

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Petra Formanová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Strategie zvládání stresu perioperačních sester

Petra Formanová

Diplomová práce

2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra Formanová**
Osobní číslo: **Z18290**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Téma práce: **Strategie zvládnání stresu perioperačních sester**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
- HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-331-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2959-6.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil/využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl/byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 31.1.2020

Petra Formanová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych na tomto místě poděkovala svému vedoucímu diplomové práce PhDr. Zdeňkovi Hrstkovi, Ph.D. za trpělivost, vstřícnost, cenné rady, připomínky a čas, který mi věnoval při řešení dané problematiky.

ANOTACE

Diplomová práce s názvem Strategie zvládání stresu perioperačních sester je práce teoreticko-průzkumného charakteru. Je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a část výzkumnou. V teoretické části jsou uvedeny dosavadní poznatky z odborné literatury, které přibližují problematiku stresu včetně strategií jeho zvládání. Výzkumná část se věnuje vyhodnocení výsledků dvou standardizovaných dotazníků a jednoho dotazníku vlastní konstrukce. Cílem této práce je zjistit používané strategie zvládání stresu perioperačních sester.

KLÍČOVÁ SLOVA

perioperační sestra, stres, strategie zvládání stresu, syndrom vyhoření, psychická zátěž, operační sál, SVF 78, Meisterův dotazník

TITTLE

Stress management strategies of perioperative nurses

ANNOTATION

The diploma thesis called Stress Management Strategy of Perioperative Nurses is a theoretical-exploratory work. It is divided into two parts, the theoretical part and the research part. In the theoretical part are presented the current knowledge of the literature, which discusses the issue of stress, including strategies for coping. The research part is devoted to the evaluation of the results of two standardized questionnaires and one questionnaire of own construction. The aim of this work is to find out used strategies of coping with stress of perioperative nurses.

KEYWORDS

Perioperative nurse, stress, stress management strategie, burnout, mental stress, operating room, SVF 78, Meister's questionnaire

Obsah

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD..... | 15 |
| 1 CÍL PRÁCE..... | 16 |
| 1.1 Cíl teoretické části..... | 16 |
| 1.2 Cíl empirické části..... | 16 |
| 2 TEORETICKÁ ČÁST..... | 17 |
| 2.1 Stres..... | 17 |
| 2.1.1 Reakce na stres | 17 |
| 2.1.2 Obecný adaptační syndrom | 18 |
| 2.1.3 Symptomatologie stresu | 19 |
| 2.1.4 Nejčastější druhy zátěžových situací..... | 20 |
| 2.1.5 Strategie zvládnání stresu–adaptace | 22 |
| 2.1.6 Strategie zvládnání stresu-coping | 22 |
| 2.1.7 Resilience | 23 |
| 2.1.8 Neadaptivní zvládnání stresu | 25 |
| 2.1.9 Syndrom vyhoření | 26 |
| 2.1.10 Zneužívání psychotropních látek..... | 27 |
| 2.1.11 Psychosomatické důsledky dlouhodobého stresu | 28 |
| 2.2 Sestra v perioperační péči | 30 |
| 2.2.1 Režim práce na operačním sále | 31 |
| 2.2.2 Perioperační péče | 33 |
| 2.2.3 Zátěže v práci perioperační sestry | 34 |
| 2.3 Taktiky zvládnání zátěžových situací..... | 36 |
| 2.3.1 Vybrané techniky pro lepší zvládnání zátěžových situací | 36 |
| 2.3.2 Možnosti pomoci pro perioperační sestry | 37 |
| 2.3.3 Asertivita | 38 |
| 2.3.4 Supervize..... | 39 |
| 2.3.5 Zásady duševní hygieny pro perioperační sestry | 40 |
| 2.3.6 Možnosti rozvíjení psychické odolnosti vůči stresu pro perioperační sestry..... | 41 |
| 3 VÝZKUMNÁ ČÁST | 45 |
| 3.1 Hypotézy | 45 |
| 3.2 Metodika výzkumu a charakteristika výzkumného vzorku..... | 45 |
| 3.3 Charakteristika dotazníků | 46 |
| 3.4 Prezentace výsledků | 52 |
| 3.4.1 Meisterův dotazník | 52 |

