

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**COPINGOVÉ STRATEGIE U STUDENTŮ  
VYBRANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ**

Coping strategies of students of selected health care programs



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Michal Kopecký

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Viktorová, Ph.D.

Olomouc

2019

### Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: Copingové strategie u studentů vybraných zdravotnických oborů vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V..... dne.....

Podpis.....

## Poděkování

Rád bych na tomto místě poděkoval za velmi cenné rady a důsledné metodické vedení při zpracování této práce své vedoucí diplomové práce Mgr. Lucii Viktorové, Ph.D. Současně bych rád poděkoval své rodině za podporu při studiu. Dále mé díky patří Fakultě zdravotnických studií, která mi umožnila provést výzkum na své půdě a všem zúčastněným studentům, kteří se do něho zapojili.

# Obsah

Úvod.....	6
1 Stres .....	7
1.1 Teoretická východiska.....	8
1.1.1 Fyziologická teorie stresu .....	8
1.1.2 Psychologická teorie stresu.....	9
1.2 Dělení stresu.....	10
1.3 Faktory ovlivňující vznik a vnímání stresu.....	11
1.4 Zdroje stresu a typy stresorů.....	12
1.5 Příznaky stresu.....	13
2 Syndrom vyhoření.....	15
3 Copingové strategie .....	19
4 Charakteristika oborů.....	25
5 Související výzkumy.....	28
6 Popis výzkumného problému.....	34
7 Typ výzkumu a použité metody.....	36
7.1 Popis výzkumného vzorku .....	36
7.2 Metody získávání dat .....	37
Metody zpracování a analýzy dat .....	38
Etické hledisko a ochrana soukromí .....	39
8 Analýza dat a její výsledky .....	40
8.1 Analýza a popis dat dotazníku SVF 78.....	40
8.2 Analýza a popis dat dotazníku PVS 50.....	44
8.3 Výsledky testování hypotéz.....	47
8.3.1 Analýza celých skupin.....	47

8.3.2	Analýza výsledků mezi jednotlivými skupinami studentů a normou .....	49
9	Diskuze .....	52
10	Závěr .....	58
11	Souhrn.....	59
12	Zdroje.....	63
13	Přílohy.....	70

## Úvod

Téma stresu se stává čím dál aktuálnější, neboť nás obklopuje a doprovází mnoho denních činností, které jej v nás mohou vyvolávat. Fyzika stres definuje velice zajímavě, a to jako sílu působící na jednotku plochy. V lidském pojetí můžeme plochu nahradit odolností a vyplývá z toho, že přemíra zátěže na „plochu“ odolnosti nám určuje míru stresu. Z toho vyplývá, že čím větší odolnost, tím vznikne menší stres a čím menší odolnost, tím působí větší stres. Toto je velice důležité, neboť mnoho lidí se domnívá, že lidé přijímají stres jako fakt a neuvědomují si, že každý z nás má jiné dispozice s ním nakládat, což souvisí s onou odolností. V této práci je řešen stres a odolnost u studentů zdravotnických oborů, konkrétně všeobecná sestra, zdravotnický záchranář a porodní asistentka. Zaměření této práce bylo zvoleno z důvodu velké míry vyhoření v těchto profesích a monitorování, zda studenti těchto oborů jsou schopni dostatečně pracovat se stresem, copingovými strategiemi a zda jsou dostatečně odolní vůči stresu.

# TEORETICKÁ ČÁST

V této části jsou operacionalizovány pojmy a popsána východiska teorií, které se týkají empirické části. Dále jsou zde popsány vybrané studijní obory studentů, kteří byli zařazeni do výzkumu a ukázka předmětů, jejichž náplní je – jak v teorii, tak ve cvičeních – práce se stresem a copingovými strategiemi nebo příprava na situace, které mohou stres vyvolávat, čili předměty s praktickým způsobem výuky. Jako první je podrobněji popsán pojem stres, neboť jeho základní pochopení a práce s ním je nedílnou součástí copingu. Jeho včasná identifikace a dobré porozumění může napomoci využití správných strategií a předejití syndromu vyhoření či jiným negativním psychickým dopadům.

## 1 Stres

Bližší seznámení s tímto pojmem a jeho teoretickými pojetími nám pomůže lépe identifikovat jeho projevy, což má za následek dřívější využití strategií pro jeho zvládnutí a snížení jeho dopadů na jedince. Odborný termín stres pronikl do psychologie v roce 1969, kdy jej v této souvislosti začali užívat profesori N. Miller a B. Brown. K následnému rozšíření napomohl významně i R. Lazarus (Křivohlavý, 1994). Paulík (2017) popisuje stres jako stav v konkrétní situaci, ve které zátěž přesahuje únosnou míru adaptačních možností organismu, které můžeme rozdělit na expoziční a dispoziční. Jako expoziční možnosti, jinak i faktory, můžeme označit požadavky, jimž je člověk vystaven, jakési nároky, tlak na jedince, aby dosáhl cíle. Dispoziční možnosti jsou vnitřní či vnější možnosti napomáhající zvládnutí nároků (Hladký, 1993). Pešek a Praško (2016) popisují stres jako zatížení organismu vlivem různorodých stresorů. Plamínek (2013) jako stav napětí, jimž organismus reaguje na podněty, které můžeme označit jako stresory. Selye (1966), jej definuje jako míru opotřebením, jež způsobuje život. V jiné literatuře je popsán jako nespecifická odpověď organismu na jakýkoli požadavek vnitřní či vnější, který je kladen na organismus a narušuje normální chod funkcí organismu (Cungi, 2001). Toto opotřebením může být fyzické, psychické i sociální, které na nás neodvratitelně neustále působí. Dalo by se i říci, že nadměra stresu a jeho následky ovlivňují celkové zdraví, a to ve smyslu, jak jej definovala světová zdravotnická organizace (WHO) již 7. 4. 1948, jako stav fyzické, duševní i sociální pohody a nikoli jen nepřítomnost nemoci (Gulášová, 2014). Pelcák (2015) přidává ještě rozšíření stresu jakožto zátěž a její složky, tedy složky ovlivňující vznik, průběh a výsledek. Jsou to podnět, subjektivní prožitek a reakce na

podnět. Garrosa (2010) ve svém výzkumu přímo potvrzuje, že zvládání stresu, využívání copingových strategií a dobré sociální zázemí má vliv na syndrom vyhoření.

## 1.1 Teoretická východiska stresu

Stres nás doprovází od prvopočátku života a v určitých chvílích to byl on, kdo nás donutil se posunout z daného místa. V období po druhé světové válce, v důsledku velkých společenských změn, nastala situace, kdy se stres stal předním zájmem studia různých oborů, jako sociologie, psychologie, medicíny. Filozofický základ můžeme přiřadit V. E. Franklovi, který na základě svých zkušeností a velice traumatizujících zážitků tvrdil, že lidé jsou v těžkých životních situacích schopni uskutečnit to nejlidštější v sobě, a nakonec přerostou sami sebe (Mareš, 2012).

Ani v dnešní době nemá pojem stres přesnou definici a jednotný výklad. Uvedme však teorie, z nichž jeho dnešní pojetí vychází, přestože nejsou zcela přesné, ale vzájemně se doplňují (Pugnerová & Kvintová, 2016)

### 1.1.1 Fyziologická teorie stresu

Tento přístup pohlíží na vznik stresu jako na odpověď organismu na zátěž s cílem udržet homeostázu<sup>1</sup>, jak jej definoval Selye (1976), který je současně považován za nejvýznamnější osobnost tohoto směru a svou teorií navázal na fyziology C. Bernarda a W. B. Cannona. Můžeme říci, že je Selyeho teorie redukcí na soubor neurofyziologických a biochemických reakcí organismu na podnět či stimul (Mareš, 2012; Paulík, 2017).

Na základě Selyeho teorie byl vytvořen princip obecného adaptačního syndromu (GAS), který se mění pouze v oblasti intenzity odpovědi organismu a jeho potřeb v závislosti na intenzitě požadavků. Selye došel k názoru, že stres je obecný a je to reakce na jakýkoli podnět. Rozdělil jej na tři fáze (Maďa, 2015; Paulík, 2017; Pugnerová, 2016; Vodáčková, 2012).

**Poplachová reakce**, jako první z celé série a baterie obranných algoritmů, které má tělo připravené, nastává po střetu jedince se zátěží. V tuto chvíli se vlivem katecholaminů (adrenalin a noradrenalin) a glukokortikoidů (kortizol) dostává do oběhu velké množství energie (vlivem zvyšování glykémie<sup>2</sup>) potřebné k prvotnímu potlačení šoku, který vyvolává konfrontace s vysokou mírou zátěže. Dochází také k bronchodilataci, zvýšenému

---

<sup>1</sup> Homeostáza je stálost vnitřního prostředí a mechanismy, které tuto stálost zajišťují. Můžeme ji označit jako fyziologickou reaktivitu propojující soubor systémových dějů obsahujících detekci, vstupy a výstupy (Trojan, 2003).

<sup>2</sup> Hladina glukózy (cukru) v krvi (Jabor, 2008).

prokrvení svalů, srdce a mozku, snížení prokrvení ve vnitřních orgánech. Behaviorálním projevem celé reakce těla je útok nebo útěk s emocionálním projevem hněvu, strachu či úzkosti.

**Stádium rezistence**, v této druhé fázi dochází k částečnému uvolnění, zklidnění, kdy hormony iniciují pozastavení připravenosti těla na stres. Toto je velice důležitý okamžik, kdy je organismus nejodolnější vůči stresu a kdy se rozhoduje, zda se tělo vyrovná s nadměrnými požadavky a stresovou reakci zvládne, nebo zda setrvá i následně v napětí a po delší době, kdy není organismus schopen již odolávat, dojde do fáze číslo tři, tedy k vyčerpání.

**Stádium vyčerpání** nastává po dlouhodobém působení stresu a organismus již není dále schopen kompenzovat a adekvátně reagovat na nastalou situaci. Následkem může být úplné vyčerpání až kolaps organismu. Toto jsou samozřejmě nejkrajnější případy, nicméně vlivem rychlých změn dnešní doby, nedostatku odpočinku a času pro sebe a na sebe navzájem se s nimi setkáváme stále častěji.

Selye předpokládá, že každý jedinec se rodí s rozdílným množstvím energie uplatnitelné při střetnutí se zátěží. Ta se však spotřebovává a není obnovitelná, což způsobuje nižší a nižší zásoby energie pro vyrovnání se s dalšími negativními situacemi (Mareš, 2012).

Kebza (2003) píše, že psychosociální stresory mohou mít vliv na imunitní systém s následným spuštěním patofyziologických procesů, které by nemusely vůbec nastat nebo by nastaly později. Motzer (2004) ve svém článku je uvádí, že je rozdíl v působení stresu na organismus muže a ženy, kdy muži jsou více orientováni na útok a ženy na útěk, což je hormonálně podloženo.

### 1.1.2 Psychologická teorie stresu

Nejvýznamnějším představitelem této teorie je R. Lazarus (1966), který tvrdí, že podnět se stává stresujícím ve chvíli, kdy jej jedinec sám hodnotí jako ohrožující v oblasti fyzické, psychické či sociální. Toto se nazývá transakční model stresu, kdy na základě vyhodnocení<sup>3</sup> psychikou se spouští adaptivní fyzické reakce. Vývoj člověka v této oblasti nezaznamenal takový posun, jako vývoj společnosti, a tak se dnes již nesetkáváme s přímým ohrožením života tak často jako dříve, avšak dnes je ohrožené naše psychické já,

---

<sup>3</sup> Na vyhodnocení se podílí limbický systém, který ovlivňuje zapamatování a emocionální dekodování (Orel & Facová, 2009).

naše ego, jak píše Blonna (2005). Tato teorie zahrnuje celý komplex reakcí, nejenom kognitivní hodnocení, emoce, ale i copingové strategie a přehodnocení. Jedinec zvládá stres, když se snaží o snížení vnímaného nebezpečí či zmírnění emocí, z čehož vychází strategie zaměřené na řešení problému (problem-focused coping) nebo na zvládání emocí (emotion-focused coping). Vyhodnocení, které ovlivňuje i následné řešení, je u každého jiné. Na variabilitě vyhodnocení se mohou podílet předchozí i předané zkušenosti. Vedou nás ke dvěma neustále se přehodnocujícím kritériím, **závažnost nebezpečí a vlastní možnosti** s tím pracovat a něco s tím udělat, změnit situaci pomocí svých možností. První kritérium skrývá tři kategorie. První je **událost jako budoucí hrozba**, kdy ještě nenastala, ale může nás v budoucnu ohrozit. **Událost jako ztrátu** hodnotíme, když proběhla a způsobila nějakou újmu. Třetí případ je, že událost je náročná, ale testujeme své schopnosti, dovednosti a sílu, zda ji překonáme, **hodnotíme ji jako výzvu**. A právě zde se v rámci transakčního pojetí stresu začal užívat pojem coping, což znamená zvládání zátěže. Druhé kritérium obsahuje jedinečné možnosti, které jsou vlastní pouze danému člověku (Křivohlavý, 2009; Mareš, 2012).

## 1.2 Dělení stresu

V mnoha lidech vlivem dnešního užívání pojmu stres vyvolává toto slovo negativní konotace. To je však velice zjednodušené a domnívám se, že většina z nás si uvědomuje rozdíl tlaku, který cítíme před velkou zkouškou, rozvodem nebo naopak před svatbou a prvním dnem v práci, o kterou jsme skutečně stáli.

Praško (2016) tvrdí, že stres může vyvolat každá životní situace, a to i pozitivní, která vyžaduje změnit rutinní způsob života a změnit určitým způsobem vzorec chování. Na začátek jej můžeme rozdělit na **eustres** vyvolaný pozitivními životními událostmi (svatba, narození dítěte, nová práce), které mají pro člověka pozitivní konotaci, a **distres** vyvolávají situace s negativní konotací a působí v nás negativní pocity a jeho prožívání nás do značné míry obtěžuje. Příkladem může být již zmiňovaný rozvod, zkouška, řízení dopravního prostředku po prožití autonehodě, ale i pocit hladu, žízně, nemožnosti jít na toaletu, nedostatek spánku (Pešek & Praško, 2016). I zde jsme však vyjmenovali situace, které jsou něčím významné. V našem životě ovšem existují situace, se kterými se setkáváme několikrát denně, nejsou bezvýznamné, ale nepřikládáme jim takovou důležitost, jako výše zmiňovaným. Patří k nim základní fyziologické potřeby a celkově potřeby, jejichž kategorizací se zabýval A. Maslow (2014). Neuspokojení potřeb v nás vyvolává pocity

stresu, ovšem jen v takové míře, že jsme schopni za využití běžných obranných mechanismů si s ním poradit.

Humpl (2013) pojmenovává stres, který nás neohrožuje, nenarušuje významně stabilitu organismu a osobnosti a není pro nás dlouhodobě rizikový, jako **hypostres**. Opakem je **hyperstres**, který výrazně překračuje naše limity a možnosti se s ním vyrovnat a adaptovat se na danou situaci.

### 1.3 Faktory ovlivňující vznik a vnímání stresu

Každý z nás je individuální osobnost, rodíme se s různými dispozicemi **genetickými** a současně vyrůstáme v různých **sociálních i geografických** podmínkách. Genotyp je jedinci dán, fenotyp se však může individualizovat vlivem dalšího působení a stejně tak je to se senzitivitou či resiliencí<sup>4</sup>, která je spojena s proaktivním přístupem vůči stresu. Velkou roli zde hraje také aktuální **stav fyzických i psychických sil, věk, životospráva, mentální možnosti a výchova, typologické vlivy** (Pugnerová & Kvintová, 2016). Tyto faktory, a mnoho dalších, dohromady určují tzv. frustrační práh tolerance nebo frustrační toleranci<sup>5</sup>, jak je popisuje Hošek<sup>6</sup> (1999). Člověk je frustrovaný, když nemůže upustit od svého cílového rozhodnutí a jeho úsilí nevede k dosažení touženého stavu. Deprivovaný je jedinec tehdy, když nemá uspokojené potřeby nebo nejsou uspokojovány v dostatečné míře po delší dobu (Jandourek, 2012). Z toho vyplývá, že na každého z nás působí situace odlišně. Samozřejmě, pro většinu lidí je stresující, když jdou ke zkoušce, která má rozhodující vliv na další ubírání se profesním životem. Nicméně někdo tuto zkoušku zvládne za využití běžných strategií, kdežto druhý bude muset zapojit široké okolí a kompletní spektrum všech možností, aby tuto zkoušku ustál (Sigmund, 2014).

Paulík (2017) k frustraci a deprivaci přidává ještě konflikt<sup>7</sup>, který popisuje jako střet dvou protikladných sil, protichůdných a neslučitelných tendencí, zájmů, názorů. Popisuje několik dalších faktorů, mezi něž patří subjektivní hodnocení, které souvisí s předchozí zkušeností, individuální osobností charakteristiky, jakými jsou pracovní kapacita, intelekt,

<sup>4</sup> Resilienci definuje například Mareš (2012) jako proces odolávání, kdy jedinec vzdoruje negativním událostem. Greene (2002) ji definoval jako univerzální schopnost minimalizovat či překonat dopady nepřízní či protivenství prostřednictvím mnoha vnitřních či vnějších faktorů osobnosti a prostředí.

<sup>5</sup> Pojem zavedl Franz Rosenzweig, a znamená vlastnost organismus projevující se v nestejně silném reagování na frustrujících nebo stresové situace (Sigmund, 2014).

<sup>6</sup> Nakonečný (1997) tvrdí o frustrační toleranci, že je multifaktoriálně ovlivněna. Tedy vícefaktorové působení a následný vznik stresu popisuje již Selye (1966), když tvrdil, že neexistuje jediný škodlivý podnět, jež by vyvolával stres.

<sup>7</sup> Konfliktem se zabýval K. Lewin (1935), popsal jej v knize *A Dynamic theory of personality*. Rozlišil tři typy: apetence x apetence (konflikt dvou pozitivních tlaků), apetence x averze (konflikt pozitivního a negativního tlaku) a averze x averze (konflikt dvou negativních tlaků).

neuroticismus, konstruktivní myšlení, odolnost a jejich vzájemné propojení. Dále způsob vyrovnávání se se zátěží, přítomnost dalších nepříznivých životních událostí nebo denní nepříjemnosti, zkušenosti jedince, sociální opora a status. Jejich vzájemné působení a doplňování působí na přechod od potenciálního na reálné ohrožení, a tedy na vznik a míru stresu.

#### 1.4 Zdroje stresu a typy stresorů

Podněty vyvolávající stres označujeme jako stresory. Jejich důsledná identifikace nám pomáhá při stanovení strategií pro jejich zvládnutí. Každý stresor je jiné úrovně a pro jejich zvládnutí musíme nasadit různé strategie, neboť by bylo velmi nevhodné, kdyby při sebemenším stresu tělo a mysl využívaly celé spektrum zvládacích technik. Při setkání se stresem vysoké intenzity by pak jedinec nebyl schopen adekvátní reakce, která by mu zajistila dostatek energie a variant uplatnitelných při dalším střetu s negativní událostí (Pugnerová & Kvintová, 2016).

Z hlediska typologie stresorů se můžeme setkat s více způsoby dělení než u stresu samotného. Jedním z nich může být dělení od profesora Paulíka (2017), který rozlišuje z hlediska intenzity působení dva druhy stresorů: zaprvé, když podnět působí **extrémně silně**, tzn. nad míru překračující únosnou mez kompenzací, nebo je tak intenzivní, že se tyto kompenzace nestihnou aktivovat. I zde můžeme vzít v úvahu časové hledisko, které nám říká, zda podněty působí extrémně silně v jednu chvíli, ale jejich množství je tak velké, že přesahují možnosti vyrovnání organismu, nebo působí pozvolněji, ale v dlouhém čase, a tedy tělo vypotřebuje své možnosti odolnosti. Zadruhé, podněty mohou působit také na **minimální úrovni** nebo být stabilní, tzn., může docházet k minimálním změnám v jejich charakteru a intenzitě, což může způsobovat monotónnost. Vždy nám tedy jde o kvalitu i kvantitu podnětu a nežádoucnost dané situace, což můžeme popsat dle Atkinsonové (Nolen-Hoeksema, 2012) jako ovlivnitelnost, předvídatelnost a míru překonání našich hranic.

Další obecnější dělení může být na stresory **reálné** a **potenciální** (Špatenková, 2011). Jak vyplývá již z názvu, **reálné** jsou ty, které se nás přímo dotýkají, ovlivňují nás a ty, jimiž jsme skutečně ohroženi v aktuální situaci, kdežto **potenciální** jsou takové, které by mohly nastat, mohly by nás (za určitých okolností) ohrozit a obava z nich může klidně vycházet ze strachu z budoucnosti.

Křivohlavý (1994) nabízí dělení dle intenzity na **makrostresory**, které mají destruktivní charakter a přesahují hranici únosnosti, a **mikrostresory** provázející běžné životní události, které nepůsobí tak intenzivně, ale mohou se dlouhodobě hromadit.

Výše jsme jmenovali několik typů dělení, ovšem neříká nám to až tak nic o uspořádání nebo míře působícího stresu. Jakýsi seznam, škála, byla vytvořena Holmesem a Raheem (1967), když uveřejnili škálu sociální readaptace. Tato škála je vytvořena jako seznam životních událostí, které mohou člověka potkat v průběhu života, společně s ohodnocením intenzity míry stresu. Uvedme několik příkladů, které reprezentují události, se kterými se můžeme setkat v životě nebo se s nimi mohou setkat zdravotníci ve své praxi. Nejnáročnější pro člověka je úmrtí partnera, které je ohodnoceno plným počtem bodů, tedy 100. Následuje rozvod (73 bodů) a rozvrat manželství (65 bodů). Z výsledků ČSÚ vyplývá, že za posledních pět let došlo ke zvýšení sňatečnosti a snížení rozvodovosti, nicméně i tak končí rozvodem cca 50 % manželství. Mezi běžnější stresory můžeme zařadit například dovolenou s počtem 13 bodů nebo Vánoce s 12 body (ČSÚ, 2017). Je třeba tento seznam doplnit o každodenní a zcela běžné nepříjemné události (daily hassles), které člověka také vysilují a připravují o část energie využitelné při copingu. Jejich každodennost sice nezpůsobuje vyšší míru stresu nebo nejsou tak intenzivní, aby je lidé uváděli jako jeho zdroj, nicméně způsobují mrzutost, špatnou náladu, rozmrzelost, a i tím přispívají ke zhoršenému stavu psychiky (Holmes, Rahe, 1967; Pelcák, 2015).

