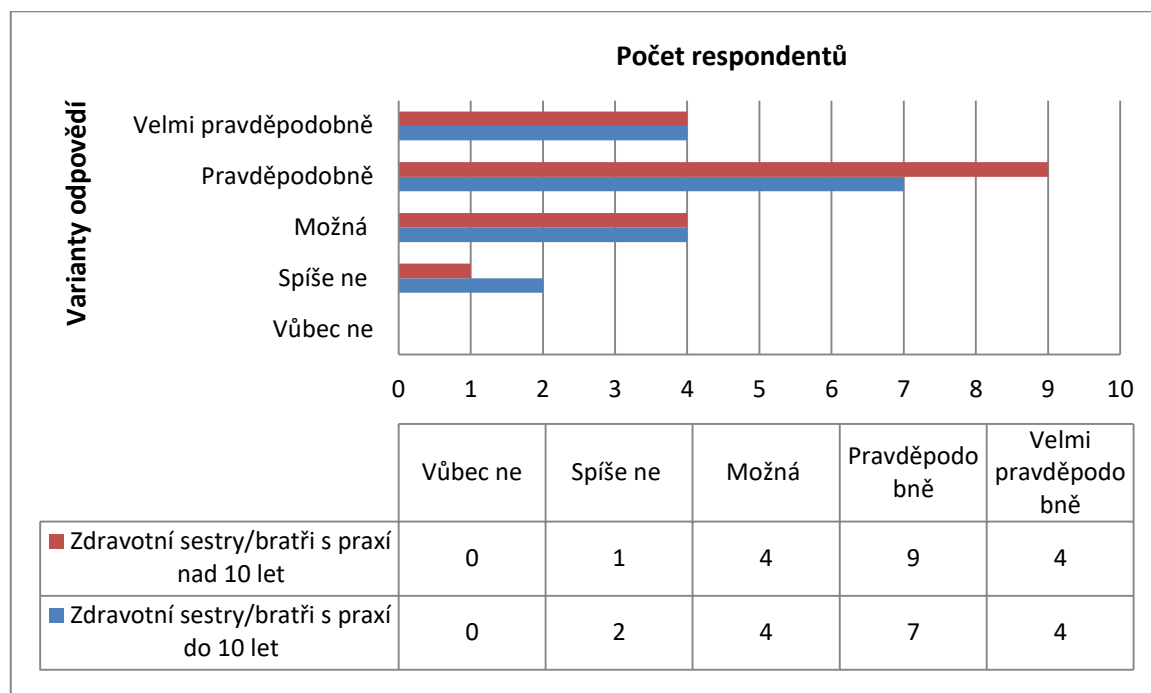
### 44. podotázka

... myslím, že bych se nechtěl(a) v budoucnu dostat do takové situace



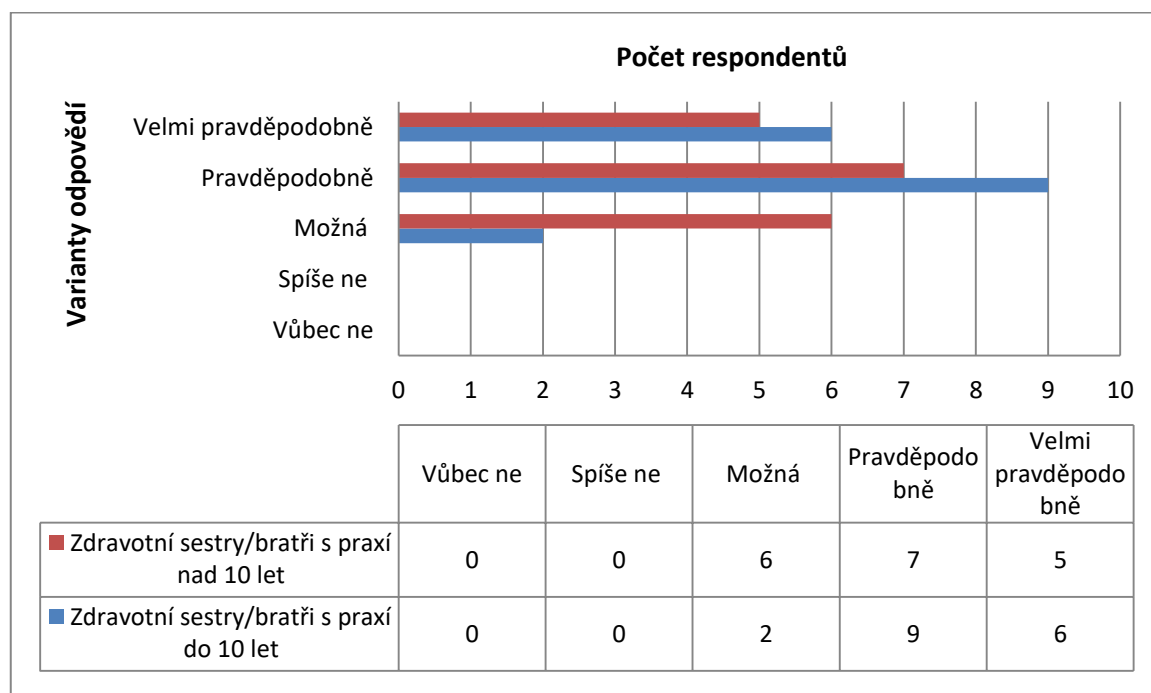
#### 45. podotázka

... říkám si: „jen se nedat zbavit odvahy“



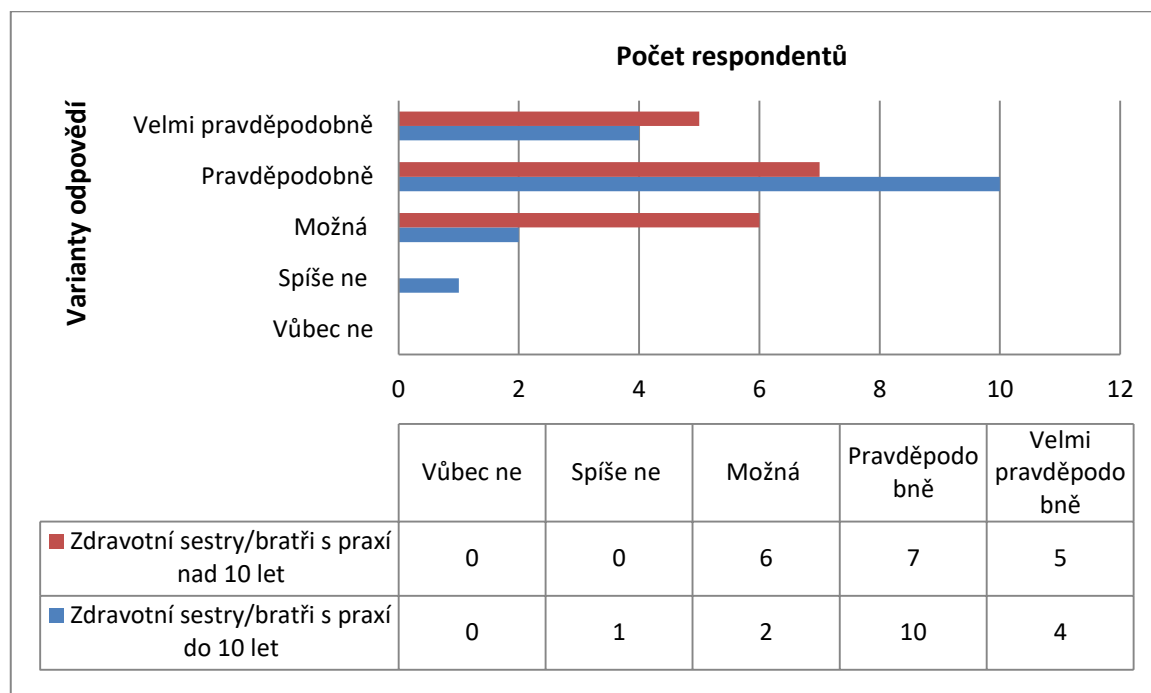
#### 46. podotázka

... myslím si, že bych se nechtěl(a) v budoucnu dostat d takové situace



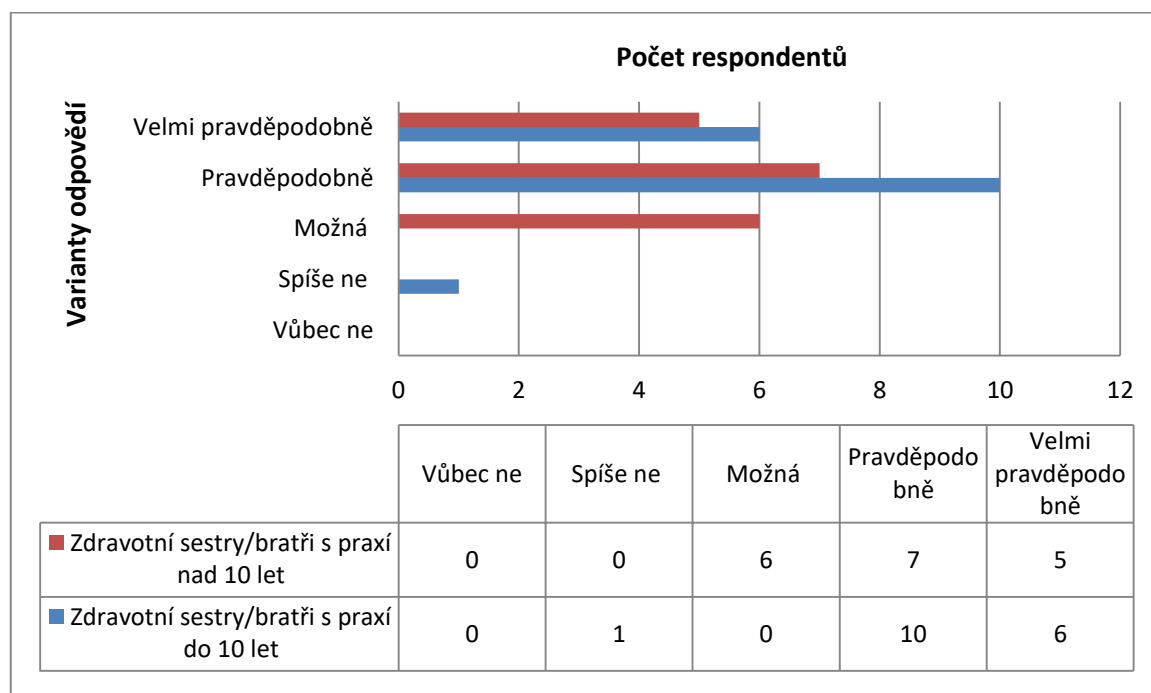