| | |
|---|-----------|
| 3.4.2 Dotazník vlastní konstrukce | 56 |
| 3.4.3 Dotazník SVF 78..... | 78 |
| 4 DISKUZE..... | 84 |
| 5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI | 88 |
| 5.1 Doporučení pro zaměstnavatele | 88 |
| 5.2 Doporučení pro sestry..... | 88 |
| 6 ZÁVĚR..... | 89 |
| 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 90 |
| 8 SEZNAM PŘÍLOH..... | 94 |
| Příloha 1: Dotazník vlastní konstrukce | 94 |
| Příloha 2: Meisterův dotazník | 99 |
| Příloha 3: Zařazení do stupně zátěže dle faktorových skóre (Meisterův dotazník) | 100 |
| Příloha 4: Dotazník SVF-78..... | 101 |

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 Povinnosti instrumentářky a obíhající sestry při operačním výkonu..... | 32 |
| Tabulka 2 Faktory pracovní zátěže dle Meistera | 47 |
| Tabulka 3 Kritické hodnoty mediánů | 47 |
| Tabulka 4 Klasifikace zátěže-tendence k přetížení (Židková, 2013)..... | 48 |
| Tabulka 5 Klasifikace zátěže-tendence k monotonii (Židková, 2013) | 48 |
| Tabulka 6 Klasifikace zátěže-kombinace tendence k přetížení a monotonii (Židková, 2013)..... | 48 |
| Tabulka 7 Klasifikace psychické zátěže | 49 |
| Tabulka 8 Seznam jednotlivých subtestů dotazníku SVF-78 | 50 |
| Tabulka 9 Popis jednotlivých subtestů dotazníku SVF- 78..... | 51 |
| Tabulka 10 Kritické hodnoty mediánů a hodnota mediánu u výzkumného souboru | 52 |
| Tabulka 11 Zařazení respondentek podle tendence k zátěži..... | 53 |
| Tabulka 12 Zařazení respondentek podle stupně zátěže v oblasti přetížení | 54 |
| Tabulka 13 Zařazení respondentek podle stupně zátěže v oblasti monotonie | 54 |
| Tabulka 14 Zařazení respondentek podle stupně zátěže v oblasti monotonie i přetížení..... | 54 |
| Tabulka 15 Hodnoty průměrů otázek pracovní zátěže | 55 |
| Tabulka 16 Věk respondentů | 56 |
| Tabulka 17 Pohlaví respondentů..... | 57 |
| Tabulka 18 Rodinný stav respondentek..... | 58 |
| Tabulka 19 Počet dětí respondentek | 59 |
| Tabulka 20 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek..... | 60 |
| Tabulka 21 Délka praxe na operačním sále | 61 |
| Tabulka 22 Počet přesčasových hodin za měsíc (včetně DPČ) | 62 |
| Tabulka 23 Odchod domů po službě | 63 |
| Tabulka 24 Základní statistické údaje počtu minut volna mezi výkony..... | 64 |
| Tabulka 25 Tabulka četností počtu minut přestávek mezi výkony | 64 |
| Tabulka 26 Prožívání stresu v zaměstnání..... | 65 |
| Tabulka 27 Nejčastěji udávané druhy stresových situací | 66 |
| Tabulka 28 Přehled nástrojů vedoucí ke snížení stresu | 67 |
| Tabulka 29 Zobrazení možnosti, mít se na koho obrátit..... | 69 |
| Tabulka 30 Udávané osoby, na které se respondentky mohou obrátit | 70 |
| Tabulka 31 Nejčastější udávané techniky ke snížení stresu | 71 |
| Tabulka 32 Snižování stresu pomocí návykové látky | 72 |