### 1.5 Příznaky stresu

Pro správné uchopení této kapitoly je vhodné vložit informace o fyziologii a o působení stresu na lidský organismus, což bývá v literatuře uváděno jako reakce na stres. Stres aktivuje dvě fyziologické posloupnosti v organismu, a to **sympato–adreno–medulární** (dále SAM) a **hypotalamo–pituitárně–adrenální** (dále HPA). Osa SAM ovlivňuje produkci katecholaminů ve dřeni nadledvin, kam patří adrenalin a noradrenalin. Ty způsobí tachykardii a hypertenzi, čímž ovlivní množství vypuzené krve (ejekční frakce) každého stahu. V dýchacím systému ovlivňuje bronchodilataci, což zvýší okysličení (oxygenace) a množství glukózy ve svalech, srdci, mozku a v jiných důležitých orgánech. Těmito fyziologickými změnami dochází ke zvyšování tlaku, který má výrazný vliv na flexibilitu cév a endotel v cévách. Ten se postupně narušuje, není nesmáčivý, nasedají na něho aterosklerotické pláty, díky nimž se postupně uzavírá průsvit cév. Tyto pláty se mohou při zvýšené námaze a tlaku utrhnout a může dojít k infarktu myokardu nebo cévní mozkové příhodě. Výše zmiňované obtíže jsou fyzické, nicméně katecholaminy mají

na lidský organismus také psychické dopady, jako je zvýšené nabuzení, tedy motivace, bdělost, pozornost, ale pokud to trvá delší dobu, tak samozřejmě také anxiozitu, která je pod kontrolou prefrontálního kortexu (Maďa, 2015; Rokyta, 2016).

Osa HPA je znatelně pomalejší, neboť její posloupnost je ovlivňována hormonální cestou přes hormony hypotalamu (CRH – kortikoliberin a kortikostatin), hypofýzy (ACTH), kůry nadledvin a zpětnovazebně opět přes hypotalamus. Využití těchto dvou os je u každého jedince rozdílné. Obecně by se dalo říci, že extroverti využívají osu SAM a lidé klidné povahy osu HPA. Stejně tak můžeme rozlišit tyto osy i u zvířat, kdy predátoři mají zvýšenou aktivitu SAM a býložravci mají aktivnější HPA (Maďa, 2015; Venglářová, 2011).

Mezi příznaky stresu, které jsou ovlivňovány zmiňovanými fyziologickými změnami, patří v kardiovaskulární oblasti palpitace a svíravá bolest na hrudi. V trávicím a vylučovacím systému se projevuje nechutenstvím, průjmami, častým nucením na močení, křečemi v břiše, plynatostí. Tyto projevy přiřadíme vlivu stresu, ale jsou i jiné příznaky, které nejsou běžné, nebo je nepřidáme vlivu stresu. Jsou jimi vyrážky na kůži, bolesti páteře, snížení libida a impotence, mravenčení v končetinách, migrény, problémy se zrakem. Mezi emocionální projevy patří výkyvy nálad, poruchy pozornosti, zvýšená podrážděnost, úzkostnost, výbušnost, agresivita, deprese, lhostejnost, smutek, apatie. Behaviorální stránku reprezentují příznaky: nemocnost, pomalé uzdravení, snížený pracovní výkon, nechutenství, přejídání, promiskuita, zneužívání drog, nerozhodnost (Pelcák, 2015; Venglářová, 2011).

## 2 Syndrom vyhoření

Tento termín byl zaveden v roce 1974 jako stav vyčerpání fyzické a duševní energie v souvislosti s pracovní zátěží jej popsal H. Freudenberger (1974; Lahana, 2017). Praško (2006) popisuje vyhoření, jako stav úplného vyčerpání, až vyplenění všech energetických zdrojů organismu. Vzniká v důsledku nerovnováhy mezi příjmem, který mu poskytuje okolí a výdaji, které musí organismus investovat. Je také způsoben velmi intenzivním tlakem, který na jedince kladou jiní jedinci. Tento stav je charakteristický emočním vyčerpáním, kognitivním opotřebením a celkovou únavou, což se projevuje i mnoha symptomy v těchto oblastech. Zde je důležité zmínit, že to není zcela shodné s působením stresu, ale je to vystupňovaný stav nasedající na dlouhodobě působící stres a velmi vážně ovlivňuje sociální vztahy, fyzické a psychické zdraví zasaženého. Ve velmi těžkých stavech může dle Morena (2013) dojít až k depersonalizaci a úplnému emocionálnímu vyčerpání spojenému s fyzickým onemocněním. Mercedes (2016) uvádí, že je úsilím zaměstnavatelů, aby co nejvíce implementovali snahy o prevenci syndromu vyhoření, které mají pozitivní vliv na vznik úrazů a poškození pacienta v nemocničních zařízeních.

### 2.1 Průběh syndromu vyhoření

Vyhoření nepřijde jen tak samo od sebe a znenadání, ale prochází dlouhodobým vývojem od velkého nadšení až po vyhoření. Znalost těchto stádií je velmi důležitá pro identifikaci nástupu vyhoření a zahájení intervencí, které zabrání jeho vzniku nebo rozvoji.

Člověk nastupuje do práce, ať již nové nebo první s určitými ideály, snaží se vybudovat postavení, aby byl respektován od vedoucích, od ostatních kolegů a s tím, že chce být platným členem týmu. Po určité době, kdy jeho očekávání nekoresponduje s realitou, nastává přehodnocování situace a může dojít k rozvoji vyhoření. Proces rozvoje a charakteristiky jednotlivých stádií a změny jedince popsali již Edelwich a Brodský v roce 1980. **První** z těchto fází pojmenovali jako **nadšení**, které je charakteristické přemírou angažovanosti, nadšení, vycházení vstříc, aktivním nabízením pomoci kolegům, ale i pacientům, přibíráním většího množství práce s přesčasy, kdy člověk explicitně vyjadřuje radost z toho, že pomáhá druhým, jde do toho na plný plyn. Po této fázi, kdy dojde ke střetu očekávání s realitou, se rozvíjí **druhá fáze**, což je **stagnace**. Postupně začíná být odtažitý vůči požadavkům pacientů, kteří jej také svým jednáním začínají unavovat a obtěžovat, a vyhýbá se jim. Začíná si vybírat, kdo je pro něho dobrý pacient, vyjadřuje se, jako že to nejde dle představ, proč se vlastně o něco snažit, hlavně v klidu a pohodě. **Třetí**

**stádium je frustrace**, které začíná zasahovat i do osobní, soukromé oblasti, a narušuje v drobnostech vztahy s nejbližšími. Typické je, že jedinec reaguje podrážděně na malichernosti, omezuje přátelské kontakty, projevuje se podrážděnost vůči kolegům, izolace od pacientů, kteří něco požadují. Dále také střídání snahy něco změnit nebo naopak přehazování viny na systém, klienty, organizaci a s pocitem, že se stejně nic nezmění. **Čtvrté stádium, apatie**, je charakteristické cynismem, odosobněním a ztrátou zájmu o vztahové řešení. Objevují se pomluvy, každý požadavek je obtěžující, vytrácí se zájem o seberozvoj a výrazně se narušují vztahy v rodině. Projevuje se postoj s přímou kritikou situace, ale „nějak se to vydržet musí“. Člověk si svůj stav nepřipouští a nepouští si nic a nikoho k tělu. **Páté stádium je vyhoření**, kdy je jedinec plný nechuti do práce, ztráty zájmu o nové poznatky, nové pracovní aktivity i o osoby z práce. Vystupňované projevy mohou dojít až tak daleko, že jedinec pociťuje nauzeu až zvracení ráno, když má jít do práce, projevuje se apaticky, ale i agresivně vůči svému okolí a kolegům. Může být extrémně vyčerpaný, mít problémy se spánkem, bolesti hlavy, dechovou tíseň. Mezi psychické obtíže patří agrese, hněv, zlost, podrážděnost, vyhýbání se pracovním povinnostem, verbálně může projevovat, že už se to nedá vydržet, neví, co s tím, má toho po krk (Pelcák, 2015; Pešek, 2016).

## 2.2 Rizikové faktory a příznaky syndromu vyhoření

Předpokládá se, že samotným rizikovým faktorem je životní styl, ke kterému nás vybízí zrychlující se tempo společnosti a zvyšující se nároky na člověka. Hlavním určujícím faktorem je práce, která je spojena s kontaktem s lidmi, velmi časté stresující situace, přítomnost chronického stresu, nadměrné požadavky na výkon, ale i monotónnost práce. K vnějším faktorům můžeme zařadit ještě nedostatečnou oporu v rodině, náročné pracovní prostředí, fyzikální nedostatky v práci, neustálý časový tlak od okolí a přemíru klientů na jednoho pracovníka, nedostatečnou finanční odměnu, práci bez perspektivy. Mezi vnitřní faktory můžeme zařadit negativistický postoj, obsedantní rysy, neschopnost relaxace, nízké sebehodnocení, externí lokalizace kontroly, úzkostnost, hostilitu, snahu zalíbit se jiným, soutěživost, konflikt v hodnotách, nedostatečnou asertivitu, špatné plánování času, snahu potlačovat emoce. V literatuře se udává, dnes již ne moc užívaná, typologie člověka A, což je člověk orientovaný na výkon, značně soutěživý, výkonný, ale až hostilní. Pakliže člověk splňuje vícero těchto podmínek nebo některé ve zvýšené intenzitě, je velice často ohrožen vyhořením (Kebza, 2003; Pelcák, 2015; Pešek, 2016; Pugnerová, 2016).

V průběhu rozvoje vyhoření se objevuje **velké množství příznaků**, které nás upozorňují na vyšší míru stresu s následkem výskytu syndromu vyhoření. Vystupňované vyhoření se může projevovat v několika oblastech. Jednou z nich jsou **fyzické** příznaky, což jsou problémy kardiovaskulárního aparátu, palpitace, bolesti hlavy, gastrointestinální obtíže, pocity na zvracení, respirační obtíže, pocity tísně, nedostatečnosti dechu, pocity stažení v oblasti krku. **Psychické** obtíže jsou podrážděnost, podezřívavost, špatná nálada, depresivnost, nechů do práce. Z **pracovního** hlediska se může projevovat jako ztráta zájmu o činnosti spojené s prací, ztráta zájmu o seberozvoj, nic nemá cenu, přecitlivělost na pracovní činnosti a kolegy, zvýšená sebelítost, neplnění úkolů, negativismus, cynismus, plnění pouze povinných úkolů, postradatelnost a bezcennost vlastní osoby v práci. Nejhorší stav se může zvrhnout až v alkoholismus, narkomanií či v suicidální jednání (Ptáček & Čeledová, 2011). Samozřejmě se liší projevy v jednotlivých stádiích a také je velice rozdílná potřeba a intenzita intervencí zabráňujících vzniku či dalšímu rozvoji syndromu.

### 2.3 Diagnostika syndromu vyhoření, prevence a intervence

Toto onemocnění se diagnostikuje na podkladě syndromologických kritérií. Tedy neexistují jednoznačné objektivní klinické testy, které bychom mohli provést a říci, co je to za onemocnění. K diagnostikování nám slouží klinické projevy a psychologické metody, mezi něž patří dotazníky. Kebza (2003) uvádí např. Maslach Burnout Inventory (autor Maslach, rok vydání 1981) mající tři složky – emocionální vyčerpání (exhaustion), depersonalizaci (depersonalization) a snížení osobní výkonnosti (personal accomplishment) či dotazník Burnout Measure (autorka Pinesová, rok vydání 1981). Vytvoření jejich české standardizované verze je nicméně velmi náročné, než je bude možné zařadit do klinické praxe jako validní nástroje (Kebza & Šolcová, 2003). Při splnění diagnostických požadavků můžeme, dle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN–10), stanovit diagnózu spadající do domény Z73 Problémy spojené s obtížemi při vedení života a kategorie Z73.0 Vyhasnutí (vyhoření), čili stav životního vyčerpání (Laštovková, 2017; Pelcák, 2015).

Spojení prevence a intervence se může zdát nepatřičné, nicméně se vzájemně prolínají. Aktivity, jež můžeme provozovat jako prevenci před vznikem vyhoření, nám napomáhají a fungují i terapeuticky při rozvinutí syndromu. Jedním z takových preventivních kroků může být rozložení své energie do více oblastí než je jedna, a to práce. Trojúhelník „práce, rodina a přátelé nebo volný čas“ je pro člověka velmi důležitý a každá z těchto oblastí by měla být živena stejnou energií. Není důležité, aby tyto oblasti byly naplněny stále ve

stejném poměru, mohou se střídát období, kdy je něčemu obětováno více času a energie, ale po nějaké době by se měly síly vyrovnat (Pešek & Praško, 2016). Honzák (2018) ve své knize popisuje několik postojů a činností, které mohou působit preventivně. Dává například tato doporučení: povzbuzuj sebe samého; buď na sebe mírný, vlídný a laskavý; napomáhej ke změně, ale neměň ty sám; měj své útočiště, kam se můžeš v klidu uchýlit; buď asertivní; nauč se říkat „chci a nechci“, místo „měl bych“; nauč se nepřemýšlet stále nad prací; rozdávej a přijímej radost ve svém okolí; pečuj o své fyzické potřeby, rozvíjej i své tělo. A dodává, že je třeba si uvědomit, že pocity bezmoci a bezbrannosti jsou ve vypjatých situacích naprosto normální.

Jedním z nejvýznamnějších faktorů jsou dobré mezilidské vztahy, především rodinné zázemí a pracovní kolektiv. Stock (2010) popisuje navíc velkou důležitost komunikace a jasného sdělování věcí, které se lidem nelíbí, a získání odstupů, což však jde bez profesionální pomoci velice těžce. Jelikož je tento syndrom propojený s pracovní činností, navrhuje jako řešení vyjasnění informací s nadřízeným a svými kolegy. Další variantou jsou přiznání si svých slabín, jasné stanovení svého cíle, který je pozitivně formulován a dodává energii. Jedním z nejvýznamnějších protektivních faktorů, na kterém se shoduje většina autorů zabývajících se stresem a copingovými strategiemi, je sociální opora, která hraje velmi významnou roli při zvládnání jednorázového velkého i každodenního malého stresu. Efekt sociální podpory spočívá ve snižování stresu, avšak není nevyčerpatelný. Jakmile dojde k vyhoření, jsou do značné míry ovlivněny i sociální vztahy. Mezi intervence můžeme zařadit relaxaci, a pokud již dojde k rozvoji, kontaktování odborníka a konzultace jednotlivých kroků a činností s terapeutem, psychologem či psychiatrem (Vévodová, 2016).

### 3 Copingové strategie

V odborné literatuře není přesná shoda u definice slova coping, ale můžeme uvést velmi často citovanou, původní, kterou vytvořili Lazarus a Folkmanová v roce 1984, že je to ono zvládání a neustále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí jedince s cílem zvládnout či tolerovat, redukovat zatěžující až převyšující požadavky. Na rozdíl od adaptace, kdy zátěž může být v relativně únosných mezích, je coping práce s nadlimitním stresem. Upozorňují na to, že zvládání je dynamický proces, není to automatická reakce, je cílené s vědomou snahou (Mareš, 2012). Strategie zvládání, jak je jinak můžeme nazvat, má každý z nás vybudované a postupně staví v průběhu svého života. To znamená, že každý z nás má tyto strategie odlišné. V obecné rovině můžeme říci, že jsou jimi například aktivní přístup a hledání pomoci, pružnost a ochota se přizpůsobit, dostatečná sebedůvěra, naděje, možnost ventilovat emoce a schopnost a možnost rozdělit problém na části a jít postupně při jeho řešení (Humpl, Prokop & Tobiášová, 2013). Vlivem našich zkušeností jsme také schopni usoudit, zda jsou některé strategie efektivní či nikoli. Mezi efektivní řadíme právě výše zmiňované, nicméně ty neefektivní (únikové reakce) nám pomáhají pouze v bezprostředním okamžiku, ale problém neřeší, pouze posouvají na delší období. Patří mezi ně přejídání se nebo hladovění, extrémní fyzická zátěž nebo naopak úplná pasivita, izolace od lidí, užívání návykových látek (Nolen-Hoeksema, 2012). Samotné zvládání bychom mohli popsat dle několika přístupů. Jako první z nich jmenujme **psychodynamický přístup**, který se v dnešní době již příliš neužívá, a to především proto, že za zdroj považuje úzkost, což je intrapsychický pojem. Zde navázala Anna Freudová na svého otce a vytvořila seznam obranných mechanismů, mezi něž patří například izolace, regrese, potlačení, reaktivní výtvor, odčinění, projekce, introjekce, sublimace, racionalizace, fixace. Ovšem obranné mechanismy jedinec využívá k práci s vlastním zdrojem nepříjemnosti a cílem těchto strategií není řešení, ale pouze odsunutí. Dalším přístupem může být **interakční přístup**, který pracuje se situačními vlivy při zvládání zátěže a vlivu osobnostních charakteristik. Zvláštním přístupem je také **kognitivně-transakční**, který zahrnuje interakci mezi jedincem a prostředím s vyšší prioritou situačních determinantů chování se zdůrazněním kognitivní a zkušenostní složky (Blatný, 2002; Hunt, 2015; Křivohlavý, 1994).

Strategie popsal již Lazarus (1966) a rozdělil je na čtyři skupiny: strategie apatie (s pocity deprese, beznaděje a bezmocnosti), strategie vyhnutí se působení škodliviny (charakterizují ji pocity strachu), strategie napadnutí a útoku na škodlivinu a strategie

různých činností s cílem posílit vlastní zdroje a schopnosti při konfrontaci se škodlivinou. Z nich následně vytvořil dva základní koncepty zaměření. Prvním typem je **orientace na řešení problému**, která se ukazuje jako efektivní v situacích, které můžeme ovlivnit. Zahrnuje změnu chování, aktivní vyhledávání pomoci či volbu z několika možností a jejich implementaci. Druhý typ, **orientace na vyrovnání se s emocemi**, je využívána v situacích, které nemůžeme ovlivnit, jak bylo již popsáno v kapitole 1.1.2. I toto řešení, kde člověk pracuje s emocemi, může být velice dobře účinné a může mít za následek smíření se se situací a nastolení psychické rovnováhy. Výběr nemá vítěze, každá z těchto orientací má své klady a zápory a není možné jednoznačně určit, který způsob bude lepší nebo jaké budou dopady na zdraví člověka (Paulík, 2017). Jeho koncept byl několika dalšími autory rozpracován, avšak základní pojetí si bývá značně podobné. Pro příklad můžeme uvést koncept navazující na Lazaruse. Je od Carvera, Scheiera a Weintrauba (1989), zahrnuje obsáhlý výčet strategií, mezi něž patří aktivní coping, sebeovládání, hledání instrumentální sociální opory, plánování, popírání, akceptace, humor, náboženství, pozitivní reinterpretace a růst, behaviorální vypnutí, mentální vypnutí či užívání alkoholu. Vychází z behaviorální seberegulace s očekáváním jedince. Respektive pokud člověk očekává úspěch, zvýší své úsilí a pokud očekává neúspěch, jeho snaha je oslabena či úplně zastavena. Autoři Onan, Işıl a Barlas (2013) uvádí, že orientace na řešení problému je účinnější než orientace na emoce. Ta může být účinnější v době velkého a akutního vypětí či přítomnosti stresu, kde člověk potlačí řešení a soustředí se pouze na zvládnutí svých vlastních emocí, avšak z dlouhodobého hlediska je tato strategie neúčinná, a dokonce zmiňují souvislost se vznikem syndromu vyhoření, depresí či úzkostí.

Další determinanty ovlivňující výběr či průběh volby strategií můžeme uvést od autorů Mark a Smith (2012) či Kato (2014). Mark a Smith rozlišují postup zvládání na **primární** a **sekundární**. **Primární** je zhodnocení stresorů a veškerých potencionálních hrozeb, které si jsme schopni uvědomit a s nimiž máme i nemáme zkušenosti za využití nákladů na vyřešení. **Sekundární** je využití ověřených strategií a zkušeností při řešení nepříjemné situace. Autor Kato (2014) vypracoval systém tří strategií pro zvládání interpersonálních konfliktů, které jsou při práci sester jedním z velkých stresorů. Jsou jimi kolektiv a vztahy s pacienty. Patří sem **distanční zvládání problému**, jakožto odstranění, rozvázání stresujícího vztahu. Velkým negativem však je, že může dojít k narušení a zhoršení mezilidských vztahů. **Přehodnocení**, smířlivé a trpělivé očekávání zlepšení sociální situace. **Konstruktivní coping** již vyžaduje vlastní aktivitu a projevení snahy pro zlepšení

sociálních vztahů se snahou o empatii a dobré vztahy se sociálním okolím na pracovišti. Sem patří nejenom pacienti a jejich projevy uznání, pochvaly, úsměvy, ale i ošetrovatelský tým, a také nadřízení a jejich projevy uznání, ocenění. Mimo to může působit jako protektivní faktor před stresem i sociální zázemí mimo práci a v rodině, smysl pro humor a pozitivní přístup k životu. Jako konkrétní příklady coping, který nabízí práce, uvádí uznání vedením, dobrý zdravotní stav pacientů bez komplikací a nežádoucích událostí, pozitivní naladění, příjemné pracovní prostředí, pochopení od kolegů, dobrá spolupráce, délka pracovního poměru, sebevzdělávání, celkově seberozvoj a sebepoznání. Z oblasti rodiny je to čas strávený s nimi v přírodě, mezi ostatními lidmi, aktivní i pasivní odpočinek, nakupování, meditace, víra, rukodělné aktivity, internet, wellness a mnoho jiného (Lim, Hepworth & Bogossian, 2011). Naproti tomu Chang (2011) pojímá coping jako snahu o náhled na kauzalitu stresu z hlediska kognitivního, behaviorálního a emocionálního. Pro tento styl je však důležité rozlišit, zda se jedná o strategie, což jsou konkrétní činnosti v nepříjemné situaci a styl, který je jedinci vlastní pro většinu situací, kdy se musí vypořádat se stresem.