#### 47. podotázka

*... nejde mně ta situace dlouho z hlavy*



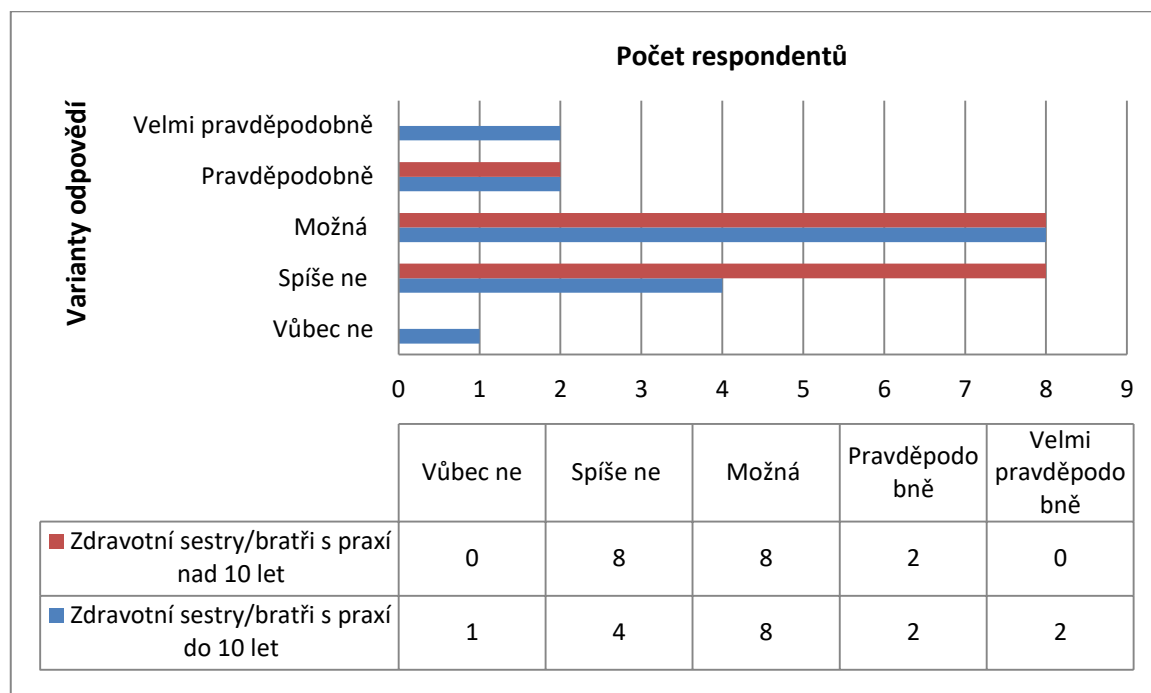
#### 48. podotázka

*... snažím se, abych si zachoval(a) pevný postoj*



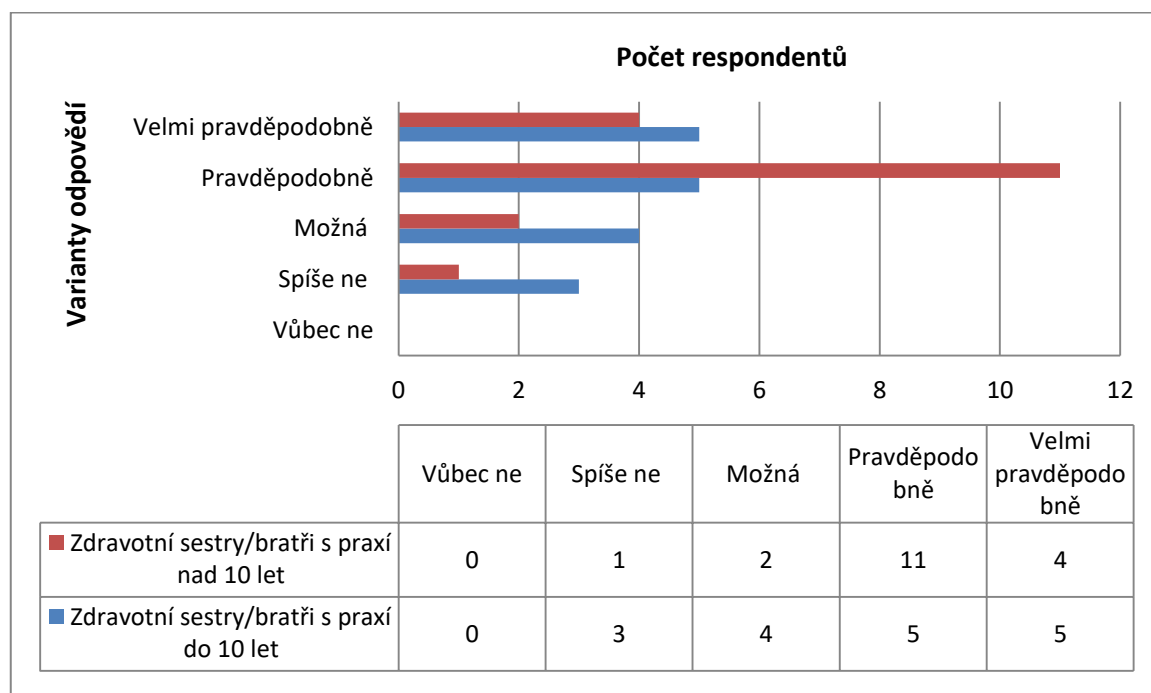
#### 49. podotázka

... všechno se mně zdá tak beznadějně



#### 50. podotázka

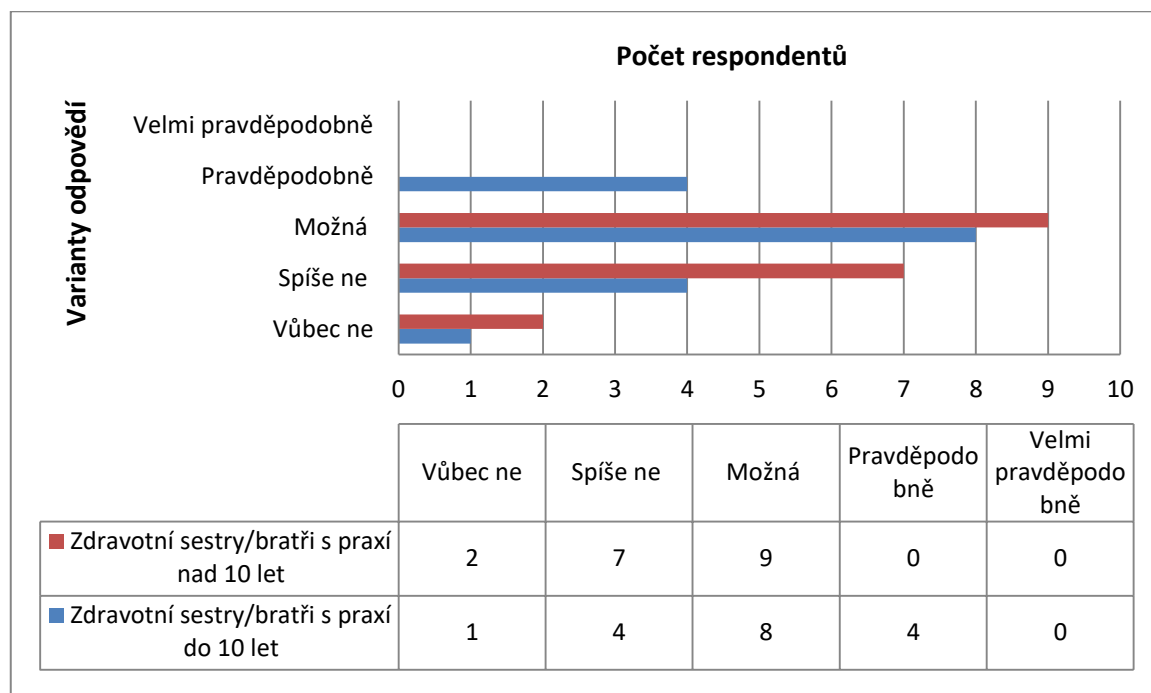
... vrhnu se do práce





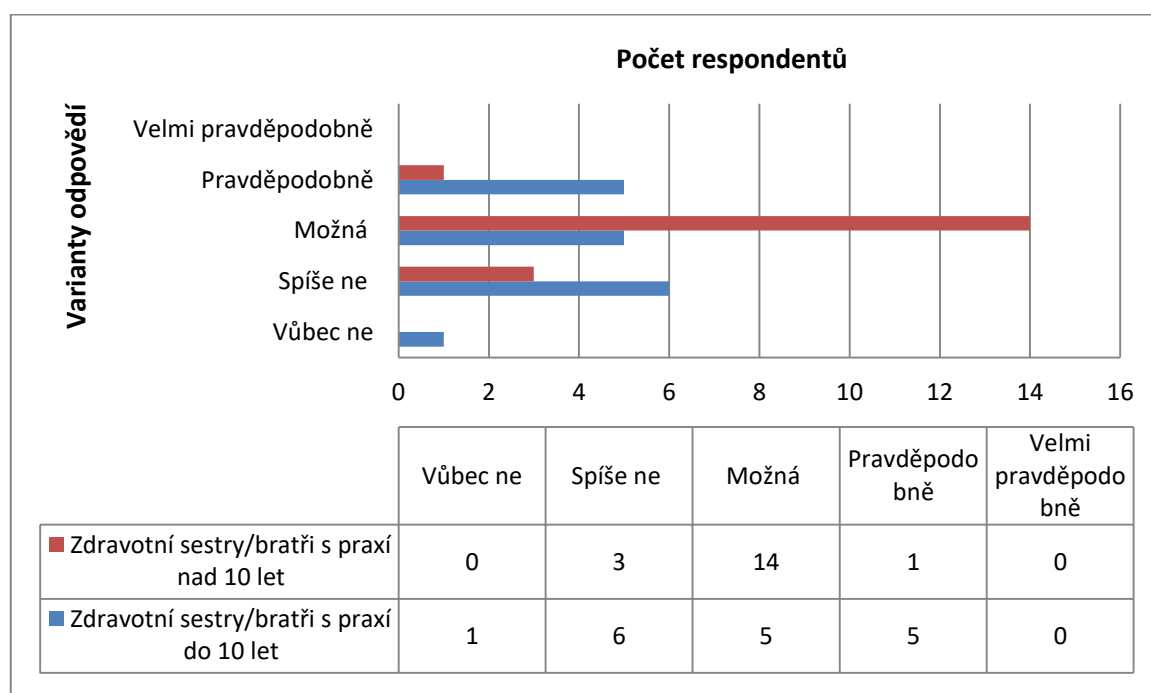