| | |
|--|----|
| Tabulka 33 Základní tabulka četností v počtu vykouřených cigaret/den a požití alkoholu/týden | 73 |
| Tabulka 34 Základní statistické hodnoty stupňů stresové zátěže doma (škála 0-10) | 73 |
| Tabulka 35 Základní tabulka četností udávaného stresu doma (škála 0-10) | 73 |
| Tabulka 36 Přehled prostoru pro odpočinek | 75 |
| Tabulka 37 Základní statistické údaje počtu hodin odpočinku | 76 |
| Tabulka 38 Tabulka četností počtu hodin odpočinku | 76 |
| Tabulka 39 Srovnání výsledků dotazníku SVF 78 u výzkumného souboru (n=64) a průměrnými hodnotami populace, n=122 (Janke, Erdmann, 2003) | 78 |
| Tabulka 40 Základní statistické údaje hrubých skóre pozitivních a negativních strategií dotazníku SVF 78 u výzkumného souboru a průměrnými hodnotami populace (Janke, Erdmann, 2003) | 80 |
| Tabulka 41 Hodnota Pearsonového chí-kvadrátu a hodnota p | 81 |
| Tabulka 42 Hodnoty pearsonova korelačního koeficientu a hodnota p u negativních strategií zvládnání stresu | 82 |
| Tabulka 43 Výsledky dvouvýběrového t-testu | 83 |
| | |
| Graf 1 Zařazení respondentek podle tendence k zátěži | 53 |
| Graf 2 Zařazení respondentek podle stupně zátěže v oblasti přetížení, monotonie a kombinace obou | 54 |
| Graf 3 Hodnoty průměrů otázek pracovní zátěže | 55 |
| Graf 4 Věk respondentek | 56 |
| Graf 5 Pohlaví respondentů | 57 |
| Graf 6 Rodinný stav respondentek | 58 |
| Graf 7 Počet dětí respondentek | 59 |
| Graf 8 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů | 60 |
| Graf 9 Délka praxe na operačním sále | 61 |
| Graf 10 Počet přesčasových hodin za měsíc | 62 |
| Graf 11 Odchod domů po službě | 63 |
| Graf 12 Počty minut přestávek mezi výkony | 64 |
| Graf 13 Prožívání stresu v zaměstnání | 65 |
| Graf 14 Nejčastěji udávané druhy stresových situací | 66 |
| Graf 15 Nejčastěji udávané nástroje vedoucí dle respondentů ke snížení stresu | 68 |

| | |
|---|----|
| Graf 16 Zobrazení možnosti, mít se na koho obrátit | 69 |
| Graf 17 Udávané osoby, na které se setry v případě stresu mohou obrátit..... | 70 |
| Graf 18 Nejčastější udávané techniky ke snížení stresu | 71 |
| Graf 19 Srovnání snižování stresu pomocí návykové látky | 72 |
| Graf 20 Přehled prožívaného stresu doma (škála 0-10)..... | 74 |
| Graf 21 Přehled prostoru pro odpočinek..... | 75 |
| Graf 22 Počet hodin odpočinku | 76 |
| Graf 23 Srovnání průměrných dosažených skóre jednotlivých subtestů u výzkumného souboru a průměrnými hodnotami populace (Janke, Erdmann, 2003). | 79 |
| Graf 24 Srovnání průměrných dosažených skóre pozitivních a negativních strategií výzkumného souboru s průměrnými hodnotami populace (Janke, Erdmann, 2003)..... | 80 |

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Aj.-a jiné

Př.-příklad

RTG–rentgen

Tj.-také jinak

Apod.–a podobně

ACTH-Adrenokortikotropní hormon

DPČ-dohoda o pracovní činnosti

Dg.-diagnóza

ÚVOD

„Stres patří k životu stejně jako vzduch a dýchání. Existuje jediný způsob, jak se stresu vyhnout. Zemřít.“