Křivohlavý (2009) popisuje ještě dva způsoby práce se stresem, **vyhýbání se stresu** nebo **boj se stresem** neboli orientace na vyřešení problému s postojem postavit se mu čelem. Opět platí, že každý způsob je vhodnější pro jinou situaci. Boj se stresem je výhodnější pro sebejistější jedince, v situacích, které jsou dlouhodobé či mají opakující se tendenci. Vyhnutí se stresu je naopak vhodnější, když jedinec nemá dostatečné kapacity pro boj, stres je krátkodobý, neopakující se. Může se objevovat i způsob sebeznehodnocení, kdy jedinec již dopředu avizuje, že nemá šanci obstát, že je to nad jeho síly, nepřiměřená zátěž, situace, kterou nemůže mít s běžným vypětím sil pod kontrolou. To mu dodává jakousi jistotu, že pokud skutečně neuspěje, byl si toho již vědom a buduje ve svém okolí již pro tuto situaci pochopení. Také takto může chránit svou hodnotu, která je ohrožena.

### 3.1 Rozvoj psychické odolnosti, copingových strategií a salutory

Paulík (2017) uvádí několik možností, jak pracovat a rozvíjet své strategie zvládnání stresu a rozvoj odolnosti lidské psychiky. Stejně tak, jako stres má své fáze, tak i práci, rozpoznání a následnou aplikaci technik lze nasměrovat do jednotlivých oblastí, které dělí na **preventivní opatření** a ochranu před vznikem nepřiměřené zátěže, jejího rozsahu a dopadu. A na aktivní a **efektivní kladení** odporu a dobré vypořádání s již vzniklým stresem, které implementuje správný vzorec chování. Dostatečně rychlá a účinná

**regenerace.** Dá se nadneseně říci, že rozvojem odolnosti a efektivním využíváním copingových strategií budujeme jakousi „psychickou imunitu, očkování“, které je ovlivňováno přístupem našeho okolí již v raném dětství, odstraňováním těžkostí, řešením problémů, ale celkovým pohledem na svět, což ve své práci přiblížil Seligman (2003). Píše o naučeném pozitivním vlivu optimistického pohledu na svět s názvem **ABCDE**. **A (adversity, activating event)** ohrožení, nepřízeň osudu, neštěstí, **B (beliefs)** přesvědčení, soubor názorů, postojů, **C (consequences)** očekávání negativních důsledku, emocionální dopady, **D (discussion, disputation)** racionální rozbor a diskuze, **E (energization)** nově vzniklá energie, naděje po vzniklých a nalezených východiscích z nepříjemné situace.

Paulík (2017) uvádí několik konkrétních příkladů, jak rozvíjet svou odolnost. První z nich může být **realistické sebepojetí a sebehodnocení**. To přispívá k adekvátním představám o svých kapacitách a možnostech řešení stresové situace. Tím se nedostáváme do konfliktu s nepřiměřeným očekáváním či se selháním naší odolnosti v případě již vzniklého stresu, což by mohlo způsobit další psychickou ránu. Opakem je i podceňování, kdy předem vzdáme naše úsilí, náš boj s problémem a opakování vyhybavého jednání. Realistické sebepojetí a sebehodnocení můžeme získávat pomocí zpětné vazby od svého okolí, reakcemi na chování nebo přímou konfrontací. Stejně tak můžeme využít sebereflexi, jakožto záměrné a důsledné nahlížení na své nitro i vnější projevy, které jedinec analyzuje a porovnává s tím, co je všeobecně pozitivně společensky přijímáno. Dále, v poslední době velice propagovaná a zmiňovaná, je oblast **sebeovládání a seberozvoj**, která v sobě skrývá skutečně velké množství technik a možností, jak se sebou pracovat. Je možné zlepšovat koncentraci pozornosti, která nám napomáhá ke zlepšení pracovních i sociálních dovedností, ale je i základ pro meditaci. Pak také rozvíjet kreativitu nebo schopnost zvládat své negativní emoce. **Režim práce a odpočinku**, na který navazuje **time management**, čili stanovení jasného prostoru pro pracovní období a období, kdy se odpočívá. Organizace pracovních činností nám přináší přehled a systematickosti, avšak tento způsob není vhodný pro každého. Někoho mohou termíny naopak stresovat. Celkově je však plánování svého času i ve volnu velice důležité, když máme aktivity, kterým se rádi věnujeme, přináší nám uspokojení, ale je čas na rodinu, přátele a vlastní soukromí. V neposlední řadě je to i starost o fyzickou stránku těla, například **správné stravování, otužování, dostatek spánku, přiměřená fyzická aktivita**, případně **meditace** spojující psychickou i fyzickou stránku těla.

Do determinantů ovlivňujících copingové strategie a tím prožívání stresu řadíme i tzv. osobnostní charakteristiky každého z nás, ovlivňující vztah mezi stresem a vznikem nemoci. Řadíme sem například **vulnerabilitu**, čili zranitelnost, dle latinského vulnus (rána, zranění). Kebza (2009) píše, že pokud dojde k neúspěchu, dochází k pocitu selhání jedince jako celku a tím k zasažení celé struktury a ke vzniku biologické i psychické vulnerability, což může být jednou z vyvolávajících příčin nemocí fyzických, ale i úzkostných poruch a jiných psychických komplikací. Můžeme ji rozdělit na získanou a vrozenou, biologickou, s níž každý jedinec přichází na svět a je mu geneticky dána. Získanou vulnerabilitu lze dělit na obecnou a specifickou. Obecná psychologická vulnerabilita je popisována jako snížení nebo úplná absence pocitu kontroly s následným rozvojem negativní atribuce. Specifická psychologická vulnerabilita vychází z vlastních brzkých mentálních zkušeností, které nám předávají nejbližší osoby.

Další charakteristikou je **resilience**, čili nezdolnost, odolnost, schopnost vzdorovat stresu, odrazit, odskočit nepříznivému působení, překonávat krize a odolávat stresovým situacím. Je to síla ducha, která může být velmi významně ovlivněna sociálním zázemím jedince a dá se říci, že je univerzální, tedy proniká do různých oblastí a situací, kdy je zapotřebí vyrovnat se se stresem (Kalisch, Müller, & Tüscher, 2015; Fletcher & Sarkar, 2013). Podobným konceptem je **hardiness** (Kobasová, 1979), schopnost náhledu na stresující události jako na možnost rozvoje, výzvy, změnu k lepšímu, za předpokladu vlastní kontroly skrývající tři základní dimenze – plné zapojení do činnosti (commitment), ovlivnění všech událostí (control) a nutnost změn (challenge).

Obdobně **místo kontroly** (LOC – locus of control, Rotter, 1966), je popisováno jako systém náhledu, zda za úspěchem stojí jedinec a jeho vlastní schopnosti a dovednosti, nebo je to souhra skutečností ovlivněných z vnějšku. Jde tedy o přesvědčení, zda mohou svým jednáním ovlivnit vše, co se mi a kolem mě děje, a je důležitá má snaha/úsilí (vnitřní místo kontroly). Nebo zda běh svého života a života ostatních, veškeré dění, připisují náhodám bez možnosti vlastního přičinění/ovlivnění, a je tedy určováno externími, vnějšími okolnostmi (Habeeb, 2016). Křivohlavý (2009) místo kontroly dává do souvislosti s volbou copingových strategií a předpokládá, že aktivní coping budou používat osoby s vnitřním místem kontroly, kdežto pasivní coping osoby s vnějším místem kontroly.

**Koherence** (Sense of coherence SOC, Antonovsky, 1979), jinak také integrita, ucelenost jedince, jeho psychické i fyzické stránky, uvědomování si celistvosti a

soudržnosti jak individuální, tak i sociální, je schopnost člověka vidět smysluplný svět. Způsobilosť vše, co se v něm děje, zasazovat do souvislostí s určitou předvídatelností, tzn. uvědomění, že skutečnosti kolem mě jsou kontrolovatelné. Antonovsky také zjistil, že významnou součástí této oblasti je nalezení smyslu života a pozitivní přístup k němu, jinak také smysl pro humor (Křivohlavý, 2009).

**Self-efficacy** jinak řečeno sebeúčinnost, či vnímanou vlastní zdatnost, popisuje Bandura (1977) jako typ očekávání účinnosti mého chování, které povede k výsledku. Opět je to na hodnocení, které provádí jedinec (Kebza, 2008, 2010). S tím může souviset **míra optimismu a pesimismu**, jako očekávání, že situace, která vyvolává stres, dopadne dobře či špatně (Křivohlavý, 2009). **Kladné sebehodnocení** Blatný (2010) definuje jako pohled sám na sebe, na své schopnosti, dovednosti a úctu k sobě samému. Nízké sebehodnocení bývá často spojeno s úzkostí, pocity méněcennosti a ve vnímání vlastních a cizích schopností. Z toho vyplývá, že kladné sebehodnocení má vliv na důvěru ve své schopnosti a tím ovlivňuje i motivaci při plnění úkolů a odevzdanost.

**Flow**, bychom mohli také jinak označit jako smysl života, směřování k nějakému cíli, vyšším potřebám, které člověka naplňují a nejenom uspokojují jeho potřebu nadbytku či nedostatku. Bandura jej definuje jako cílené, vědomé jednání, které směřuje k cíli. Skrývá také uvědomění si, že snaha vede k cíli, dostatečné zvládnutí překážek a obeznámení s problémem je podklad k tomu, aby člověk uspěl (in Sklett, 2018). Tyto techniky můžeme také označit jako salutoprotektivní. Míra jejich rozvoje se promítá do schopnosti vzdorovat onemocnění. Stres a syndrom vyhoření jsou jedny z významných determinantů zdraví. Schopnost zvládat je můžeme označit jako coping outcomes.

Za **salutory** považujeme životní situace, události nebo činnosti, které napomáhají zvládat nežádoucí situace, které můžeme sami udělat, abychom zmírnili dopady na naši psychiku. Stejně tak, jak se vyskytují situace, které jsou pro nás negativní a působí nám stres, máme i varianty, jak se proti němu bránit a pro organismus je ideální, když jsou tyto dvě skutečnosti vyrovnané. Stres nám přináší každodenní běžný život a některým lidem, kteří jsou úzkostnější či mají jiné predispozice k vyšší senzitivitě vůči stresu, přináší běžný den nadměru stresu, a tak je zapotřebí, aby člověk o sebe a svou psychiku pečoval (Křivohlavý, 2010).

## 4 Charakteristika oborů

V této části bych rád přiblížil tři zdravotnické obory, u jejichž studentů byl prováděn výzkum. Domnívám se, že podrobnější popis působu práce a kompetencí popisovaných zdravotnických pracovníků, může přispět k lepšímu pochopení stresujících situací, které doprovází jejich každodenní práci. Celková charakteristika zdravotní péče, služeb a podmínek jejich poskytování je specifikována v zákoně 372/2011 Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zde jsou popsána základní ustanovení, je zde definováno, co je to zdravotní péče, jaké máme její druhy a formy, zdravotnická záchranná služba, kdo je to pacient, co je to zdravotnické zařízení, způsobilost k samostatnému výkonu zdravotnického povolání, oprávnění k poskytování zdravotních služeb, práva a povinnosti pacienta a jiných osob (zákon č. 372/2011 Sb.). Kompetence zdravotnických pracovníků jsou definovány ve vyhlášce č. 55/2011 Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V první části jsou popsány pojmy, jako je základní ošetrovatelská péče, specializovaná ošetrovatelská péče, vysoce specializovaná ošetrovatelská péče, specifická ošetrovatelská péče, indikace, ošetrovatelský proces, standard a jiné. Obecně jsou zde popsány činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí jako osoby, která poskytuje zdravotní péči, dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, prevenci nákaz vzniklých při pobytu v nemocnici, zapisuje do dokumentace, poskytuje informace, podílí se na přípravě standardů, edukuje pacienty a jejich rodiny, pomáhá při zapracování jiných kolegů, řeší mimořádné události a krizové situace. To vše poskytuje v rámci svých kompetencí, které si definujeme níže.

### 4.1 Všeobecná sestra

Mezi kompetence všeobecné sestry (VS) patří vykonávání činností bez odborného dohledu v rámci diagnózy, kterou stanovuje lékař či zubní lékař. Zabezpečuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči s využitím ošetrovatelského<sup>8</sup> procesu. Oblasti, jež sestry zajišťují, jsou vyhodnocování potřeb a úroveň soběstačnosti s identifikací případných rizikových faktorů a technik, kterými je pacienti mohou překonat. Sledování a orientační hodnocení fyziologických funkcí jedince. Pozorování a hodnocení fyzického a psychického stavu. Získávání anamnestických údajů, vyšetření biologického materiálu

---

<sup>8</sup> Věstník č. 9/2009 jej definuje jako pracovní metodu, prostřednictvím níž nelékařští zdravotničtí pracovníci vyhledávají a uspokojují individuální potřeby pacientů. Teoreticky se dá říci, že je to koncept, podle něhož zdravotníci postupují při vyhledávání a uspokojování potřeb, prakticky to znamená, že se identifikují potřeby, navrhnou řešení, to se implementuje a následně zhodnotí, zda bylo účinné. Pokud nikoli, celý proces se opakuje.

získaného neinvazivní cestou vyjma kapilární krve. Hodnocení a popis kožní integrity, péče o cévní vstupy, permanentní močové katétry, spolupráce s jinými zdravotnickými pracovníky. Hodnocení sociálního zázemí pacienta a možnost spolupráce s úřady, na což navazuje případný příjem, překlad a propuštění. Podávání léčiv dle ordinace lékaře, jejich uchovávání a manipulace s nimi i s opiáty dle standardů. Práce se zdravotnickým materiálem, prostředky, přístroji. Zabezpečování vyšetření biologického materiálu, jako je krev, moč, stolice, mozkomíšni mok a jiné sekrety či exkrementy k jejichž odběru či asistenci při jejich odběru je všeobecná sestra oprávněna. Dále sem patří i specializovaná péče, jako je zavádění periferního žilního katetru, katetrizace ženy, katetrizace muže po specializačním vzdělání, odstraňování stehů a drénů, nitrožilní podávání léků, zavádění gastrických sond (vyhláška č. 55/2011, §4 Sb.).

Mezi konkrétní a velmi náročné výkony, které mohou sestru stresovat, přestože patří mezi téměř každodenní činnosti, jsou odběry krve či zavádění periferního žilního katetru. Z hlediska postupů a standardů je snaha veškeré postupy co nejvíce ulehčit a učinit co nejbezpečnějšími pro pacienta i pro ošetřující personál. Nicméně tyto činnosti jsou stále velmi rizikové. I přes bariérový systém, užívání jednorázových pomůcek, bezpečnostních jehel, uzavřeného odběrového systému a jiných technologií, může dojít k poškození zdravotnického pracovníka i pacienta (např. zanesení infekce, ruptura cévy aj.). Dodržením všech postupů dle standardů by mělo dojít k eliminaci všech komplikací, ale vždy zde hraje roli manuální zručnost a zkušenost sestry. Nelze totiž jednoznačně říci, že je u všech pacientů např. odběr krve stejně obtížný výkon. Toto je každodenní činnost, co však ale takové výkony, jakými je katetrizace močového měchýře? Dělá se na odděleních často, avšak nikoli každodenně a také skýtá možnosti, jak zanést infekci do močového měchýře s následnými komplikacemi i při nejlepší snaze zdravotníka o dodržení postupu. Pokud bychom se zabývali obecnými ošetřovatelskými výkony, můžeme zmínit i běžné a každodenní aktivity, jako je koupel či manipulace s pacientem. I zde se může stát, že se pacientovi udělá nevolno nebo při synkopě upadne a dojde k jeho zranění. U imobilního pacienta se mohou vyskytnout dekubity. Obě situace patří mezi tzv. nežádoucí události. K dalším stresujícím situacím mohou patřit například běžný kontakt s exkrementy pacientů, převazy otevřených či nekrotizujících ran či každodenní kontakt s jejich bolestí či smrtí (Vytejková, 2013; Vytejková, 2015).

## 4.2 Zdravotnický záchranář

Zdravotnický záchranář (ZZ) se svými kompetencemi liší od všeobecné sestry. Jeho vzdělání jej předurčuje k práci na odděleních s intenzivní péčí. Po vystudování tohoto vzdělávacího oboru musí nejprve rok pracovat na odděleních ARO/JIP a až následně může žádat o místo na Zdravotnické záchranné službě. Jeho výkony tedy nejsou spojeny pouze s péčí na lůžkových odděleních, ale i v terénu při poskytování neodkladné péče. V průběhu vzdělávání a své praxe se tedy setkává především se zaváděním periferního žilního katetru, ošetřování ran, život zachraňující kardiopulmonální resuscitací, intraoseálními vstupy, s manipulací s pacienty a jejich vyprošťováním, vyhodnocováním tísňových výzev, telefonickou instruktáží, například telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace (TANR) (vyhláška č. 55/2011, §17). Ve svém zaměstnání se tedy střetává s velkým množstvím akutních, neodkladných a život zachraňujících úkonů. Současně je na něho mnohdy vyvíjen tlak na rychlost, přesnost a velký vliv mají okolí, přihlížející, rodina a celkové podmínky.

## 4.3 Porodní asistentka

Porodní asistentka (PA) nemá všechny kompetence všeobecné sestry a ani dětské sestry, jak by se možná mohlo zdát. Její hlavní zaměření je péče o rodičku před, v průběhu porodu a do šestého týdne po porodu, vedení fyziologického porodu a starost o fyziologického novorozence. Tedy není způsobilá z hlediska kompetenci k přímé péči o patologického novorozence vyjma resuscitace. Dále je její kompetencí vyšetření plodu v děloze, rozpoznávat u matky, plodu a novorozence příznaky patologií. Porodní asistentka je tedy pracovník, který má na starosti celý fyziologický porod a v případě komplikací je také na ní, kdy rozhodne o kontaktování lékaře, případně zda vede porod i koncem pánevním, pokud to ohrožuje život a zdraví rodičky či dítěte. Jakákoli chyba by mohla vést k poškození rodičky i dítěte (vyhláška č. 55/2011, §5).

Toto jsou jen některé situace, s nimiž se zdravotničtí pracovníci setkávají prakticky denně a po různě dlouhém zapracování a nácviku je zvládají. Avšak všechny výkony nikdo nemá nacvičené s absolutní přesností, což může působit zdravotníkům stres, neboť dopady každého špatně provedeného výkonu mohou být přinejmenším v krátkodobém poškození pacienta, mohou ale také skončit s doživotními následky či smrtí. Tato poškození může způsobit i jen špatné podání léků, čím se zabývaly např. Sedláčková a Hlaváčková (2014, 2014, 2015). Potvrdily, že je mnoho nežádoucích událostí nebo tzv. skoropochybení v souvislosti s podáváním léčiv.

## 5 Související výzkumy

Vyhledávání bylo prováděno v databázi EBSCOhost dne 3. 12. 2018 ve 14 hodin. Jako klíčová slova byla zvolena: nurse, coping, burnout. Vyřazovací kritéria byla: požadovaný full text, text v anglickém jazyce, publikace od ledna roku 2015 do prosince roku 2018, současně bylo vypnuto vyhledávání v technických publikacích. Výsledkem hledání jsou tři články.

### **Copingové strategie a jejich vztah k syndromu vyhoření u onkologických sester (Vévodová, Ročková, Kozáková, Dobešová & Kisvetrová, 2016)**

Autoři tohoto článku se zabývali syndromem vyhoření u sester pracujících na onkologickém oddělení, využili dvou dotazníků a data jimi získaná podrobili kvantitativní analýze. První byl MBI-GS (Maslach Bournout Inventory-General Survey), zjišťuje emocionální vyčerpání, depersonalizaci, snížení osobní výkonnosti a druhý standardizovaný dotazník OSI-R (Inventorium zaměstnaneckého stresu) obsahuje tři části – role v zaměstnání, osobní napětí, zdroje zvládnutí a do nich patří složky – rekreace, péče o sebe, sociální opora, racionálně/kognitivní zvládnutí. Autoři prokázali stav vyhoření u 23,66 % sester a až u 48 % sester bylo zjištěno snížení výkonnosti, které se syndromem souvisí a je jakýsi prediktor jeho možného rozvoje. Současně byl prokázán signifikantní vztah mezi copingovými strategiemi a mírou vyhoření. Specifikem této studie je, že upozorňuje i na nutnost práce se smutkem, který prožívají zaměstnanci onkologických oddělení pomocí peer-programů (peer-support). Výsledky ukazují, že sestry vykazují vysoký stupeň emocionálního vyčerpání v 26 %, vysoký stupeň depersonalizace u 17 % a nízký stupeň osobní výkonnosti u 38 % respondentů, což jsou ukazatele vyhoření. Stejně tak se ukázala vysoká významnost mezi věkem a emočním vyčerpáním a výrazný negativní vztah mezi emočním vyčerpáním a sociální oporou a rekreací. Co je však důležité, tento výzkum ukázal signifikantní rozdíl ve využívání copingových strategií u sester se syndromem vyhoření a bez syndromu vyhoření, což může mít dvě možná vysvětlení. První z nich je, že sestry, co využívají copingové strategie efektivněji, jsou méně ohrožené syndromem vyhoření. Nebo sestra, která je vyhořelá, není díky tomu ani schopna efektivně využívat copingové strategie, tedy je uzavřená a není jednoduché tuto situaci překonat.