## 51. podotázka

*... řeknu si, že to nakonec byla moje vina*



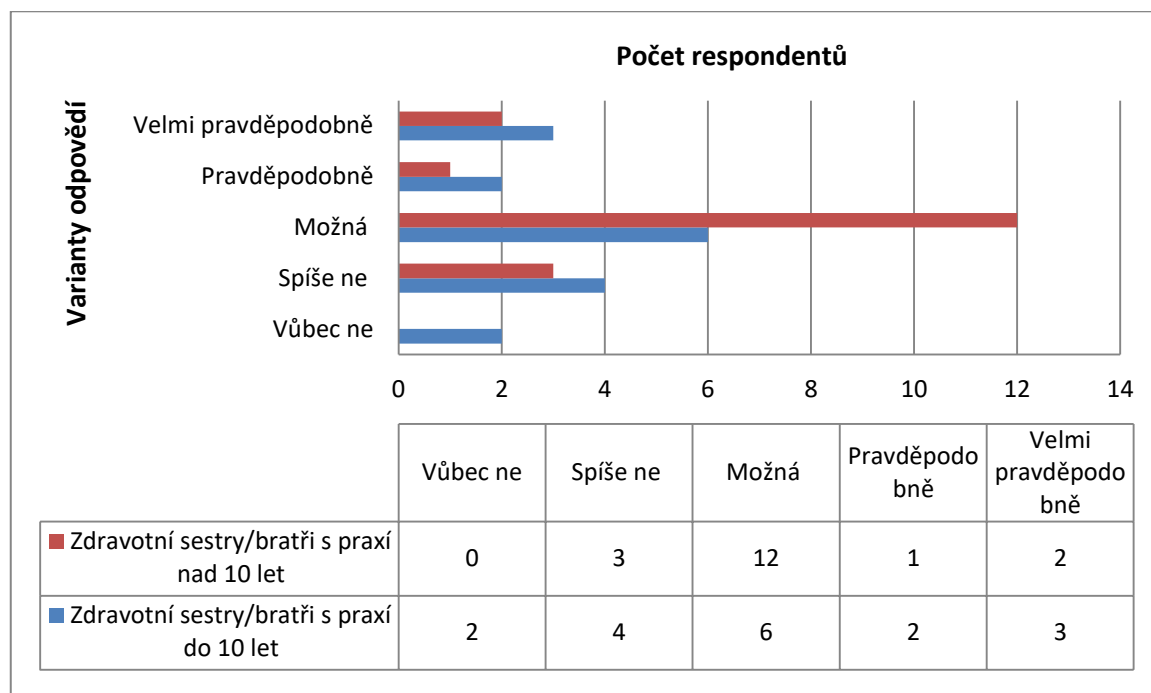
## 52. podotázka

*... lépe se kontroluji než druzí v těže situaci*



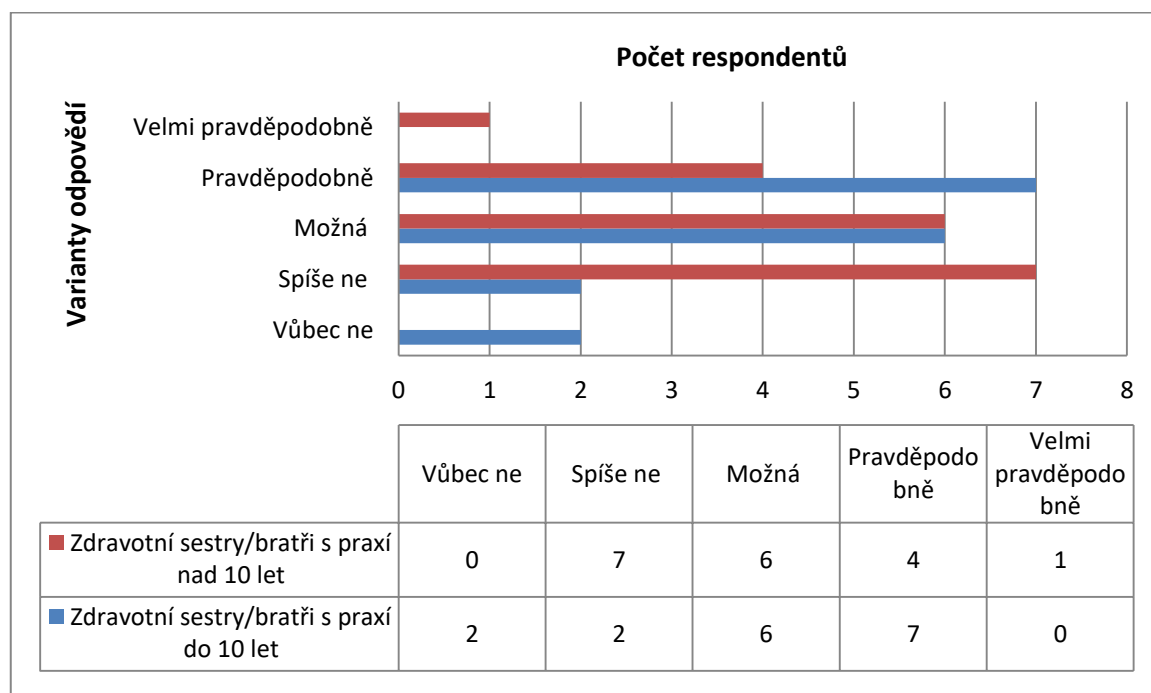
### 53. podotázka

*... koupím si něco, co už jsem dlouho chtěl(a) mít*



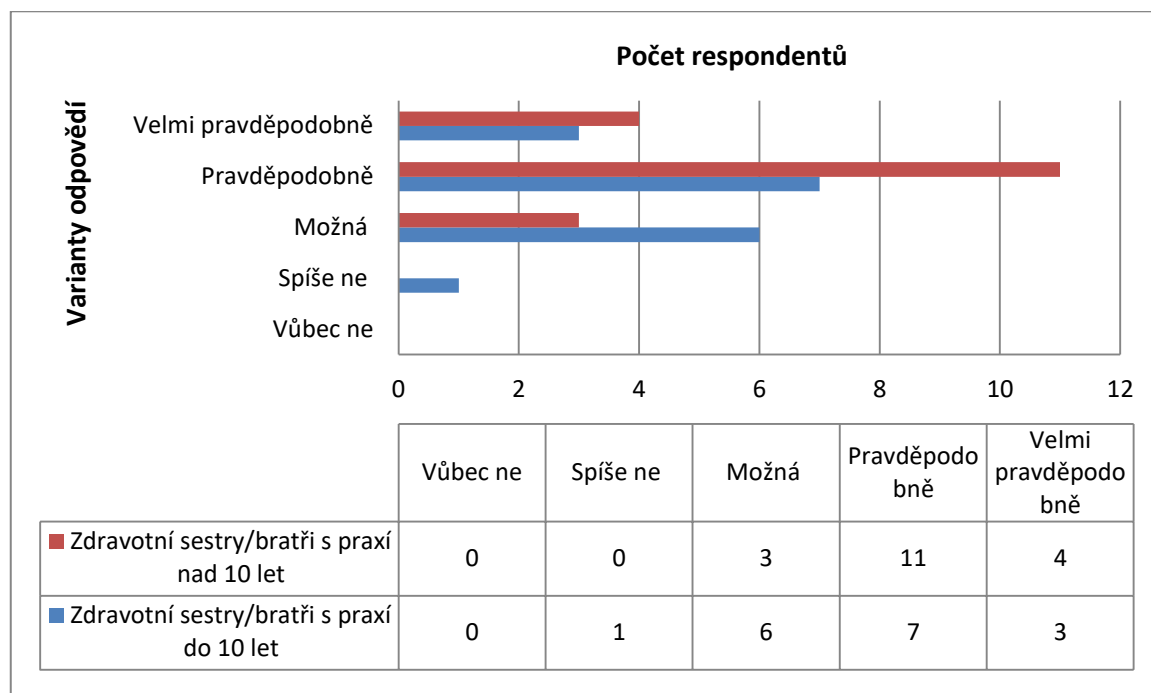
### 54. podotázka

*... obvykle se mně všechno zdá nesmyslné*



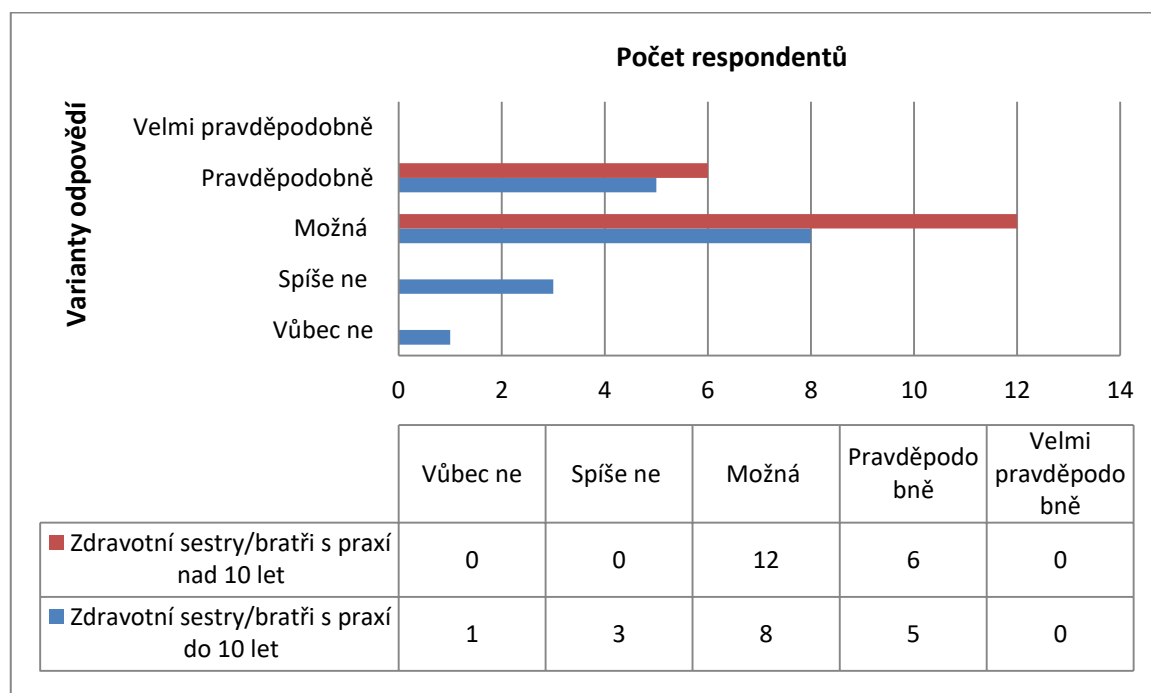