Hans Selye

Každý z nás prožívá někdy stres. Setkáváme se s ním velice často v negativním, ale i pozitivním smyslu. Potkáváme se s ním, když stojíme v dopravní zácpě, když děláme důležitou zkoušku, ale i v radostných situacích, jako je svatba či očekávání miminka. Setkáváme se s ním neustále a jsme jím poznamenáni i jako zdravotníci. Zdravotníci jsou ve svém zaměstnání stresováni dokonce mnohem více, jelikož nesou zodpovědnost i za pacienta, který mu svěřil do péče to nejdůležitější, co má–svůj život.

Pracuji jako zdravotní sestra na operačním sále, proto bych se v diplomové práci ráda věnovala tématu strategie zvládnání stresu u perioperačních sester. Chtěla bych nejen ve stručnosti přiblížit, jak vypadá práce na operačních sálech, ale chtěla bych se zaměřit na stresové faktory, se kterými se perioperační sestry potýkají a jakým způsobem je dokáží zvládat. Toto povolání je fyzicky, ale i psychicky velmi náročné a stres je na operačních sálech každodenním chlebem. V dnešní uspěchané době je žádoucí dělat co nejvíce věcí, ale v co nejkratším čase a na každého z nás je vyvíjen stále větší tlak. Jelikož každý z nás je povahově jiný, vyrovnáváme se se stresem rozdílně. Někoho může stres zasáhnout tak, že má psychické i fyzické obtíže, jiného nemusí zasáhnout vůbec a pro někoho je stres dokonce i formou výzvy a posunu dopředu. Je velice důležité se stresu u zdravotníků věnovat, snažit se o co největší rovnováhu, posílit jejich motivaci k práci, aby si připadali ve svém zaměstnání žádoucí a prospěšní.

V teoretické části bych ráda přiblížila, co je stres, jaké jsou druhy zátěže, ale i jak na ně dokážeme reagovat. Dále bych chtěla ukázat, jak probíhá práce na operačních sálech. V této části bych ráda ukázala, co práce na operačních sálech obnáší, s jakými zatěžujícími faktory se zde zdravotník potýká a také, jaké techniky používá k jeho zvládnání. Ve výzkumné části bych ráda ukázala, jaké strategie ke zvládnání stresu perioperační sestry mají. Pomocí tří dotazníků, které jsem rozdala v celém pardubickém kraji bych ráda zjistila jednotlivé stresové situace, kterým sestřičky na operačních sálech čelí, ale hlavně bych ráda zjistila, jakým způsobem svůj každodenní boj zvládají. Čím více informací budeme o jejich náročných situacích mít, tím lépe jim můžeme pomoci.

1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem práce je zmapovat strategie zvládání stresu perioperačních sester.

1.1 Cíl teoretické části

Dílčí cíle:

- Přiblížit, co je stres a vybrané zátěžové situace
- Ukázat pozitivní a negativní zvládání stresu, popsat syndrom vyhoření.
- Ukázat důsledky dlouhodobého stresu.
- Vysvětlit pojem psychosomatika.
- Vysvětlit pojmy všeobecná sestra a perioperační sestra.
- Charakterizovat práci perioperační sestry, jejich zátěžové situace.
- Přiblížit možné taktiky zvládání stresu, zásady duševní hygieny a posilování psychické odolnosti.

1.2 Cíl empirické části

Dílčí cíle:

- Zmapovat, jak vnímají perioperační sestry náročnost své práce.
- Prokázat závislost mezi psychickou pracovní zátěží a délkou zaměstnání všeobecných sester na stávajícím pracovišti.
- Prokázat závislost mezi psychickou pracovní zátěží a zvolené strategie zvládání stresu.
- Prokázat závislost mezi vyšším počtem odpracovaných let a vyšším stupněm pracovní zátěže.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Stres