## **Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled**

(Lahana, Papadopoulou, Roumeliotou, Tsounis & Sarafis, 2017)

Autoři tohoto článku využili stejně, jako v předchozím výzkumu, dotazník MBI pro hodnocení vyhoření, tentokrát však u sester pracujících s mentálně postiženými. Zajímavé zde bylo, že porovnávali skóre osobního úspěch mužů a žen, kde ženy měly nepatrně vyšší, průměrně 44,82 a muži 42,10. Současně zmiňují, že významný rozdíl hraje oddělení, na kterém sestry pracují, a to nejenom intenzivní péče a standardní oddělení, ale i zaměření, jako je psychiatrie, chirurgie a jiné. Z jejich systematického revue vyplývá, že sestry pečující o osoby s mentálním deficitem nemusí být významně zasaženy stresujícími situacemi, a tedy ohroženy syndromem vyhoření, nicméně bývají zasaženy životními příběhy nebo sociální situací těchto hospitalizovaných jedinců. Závěr poukazuje na podobné výsledky jako v předchozím článku a to, že velmi důležitou roli zde hrají mezilidské vztahy, podpora rodiny a případně podpora od vedoucího pracovníka, od kolegů či supervizorů.

## **Prevalence and factors associated with occupational burnout among HIV/AIDS healthcare workers in China: a cross-sectional study**

(Qiao, Chen Chen, Guan & Wang, 2016)

Tento článek se zabývá zdravotnickými pracovníky, nikoli pouze sestrami, na infekčních odděleních, kde se starají o pacienty s HIV/AIDS. Počet respondentů byl 501, z toho však muselo být 9 odstraněno, konečný počet byl tedy 492 respondentů. Z nich bylo 228 lékařů a 264 všeobecných sester. Pro sběr dat byly zvoleny čtyři různé dotazníky – MBI (Maslach Burnout Inventory), SCL-90 (Symptom Checklist-90), EPQ (Eysenck Personality Questionnaire), TCSQ (Tinnitus Coping Style Questionnaire). Z výzkumu vyplývá, že až 76,9 % zdravotnického personálu pečujícího o osoby s HIV/AIDS je ohroženo syndromem vyhoření s výrazně vyšší mírou v oblasti emocionálního vyčerpání a depersonalizace, než u zdravotnických pracovníků pracujících na jiných odděleních, což je alarmující číslo. Tento fakt přikládají autoři velké zátěži, která spočívá nejenom ve zdravotnických výkonech, ale také v nutnosti dostatečné edukace pacientů, velkých specifík při jejich ošetřování a komunikaci s rodinnými příslušníky.

Při vyhledávání mimo databáze a zadání do webového prohlížeče Google, kdy vyhledávání probíhalo dne 4. 12. 2018 ve 13 hodin při zadání hesel student, coping, burnout syndrom, bylo nalezeno více volně dostupných článků.

### **Zvládání zátěžových situací ošetrovatelským personálem v nemocnicích a hospicích** (Marešová, Trešlová, 2017)

Autorky tohoto článku popisují stresující situace u všeobecných sester pečujících o pacienty v hospicových zařízeních a na odděleních standardní, intenzivní, lůžkové a hospicové péče, kde byl, jak píše autorky předpoklad dlouhodobé hospitalizace a relativní stálá přítomnost možnosti úmrtí pacienta. K výzkumu byl použit dotazník vlastní tvorby inspirovaný studiem literatury. Jsou zde popsány i jiné zdroje stresu, a to konflikty s rodinnými příslušníky a péče o agresivního pacienta. Naproti tomu se ukázala pro sestry méně zatěžující péče o tyto pacienty i samotná smrt. Z hlediska strategií respondenti uváděli, že nejvíce využívají relaxaci (procházky v přírodě), spánek, zábavu (i využívání alkoholu a sex) a podporu rodiny. Nejméně protektivní vnímají podporu od managementu. Oproti všem výsledkům, jak jsou zdravotničtí pracovníci zasažení syndromem vyhoření, se až 82 % domnívá, že jejich užívané strategie jsou dostatečné, a navíc nebyl prokázán signifikantní rozdíl ve využívání strategií související se vzděláním, délkou praxe a typem zařízení. Jako možné protektivní možnosti udávají zaměstnanci příspěvek na zotavenou, více volna, zvýšení platu, pravidelná školení, pravidelnou supervizi či individuální supervize (řazeno sestupně dle priorit).

### **Stress and Coping strategies of Students in a Medical Faculty in Malaysia**

(Al-Dubai, Al-Naggar, Alshagga & Rampal, 2011)

Tato průřezová studie byla prováděna u studentů medicíny za pomoci kvantitativního inventáře COPE. Bylo zjištěno, že studenti více využívají aktivní strategie zvládání stresu než vyhybavé, což potvrzují i předchozí studie, které tvrdily, že sestry využívají únik v minimálním množství. Zvláštní je, že nekuřáci využívali více aktivní strategie nežli kuřáci. Kuřáci využívali při setkání se stresem i více alkoholu než nekuřáci. Jako by byla tendence postupovat po jednotlivých stupních k méně a méně účinné strategii. Výskyt stresu je poměrně vyrovnaný, 46,3 % studentů přiznalo vysoký či znatelný stres,

47,6 % studentů uvádí jen mírný stres a 6,1 % studentů neuvádí žádný stres. Ti, kteří stres prožívají, využívají nejvíce jako strategie odreagování (vyventilování), následuje popření, sebeobvinění a uvolnění. Naproti tomu studenti neudávající stres využívají nejvíce emocionální podporu. Mezi zdroje vyvolávající stres zařadili strach z budoucnosti, finanční potíže, studium, špatné zprávy z jejich okolí a mezilidské konflikty, dále pokračovali rodinnými problémy, nízkým sebevědomím a mnohým jiným.

### **How do students cope? Coping strategies adopted by undergraduate students**

(Ashford, Lawrence, 2006)

Tato studie měla za cíl zjistit souvislost nebo vzájemné ovlivnění mezi úrovní sebehodnocení a strategiemi zvládnání stresu u studentů prvních ročníků sportovních oborů. Studenti byli dotazováni pomocí čtyř dotazníků či inventářů. 1. YSEI (York Self-Esteem Inventory), který obsahuje 30 položek měřících globální sebeúctu. 2. ECQ (Emotional Control Questionnaire) monitorující oblasti prožité emočně zatěžující události, ochotu vyjádření emocí, schopnost ovládnání agresivních emocí a impulzivnost. 3. CSQ (Coping Styles Questionnaire) se třemi faktory: racionalizace myšlenek, vyhýbavé chování a emocionální zvládnání. 4. Online Qualitative Questionnaires, tedy kvalitativní dotazník mající za cíl hlubší pochopení volby strategií při náročných situacích. Výsledky poukazují na rozdílnost ve využívání strategií u studentů s vyšší a nižší mírou sebehodnocení, kde nízká míra sebehodnocení měla negativní vliv na motivaci, což snižuje snahu a orientaci na překonání problému. Studenti nejsou schopni problém dostatečně racionalizovat, a tedy využít strategie na překonání. S tím souvisí i způsob řešení, a to vyhýbání. Zajímavé zjištění zde je, že oproti předchozímu výzkumu, studenti v prvním ročníku necítí zvýšený stres ze své budoucnosti a strach o finanční zabezpečení, což se dá vysvětlit prvním ročníkem, kde jsou obavy více z něčeho nového.

### **Academic stress and coping mechanism among students: an indian perspective**

(Nagle & Sharma, 2018)

Zde se autoři zabývají roli stresu způsobeného studiem, emoční adaptací a strategiemi vyrovnávání u studentů v Indii, kde je popisována vysoká míra tlaku na dobré studijní výsledky ze strany rodičů na své děti. Ta je provázena zvýšenou mírou úzkostí a mnohdy ústí v suicidální jednání. Je zde popisován předpoklad, že přítomnost neustálého

stresu a úzkosti z možného selhání může negativně ovlivňovat samotné studium a výsledky, což zpětně ovlivňuje tlak ze strany rodičů. Kvalita vzdělání má dopady na přijetí do významných vzdělávacích institutů a tím i získání lepšího uplatnění v životě a zajištění živobytí. Metodou výzkumu je přehledový článek literárních zdrojů za využití klíčových slov stres, vrstevnický tlak, deprese, tlak rodičů, sebevražda, úzkost. Celkově bylo vyhledáno 74 článků, z toho bylo 34 vyřazeno pro nesplnění kritérií, zbylo tedy 40. Z nich vyplývá, že vysoký tlak má velmi negativní důsledky na prožívání stresu a úzkosti a i přes snahu mnoha žáků a studentů není díky velmi dobrým výsledkům zaručena lepší budoucnost. Autoři tedy tvrdí, že by mohlo mít lepší efekt zaměření se na zlepšení opory v sociální a rodinné oblasti.

### **The Effect of a New Coping Intervention on Stress and Burnout in Turkish Oncology Nurse (Onan, Işıl & Barlas, 2013)**

Tato studie se zabývá využíváním strategií a intervencemi proti syndromu vyhoření u onkologických sester. Zvláštností je zde využití kvazi-experimentu, s cílem vyhodnotit zvládání stresu a významně snížit průměrný počet bodů v subškále emočního vyčerpání a depersonalizace. V experimentu bylo využito testování bezprostředně před a po modelové situaci současně s kontrolní skupinou a měsíc po intervenci. Byl prokázán významný vliv modelové situace s velmi pozitivním dopadem na syndrom vyhoření. Výsledky však sami autoři nechtějí zobecňovat, neboť by bylo zapotřebí větší množství účastníků, randomizování skupin, dlouhodobější výcvik a zkušenost přímo se situací v praxi. K dotazování byl využit SAC dotazník (Stress Self-Assessment Checklist).

### **Coping with interpersonal stress and psychological distress at work: comparison of hospital nursing staff and salespeople (Kato, 2014)**

Zde se autor zabývá porovnáním copingových strategií u všeobecných sester (n = 204) a obchodníků (n = 142), kde jsou netradiční již zvolené skupiny pro porovnání. Významný spojující faktor těchto skupin je dle autora vysoký sociální tlak od jejich okolí, které očekává určité služby. Z výzkumu vyplývá, že sestry udávají vyšší interpersonální stres, nicméně jim v boji proti tomuto stresu významně pomáhá pochopení dané situace a orientace na řešení problému. K šetření byl použit dotazník ISCS (Interpersonal Stress

Coping Scale) obsahující tři subškály – zvládání, přehodnocení a vyrovnání, konstruktivní zvládání. Tento dotazník byl mírně upraven pro potřeby výzkumu ve smyslu pacient a klient tak, aby bylo sestřám i obchodníkům jasné, na koho se ptají.

**The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portugueses health workers (Laranjeira, 2011)**

Autor tohoto výzkumu se zabýval strategiemi ochrany před stresem u všeobecných sester v Portugalsku. Tato průřezová studie upozorňuje na vznik stresu ze zaměstnání z důvodu pracovního prostředí, na které navazuje i případný nedostatek zdravotnického personálu. Respondentů bylo 102, měřil se u nich pracovní stres a strategie zvládání za pomoci dotazníků PSS (Perceived Stres Scale) a WCQ (Ways of Coping Questionnaire). Mezi nejvíce stresující situace bylo zařazeno umírání a smrt, krizové situace, vysoké pracovní požadavky, nespolupracující rodina. Mezi podpůrnými prostředky se nejvíce objevovala sociální opora.

**An integrative review on coping skills in nursing students: implicatino for policymaking (Labrague, L, J., McEnroe-Petitte, D., M., Amri, M., A., Fronda, D., C., Obeidat, A., A., 2017)**

Cílem literárního přehledu bylo zjištění nejčastějších způsobů práce se stresovými událostmi a využívání copingu u studentů ošetrovatelských oborů jako je všeobecná sestra. Do přehledu byly zařazeny studie od roku 2002 do roku 2016 uveřejněné v databázích PsycINFO, PubMed, CINAHL, MEDLINE a Scopus s klíčovými slovy: coping, nursing students, clinical training, ways of coping, clinical practice z něhož vzešlo 27 relevantních zdrojů z celkového počtu 693 studií. Z tohoto přehledu vyplývá, že ve většině případů je vhodné pro sestry v praxi využívat řešení orientovaná na problém, nikoli orientovaná na emoce. Dalšími hojně používanými a efektivními strategiemi je rozvoj sebevědomí, koučování a seberozvoj.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 6 Popis výzkumného problému

V teoretické části byla přiblížena témata stresu, syndromu vyhoření a copingových strategií. Z literatury vyplývá, že téma stres a coping hraje dnes velmi významnou roli. Existují studie, které jsou zaměřené na zdravotnické pracovníky v praxi, ale i výzkumy zaměřen na studenty. Tato práce se zabývá studenty zdravotnických oborů Všeobecná sestra, Zdravotnický záchranář a Porodní asistentka, kteří se připravují na velmi náročné zaměstnání, kde jsou každý den vystaveni stresujícím událostem, kde každá chyba má dopad na zdraví či život jiných osob a jsou neustále vystaveni konfrontaci s jinými lidmi, kteří se nacházejí v nepříznivé životní situaci, v nemoci či ohrožení života svého či jejich blízkých. V roce 2017 byla uveřejněna přehledová studie o copingových strategiích studentů oboru všeobecná sestra (Labrague, McEnroe-Petitte, Amri, Fronda, & Obeidat, 2017), kde bylo analyzováno 27 studií. Z této analýzy také vyplývají nejvýznamnější poznatky vedoucí k formulaci výzkumných otázek a hypotéz. Druhou velmi významnou prací, která vedla k zamyšlení a formulaci otázek a hypotéz týkajících se rozdílů mezi jednotlivými obory, byla práce Kato (2014) srovnávající zdravotnické pracovníky a obchodníky, kteří taktéž přichází do kontaktu s lidmi, ale každý využívá jiné strategie.

Hlavním cílem je zmapovat spektrum a míru copingových strategií, které využívají studenti zdravotnických oborů v průběhu svého studia a které jim pomáhají vyrovnat se se stresem v současné situaci. Dalším cílem je zjistit, zda jejich copingové strategie jsou dostatečně účinné a mohou jim napomoci ve zvládnání stresujících situací v budoucím zaměstnání.

### 6.1 Výzkumné otázky a hypotézy

- 1) Je rozdíl ve využívání strategií zvládnání stresu mezi studenty jednotlivých ročníků všech oborů?
- 2) Je rozdíl ve využívání strategií zvládnání stresu mezi studenty různých zdravotnických oborů všech ročníků?

## Hypotézy

- H1:** Existuje rozdíl ve využívání strategií zvládnání stresu mezi studenty jednotlivých oborů.
- H2:** Existuje rozdíl ve využívání strategií zvládnání stresu mezi studenty všech oborů, ale různých ročníků.
- H3:** Existuje rozdíl ve využívání strategií zvládnání stresu mezi studenty všech ročníků, různých oborů.
- H4:** Skóre pozitivní strategie dle SVF 78 u studijního oboru zdravotnický záchranář vykazuje statisticky významně vyšší skóre než norma v subtestu POZ.
- H5:** Skóre pozitivní strategie dle SVF 78 u studijního oboru zdravotnický záchranář vykazuje statisticky významně vyšší skóre než skóre všeobecných sester v subtestu POZ.
- H6:** Skóre pozitivní strategie dle SVF 78 u studijního oboru zdravotnický záchranář vykazuje statisticky významně vyšší skóre než skóre porodních asistentek v subtestu POZ.
- H7:** Skóre testovaného souboru významně statisticky korelují ve strategiích POZ 1, 2, 3 dotazníku SVF 78 se škálou hardiness dotazníku PVS 50 ve všech oborech.

## 7 Typ výzkumu a použité metody

K ověření způsobu práce studentů se stresem byl zvolen kvantitativní design výzkumu s využitím dvou testů, které jsou popsány níže.

### 7.1 Popis výzkumného vzorku

Cílovou populací byli všichni studenti vybraných bakalářských programů zdravotnických oborů vyučovaných na fakultě zdravotnických studií. Mezi tyto obory patří Všeobecná sestra, Porodní asistentka a Zdravotnický záchranář. Kritéria pro vyřazení nebyla stanovena, neboť věkové omezení zde není nutné stanovovat, kognitivní hledisko a orientace je posuzováno přijímacím řízením a zkouškami či zápočty. Zdravotní oblast a funkčnost smyslových orgánů je součástí vyjádření, které je zapotřebí při přihlášení se ke studiu na vysokou školu a zdravotnické obory. Současně studenti podepisují vyjádření, že jsou zdravotně způsobilí ke studiu a výkonu praxe v průběhu studia. Věk studentů se pohyboval od 19–31 let.

Byla snaha o totální výběr respondentů, avšak vlivem nepřítomnosti některých studentů nebylo možné tento cíl naplnit. Tato nepřítomnost je způsobena rozložením praxí, které trvají i několik týdnů a taktéž běžnou nepřítomností ve výuce. Celkový počet studentů byl v tomto období 351, z nich 140 všeobecných sester, 92 porodních asistentek a 119 zdravotnických záchranářů. Bylo rozdáno 182 testů (51,8 % z celkového možného počtu), přičemž všechny byly odevzdány zpět, avšak 8 z těchto dotazníků nebylo vyplněno správně – konkrétně 3 x (2 x PA, 1 x ZZ) nebyl vyplněn test PVS vůbec, 4 x (2 x ZZ, 1 x VS, 1 x PA) byly vynechány položky a 1 x nebyla baterie vyplněna vůbec (1 x VS). Pro účely analýzy tak bylo využito 174 (95 % z rozdaných, 49,6 % ze všech možných) kompletně vyplněných dotazníků.

Tabulka. 1: Výzkumný soubor

Obor	Celkem možných	Celkem rozdaných	Celkem vrácených	Muži	Ženy	Vyřazené
Všeobecná sestra	140	53	51	4	47	2
Zdravotnický záchranář	92	80	77	49	28	3
Porodní asistentka	119	49	46	0	46	3
Celkem	351	182	174	53	121	8

## 7.2 Metody získávání dat

Ke sběru dat byly zvoleny dva dotazníky, SVF 78 a PVS 50 (Personal View Survey). Dotazník **SVF 78** čili sebesuzovací inventář od W. Jankeho a G. Erdmannové, jehož předlohu tvořil SFV – 120. Skládá se ze 13 subtestů, kterými jsou **podhodnocení (PHD)** – sám sobě ve srovnání s ostatními přisuzuji menší míru stresu, **odmítání viny (ODV)** – nejde o vlastní odpovědnost, **odklon (ODK)** – odklon od zátěžových situací, **náhradní uspokojení (NUS)** – nasměrování k pozitivním aktivitám, **kontrola situace (KOS)** – analýza, plánování a uskutečnění řešení problému, **kontrola reakcí (KOR)** – kontrola vlastních reakcí, **pozitivní sebeinstrukce (PSI)** – kompetence sebekontroly, **potřeba sociální opory (PSO)** – touha po pomoci, sociální opoře, **vyhýbání se (VYH)** – vyhýbání se zátěži, **úniková tendence (UNT)** – vyváznout z nepříjemné situace, **perseverace (PER)** – neschopnost odpoutání se, **rezignace (RZG)** – bezmocnost, beznaděj, **sebeobviňování (SEB)** – vlastní chybné jednání. Výsledky tohoto dotazníku analyzují strategie uplatňované při stresu a vedoucí k jeho redukci (pozitivní strategie) nebo ke zvýšení stresu (negativní strategie). Pozitivní strategie se dělí do tří částí, **POZ 1**, kam spadají subtesty podhodnocení a odmítání viny. **POZ 2**, kam patří odklon a náhradní uspokojení. **POZ 3** obsahuje: kontrola situace, kontrola reakcí, pozitivní sebeinstrukce. Negativní strategie **NEG** zahrnuje subškály úniková tendence, perseverace, rezignace a sebeobviňování. Subškály sociální opory a vyhýbání se je nutné interpretovat zvláště, neboť nepatří do žádné ze strategií kontroly, avšak je vhodné na ně brát zřetel. V metodice je popsáno, že pro porovnání skupin je lepší pracovat s HS celých skupin, pro porovnání jedince je však vhodnější využití T-skóru.

**PVS 50** je dotazník zabývající se pojmem **hardiness**, který je blíže vysvětlen v teoretické části. Dotazník obsahuje 50 položek s reliabilitou koeficientu alfa 0,92 (17 ke zjištění úrovně **challenge – výzvy**, 16 ke zjištění **commitment – odpovědnosti** a 17 položek zjišťuje úroveň **control – zvládnání**). Challenge je charakterizována jako proměnlivost, přesný opak stability, touha po změně, změna je výzva, nutnost nových podnětů a zkušenost z nich je potřeba k překonání stresujících situací. Commitment ukazuje na zaujetí, angažovanost a víru ve vlastní schopnosti a dovednosti. Je charakteristická schopností přijetí odpovědnosti a její realistické přijetí, což obsahuje případné průběžné přehodnocování. Control, víra ve vlastní schopnost zvládnout situaci, ovlivnit ji, zasáhnout do dění, kde uplatňují představivost, znalosti, dovednost, volbu a prožívají pocity autonomie a chtění ovlivnit situace ve svém životě.

### 7.3 Průběh výzkumu

Sběr dat byl prováděn v období květen až červen roku 2018. Testy byly společně zadány respondentům na území fakulty vždy po ukončení vyučování. Respondenti byli před zadáním testu informováni o způsobu vyplňování, o tom, že jsou jim zadávány současně dva testy a byli požádáni o jejich důsledné vyplnění. Testy byly záměrně zadávány v průběhu semestru, aby se co nejvíce snížilo možné ovlivnění blížícím se zkuškovým obdobím případně státními zkouškami.

Samotné zadání probíhalo mou osobou na konci vyučovací hodiny předmětů Komunikace. V jednom případě byly testy zadány kolegyní v předmětu Psychologie po pečlivém poučení a obeznámení s testem a předání přesných instrukcí. Studenti měli na vyplnění obou testů 30 minut, neboť v manuálu SVF 78 je předpokládaná doba vyplňování 10 až 15 minut, předpokládal jsem stejnou dobu i pro druhý test. Po vyplnění žádný ze studentů nevedl, že by mu poskytnutý čas nestačil, naopak testy studenti odevzdávali s časovou rezervou. Sběr probíhal v dané místnosti na předem určeném místě, které bylo v dostatečné vzdálenosti od zadavatele testu, aby byla zabráněna jakákoli identifikace a spárování respondentů s testem, a co nejbližší východu, aby studenti mohli odevzdat přímo při odchodu z učebny.