### 55. podotázka

*... ujasním si, že mám možnosti situaci zvládnout*



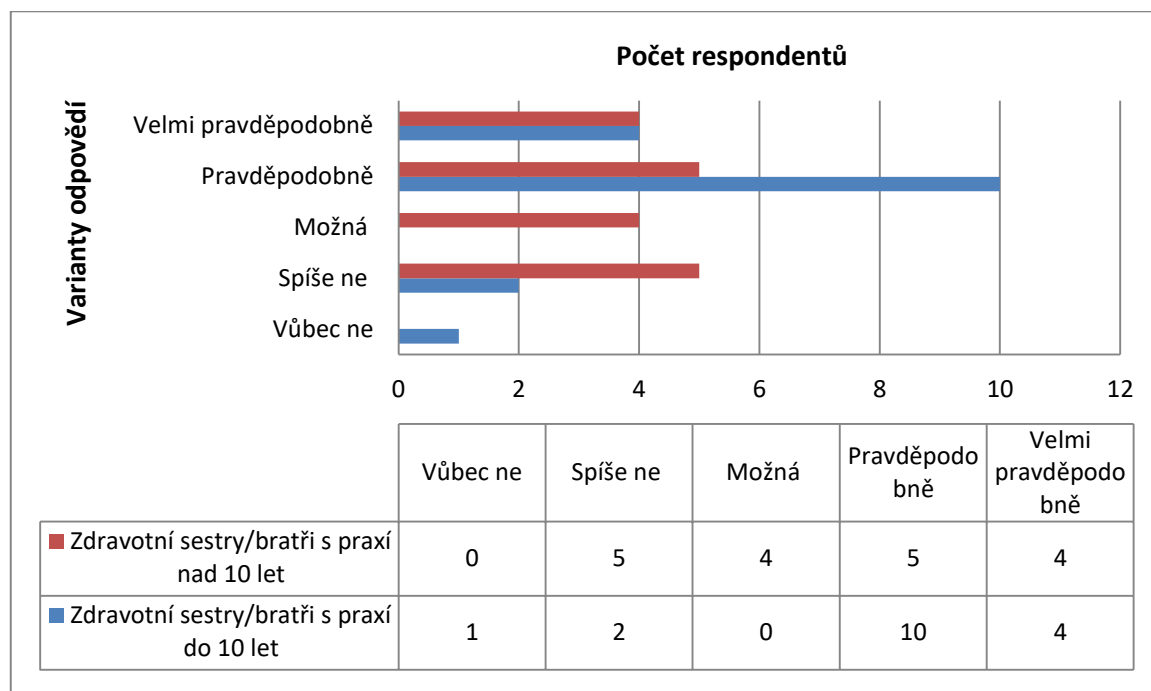
### 56. podotázka

*... myslím si, že na tom nemám vinu*



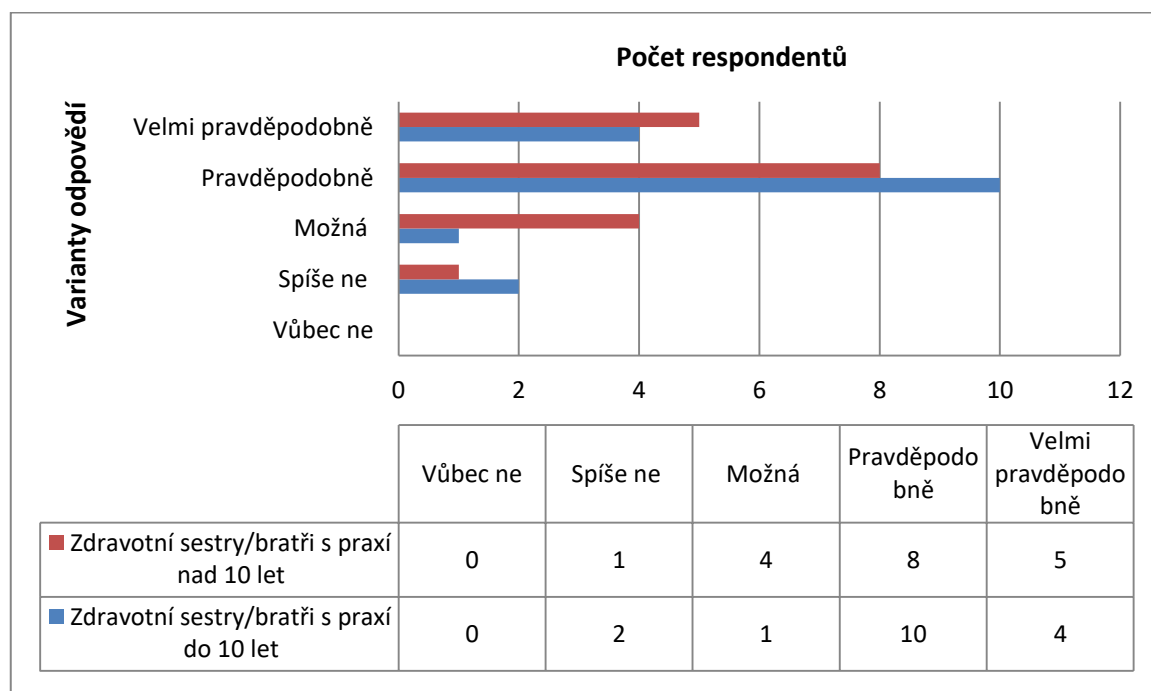
### 57. podotázka

*... potřebuji k tomu slyšet mínění někoho jiného*



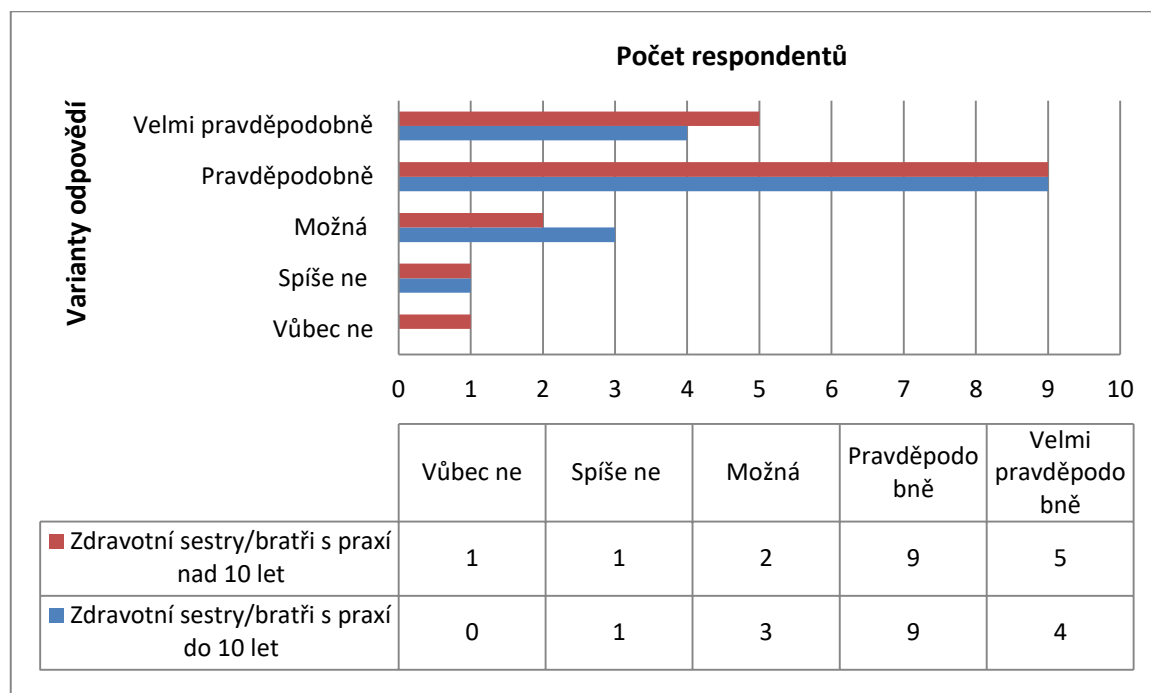
### 58. podotázka

*... snažím se o kontrolu svého chování*



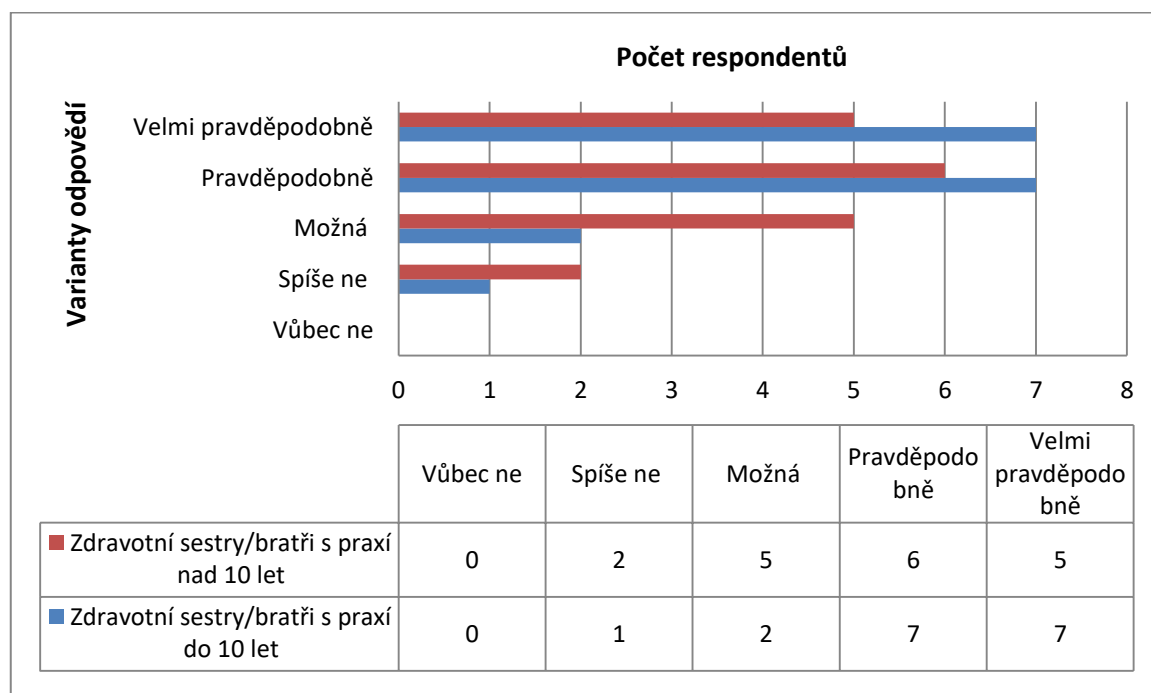