Pojem zátěž a stres není vymezován všemi badateli shodně, ale zpravidla se stres spojuje se situacemi obtížnými, ohrožujícími a významně narušujícími rovnováhu organismu. Je důležité, aby obecný výklad zátěže a stresu vycházel z celku všech nároků, které jsou na člověka kladeny. (Paulík, 2010, s. 41). S pojmem stres se v současné době setkáváme stále častěji. Tvoří rozsáhlý a komplikovaný systém a společně se stresem jsou hojně používány termíny jako je zátěž, námaha, zatížení nebo přetížení. (Křivohlavý, 1994, s. 10). **Selye** (in Křivohlavý, 1994, s. 10) popisuje stres jako výsledek interakce (vzájemné činnosti) mezi určitou silou působící na člověka a schopností člověka odolat tomuto tlaku. **Antonovsky** (in Křivohlavý, 1994, s. 10) popisuje stres jako stav organismu, kdy nadměrné množství energie je využíváno na řešení problémů. Dle něho by se tolik energie nemuselo použít, pokud by se tyto problémy daly řešit normálně. **Howard a Scott** (in Křivohlavý, 1994, s. 10) považují stres jako situaci člověka v napětí při řešení problémů, když se do cesty řešení tohoto problému postaví nepřekonatelná překážka. **Apley** (in Křivohlavý, 1994, s. 10) označuje stres jako extrémně vyostřenou situaci, kdy je osobnost vážně ohrožena dlouhodobou frustrací. **Křivohlavý** shrnul tyto definice a popsal, že stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává, a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná. (Křivohlavý, 1994). Pro stres je charakteristické, že se pokaždé jedná o subjektivní stav, pro který je určující pocit bezmoci. Nikdy nevzniká samotnou situací, ale tím, co si z ní uděláme my sami. Stresovou reakci vyvolá již pocit, že nemáme sílu nebo možnost danou situací zvládnout. (Prieß, 2015, s. 15). Podle psychologické definice se stres objevuje v případě, jestliže člověk usoudí, že nároky jsou vyšší, než jsou jeho zdroje potřebné k zvládnutí. (Ayers, Visser, 2015, s. 50). Křivohlavý (2010) přirovnává člověka ve stresu ke sněhové kouli, která je ze všech stran stlačována tak moc, až z ní začne kapat voda a koule se mění v kus ledu.

2.1.1 Reakce na stres

Pokud se člověk dostane do situace ohrožení, obvykle reaguje dvěma základními způsoby: boj nebo útek. Náš organismus tedy reaguje mobilizací rezerv či přípravou na akci, ale protože žijeme v civilizovaném světě, často své reakce potlačíme. Náš organismus se tak dostává

opakovaně na vysokou úroveň aktivace. Pokud není tato aktivace přirozeným způsobem snížena, může být příčinou obtíží či nemocí ze stresu. (Bartošíková, 2006, s. 75)

Reakci na stres můžeme rozdělit do čtyř skupin:

1. Citové reakce-zlost, pláč, smutek, ale i hněv či podrážděnost...
2. Tělesné (fyziologické) reakce–zrychlení dechu, tepu, zvýšené pocení, zrudnutí či zblednutí, napětí svalů, bolesti břicha, sucho v ústech a mnoho dalších
3. Reakce v chování a činnosti-na stres reagujeme tím, že musíme něco dělat (př. popocházet, prásknout dveřmi, nadávání, křik...)
4. Reakce na stres tím, že o něm přemýšlíme–nejíme schopni se soustředit na něco jiného, stále rozebíráme danou situaci. Toto přemýšlení často narušuje spánek.

(Bartošíková, 2006, s. 75)

Každý člověk reaguje na stres jiným způsobem. Ne vždy existuje mezi těmito reakcemi spojitost. Někteří lidé nevypovídají o žádném emočním stresu, zároveň ale vykazují silné fyziologické reakce. (Ayers, Visser, 2015, s.51). Americký psychiatr R. H. Rahe (in Vágnerová, 1999, s.34) člení proces reakce na stres do několika fází.