V průběhu listopadu a prosince roku 2018 byla data přepsána do elektronické podoby, do programu Microsoft Excel 2016, kde byly následně přepočteny inverzní položky a vypočítáno hrubé skóre obou dotazníků, s nimiž bylo pracováno dle příručky.

#### Metody zpracování a analýzy dat

S daty bylo pracováno v programech Microsoft Excel 2016 a Statistica13. Program Microsoft Excel 2016 byl použit pro přepis dat, identifikace neplatných položek, výpočet hrubého skóre a práci s jednotlivými skupinami. Program Statistica13 byl použit pro prvotní zjištění normálního rozdělení dat, následně pro zjištění a odstranění outlierů by použit Dixonův test. Po odstranění těchto výrazných odchylek bylo opět ověřeno normální rozdělení, které se pro jednotlivé ročníky a obory zvlášť nepotvrdilo, proto bylo pracováno s testem Kruskal-Wallis ANOVA. Hypotézy porovnávající obory či ročníky byly opět prověřeny normálním rozdělením, ale každý obor a ročník zvlášť, následně opět odstraněny Dixonovým testem outlierů a zjištěna pomocí Shapiro-Wilkova a Kolmogorov-Smirnovova testů normalita. Ta se ve společných skupinách, nikoli jednotlivě potvrdila, proto byl využit parametrický t-test.

## Etické hledisko a ochrana soukromí

První možný etický konflikt mohl vzniknout při testování studentů fakulty, toto však bylo zabezpečeno souhlasem ze strany fakulty, vedoucími kateder.

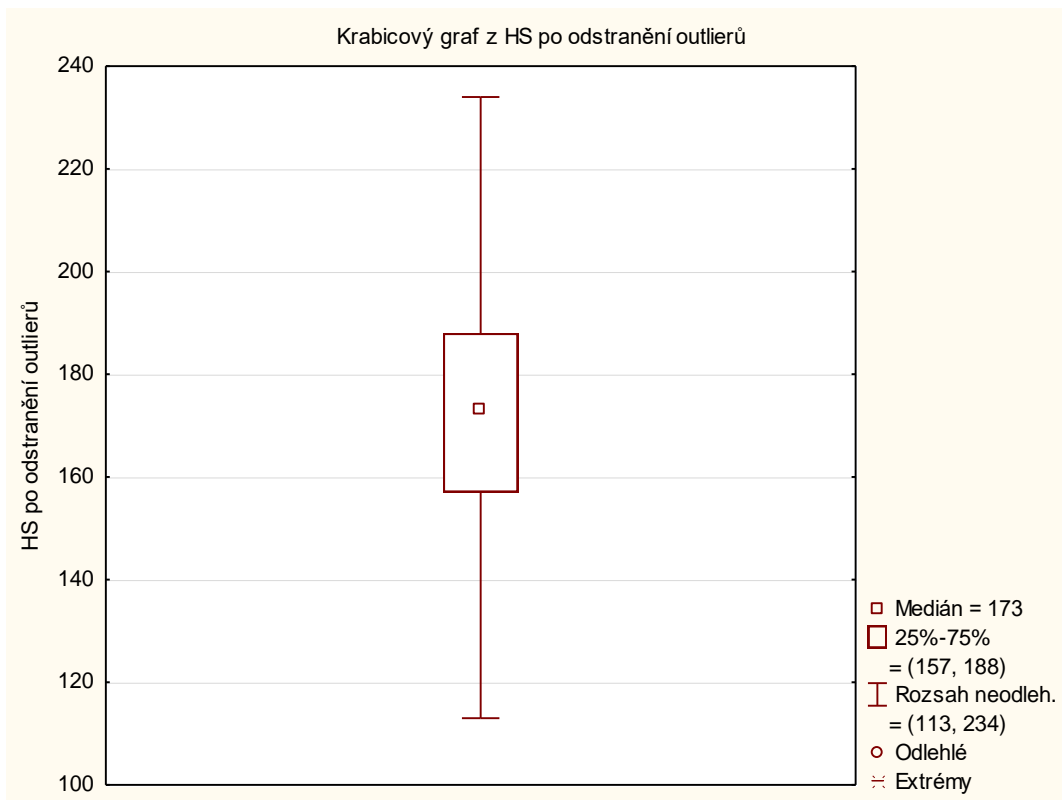
Další by mohl být výzkum na studentech a jejich očekávání, že vyplnění testu bude mít vliv na hodnocení jejich studijních výsledků. Na toto byli studenti upozorněni před zadáním testu, byli obeznámeni, že test nebude mít žádný vliv na hodnocení jejich studijních výsledků, test je zcela anonymní a pokud nechtějí, nemusí vyplňovat a odevzdat prázdný dotazník, je to zcela dobrovolné. Pakliže ovšem budou mít zájem, je možné tuto práci získat v elektronické podobě nebo pokud by měli zájem o osobní výsledky, je možné je vyhledat díky kódu, který si sami stanovili.

## 8 Analýza dat a její výsledky

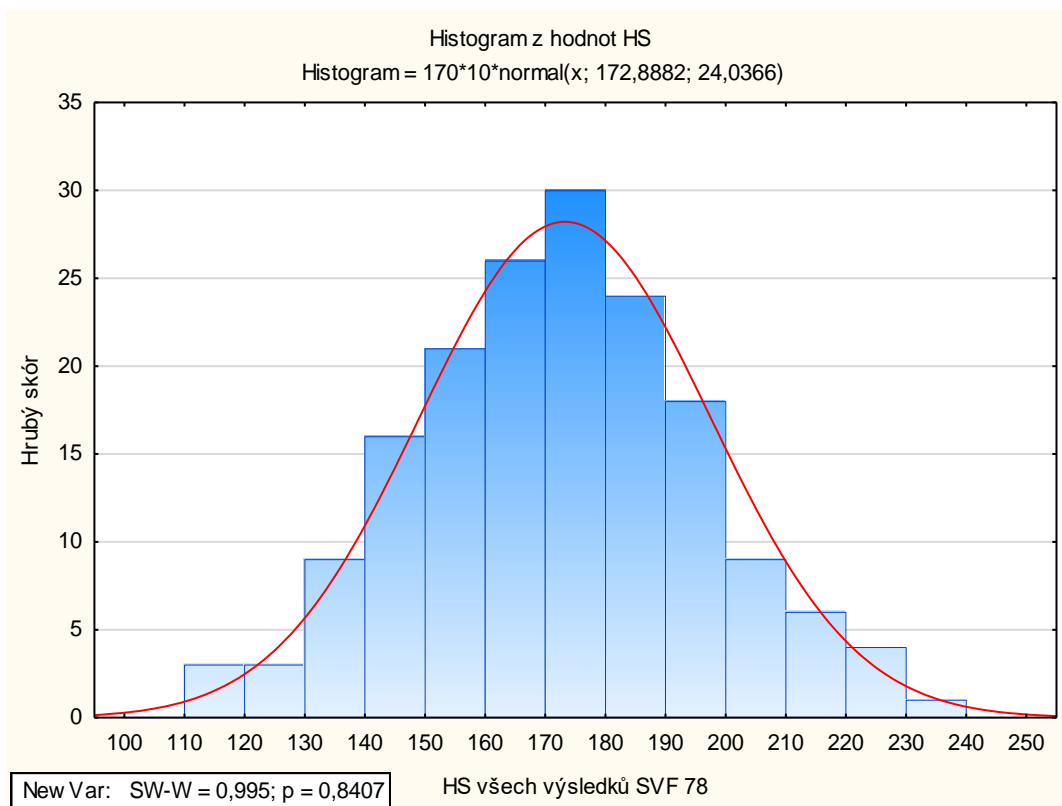
Veškerá získaná data z dotazníkového šetření byla přepsána do programu Microsoft Excel 2016 a následně zpracovávána také v Statistical3. Program Microsoft Excel 2016 byl použit pro přepis dat, identifikaci neplatných položek, výpočet hrubého skóre a práci s jednotlivými skupinami ve smyslu identifikace množství mužů a žen. Program Statistical3 byl použit pro prvotní zjištění normálního rozdělení dat pomocí Shapiro-Wilkova testu, následně pro ověření outlierů byl použit Dixonův test. Po odstranění těchto výrazných odchylek bylo opět ověřeno normální rozdělení, které se potvrdilo pouze při práci se všemi daty nebo vytvořenými skupinami ročníků a oborů, ale při posuzování jednotlivých skupin respondentů se projeví dvě skupiny, které nevykazovaly normální rozdělení, a proto byl zvolen neparametrický test Kruskal-Wallisova ANOVA. Data pro hypotézy porovnávající obory či ročníky byla opět prověřena na přítomnost outlierů pomocí krabicového grafu a ověřeno Dixonovým testem. Po shodě byla tato data odstraněna. Následně bylo kontrolováno normální rozdělení pomocí Shapiro-Wilkova a Kolmogorov-Smirnovova testu normality. Pro další analýzu byla data navíc ověřena pomocí Q-Q grafů. Normalita dat se potvrdila, proto byl využit parametrický t-test. Konkrétní testy jsou vypsány přímo u hypotéz.

### 8.1 Analýza a popis dat dotazníku SVF 78

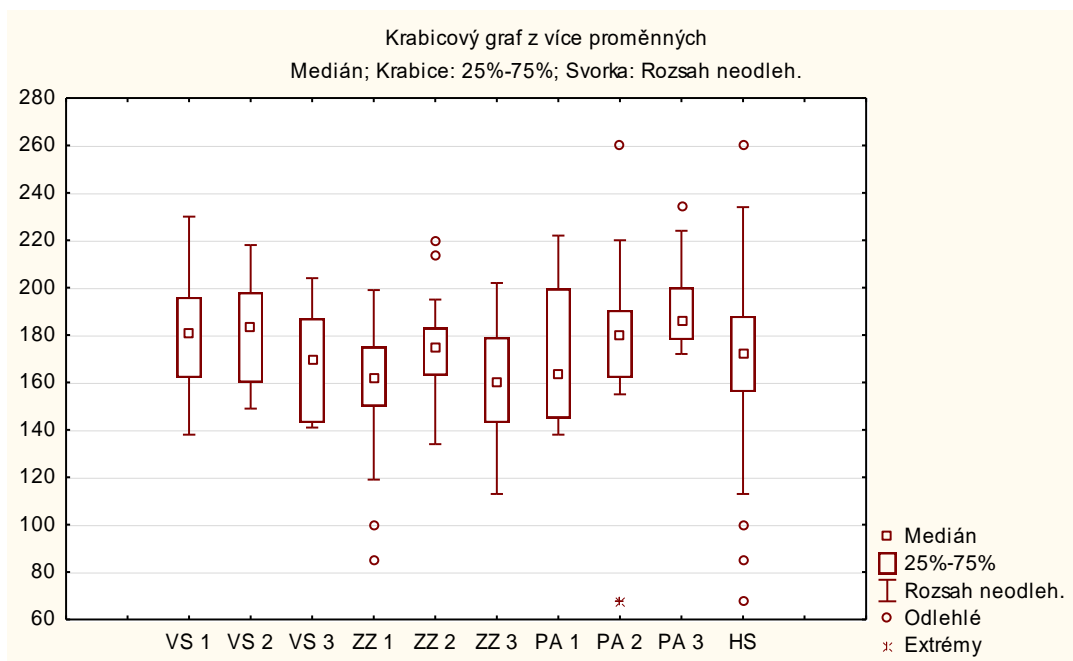
V této části budou prezentována data v podobě **hrubých skóre (HS) z dotazníku SVF 78**. Na následujícím obrázku č. 1 je vidět celkové rozložení všech získaných hodnot. Tyto hodnoty byly také testovány na normální rozdělení, což ukazuje obrázek č. 2. Další zajímavé informace nám poskytl krabicový graf č. 3, který nebyl společný pro všechna HS, ale rozdělený po oborech a ročnících. Zde vzniklo více outlierů a jedna extrémní hodnota.



Obrázek č. 1: Krabicový graf všech HS po odstranění outlierů



Obrázek č. 2: Histogram normálního rozdělení všech hodnot v HS



Obrázek č. 3: Krabicový graf všech ročníků a oborů i HS

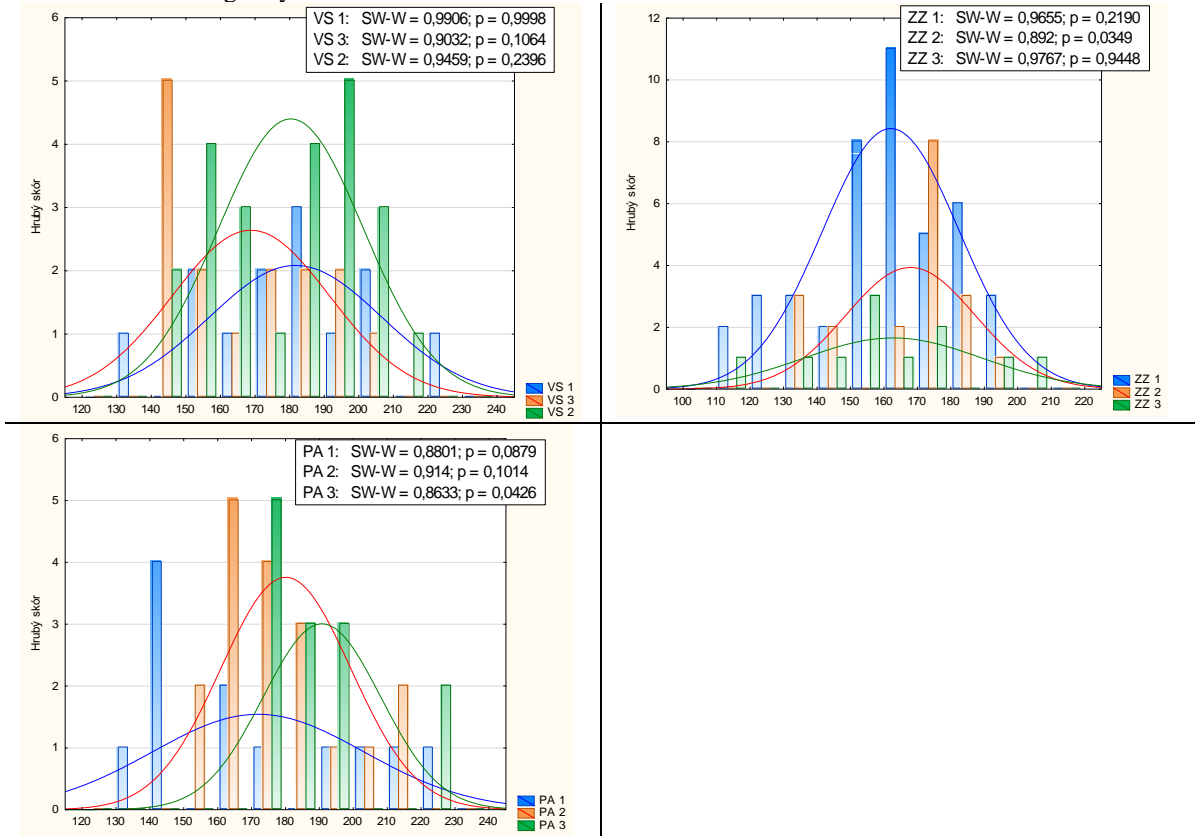
Dále, po odstranění outlierů bylo testováno normální rozdělení pomocí histogramu a Shapiro-Wilkova a Kolmogorov-Smirnovova testu normalita a pomocí Q-Q grafů.

Při testování normality se ukázalo, že takto rozdělená data nemají normální rozdělení, a proto následně není možné využít parametrické testy k ověření hypotéz týkajících se porovnání jednotlivých ročníků a oborů. Níže jsou prezentovány grafy spojující obory a ročníky. Tyto grafy slouží pouze pro názornost a potvrzení, že data nemají normální rozdělení. Shapiro-Wilkův a Kolmogorov-Smirnovův test normální rozdělení potvrzují ve všech případech, kromě dat ze skupin ZZ 2 ( $p = 0,0349$ ) a PA 3 ( $p = 0,0426$ ). Vzhledem také k malému počtu dat, byly následně zvoleny neparametrické testy.

Tabulka č. 2: Přehled výsledků testů Shapiro-Wilk a Kolmogorov-Smirnov, podstranění outlierů

VS 1	SW-W = 0,9906; $p = 0,9998$	D = 0,0897; $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ;
VS 2	SW-W = 0,9459; $p = 0,2396$	D = 0,1242; $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ;
VS 3	SW-W = 0,9032; $p = 0,1064$	D = 0,1534; $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ;
ZZ 1	SW-W = 0,9655; $p = 0,2190$	D = 0,1011; $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ;
ZZ 2	SW-W = 0,892; $p = 0,0349$	D = 0,2223; $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 0,05$ ;
ZZ 3	SW-W = 0,9767; $p = 0,9448$	D = 0,0924; $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ;
PA 1	SW-W = 0,8801; $p = 0,0879$	D = 0,1742; $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ;
PA 2	SW-W = 0,914; $p = 0,1014$	D = 0,1534; $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ;
PA 3	SW-W = 0,8633; $p = 0,0426$	D = 0,1931; $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 0,2$ ;
HS	SW-W = 0,995; $p = 0,8407$	D = 0,0481; $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ;
VS	SW-W = 0,972; $p = 0,2670$	VS: D = 0,087; $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ;
ZZ	SW-W = 0,9783; $p = 0,2402$	ZZ: D = 0,0711; $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ;
PA	SW-W = 0,969; $p = 0,2923$	PA: D = 0,078; $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ;

Tabulka č. 3: Histogramy normálního rozdělení HS všech oborů a ročníků



Níže jsou uvedeny základní popisné statistické analýzy. Do tabulky byly zařazeny opět všechny obory i ročníky a data byla vypočítána vždy po odstranění outlierů, které se vztahovaly k požadovanému vzorku jedinců.

Tabulka č. 4: Popisná statistika všech oborů a ročníků dotazníku SVF 78

Proměnná	Popisné statistiky								
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost (modu)	Minimum	Maximum	Rozptyl	SD
VS 1	13	181,38	181,00	Vícenás.	1	138,00	230,00	619,26	24,88
VS 2	23	180,04	183,00	194	2	149,00	218,00	434,59	20,85
VS 3	15	168,53	170,00	143	2	141,00	204,00	513,70	22,66
ZZ 1	43	161,74	162,00	162	3	119,00	199,00	414,10	20,35
ZZ 2	19	167,58	174,00	Vícenás.	2	134,00	195,00	371,04	19,26
ZZ 3	11	162,36	160,00	Vícenás.	1	113,00	202,00	702,45	26,50
PA 1	12	171,67	163,50	Vícenás.	1	138,00	222,00	962,79	31,03
PA 2	18	179,78	180,00	180	3	155,00	220,00	365,12	19,11
PA 3	13	190,38	185,00	Vícenás.	1	172,00	224,00	297,76	17,26
HS po od.	170	172,89	173,00	Vícenás.	6	113,00	234,00	577,76	24,04

SD – Směrodatná odchylka

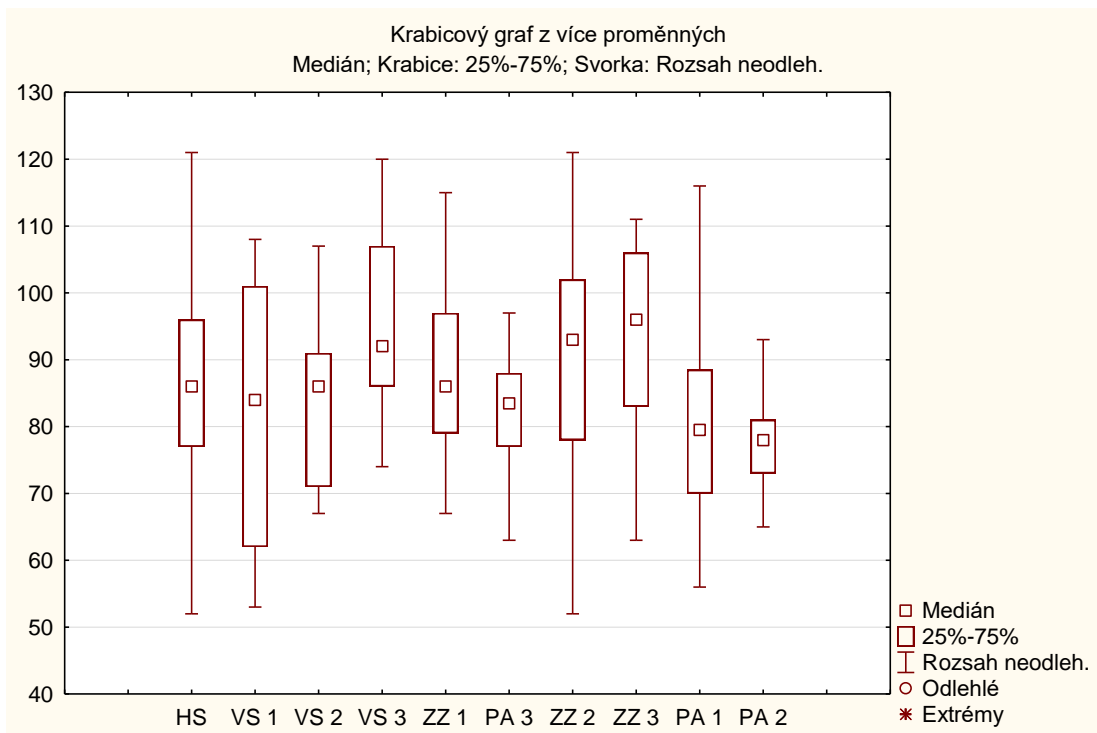
**Tabulka č. 5:** Základní statistiky výsledků subtestů dotazníku SVF 78