## 59. podotázka

*... pokouším se vymanit se ze vzniklé situace*



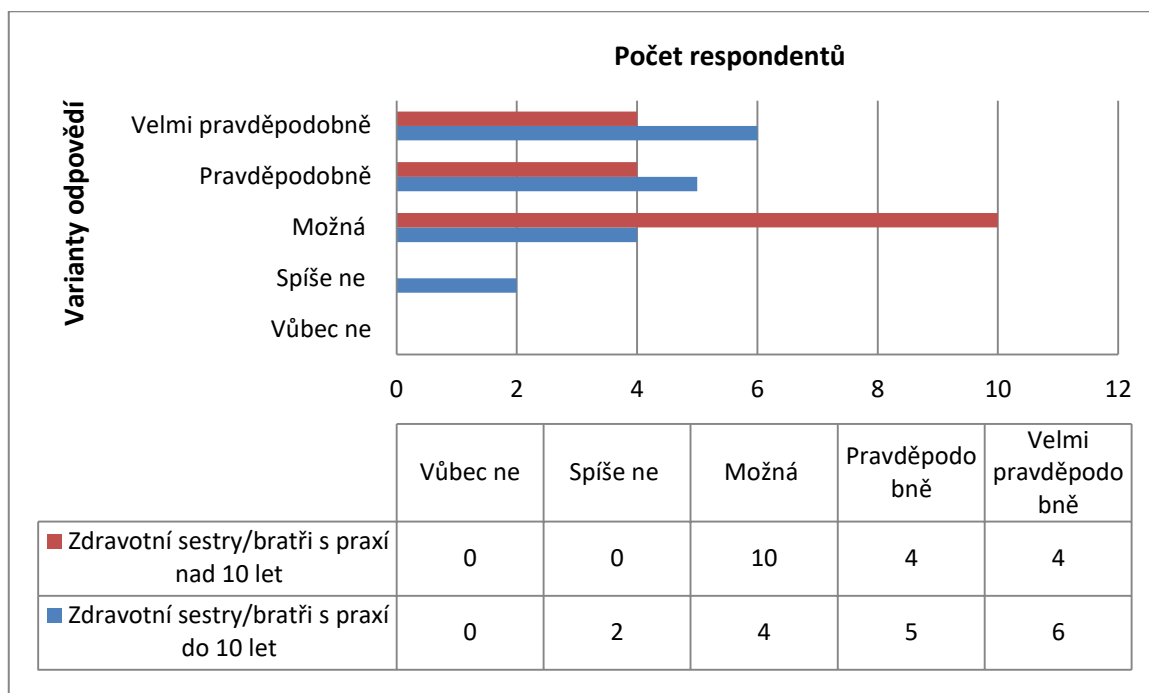
## 60. podotázka

*... v myšlenkách si pak situaci znovu a znovu přehrávám*



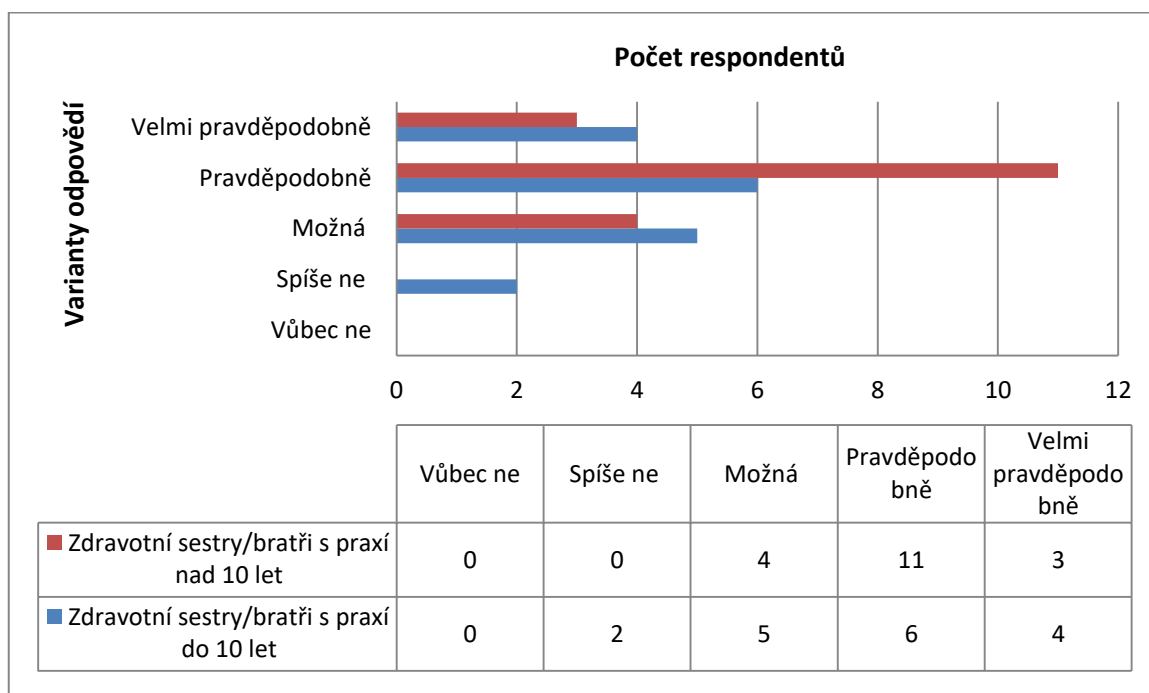
## 61. podotázka

... *aktivně se snažím situaci změnit*



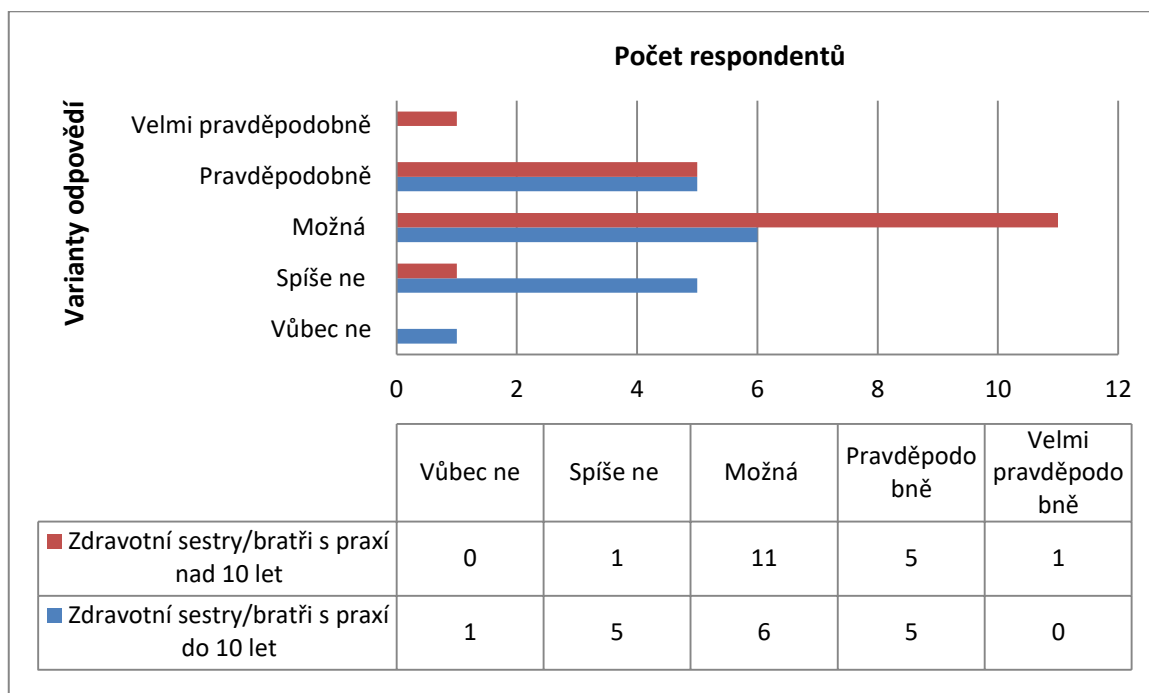
## 62. podotázka

... *řeknu si: „dokážeš se s tím vypořádat“*



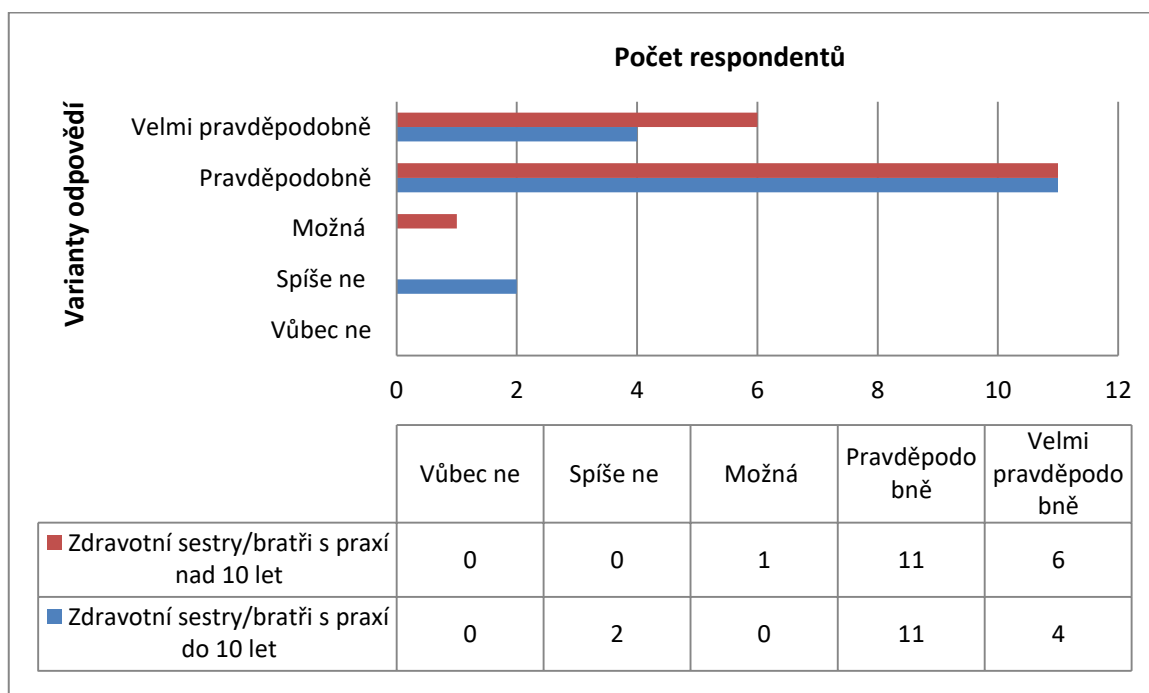