Proměnná	Popisné statistiky								
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost (modu)	Minimum	Maximum	Rozptyl	SD
PDH	170	10,50	10,00	9	19	0,00	24,00	26,45	5,14
ODV	170	10,44	11,00	12	19	0,00	18,00	15,04	3,88
ODK	170	13,49	14,00	14	29	5,00	23,00	12,46	3,53
NUS	170	13,41	14,00	Více	15	0,00	24,00	25,04	5,00
KOS	170	15,88	16,00	18	24	3,00	24,00	15,10	3,89
KOR	170	15,48	16,00	15	19	6,00	24,00	15,58	3,95
PSI	170	15,61	16,00	18	20	4,00	24,00	18,50	4,30
PSO	170	16,22	17,00	19	23	0,00	24,00	25,35	5,03
VYH	170	15,32	16,00	16	23	6,00	24,00	17,02	4,13
ÚNT	170	10,88	11,00	10	17	2,00	24,00	19,09	4,37
PER	170	14,15	15,00	18	18	1,00	24,00	28,54	5,34
RZG	170	9,49	9,00	6	16	0,00	20,00	24,81	4,98
SEB	170	12,00	12,00	11	17	0,00	24,00	25,14	5,01
POZ 1	170	10,48	11,00	13	13	0,50	19,00	14,62	3,82
POZ 2	170	13,51	14,00	16	16	2,50	23,00	13,81	3,72
POZ 3	170	15,65	16,00	14	10	6,33	23,33	11,91	3,45
POZ	170	13,55	13,71	12,86	8	6,14	20,43	6,97	2,64
NEG	170	11,61	11,38	Více	6	4,25	21,25	16,31	4,04

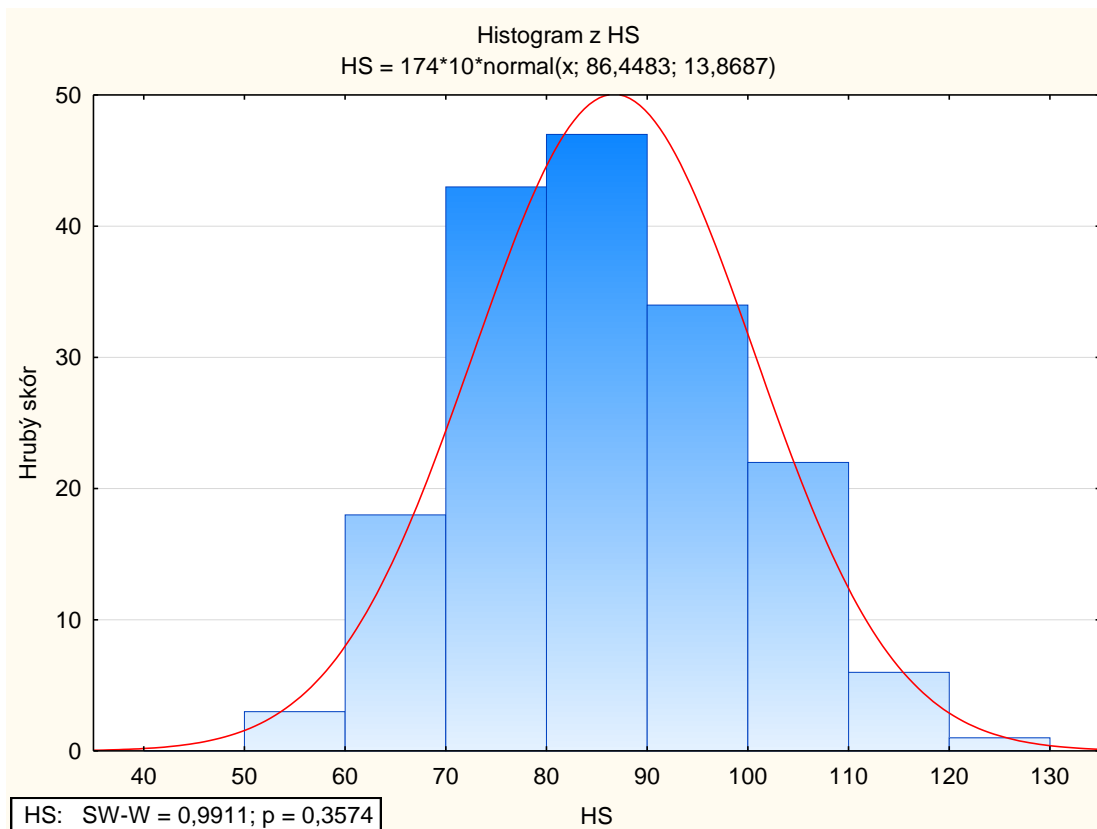
SD – Směrodatná odchylka

## 8.2 Analýza a popis dat dotazníku PVS 50

V této části budou prezentována data v podobě **hrubých skóru (HS) z dotazníku PVS 50**. Na následujícím obrázku je vidět celkové rozložení všech získaných hodnot. Tyto hodnoty byly také testovány na normální rozdělení, což ukazuje obrázek č. 5, kde jsou vyobrazeny krabicové grafy pro všechny získané hodnoty i HS.



Obrázek č. 4: Krabicový graf z HS všech ročníků a oborů

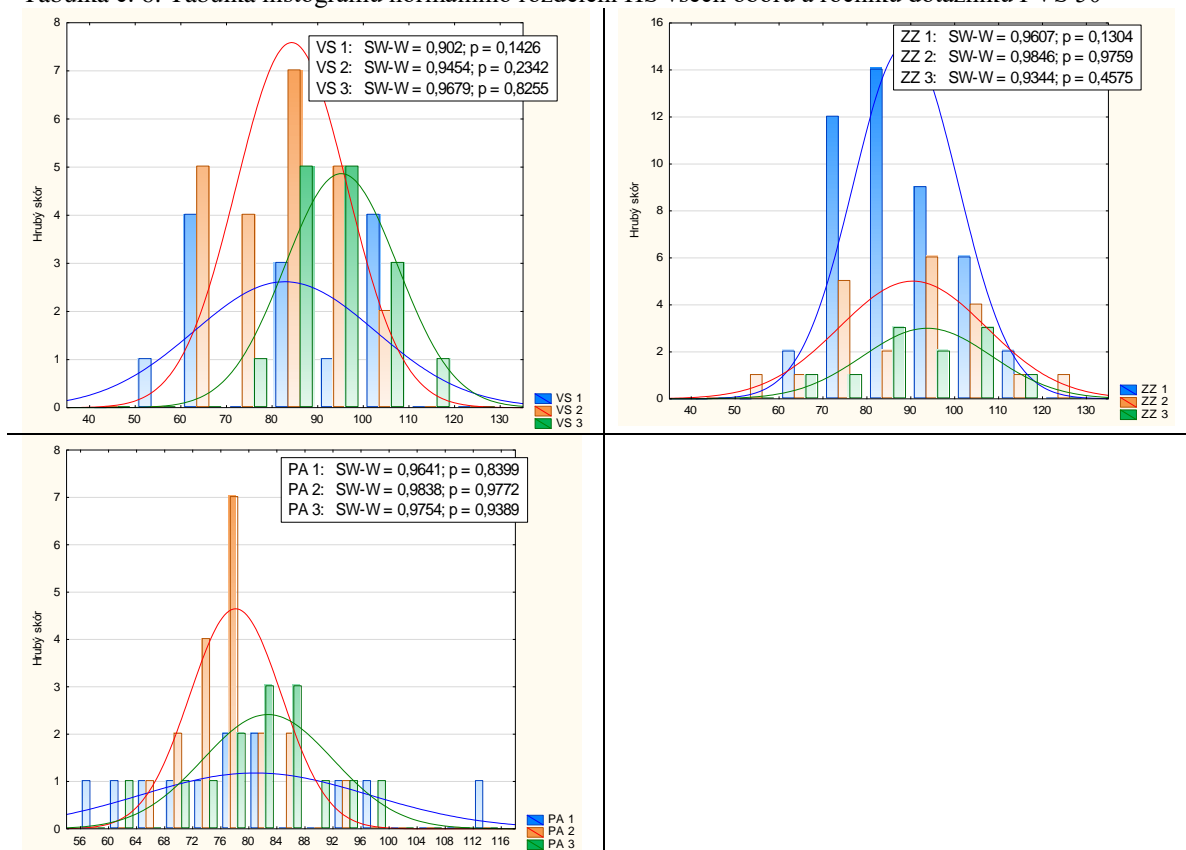


Obrázek č. 5: Histogram HS dotazníku PVS 50

Vzhledem k nepřítomnosti outlierů, nebylo třeba data následně třídit. Dále je přiložena tabulka s jednotlivými grafy rozděleními po oborech. Z nich však vyplývá, že

přesto, že by se mohlo zdát, že je možné užít parametrické testy, při porovnávání jednotlivých skupin nemají normální rozdělení. Test PVS 50 však není analyzován tímto způsobem, neboť nám jde o copingové strategie.

Tabulka č. 6: Tabulka histogramů normálního rozdělení HS všech oborů a ročníků dotazníku PVS 50



Další hypotézy se týkají porovnání jednotlivých subtestů, a proto je níže prezentována tabulka s těmito daty.

Tabulka č. 7: Popisná statistika všech oborů a ročníků dotazníku PVS 50

Proměnná	Popisné statistiky								
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost (modu)	Minimum	Maximum	Rozptyl	Sm.odch.
HS	174	86,45	86,00	86,00	9	52,00	121,00	192,34	13,87
VS 1	13	82,54	84,00	Vícenás.	2	53,00	108,00	392,60	19,81
VS 2	23	84,04	86,00	Vícenás.	2	67,00	107,00	146,13	12,09
VS 3	15	94,87	92,00	Vícenás.	2	74,00	120,00	151,27	12,30
ZZ 1	45	88,60	86,00	79,00	4	67,00	115,00	141,56	11,90
ZZ 2	21	90,19	93,00	Vícenás.	1	52,00	121,00	279,46	16,72
ZZ 3	11	93,45	96,00	106,00	2	63,00	111,00	213,27	14,60
PA 1	12	80,75	79,50	Vícenás.	1	56,00	116,00	263,30	16,23
PA 2	19	78,00	78,00	Vícenás.	2	65,00	93,00	42,56	6,52
PA 3	14	82,57	83,50	86,00	2	63,00	97,00	85,65	9,25

### 8.3 Výsledky testování hypotéz

Z výše uvedených hodnot a testování vyplývá, že pro výpočty porovnání jednotlivých skupin je zapotřebí využít neparametrické testy, tedy Kruskal-Wallisova ANOVA. Při porovnávání ročníků a oborů je však možné využít parametrické testy, kde u hypotéz ověřováno normální rozdělení, konkrétně t-test.

#### 8.3.1 Analýza celých skupin

Hypotézy H1 byl statisticky ověřována pomocí testu Kruskal-Wallis, neboť hodnoty nevykazovaly normální rozdělení napříč všemi obory a ročníky. Zde se počítalo s hodnotami jednotlivých skupin po vyřazení outlierů.

**Hypotéza H1:** Existuje rozdíl ve využívání strategií zvládání stresu mezi studenty jednotlivých oborů.

Tabulka č. 8: Kruskal-Wallisova ANOVA všech oborů a ročníků testu SVF 78

Č. buňky	HSD při nestejných N; proměnná HS Přibližné pravděpodobnosti pro post hoc testy Chyba: meziskup. PČ = 508,41, sv = 161,00										
	Obor	Ročník	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}	{6}	{7}	{8}	{9}
1	VS	1		0,4457	0,4457	1	0,4457	1	1	1	0,4457
2	VS	2	1		1	1	1	1	1	1	1
3	VS	3	1	0,4026		1	0,6138	1	1	1	1
4	ZZ	1	1	1	1		1	1	1	1	1
5	ZZ	2	1	0,5032	1	1		1	1	1	1
6	ZZ	3	1	0,4405	1	0,4405	1		1	1	1
7	PA	1	0,4433	0,4433	0,4433	1	0,4433	1		1	0,4433
8	PA	2	1	0,6690	1	0,4015	0,4825	1	1		1
9	PA	3	0,4457	0,4457	0,4457	1	0,4457	1	1	1	

Z výše uvedených dat z testování hypotéz je znatelné, že se mezi obory a ročníky nevyskytují žádné statisticky významné rozdíly, pokud porovnááme všechny obory vzájemně.

**H1: nepřijímáme, H0: nezamítáme.**

**Hypotéza H2:** Existuje rozdíl ve využívání strategií zvládání stresu mezi studenty všech oborů, ale různých ročníků.

Vzhledem k jinak uspořádanému datovému souboru, zde byl proveden opět testy normálního rozdělení dat. Toto rozložení nám umožnilo využít parametrické testy, neboť zde je rozložení normální (**VS**:  $D = 0,094$ ;  $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 0,15$ ; SW-W = 0,984;  $p = 0,5337$ . **ZZ**:  $D = 0,0575$ ;  $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ; SW-W = 0,9857;  $p = 0,6874$ . **PA**:  $D =$

0,0815;  $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ; SW-W = 0,9798;  $p = 0,6839$ ). Byl použit t-test vždy pro jeden obor a jeho třemi ročníky.

Tabulka č. 9: t-test pro nezávislé vzorky testu SVF 78, ročníky

Skup. 1 vs. skup. 2	t-test pro nezávislé vzorky				
	Průměr (skup. 1)	Průměr (skup. 2)	Hodnota t	sv	p
1. vs. 2. ročník	167,25	177,34	-2,51	128,00	0,01
2. vs. 3. ročník	177,34	175,58	0,37	100,00	0,71
1. vs. 3. ročník	167,25	175,58	-1,67	106,00	0,10

Z testování této hypotézy vyplývá, že jsou významné statistické rozdíly mezi studenty prvních a druhých ročníků ( $p = 0,01$ ). Alternativní hypotézu můžeme přijmout, jelikož byla podmínka pro její přijetí splněna alespoň v jednom případě.

**H2: přijímá, H0: zamítáme.**

**Hypotéza H3:** Existuje rozdíl ve využívání strategií zvládnání stresu mezi studenty všech ročníků, různých oborů.

Při testování této hypotézy byl použit opět t-test, ale data byla uspořádána tak, že byla grupování v rámci jednoho ročníku všech oborů. Tento test byl zvolen po ověření normálního rozdělení dat (**VS:**  $D = 0,087$ ;  $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ; SW-W = 0,972;  $p = 0,2670$ . **ZZ:**  $D = 0,0711$ ;  $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ; SW-W = 0,9783;  $p = 0,2402$ . **PA:**  $D = 0,078$ ;  $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ; SW-W = 0,969;  $p = 0,2923$ ).

Tabulka č. 10: t-test pro nezávislé vzorky testu SVF 78, obory

Obory	t-test pro nezávislé vzorky				
	Průměr (skup. 1)	Průměr (skup. 2)	Hodnota t	sv	p
VS vs. ZZ	177,0000	164,7867	2,98782	124	0,003388
VS vs. PA	177,0000	181,9318	-1,02275	93	0,309079
ZZ vs. PA	164,7867	181,9318	-3,90530	117	0,000158

Z výše uvedených dat vycházejících z testování hypotézy vyplývá, že jsou významné statistické rozdíly mezi studenty oborů všeobecná sestra vs. zdravotnický záchranář a také mezi obory zdravotnický záchranář a porodní asistentka.

**H3: přijímá, H0: zamítáme.**

### 8.3.2 Analýza výsledků mezi jednotlivými skupinami studentů a normou

Hypotézy H4–H6 jsou statisticky ověřovány parametrickými testy, neboť bylo ověřeno normální rozdělení. K testování hypotéz byl zvolen t-test, pro porovnání jednotlivých skupin s normou nebo pro porovnání oborů mezi sebou.

**Hypotéza H4:** Skóre pozitivní strategie dle SVF 78 u studijního oboru zdravotnický záchranář vykazuje statisticky významně vyšší skóre než norma.

Tato a následující hypotéza byla stanovena na základě literatury, kde je popsáno srovnávání všeobecných sester a jiných oborů vzájemně. Taktéž vychází z předpokladu, že zdravotničtí záchranáři jsou vystaveni každodennímu stresu při zachraňování lidských životů nebo při péči o lidi na odděleních kde je poskytována urgentní péče. Zde je počítáno s daty bez outlierů,  $N = 75$ . Hodnoty normálního rozdělení  $D = 0,0516$ ;  $p < n.s.$ ; Lilliefors- $p < 1$ ; SW-W = 0,9918;  $p = 0,9154$ . K ověření byl použit test rozdílů mezi dvěma průměry.

Tabulka č. 11: POZ pro ZZ a normu

POZ	Soubor	Test rozdílu mezi dvěma průměry
POZ M (SD) norma (N = 246) POZ M (SD) měřeno (N = 75)	12,22 ( $\pm 2,32$ ) 13,82 ( $\pm 2,65$ )	$p = 0,0000$
POZ M (SD) norma muži (n = 124) POZ M (SD) měřeno muži (n = 48)	12,47 ( $\pm 2,29$ ) 14,49 ( $\pm 2,39$ )	$p = 0,0000$
POZ M (SD) norma ženy (n = 122) POZ M (SD) měřeno ženy (n = 27)	11,96 ( $\pm 2,32$ ) 12,61 ( $\pm 2,70$ )	$p = 0,2033$

M – průměr. SD – směrodatná odchylka. N – četnost.

Z výše uvedené tabulky je znatelné, že záchranáři jako celek a současně muži, vykazují statisticky významný rozdíl v subtestu POZ, než udává norma. Ženy tento statistický rozdíl nevykazují, nicméně i tak přijímáme alternativní hypotézu, neboť je splněna v celkovém souboru.

**H4: přijímá, H0: zamítáme.**

**Hypotéza H5:** Skóre pozitivní strategie dle SVF 78 u studijního oboru zdravotnický záchranář vykazuje statisticky významně vyšší skóre než skóre všeobecných sester.

Tabulka č. 12: POZ pro ZZ a VS

POZ	Soubor	Test rozdílu mezi dvěma průměry
POZ M (SD) ZZ (N = 75) POZ M (SD) VS (N = 51)	13,82 (± 2,65) 13,35 (± 2,40)	p = 0,3122
POZ M (SD) ZZ muži (n = 48) POZ M (SD) VS muži (n = 4)	14,49 (± 2,39) 14,96 (± 3,07)	p = 0,7124
POZ M (SD) ZZ ženy (n = 27) POZ M (SD) VS ženy (n = 47)	12,61 (± 2,70) 13,21 (± 2,32)	p = 0,3166

M – průměr. SD – směrodatná odchylka. N – četnost.

Z testování hypotézy vyplývá, že mezi zdravotnickými záchranáři a všeobecnými sestrami není statisticky významný rozdíl v POZ strategiích zvládnání stresu.

**H5: nepřijímá, H0: nezamítá.**

**Hypotéza H6:** Skóre pozitivní strategie dle SVF 78 u studijního oboru zdravotnický záchranář vykazuje statisticky významně vyšší skóre než skóre porodních asistentek.

Tabulka č. 13: POZ pro ZZ a PA

POZ	Soubor	Test rozdílu mezi dvěma průměry
POZ M (SD) ZZ (N = 75) POZ M (SD) PA (N = 44)	13,82 (± 2,65) 13,34 (± 2,90)	p = 0,3589
POZ M (SD) ZZ muži (n = 48) POZ M (SD) PA muži (n = 0)	14,49 (± 2,39) 0	p = nelze porovnat
POZ M (SD) ZZ ženy (n = 27) POZ M (SD) PA ženy (n = 44)	12,61 (± 2,70) 13,34 (± 2,90)	p = 0,2944

M – průměr. SD – směrodatná odchylka. N – četnost.

Z testování hypotézy vyplývá, že mezi zdravotnickými záchranáři a porodními asistentkami není statisticky významný rozdíl v POZ strategiích zvládnání stresu.

**H6: nepřijímáme, H0: nezamítáme.**

**Hypotéza H7:** Skóry testovaného souboru statisticky významně korelují ve strategiích POZ 1, 2, 3 dotazníku SVF 78 se subškálami PVS 50 ve všech oborech.

Tato hypotéza vychází z popisu samotného testu PVS, který ve svém popisu zmiňuje autorské výzkumy, které potvrzují vliv stresu a hardiness na zdraví. Také je možné se zde opřít o tvrzení Honzáka (2018), který popisuje nezdolnost, schopnost věci

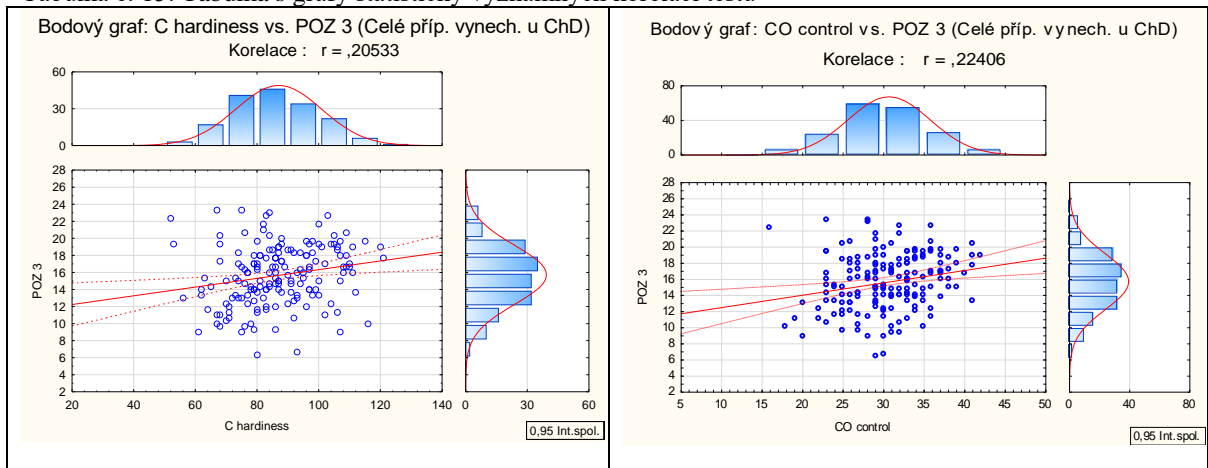
brát s úsměvem, pozitivně, nepřebírat za vše odpovědnost jako faktory ovlivňující práci se stresem.