### 63. podotázka

*... přece se zase uklidním rychleji, než ostatní*



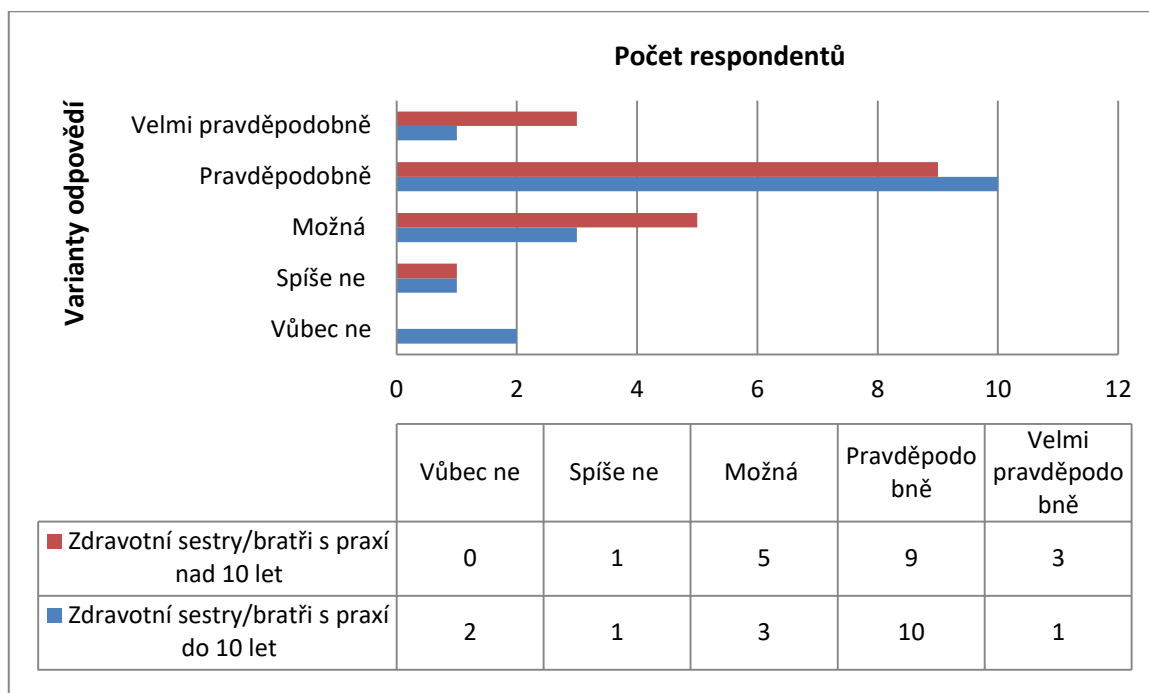
### 64. podotázka

*... dbám na to, aby příště k takovým situacím vůbec nedocházelo*



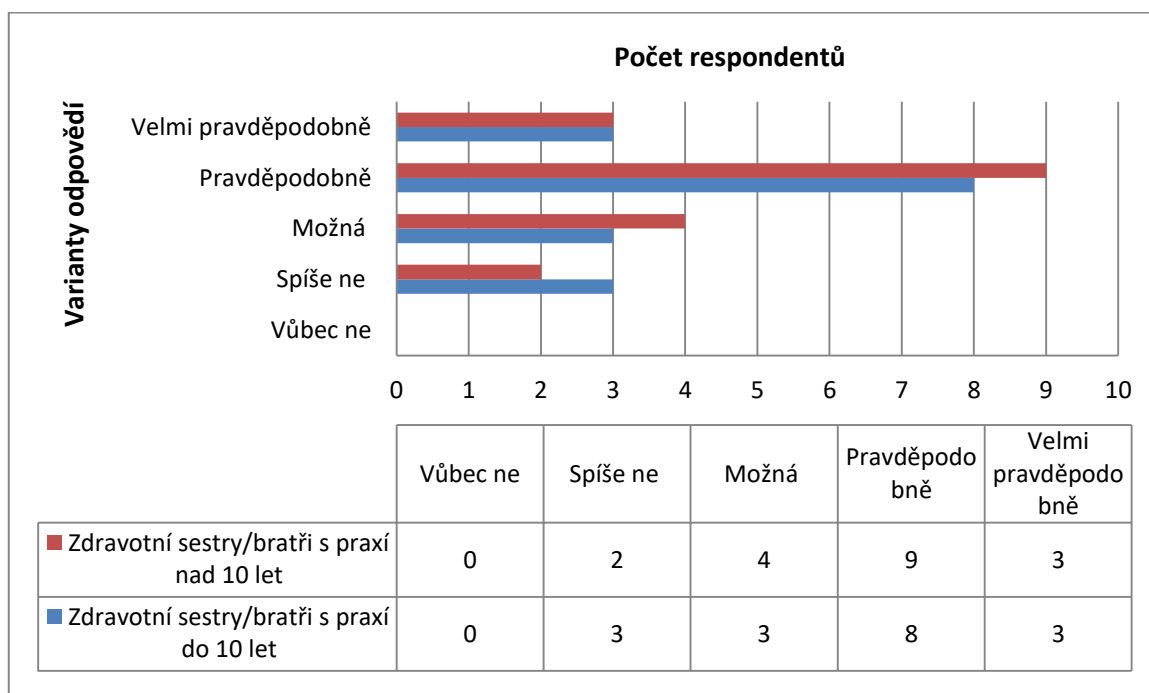
### 65. podotázka

... hledám něco, co by mě mohlo potěšit



### 66. podotázka

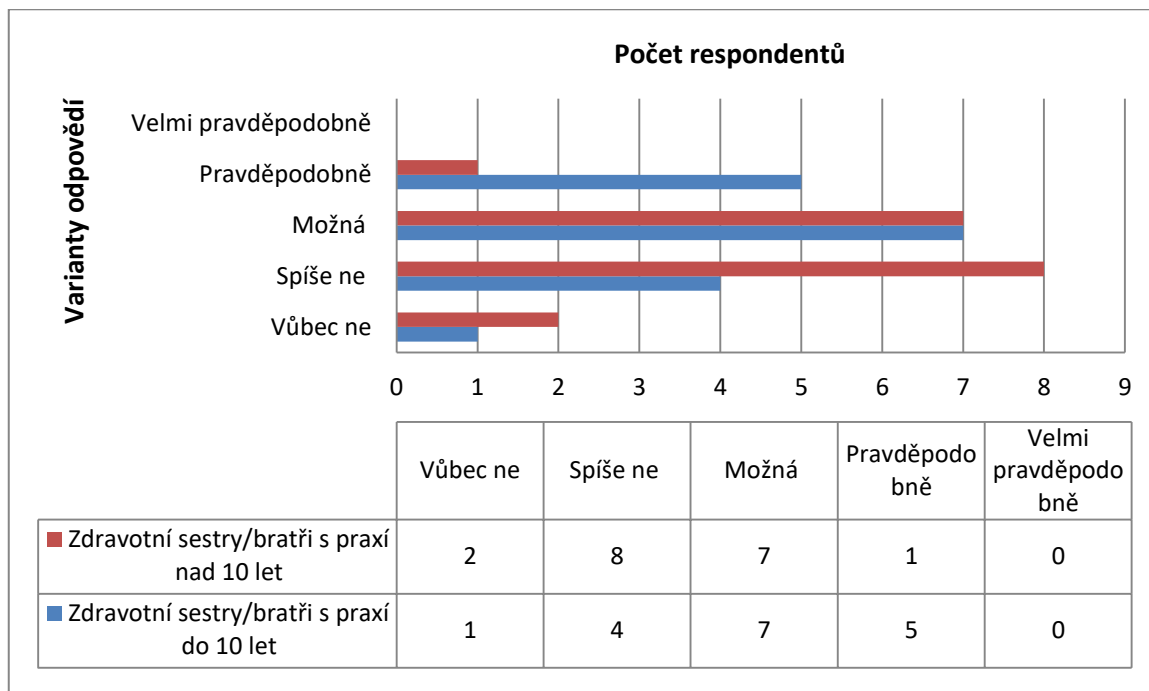
... snažím se od toho odpoutat pozornost





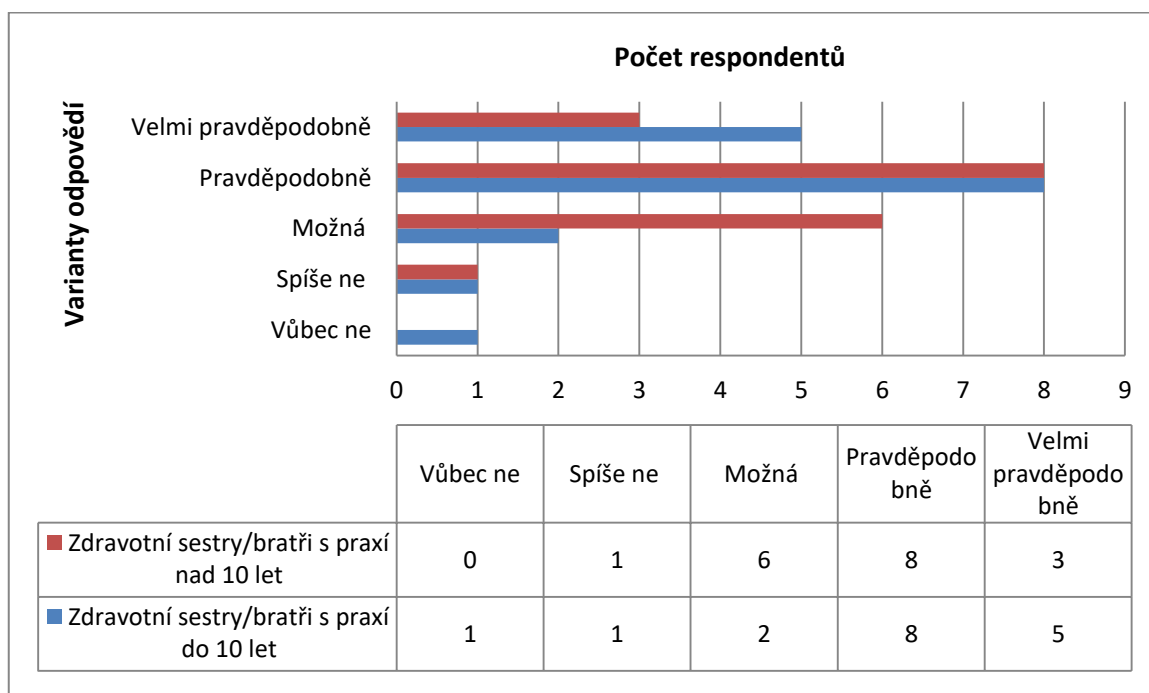
### 67. podotázka

... hledám vinu sám (sama) u sebe



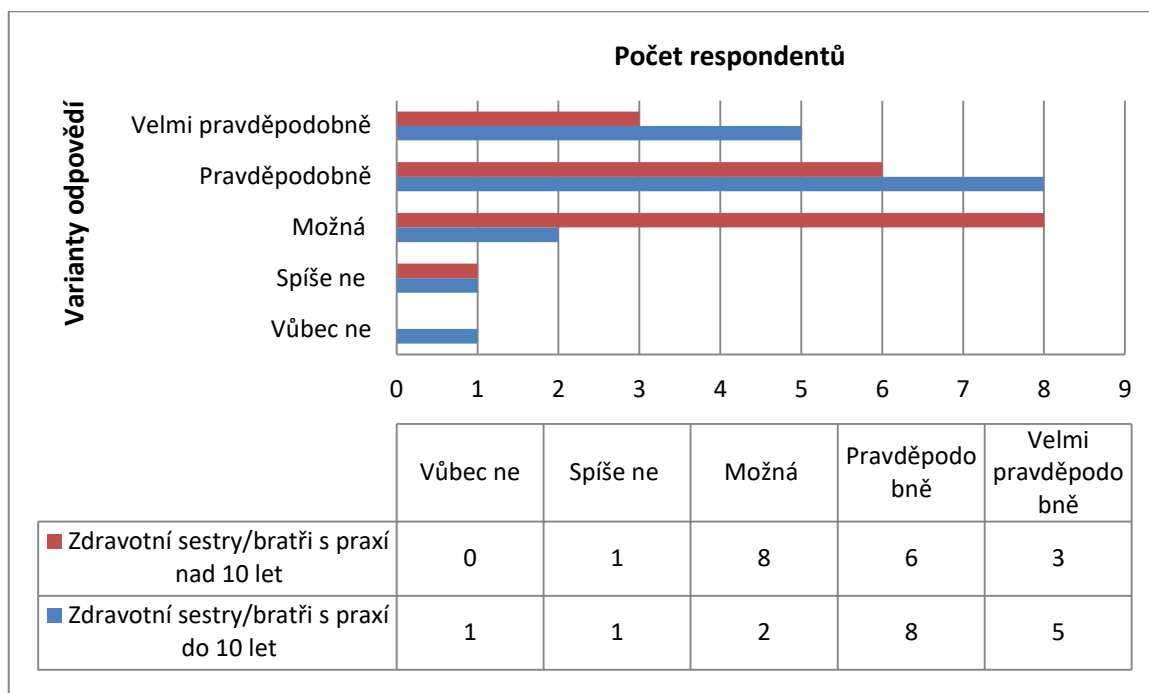
### 68. podotázka

... snažím se s někým o problému hovořit



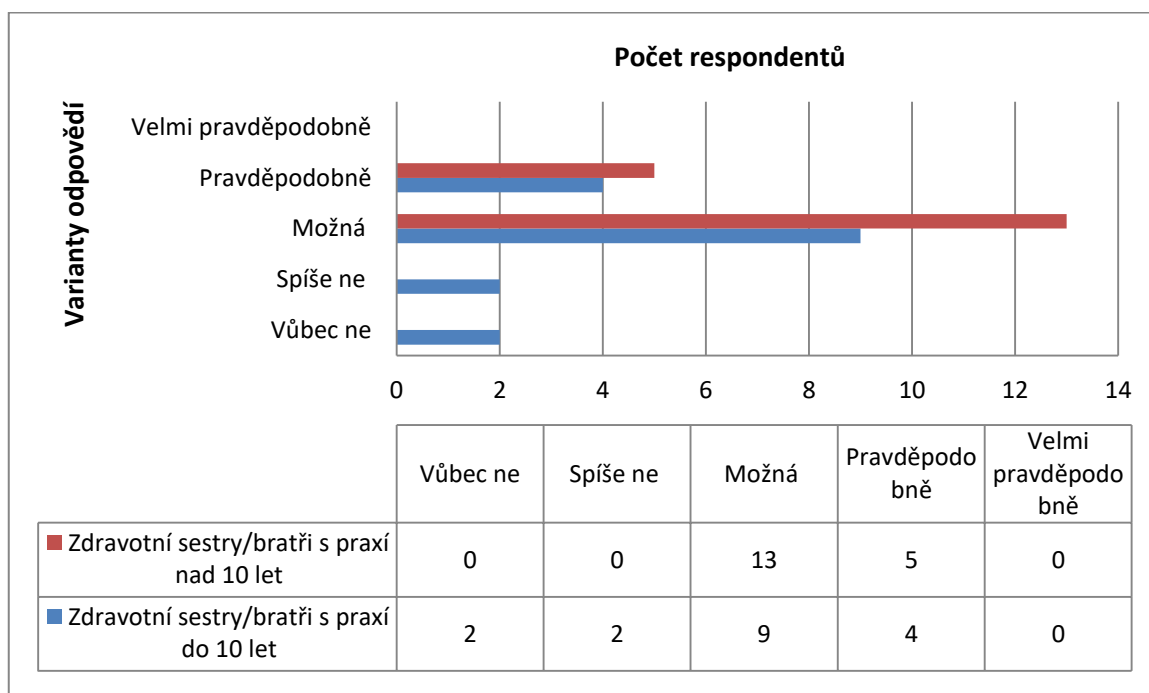
## 69. podotázka

*... prostě se pak nemohu zbavit myšlenek na tuto situaci*



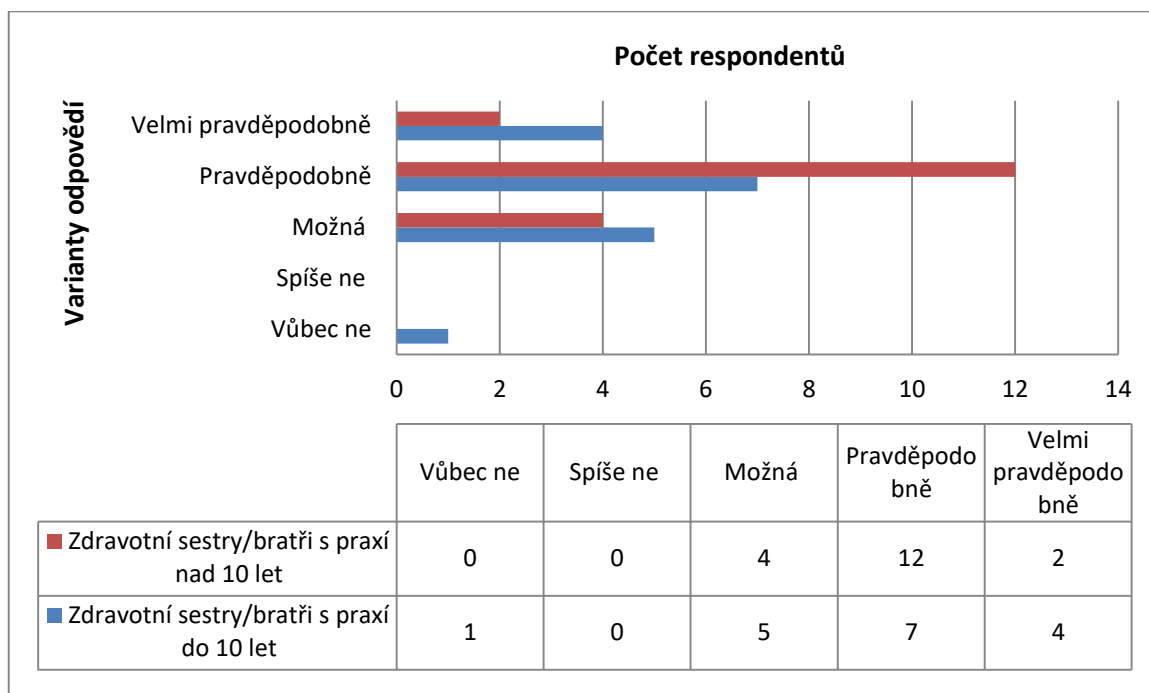
## 70. podotázka

*... myslím si, že k tomu nedošlo mou vinou*



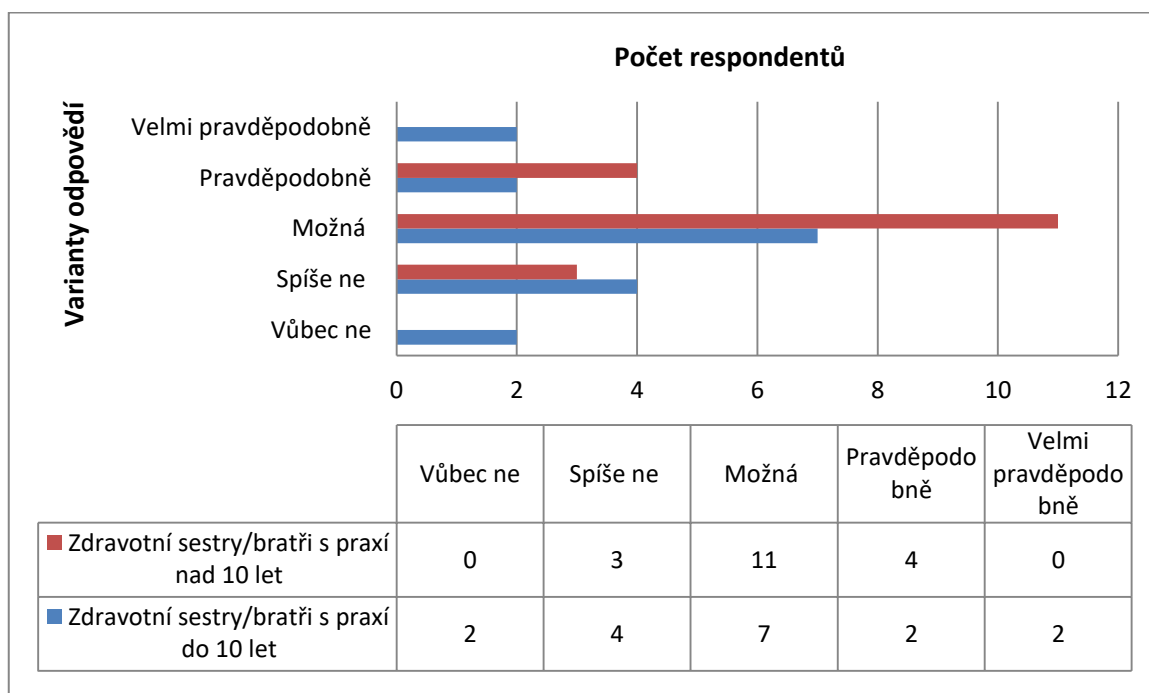
## 71. podotázka

*... řeknu si, že se nesmím dát vyvést z klidu*



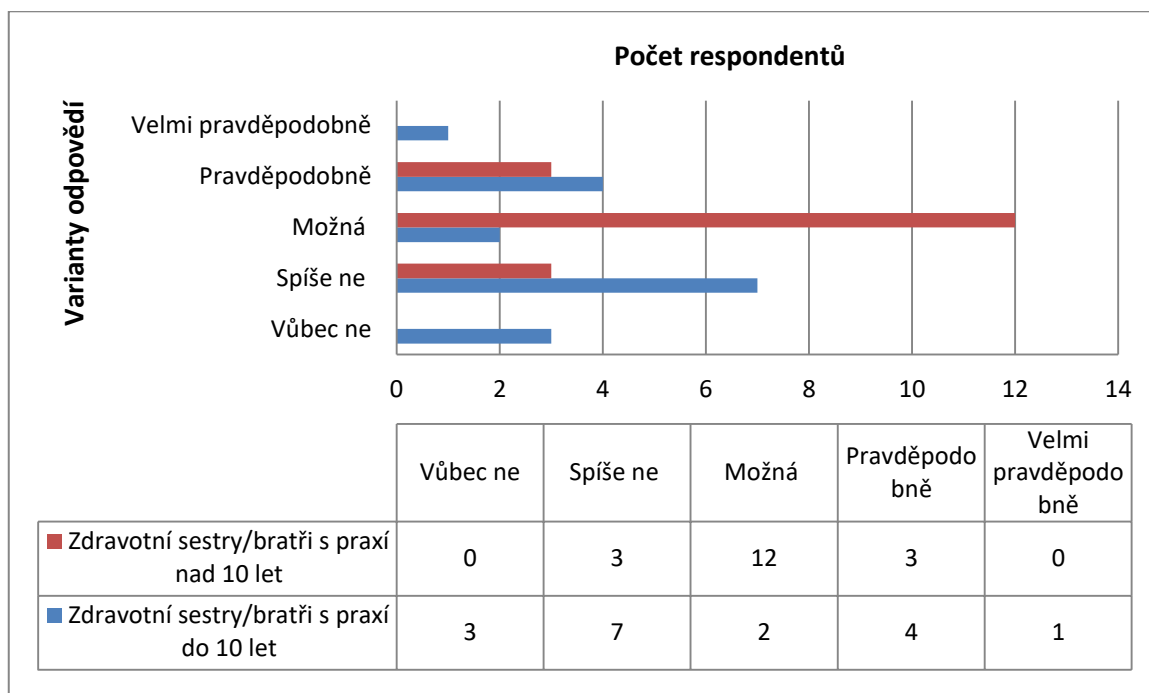