Tabulka č. 14: Korelace testů SVF 78 a PVS 50

Proměnná	Korelace Označ. korelace jsou významné na hlad. p < ,05000 N=170 (Celé případy vynechány u ChD)		
	POZ 1	POZ 2	POZ 3
C hardiness	-0,026	-0,065	0,205
CA challenge	0,030	0,011	0,139
CM commitment	-0,069	-0,072	0,150
CO control	-0,026	-0,105	0,224

Dále je vložena tabulka s grafy pouze pro ilustraci znázornění dvě statisticky významné korelace mezi POZ 3 a celkovým C hardiness a CO (control).

Tabulka č. 15: Tabulka s grafy statisticky významných korelací testů



Z výsledků testování je možné usoudit, že statisticky významnou korelaci mají mezi sebou strategie POZ 3 a celkový skóre C (hardiness). Stejně tak strategie POZ 3 a subškála CO (control).

Podmínka hypotézy byla splněna ve dvou případech, proto je přijata.

**H7: přijímá, H0: zamítáme.**

## 9 Diskuze

V této části budou porovnány výsledky testování jednotlivých hypotéz se zdroji, jež jsou uvedené v teoretické části této práce. Toto porovnání a diskuze nad výsledky vede ke zjištění splnění cílů této práce, což je hodnoceno v závěru.

Celkově můžeme říci, že průměr HS dotazníku SVF 78 jednotlivých oborů a ročníků se pohyboval od 161,74 (ZZ 1) bodů do 190,38 (PA 3) s průměrem 172,89 bodů. Nerozlišujeme ovšem využívání pozitivních či negativních strategií, ale počítáme s celkovým HS. Nejvyšší průměr bodů byl získán v subškále PSO (potřeba sociální opory) 16,22 bodů, která se ve výzkumech obecně dostává na první místo ve strategiích zvládnání stresu a její nedostatek je velmi často udáván jako jedna z hlavních příčin syndromu vyhoření. Naproti tomu nejnižší průměr dotazníku SVF 78 byl dosažen v subškále RZG (rezignace) 9,49 bodů. Tato skutečnost je pozitivní ve svém výsledku, neboť by mohla znamenat, že studenti zdravotnických oborů obecně nemají tendenci rezignovat na problém, ale mají tendenci jej řešit a pochopit a v případě výskytu stresu je pro ně důležitá sociální opora, oproti negativním způsobům řešení, jak ostatně potvrzuje Marešová a Trešlová (2017) ve svém výzkumu.

**H1:** Existuje rozdíl ve využívání strategií zvládnání stresu mezi studenty jednotlivých oborů.

Z analýzy výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že při vzájemném porovnání kompletního vzorku studentů ve smyslu všech ročníků a oborů, není mezi nimi statisticky významný rozdíl, což znamená, že celkově mají tyto skupiny obdobné způsoby zvládnání stresových situací. **Alternativní hypotézu z těchto důvodů nepřijímáme.** Tento výsledek se shoduje s výzkumem Qiao, Chen, Guan & Wang (2016), kteří měli ve svém výzkumu 492 respondentů a využívali dotazníky MBI, SCL-90, EPQ a TCSQ. Ti ve svém výzkumu řešili příznaky vyhoření u celého týmu, který pečuje o pacienty s HIV/AIDS v nemocnici. Jejich výzkum nepoukazoval na významný rozdíl mezi jednotlivými členy tohoto týmu, pouze vliv oddělení, na kterém pracují a typ onemocnění, se kterým se setkávají. Tento výsledek může být způsoben poměrem pracovníků ve zdravotnickém týmu, kde vzájemná kooperace působí protektivním způsobem a multioborovost tohoto týmu snižuje působení stresorů, jakými je vysoká míra zodpovědnosti, nedostatečné rozlišení kompetencí, požadavky na kvalitní provedení ošetrovatelských postupů a nedostatek personálu.

**H2:** Existuje rozdíl ve využívání strategií zvládnání stresu mezi studenty všech oborů, ale různých ročníků.

Tato hypotéza předpokládala rozdílnost práce se stresujícími situacemi v průběhu vzdělání a postupného střetávání se studentů se stresujícími situacemi v rámci praxí, kde si osvojují postupy důležité pro výkon svého povolání. Taktéž je předpoklad, že v rámci studia dochází nejenom k rozvoji praktických dovedností ve formě nácviku, ale také osvojení teoretických znalostí, rozšíření sociálních vztahů a v rámci především humanitních předmětů obeznámení s copingovými strategiemi či relaxací. Humpl (2013) potvrzuje, že tyto strategie si budujeme v průběhu svého života. Nolen-Hoeksema (2012) tvrdí, že jsou to reakce ovlivněné našimi zkušenostmi. Autoři Mark & Smith (2012) uvádí, že hodnotíme situaci podle potenciačních hrozeb a následně využijeme ověřené strategie z minulých zkušeností. I jejich názor tedy potvrzuje, že v této problematice hraje významnou roli postupná expozice náročným situacím. Těmi student během vysokoškolského studia prochází z počátku pod dohledem vyučujících, později pod dohledem odborníků z praxe a postupně získává jistotu a sebedůvěru. Někdy však může mít dlouhodobá přítomnost stresujících situací a velmi intenzivní dlouhodobý stres zcela opačný efekt než „otužování“. Tímto efektem je ztráta sebedůvěry, důvěry v ostatní, ve smysl práce a končí syndromem vyhoření, což potvrzují i Praško (2006) a Moreno (2013). Nelze tedy jednoznačně říci, že si lze na stres postupně zvykat a v průběhu času se díky těmto situacím stávat odolnějším a budovat copingové strategie stále nové a účinnější, protože se můžeme dostat do situace, kdy naše možnosti a kapacity budou vyčerpané. **V této práci byla alternativní hypotéza přijata**, neboť se projevil statisticky významný rozdíl mezi prvním a druhým ročníkem. Tento výsledek můžeme přikládat změně přístupu ke vzdělávání (ze středoškolského systému na vysokoškolský), která může působit stres. Studenti se najednou domnívají, že není zapotřebí průběžná příprava, nejsou na ně kladeny průběžné nároky tolik, jako na střední škole. Pravděpodobně vlivem zvoleného období pro sběr dat (letní semestr), již mohlo dojít k prvnímu „šoku“ z jednorázových nároků na zkoušky a zápočty. Nagle a Sharma (2018) však ve svém výzkumu zjistili, že studenti pociťují stres, který není až tak závislý na ročníku. To ale může být způsobené značně rozdílnými sociálními podmínkami, neboť jejich výzkum byl prováděn v Indii, kde vzdělání má dalekosáhlé důsledky na možnou společenskou úroveň. V letním semestru již také nejsou na fakultě přítomni studenti, kteří ukončili studium z důvodu nedostatečných studijních výsledků či z důvodu uvědomění si, že studovaný obor jim nevyhovuje.

Pravděpodobně proto nejsou v souboru respondentů studenti, které studium nadměru stresuje. Je tedy možné říci, že přítomnost středně intenzivních stresujících situací a úsilí, které je namířené určitým směrem může mít pozitivní vliv na postupný rozvoj copingu.

**H3:** Existuje rozdíl ve využívání strategií zvládnání stresu mezi studenty všech ročníků, různých oborů.

Tato alternativní hypotéza byla přijata, neboť byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi studenty oboru zdravotnický záchranář a všeobecná sestra, a současně zdravotnický záchranář a porodní asistentka v oblasti využívání strategií zvládnání stresu. Stanovení této hypotézy vyplývalo již ze zákonných norem – zákon 372/2011 Sb. a vyhláška 55/2011 Sb., které specifikují zaměření a kompetence těchto zaměstnání, tedy i jejich studentů. Zdravotnický záchranář je svým zaměřením více připraven na urgentní péči či pro zásahy u urgentních stavů vyžadujících záchranu života. Studenti oboru všeobecná sestra jsou více připravováni na péči na lůžkových odděleních či ambulancích, kde není běžně poskytována urgentní péče. Samozřejmě i zde jsou pacienti v závažných stavech, nicméně péče o ně není jejich primárním zaměřením. K výkonu povolání na odděleních, kde je poskytován tento druh péče, je zapotřebí, aby všeobecné sestry podstoupily specializační vzdělávání. Přestože **alternativní hypotéza zde byla přijata**, statisticky významný rozdíl se prokázal pouze mezi studenty oboru zdravotnický záchranář v porovnání se všeobecnými sestrami a porodními asistentkami. Mezi obory všeobecná sestra a porodní asistentka nebyl prokázán rozdíl. Také není přesně jasné, zda se jedná o významný rozdíl v pozitivním nebo negativním subtestu. Výsledky ukazují pouze významný rozdíl, což potvrzuje rozdílnost jednotlivých oborů. To může být způsobeno častější přítomností více členů týmu a výkony prováděnými v prostředí, které je všeobecným sestrám a porodním asistentkám dobře známé a cítí se v něm relativně bezpečně. Zdravotničtí záchranáři nepracují v prostředí sobě vlastním, narušují cizí prostředí a pracují v situacích, kdy se musí spolehnout sami na sebe. Toto by potvrzoval výzkum Laranjeira (2011), který ve svém výzkumu čítajícím 102 respondentů s využitím dotazníků PSS a WCQ zjistil, že velká míra stresu je způsobena nejenom sociálním zázemím a pracovním kolektivem, ale také pracovním prostředím, které u zdravotnického záchranáře znamená neustálý kontakt s cizím prostředím, nemají svůj prostor, své zázemí a při výjezdu se dostávají vždy do nové a nové situace, tedy jejich přizpůsobení musí být velice rychlé. Ashafred a Lawrence (2006) popisují, že vliv na strategie zvládnání stresu má i vlastní sebehodnocení, které mohou zvyšovat kompetence těchto oborů.

**H4:** Skóre pozitivní strategie dle SVF 78 u studijního oboru zdravotnický záchranář vykazuje statisticky významně vyšší skóre než norma v subtestu POZ.

Statistickým testováním byla tato **alternativní hypotéza přijata**. Pakliže se jednalo o celý soubor studentů oboru zdravotnický záchranář, ten vykazoval statisticky významný rozdíl. Pokud jsme jej rozdělili na muže a ženy, zde výsledky již nejsou jednoznačné. Muži vykazují statisticky významný rozdíl ve využívání pozitivních strategií, kdežto ženy nikoli. Předmětem této alternativní hypotézy však je celý obor. Přímé srovnání oboru zdravotnický záchranář s normou nebývá až tak obvyklé, avšak vycházíme-li z přípravy na toto zaměstnání a z akreditace vydané Národním akreditačním ústavem, k jejímuž udělení MŠMT vydává stanovisko k výkonu regulované profese vyplývá, že do studia tohoto oboru je zapojena nejenom teoretická příprava splňující požadavky samostatného rozhodování a velké množství znalostí, ale také příprava fyzická, kde záchranáři musí projít množství kurzů a splnit při nich fyzické předpoklady, které jsou testovány v průběhu všech šesti semestrů v tělocviku. Samotný fakt přípravy a orientace na celkový rozvoj jejich osobností může mít pozitivní vliv na práci se strategiemi zvládnání stresu. Podle Honzáka (2018) a Pelcáka (2015) je coping ve formě sportu, celkově fyzické aktivity, více než vhodný, pokud není natolik intenzivní, že dojde k fyzickému vyčerpání. V ČR se v posledních letech rozvíjí i tzv. peer program, který by měl následovat po každé výrazně stresující události, jako je například záchrana či úmrtí dítěte, vypjaté sociální situace. Také je možnost využití supervizí, kterou však zdravotničtí pracovníci nemají povinnou, zatímco sociální pracovníci mají zákonem danou povinnost je využívat.

**H5:** Skóre pozitivní strategie dle SVF 78 u studijního oboru zdravotnický záchranář vykazuje statisticky významně vyšší skóre než skóre všeobecných sester v subtestu POZ.

Tato a následné hypotézy navazují na H3 a specifikují její výsledky, kdy byl zjištěn rozdíl mezi obory zdravotnický záchranář vs. obory všeobecná sestra i porodní asistentka. Zde se nepotvrdil rozdíl ve využívání pozitivních strategií a **alternativní hypotéza tedy nebyla přijata**. Marešová a Trešlová (2017) svým výzkumem dospěly k výsledku, že nejvíce užívanou strategií k prevenci syndromu vyhoření a stresu ze strany všeobecných sester je relaxace ve formě procházek v přírodě, spánek a zábava. Jejich výzkum byl prováděn u sester na odděleních, kde je poskytována intenzivní, ale i dlouhodobá, či hospicová péče. Tedy na odděleních, kde se mohou také často setkávat se smrtí či rodinnými vlivy a vypjatými situacemi stejně jako zdravotničtí záchranáři, kteří se svými

kompetencemi mohou taktéž pracovat na oddělení ARO, JIP. Je zřejmý rozdíl v typu péče mezi těmito obory, avšak není rozdíl ve využívání pozitivních strategií. To může být způsobené sepnutím studentů daných zdravotnických oborů. Uvědomění si sounáležitosti a spolupráce, k níž jsou v průběhu studií vedeni, se ukazuje jako vyrovnané. Další z možností je podobnost testovaných oborů. I Vévodová, Ročková, Kozáková, Dobešová & Kisvetrová (2016) zkoumaly copingové strategie u onkologických sester. Zjistily, že pozitivní strategie jako je péče o sebe, sociální opora a racionálně/kognitivní zvládnání, se u respondentek různě prolínají a jsou využívány v různé kombinaci a míře. Je tedy možné předpokládat, že podobně využívají strategie i respondenti tohoto výzkumu.

**H6:** Skóre pozitivní strategie dle SVF 78 u studijního oboru zdravotnický záchranář vykazuje statisticky významně vyšší skóre než skóre porodních asistentek v subtestu POZ.

Ani v tomto případě **nebyla alternativní hypotéza přijata**, tedy není rozdíl ve využívání pozitivních strategií mezi obory zdravotnický záchranář a porodní asistentka. Na první pohled by se mohlo zdát, že obor porodní asistence má více společného s oborem všeobecná sestra, avšak vezmeme-li délku kontaktu, akutnost výkonu, dá se říci, že mají i dost společných charakteristik obory porodní asistentka a zdravotnický záchranář. Zde můžeme opět porovnávat s výzkumem Marešové a Trešlové (2017), kde porovnávají oddělení lůžková a oddělení s urgentním typem péče, případně oddělení s častým výskytem smrti, což mají tyto dva obory opět společné. Málokdo si představí u studentů oboru porodní asistentka kontakt se smrtí, ale součástí porodu může být úmrtí plodu i matky nebo mohou asistovat u plánovaného porodu mrtvého plodu, který je také součástí jejich práce. Review od autorů Labrague, McEnroe-Petite, Amri, Fronda, Obeidat (2017) popisuje, že všeobecně jsou výhodnější řešení orientovaná na problém než na emoce, a to napříč všemi jimi posuzovanými články zaměřenými na obor všeobecná sestra. Z předchozí hypotézy vyplývá, že mezi oborem všeobecná sestra a zdravotnický záchranář není statisticky významný rozdíl, je tedy možné předpokládat totéž i u oborů zdravotnický záchranář a porodní asistentka. Jak již bylo zmíněno v alternativní hypotéze výše, nepřítomnost rozdílu může být ovlivněna zdravotnickým zaměřením vybraných oborů, přesto že výzkumy Onan, Işıl & Barlas (2013), Vévodová, Ročková, Kozáková, Dobešová & Kisvetrová (2016), Lahana, Papadopoulou, Roumeliotou, Tsounis & Sarafis (2017) popisují rozdíl přítomnost stresu u všeobecných sester na různých odděleních.

Výzkum autorů Al-Dubai, Al-Naggar, Alshagga & Rampal (2011), kteří uvedli, že studenti více využívají aktivní metody práce se stresem, než vyhýbavé, což se může taktéž projevit jako vyšší skóre v subškále pozitivních strategií a tím pádem je zřejmé, že mezi jednotlivými obory nemusí být žádný rozdíl.

**H7:** Skóre testovaného souboru významně statisticky korelují ve strategiích POZ 1, 2, 3 dotazníku SVF 78 se škálou hardiness dotazníku PVS 50 ve všech oborech.

Jak bylo již napsáno, volba této hypotézy vychází přímo z manuálu dotazníku PVS 50, kde je popisován stres a jeho vztah ke kardiovaskulárním onemocněním a výsledky výzkumů, které potvrzují vztah mezi vysokou úrovní hardiness a nízkým výskytem těchto onemocnění. Honzák (2018) popisuje vztah mezi odolností a pozitivním hodnocením situace, což uvádí jako jeden z pozitivních vlivů na zvládání stresu, tedy coping. Tato **hypotéza byla potvrzena** a byla zjištěna korelace mezi pozitivními strategiemi a hardiness, přestože jen ve dvou případech a to konkrétně mezi subškálou POZ 3 a celkovou škálou C (hardiness), a také mezi POZ 3 a subškálou CO (control). Jak je napsáno v manuálu, není možné tyto subškály dotazníku PVS 50 zcela přesně interpretovat po rozdělení, neboť hardiness je celková schopnost obstat. Připadá v úvahu tedy vysvětlení, že jedinci s vyšší mírou hardiness dokáží lépe pracovat a využívat pozitivní strategie zvládání stresu. Zajímavé je, že to skutečně vypadá, že jedinci s vyšším ziskem v subškále POZ 3 (zahrnující kontrolu situace, kontrolu reakce a pozitivní sebeinstrukce) mají vyšší skóre i v subškále control, což znamená, že mají pocit, že situace mohou více kontrolovat.

## 10 Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, zda je rozdíl mezi strategiemi zvládnání stresu mezi studenty oborů Všeobecná sestra, Zdravotnický záchranář a Porodní asistentka. Z výsledků vyplývá, že celkově, pokud zahrneme všechny ročníky a obory, statisticky významný rozdíl není. Pokud však výsledky analyzujeme blíže, největší rozdíly jsou mezi jednotlivými ročníky, a to především mezi prvním a druhým ročníkem, bez ohledu na studovaný obor. Pokud analyzujeme obory samostatně a všechny ročníky dohromady, projeví se také statisticky významný rozdíl mezi obory zdravotnický záchranář a ostatními dvěma obory. Dále bylo analyzováno, zda mezi těmito obory jsou významné rozdíly ve způsobu využívání pozitivních strategií. Ukázalo se, že tento rozdíl není statisticky významný. Lze tedy předpokládat, že studenti jednotlivých oborů mohou mít rozdíly ve využívání různých typů strategií, nicméně v pozitivním způsobu se neliší. Výsledky této práce jsou zajímavé a je předpoklad, že budou podkladem pro další výzkum v této oblasti. Bylo by vhodné navázat na tento výzkum kvalitativními rozhovory s jednotlivými studenty a důsledně analyzovat možné přítomnosti stresu a možnosti jeho ovlivnění v průběhu studia. Toto poučení již v době studia by mohlo mít velmi pozitivní vliv na copingové strategie během výkonu povolání a tím oddálení či snížení výskytu syndromu vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví.

## 11 Souhrn

Cílem této práce bylo zjistit, zda existuje rozdíl mezi využíváním strategií zvládnání stresu mezi zdravotnickými obory a jejich různými ročníky. V teoretické části jsou definovány hlavní pojmy související se stresem a v empirické části je již pracováno s dotazníky SVF 78 a PVS 50, kde jsou získaná data analyzována.

Stres se dá popsat jako zatížení organismu, míra opotřebení či nesespecifická odpověď organismu na požadavky, které na nás klade vnitřní či vnější prostředí (Cungi, 2001; Pešek & Praško, 2016). Svým působením má vliv na prožívání zdraví, které lze definovat jako stav úplně bio-psycho-sociální pohody a nejenom nepřítomnost nemoci (Gulášová, 2014). Teorie stresu má několik východisek, která měla největší rozmach po druhé světové válce. Ta se stala díky svým devastujícím vlivům na lidské zdraví předmětem výzkumu mnoha vědeckých oborů, a to přispělo mimo jiné také ke studiu stresu. Teorie stresu můžeme rozdělit na fyziologické a psychologické. **Fyziologická** – zde je snahou organismu udržet homeostázu, která je narušena stresem. Jeden z prvních autorů, kteří se stresem zabývali, byl Selye (1976) a na základě jeho teorie byl vytvořen dnes často používaný obecně adaptační syndrom (GAS), který se skládá ze stádia poplachové reakce, stádia rezistence a vyčerpání (Paulík, 2017). Další teorií je **psychologická teorie stresu** – Lazarus (1966) tvrdí, že hodnocení přítomnosti stresu záleží na vlastním vyhodnocení psychikou dle závažnosti a nebezpečí a na základě vlastních možností řešení. Stres můžeme rozdělit na **eustres** (prožívaný při náročných, ale pozitivních situacích) a **distres** (negativní stres) nebo na **hypostres** a **hyperstres** (Humpl, 2013; Praško, 2016). Mezi příznaky stresu řadíme fyzické projevy v podobě zvýšeného tlaku, zvýšeného pocení, zrychleného dýchání, tachykardie, palpitace a psychologických projevů jakými mohou být nabuzení, změny pozornosti, lhostejnost, podrážděnost, úzkostnost (Pelcák, 2015).

Syndrom vyhoření byl popsán v souvislosti s pracovní zátěží Freudenbergerem (1974) a Praško (2006) jej popisuje jako úplné vyčerpání všech energetických zdrojů organismus. Tento deficit se velice těžce doplňuje za běžných okolností, při syndromu vyhoření je toto doplnění prakticky nemožné (Moreno, 2013). Vyhoření probíhá v několika fázích: nadšení, stagnace, frustrace, apatie a poslední je vyhoření, které je charakteristické pasivní agresivitou, hněvem i vyhýbáním se pracovním povinností (Pešek, 2016).