## 72. podotázka

*... splním si nějaké dlouho vytoužené přání*



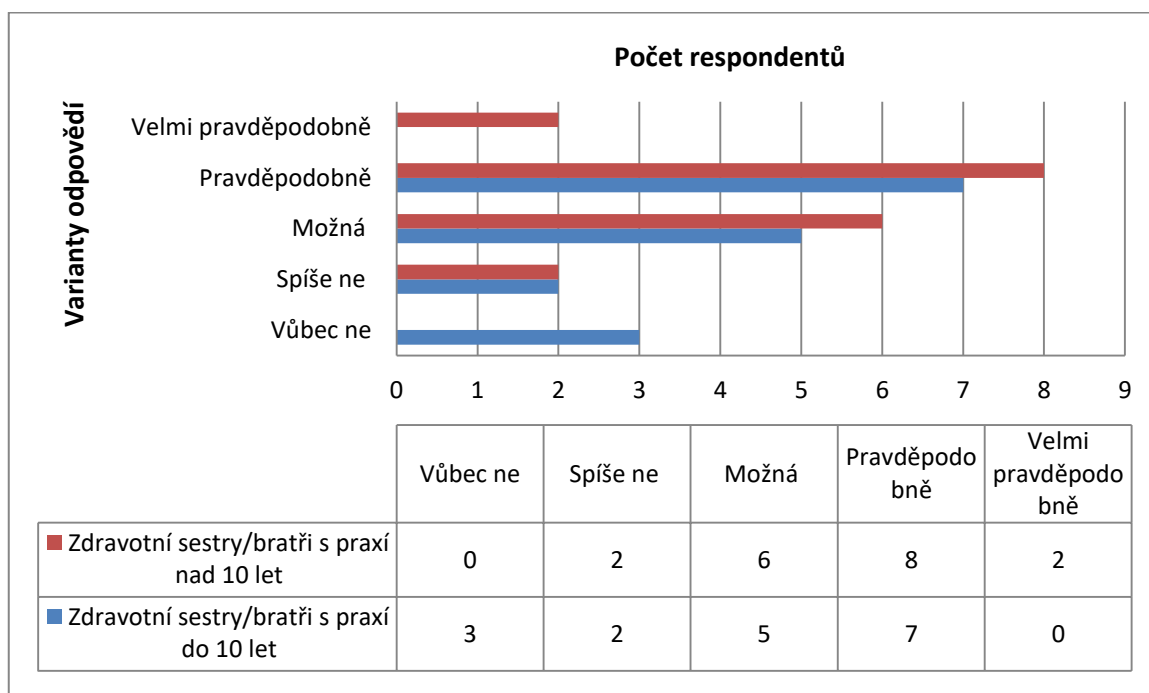
### 73. podotázka

*... beru to lehčeji než jiní ve stejné situaci*



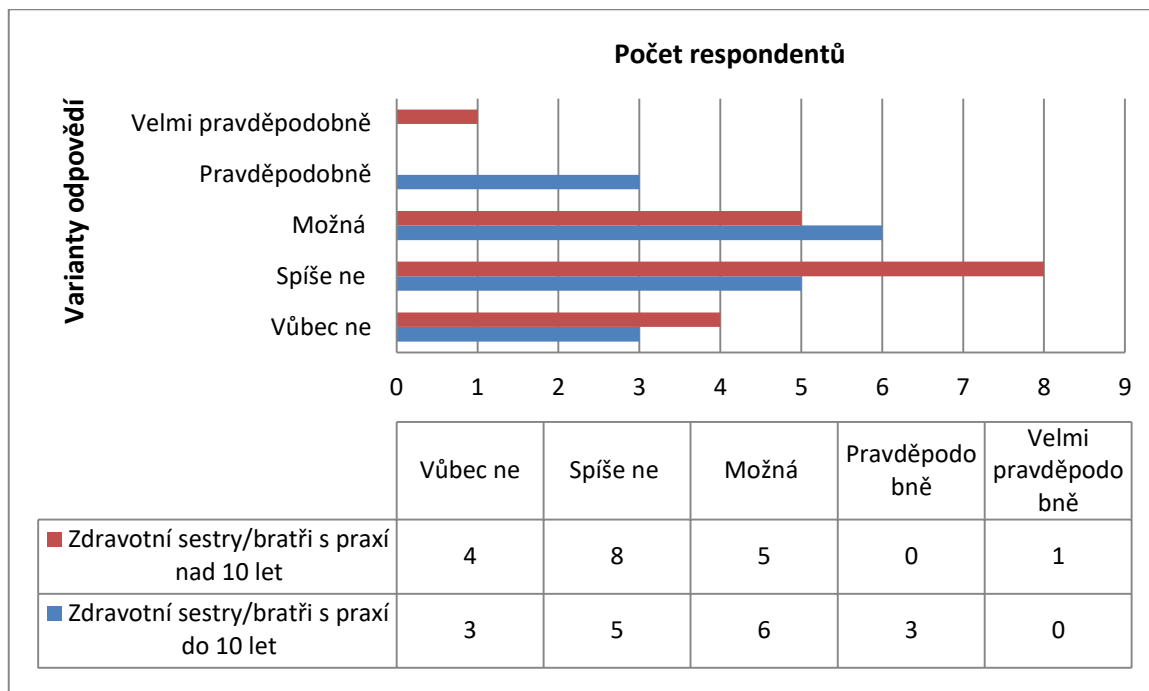
### 74. podotázka

*... nějak se od toho odpoutám*



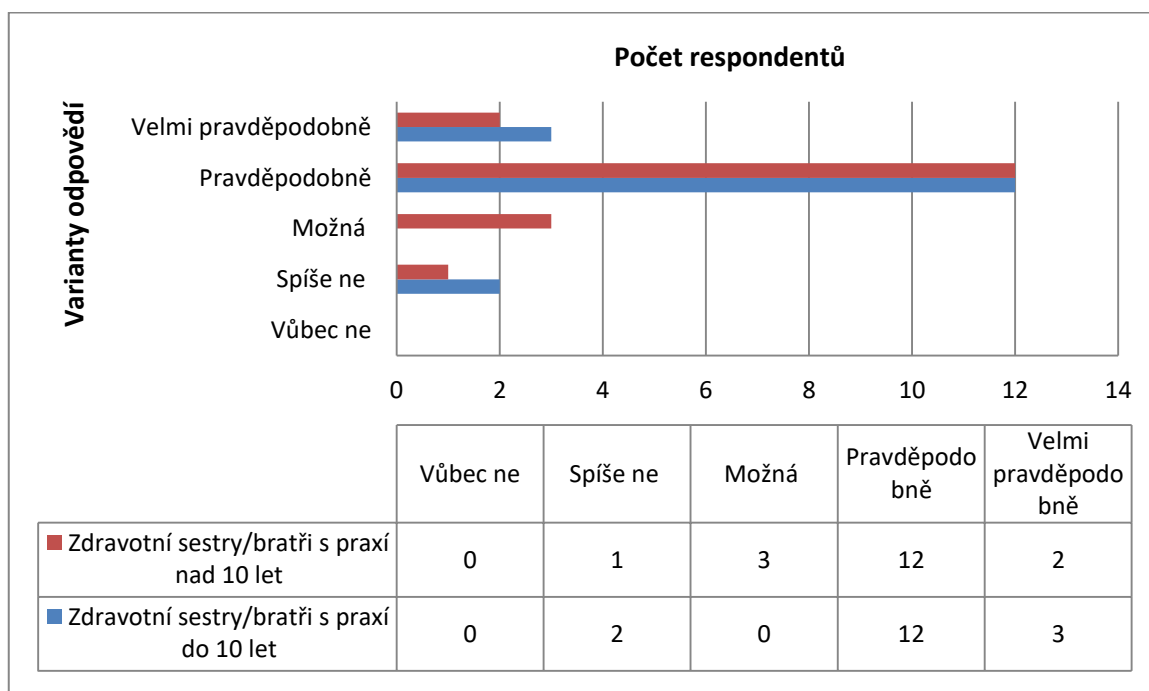
## 75. podotázka

*... mám sklon rezignovat*



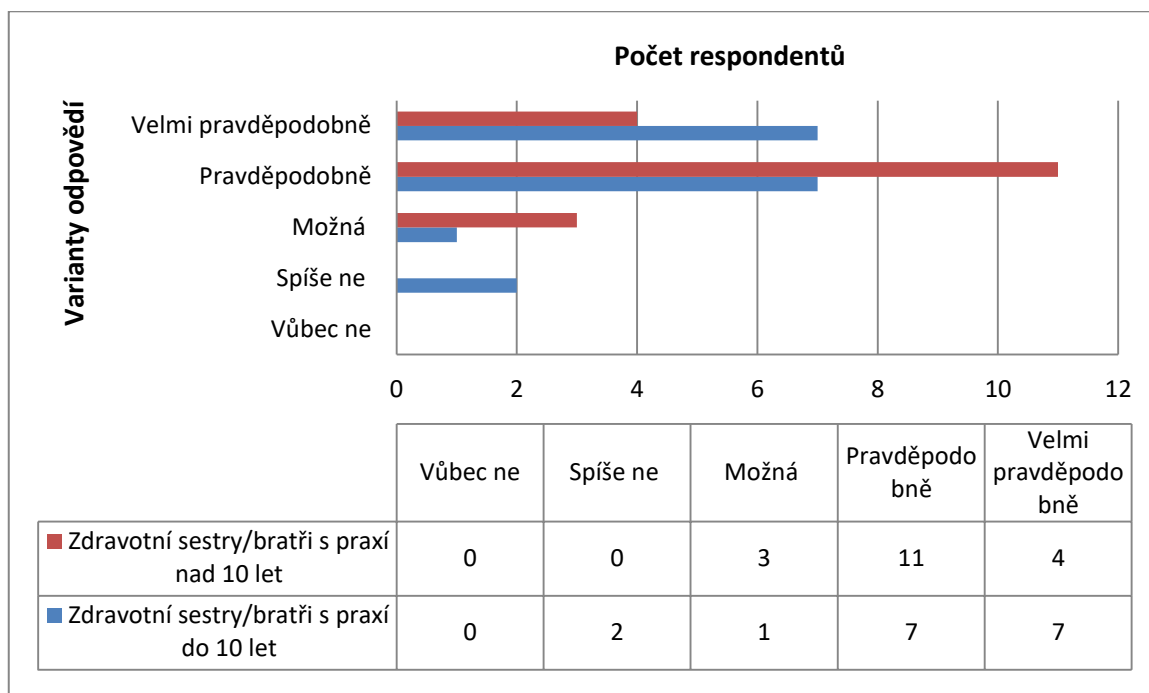
## 76. podotázka

*... snažím se přesně si ujasnit důvody, které k situaci vedly*



### 77. podotázka

... uvažuji, jak se mohu příště vyhnout takovým situacím



### 78. podotázka

... nejraději bych od toho jednoduše utekl(a)