Copingové strategie je možné si představit, jako aktivní a dynamický proces vyrovnávání se s nadlimitním stresem za pomoci ochoty se přizpůsobit, dostatečné

sebedůvěry, možnosti ventilovat své emoce a mít naději (Humpl, Prokop & Tobiášová, 2013). Tyto strategie můžeme rozdělit na **orientované na řešení problému** a **orientované na vyrovnání se s emocí**. Výběr z těchto strategií a ani jejich preference nejsou jednoznačné (Paulík, 2017). Další autoři popisují výběr copingových strategií ještě dle hledisek **primárního** zhodnocení a **sekundárního** využití již vyzkoušených strategií (Kato, 2014). **Vyhýbání se** stresu a **boj** se stresem jako velice známé přístupy v řešení stresové situace uvádí Křivohlavý (2009). Tyto strategie nejsou neměnné a je možné je rozvíjet například relaxací, meditací, dostatečným rozvojem a udržováním sociálního zázemí, pozitivním přístupem k problémům, time managementem, fyzickou aktivitou a realistickým sebehodnocením (Paulík, 2017). Výběr copingových strategií je ovšem ovlivněn také osobnostními charakteristikami jedince, mezi něž patří **vulnerabilita**, **resilience**, **hardiness**, **místo kontroly**, **koherence**, **self-efficacy** a **flow** případně protektivně na zvládání působí i salutory (Křivohlavý, 2009).

V praktické části byly stanoveny dva cíle. Prvním je zjistit, zda je mezi jednotlivými ročníky statisticky významný rozdíl ve využívání strategií stresu. Druhým je zjistit, zda je rozdíl ve využívání strategií zvládání stresu mezi studenty jednoho ročníku, ale různých oborů. Na tyto cíle bylo stanoveno sedm hypotéz. Výzkum byl proveden u studentů bakalářských zdravotnických oborů Všeobecná sestra, Zdravotnický záchranář a Porodní asistentka. Do výzkumného vzorku byli zařazeni všichni studenti bez ohledu na věk, byla tedy snaha o totální výběr čítající 351 studentů. Nicméně vlivem praxí a absencí byl celkový počet respondentů 182, z nichž 8 nedostatečně vyplnilo dotazníky. Ke sběru dat byly využity dva dotazníky, SVF 78 a PVS 50. Oba dotazníky byly studentům všech tří oborů i tří ročníků rozdány v průběhu května až června roku 2018 vždy ve výukových dnech po proběhlých hodinách předmětů Psychologie a Komunikace. Studenti byli před vyplněním upozorněni, že vyplnění či nevyplnění nemá žádný vliv na studijní výsledky ani jiné skutečnosti společné se školními povinnostmi. Účast byla zcela dobrovolná a anonymní. Po vyplnění byly dotazníky studenty odkládány na předem určené místo u východu z učebny. Data byla následně přepsána do programu Microsoft Excel 2016 do tabulek a výpočty byly prováděny v programu Statistica13. Data byla následně zpracována a tříděna po zjištění outlierů pomocí krabicových grafů, Shapiro-Wilkova, Kolmogorov-Smirnovova a Dixonova testu celého souboru a jednotlivých skupin. Pro další analýzu byly použity testy Kruskal-Wallisova ANOVA a t-test.

Při testování hypotéz byly použity různé druhy testů. **Hypotéza H1** byla testována pomocí Kruskal-Wallisova ANOVA, neboť ve dvou skupinách se nepotvrdilo normální rozdělení. Tato hypotéza nebyla přijata, neprokázal se statisticky významný rozdíl, což znamená, že při celkovém porovnání všech oborů i ročníků není významný rozdíl ve využívání strategií zvládnání stresu, což potvrzuje výzkum autorů Qiao, Chen, Guan & Wang (2016), kteří tvrdí, že není rozdíl mezi jednotlivými typy pracovníků starající se o HIV/AIDS pozitivní pacienty.

**Hypotéza H2** byla testována t-testem pro nezávislé vzorky. Tato hypotéza byla přijata, neboť se projevil statisticky významný rozdíl mezi prvním a druhým ročníkem všech oborů. To může být způsobené „šokem“ ve stylu výuky a požadavků, taktéž odchodem studentů, kterým daný obor nevyhovoval z různých důvodů. Tyto výsledky nekorespondují s výsledky Nagle a Sharma (2018), kteří zjistili, že prožívání stresu není závislé na ročníku, ale spíše na sociálním tlaku.

**Hypotéza H3** vyjadřující se k rozdílnosti oborů byla přijata, neboť se projevil statisticky významný rozdíl ve využívání strategií zvládnání stresu mezi studenty oboru Zdravotnický záchranář a studenty zbylých dvou oborů. Tento rozdíl může být způsoben typem přípravy na dané povolání vycházející ze zákonných norem, ale i soudržností týmu záchranářů, který si vyžaduje jejich specifický typ povolání. Dalším faktorem může být i rozdílnost v kompetencích, jejichž dobré zvládnutí může mít vliv na sebehodnocení, což popisuje ve svém výzkumu Ashafrd a Lawrence (2006).

**Hypotéza H4** vyjadřující se k rozdílu ve využívání pozitivních strategií mezi oborem Zdravotnický záchranář a normou byla přijata. Vysvětlením může být fyzická aktivita, kdy všichni absolventi tohoto oboru prochází náročnou fyzickou přípravou a podle Honzáka (2018) a Pelcáka (2015) má pohyb a fyzická aktivita velmi pozitivní vliv na psychiku.

**Hypotézy H5 a H6** opět porovnávají pozitivní strategie, ovšem mezi studenty oboru Zdravotnický záchranář vs. Všeobecná sestra a Porodní asistentka. Ty ovšem přijaty nebyly, neboť se rozdíl neprokázal. Tento fakt potvrzují výsledky výzkumů Onan, Işıl & Barlas (2013), Vévodová, Ročková, Kozáková, Dobešová & Kisvetrová (2016), Lahana, Papadopoulou, Roumeliotou, Tsounis & Sarafis (2017), Qiao, Chen, Guan & Wang (2016), nicméně výzkum autorů Al-Dubai, Al-Naggar, Alshagga & Rampal (2011) hovoří o opaku, tedy že studenti využívají aktivní strategie celkově více než vyhýbavé a mezi zdravotnickými obory není rozdíl.

**Hypotéza H7** popisuje možnou souvislost mezi vybranými subškálami testů, která se projevila ve dvou jejích částech, proto byla přijata. Výsledky ukazují, že jedinci s vysokou mírou pozitivního využívání strategií kontroly situace, kontroly reakce a pozitivní sebeinstrukce mohou být více odolní a mají pocit, že mohou věci kolem sebe více kontrolovat.

Zajímavým výsledkem této práce je, že při porovnávání všech skupin vzájemně se neprokázal významný rozdíl ve využívání strategií zvládnání stresu. Ten se projevilo až při bližší analýze jednotlivých oborů, ale nikoli ve využívání pozitivních strategií, pod nimiž je dnes často u mladých lidí prezentován ve velké míře sport.

## 12 Zdroje

1. Al-Dubai, S. A. R., Al-Naggar, R. A., Alshagga, M. A., & Rampal K. G. R. (2011). *Stress and Coping strategies of Students in a Medical Faculty in Malaysia*. PMID: PMC3216229, 18 (3): 57–64. Získáno 2. prosince 2018 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3216229/>
2. Ashford, K., & Lawrence, J. (2006). *How do students cope?: Coping strategies adopted by undergraduate students*. Získáno 8. prosince 2018 z <http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/161813.htm>
3. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. Získáno 8. prosince 2018 z <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
4. Blatný, M. a kol. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.
5. Blatný, M., Kohoutek, T., & Janušová, P. (2002). *Situačně kognitivní a osobnostní determinanty chování v zátěžové situaci*. *Československá psychologie*, 46, 97-208.
6. Blonna, R. (2005). *Coping with stress in changing world*. NY: McGraw-Hill.
7. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
8. Cungi, C. (2001). *Jak zvládat stres: [metody a praktická cvičení]*. Praha: Portál.
9. ČSÚ. *Sňatky a rozvody*. Získáno 5. prosince 2018 z <https://www.czso.cz/csu/czso/snatky-a-rozvody-1950-2016>
10. Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts and theory. *European Psychologist*, 18, 12-23.
11. Freudenberger, H. (1974) *Staff Burnout*. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165. Získáno 5. prosince 2018 z <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
12. Garrosa, E. et al. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*. 47(2), 205-215. ISSN: 0020-7489. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.014. Získáno dne: 30. listopadu, 2018 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19596324>

13. Greene, R. R. (2002). Holocaust Survivors. *Journal of Gerontological Social Work*, 37:1, 3-18, DOI: 10.1300/J083v37n01\_02
14. Gulášová, I. (2014). *ZDRAVÍ A NEMOC: Studijní text pro kombinovanou formu studia*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická. Získáno 7. prosince 2018 z <http://www.vspj.cz/ISBN/Opory%20-%20V%C5%A0PJ/Zdrav%C3%AD%20a%20nemoc%20-%20Ivica%20Gul%C3%A1ov%C3%A1.pdf>
15. Habeeb, K. T. (2016). *Emotional intelligence, Social Intelligence, Locus of Control in relation to Stress Management in Adolescents*. United States: Lulu Publicatin.
16. Hendl, J. (2015). *Přehled statistických metod: Čtvrté, rozšířené vydání*. Praha: Portál.
17. Hladký, A. (1993). *Zdravotní aspekty zátěže a stresu: skripta pro posluchače Filozofické fakulty Univerzity Karlovy*. Praha: Karolinum.
18. Holmes, T. H., & Rahe, R., H. (1967). *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 11, Issue 2, August 1967, Pages 213-218. *Elsevier Science Inc*.
19. Honzák, R. (2018). *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření* (3. vydání. vyd.). V Praze: Vyšehrad.
20. Hošek, V. (1999). *Psychologie odolnosti* (2. vyd.). Praha: Karolinum.
21. Humpl, L., Prokop, J., & Tobiášová, A. (2013). *První psychická pomoc ve zdravotnictví* (Vyd. 1. vyd.). Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
22. Chang, Y. (2011). Psychometric validity of the Problem-Focused Style of Coping scale: in relation to self-efficacy and life satisfaction among nursing staff in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*. 67(7), 1625–1631. ISSN: 1365-2648. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05578.x.
23. Jabor, A. (2008). *Vnitřní prostředí* (1. vyd. vyd.). Praha: Grada.
24. Jandourek, J. (2012). *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel* (Vyd. 1. vyd.). Praha: Grada.
25. Kalisch, R., Müller, M. B., & Tüscher, O. (2015). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and Brain Sciences*. Získáno 30. listopadu 2018 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25158686>
26. Kato, T. (2014). Coping with interpersonal stress and psychological distress at work: comparison of hospital nursing staff and salespeople. *Psychology Research and Behavior Management*. 7, 31-36. ISSN 1179-1578. DOI:

- 10.2147/PRBM.S57030. Získáno 1. února 2019 z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3896321/pdf/prbm-7-031.pdf>
27. Kebza, V. (2009). *Chování člověka v krizových situacích*. Praha: Česká zemědělská univerzita.
28. Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu) (2., rozš. a dopl. vyd. vyd.)*. Praha: Státní zdravotní ústav.
29. Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem*. *Československá psychologie*, 47(4), 333-345.
30. Kebza, V., & Šolcová, I. (2008). *Syndrom vyhoření – rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna*. *Československá psychologie* 52, 351 - 365.
31. Kebza, V., & Šolcová, I. (2008). *Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění*. Praha: *Československá psychologie* 54, 2010, 1.
32. Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 (1), 1–11. Získáno 22. února 2019 z <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=ac907aa5-942f-49bb-a30c-3190f1be648b%40sessionmgr4006&hid=4112>.
33. Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
34. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví. 3. vydání*. Praha: Portál.
35. Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu (1. vyd.)*. Praha: Grada.
36. Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Amri, M. Al., Fronda, D. D., & Obeidat, A. A. (2018). An integrative review on coping skills in nursing students: implications for policymaking. *International Nursing Review*. 65(2), 279-291. DOI: 10.1111/inr.12393. ISSN 00208132. Získáno 28. února 2019 z <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inr.12393>
37. Lahana, E., Papadopoulou, K., Roumeliotou, O., Tsounis, A., Sarafis, P., & Niakas, D. (2017). Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled. *BMC Nursing BMC series – open, inclusive and trusted*. Získáno 25. února 2019 z <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-017-0209-3>

38. Laranjeira, C., A. (2012). The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers. *Journal of Clinical Nursing*. 12(11), 1755-1762. ISSN: 1365-2702. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03948.x. Získáno 14. ledna 2019 z <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2011.03948.x>
39. Laštovková, M. (2017). *Syndrom vyhoření jako nemoc z povolání*. Praha: Klinika pracovního lékařství 1. LF UK. Získáno 17. srpna 2018 z: [http://www.szu.cz/uploads/Vzdelavaci\\_akce/KPL/10\\_Lastovkova\\_Syndrom\\_vyhoření.pdf](http://www.szu.cz/uploads/Vzdelavaci_akce/KPL/10_Lastovkova_Syndrom_vyhoření.pdf)
40. Lazarus, R., S. (1966). *Psychological Stress and Process*. New York: McGraw-Hill.
41. Lim, J., Hepworth, J., & Bogossian, F. (2011). A qualitative analysis of stress, uplifts and coping in the personal and professional lives of Singaporean nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 67(5), 1022-1033. ISSN: 1365-2648. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05572.x.
42. Maďa, P., & Fontana. J. (2015). Funkce buněk a lidského těla. *Multimediální skripta*. Získáno 3. června 2018 z: <http://fbt.cz/skripta/xi-regulacni-mechanismy-1-endokrinni-regulace/9-stres/>.
43. Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka (Vyd. 1. vyd.)*. Praha: Grada.
44. Marešová, L., & Trešlová, M. (2017). Zvládání zátěžových situací ošetrovatelským personálem v nemocnicích a hospicích. Ostrava: Univerzita Ostrava. Získáno 10. ledna 2019 z [http://psychkont.osu.cz/fulltext/2017/2017\\_1\\_5\\_Maresova-V.pdf](http://psychkont.osu.cz/fulltext/2017/2017_1_5_Maresova-V.pdf)
45. Mark, G., & Smith, A., P. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology*. 17(3), 505-521. ISSN: 2044-8287. DOI: 10.1111/j.2044-8287.2011.02051.x
46. Maslow, A. H. (2014). *O psychologii bytí*. Praha: Portál.
47. Merces, M. C., Carneiro e Cordeiro, T., M., S., Costa Santana, A. I., Lua, I., de Souza e Silva, D., Silva Alves, M., D, O. J. A. (2016). Síndrome De Burnout Em Trabalhadores De Enfermagem Da Atenção Básica À Saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(3), 1–9. Získáno 1. února 2019 z <http://rev-inv-ope.univ-paris1.fr/fileadmin/rev-inv-ope/files/40119/40119-11.pdf>
48. Motzer, S.A., & Hertig, V. (2004). Stress, stress response and healtz. *Nursing Clinics of North America*; 39:1–17.

49. Nagle, Y., K., & Sharma, U. (2018). *Academic stress and coping mechanism among students an indian perspective*. Získáno 5. února 2019 z <https://www.pulsus.com/abstract/academic-stress-and-coping-mechanism-among-students-an-indian-perspective-4318.html>
50. Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie* (2., rozš. vyd.). Praha: Academia.
51. Nolen-Hoeksema, S. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda* (Vyd. 3., přeprac. vyd.). Praha: Portál.
52. Onan, N., Isil, O., & Barlas, G. A. (2013). The Effect of a New Coping Intervention on Stress and Burnout in Turkish Oncology Nurses. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*. 3(3) 121-130. ISSN: 2146-3654. DOI: 10.5455/musbed.20130814120535.
53. Orel, M., & Facová, V. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada.
54. Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2., přepracované a doplněné vydání. vyd.). Praha: Grada.
55. Pelcák, S. (2015). *Stres a syndrom vyhoření*. Hradec Králové: Gaudeamus.
56. Pešek, R., & Praško, J. (2016). *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta.
57. Plamínek, J. (2013). *Sebezpoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání* (3., dopl. vyd.). Praha: Grada.
58. Praško, J. (2006). *Chronická únava: zvládnání chronického únavového syndromu*. Praha: Portál.
59. Praško, J., Pašková, B., Prašková, H., Šlepecký, M., & Záleský, R. (2016). *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit: příručka pro klienta a jeho rodinu* (Vydání čtvrté. Vyd.). Praha: Portál.
60. Ptáček, R., & Čeledová, L. (2011). *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum.
61. Pugnerová, M., & Kvintová, J. (2016). *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada.
62. Qiao, Z., Chen, Lu., Mingqi, Ch., Guan, X., Wang, Lin., Jiao, Y., Yang, J., Tang, Q., Yang, X., Qiu, X., Han, D., Ma, J., Yang, Y., & Zhai, X. (2016). Prevalence and factors associated with occupational burnout among HIV/AIDS healthcare

- workers in China: a cross-sectional study. Získáno 1. února 2019 z <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2890-7>
63. Rokyta, R. (2016). *Fyziologie*. Praha: Galén.
64. Sedláčková, E., & Hlaváčková, E. (2014). *První krok k bezpečnějšímu podávání léčiv*. In 1. Mezinárodní konference s tématem: Kvalita a její perspektivy. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. s. 70-75 s. ISBN 978-80-7395-773-5.
65. Sedláčková, E., & Hlaváčková, E. (2015). *Specifika a rizika podávání perorálních léků v pediatrii*. In Sborník z II. Mezinárodní konference Kvalita a její perspektivy s podtitulem: Péče o ženu a dítě. Pardubice: Univerzita Pardubice.
66. Sedláčková, E., & Hlaváčková, E. (2014). *Bezpečnější medikace je v rukou zdravotních sester*. In Ošetrovatelstvo bez hraníc IV.. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, s. 228-231 s. ISBN 978-80-89542-45-1.
67. Seligman, M., E., P. (2003). *Opravdové štěstí. Pozitivní psychologie v praxi*. Praha: Ikar/Euromedia group.
68. Selye, H. (1966). *Život a stres*. Bratislava: Obzor.
69. Selye, H. (1976). *The stress of life (Rev. ed. vyd.)*. New York: McGraw-Hill Book Company.
70. Sigmund, M., Kvintová, J., & Šafář, M. (2014). *Vybrané kapitoly z manažerské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Získáno 18. června 2018 z <https://publi.cz/books/171/07.html>.
71. Sklett, V. H., Lorås, H. W., & Sigmundsson, H. (2018). Self-Efficacy, Flow, Affect, Worry and Performance in Elite World Cup Ski Jumping. *Frontiers in psychology*, 9, 1215. doi:10.3389/fpsyg.2018.01215
72. Stock, C. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
73. Špatenková, N. (2011). *Krizová intervence pro praxi (2., aktualiz. a dopl. vyd. vyd.)*. Praha: Grada.
74. Trojan, S. (2003). *Lékařská fyziologie (Vyd. 4., přeprac. a dopl. vyd.)*. Praha: Grada.
75. Venglářová, M. (2011). *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada.
76. Vévodová, Š., Ročková, Š., Kozáková, R., Dobešová-Cakirpaloglu, R., Kisvetrová, H., & Vévoda, J. (2016). *Copingové strategie a jejich vztah k syndromu vyhoření u onkologických sester*. Psychologie a její kontexty. Ostrava: Univerzita Ostrava. Získáno 25. února 2019 z

[http://psychkont.osu.cz/fulltext/2016/Vevodova-et-al\\_2016\\_1.pdf](http://psychkont.osu.cz/fulltext/2016/Vevodova-et-al_2016_1.pdf)

77. Vyhláška č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (2011). Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.
78. World Health Organization (WHO). (1948). Constitution of the World Health Organization. *World Health Organization*. Získáno 29. listopadu 2018 z <https://www.loc.gov/law/help/us-treaties/bevans/m-ust000004-0119.pdf>
79. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). (2011). Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra.

## 13 Přílohy

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha č. 1

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

Název práce: Copingové strategie u studentů vybraných zdravotnických oborů

Autor práce: Michal Kopecký

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Viktorová, Ph.D

Počet stran a znaků: 69, 133 990

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 79

Abstrakt: Stres je součástí našeho každodenního života. Práce s ním a jeho zvládnání, čili coping, je čím dál více aktuální nejenom z důvodu pracovních a sociálních, ale také z důvodu zdravotních. Cílem této práce bylo zjistit, zda existuje rozdíl ve strategiích zvládnání stresu mezi studenty vybraných zdravotnických oborů a mezi jednotlivými ročníky těchto oborů. Do výzkumu byli zařazeni studenti oborů Všeobecná sestra, Zdravotnický záchranář a Porodní asistentka. Celkový počet respondentů byl 182, správně vyplněný dotazníků bylo 174. Pro sběr dat byly využity dotazníky SVF 78 a PVS 50 a data byla sbírána v období května až června 2018. Data byla přepsána a tříděna v programu Microsoft Excel 2016 a statistické ověřování probíhalo v programu Statistical3. Z výzkumu vyplývá, že je významný rozdíl mezi studenty oboru Zdravotnický záchranář a ostatními obory, současně mezi prvním a druhým ročníkem napříč obory ve využívání copingu, avšak ne v subškálách POZ. Studenti tedy využívají pozitivní strategie bez větších rozdílů.

Klíčová slova: copingové strategie, Porodní asistentka, stres, Všeobecná sestra, Zdravotnický záchranář

## **ABSTRACT OF THESIS**

Title: Coping strategies of students of selected health care programs

Author: Michal Kopecký

Supervisor: Mgr. Lucie Viktorová, Ph.D

Numberofpages and characters: 69, 133 990

Numberofappendices: 2

Nmberofreferences: 79

Abstract: Stress is the part of our daily life. Coping stress is increasingly actual theme not only for work and social reasons but also for health reasons. The aim of this thesis is to identify the coping stress differences among selected health care students as well as the differences among students of individual grades of health care study programmes. Students of nursing, paramedical and midwifery study programmes were included into research. The total number of respondents was 182 and the number of correctly completed questionnaires was 174. Questionnaires SVF 78 and PVS 50 were used for data collection between May and June 2018. Obtained data was rewritten and sorted in Microsoft Excel 2016 and the statistical verification was done in Statistica13. The research has shown that paramedical students differs from the other health care students and at the same time that there is a difference between first and second grade students of all included study programmes. The differences were spot in coping strategies but not in subscales POZ. Students generally use positive strategies without greater differences.

Key words: coping strategies, midwife, nurse, paramedic, stress