1. Fáze uvědomění si zátěže–tj. člověk prožívá a interpretuje situaci jako stresovou. Tato fáze je závislá na zkušenostech jedince, jeho aktuálním stavu, schopnostech, ale i na sociální opoře.
2. Fáze aktivace psychických obranných reakcí – může jít například o popírání reality, izolaci ze stresové situace.
3. Fáze aktivace fyziologických obranných reakcí–tyto reakce jsou spuštěny psychickými podněty, ale mohou být stimulovány i somatickou cestou.
4. Fáze zvládání (coping)–hledání strategií, které by mohly vést ke zmírnění příznaků stresové situace.
5. Fáze prvních chorobných příznaků–uvědomění, že jde o závažnější obtíže
6. Fáze diagnostikování stresem podmíněné poruchy–nejčastěji jde o psychosomatické choroby.

2.1.2 Obecný adaptační syndrom

Z biologické perspektivy nahlížel na stres Hans Selye, který prvně popsal, jak jedinec reaguje na požadavky ze svého prostředí, tzv. generálním adaptačním syndromem. (Kliment, 2014). Podle Selyeho je generální adaptační syndrom stejný bez ohledu na typ narušení homeostázy organismu a mění se pouze intenzita odpovědi organismu v závislosti na intenzitě požadavku. (Paulík, 2010, s.46). Generální adaptační syndrom probíhá ve třech fázích:

1. Poplachová reakce-organismus reaguje prvotním šokem, dochází k mobilizaci organismu (aktivace sympatického nervového systému, vylučování glukózy a jiných látek do krve), umožňující pohotovému uvolnění energie. (Paulík, 2010, s.46)

2. Stadium rezistence-v tomto stadiu dochází k relativnímu zklidnění. Organismus ale zajišťuje další zdroje pro mobilizaci energie (př. trávení potravy). Hormonální cestou je zajištěna zpětnovazebná informace s cílem zastavit impulzy k udržování stresové reakce, pokud již není potřebná. Pokud působení stresorů trvá a adaptace není dostatečně účinná, organismus nadále zůstává v pohotovosti. (Paulík, 2010, s.46)

3. Fáze vyčerpání-získaná rezistence se ztrácí nebo je nedostatečná. K této fázi dochází, pokud je intenzita stresu nadměrná nebo dlouhodobě působící. Mohou se objevit různé negativní důsledky, které mohou být fatální. (Paulík, 2010, s.46)

2.1.3 Symptomatologie stresu

Příznaků stresu je mnoho a jsou různého druhu. Spoustu odborníků se pokoušelo sestavit jejich seznam, proto došlo ve Světové zdravotnické organizaci (WHO) k dohodě o tom, co je pro stres příznačné. Křivohlavý (2010, s.22-24) tyto příznaky rozděluje do třech úrovní.

a) Behaviorální příznaky—tyto příznaky se objevují v našem chování jako první. Mezi tyto příznaky můžeme zařadit nerozhodnost (nejistota v situacích, projevuje se příliš dlouhým přemýšlením mezi možnostmi volby), změněný denní rytmus (problémy se spánkem, dlouhé bdění, probouzení se v noci, následná únava). Dále jsou to neustálé nářky a bědování (vidění světa v temných barvách), změna stravovacích návyků (nechutenství nebo naopak přejídání se), snížená pozornost, ztráta chuti do práce a zvýšené množství cigaret, alkoholu či drog.

b) Psychické příznaky—projevují se v našem duševním životě. Mezi psychickými příznaky se mohou objevit prudké a výrazné změny nálady, podrážděnost, úzkostnost, stažení se ze společnosti, nadměrné pocity únavy, nadměrné starosti o svůj zdravotní stav a fyzický zjev a neschopnost projevit emocionální náklonnost.

c) Fyziologické příznaky—bušení srdce, zvýšené svalové napětí-hlavně v krční a bederní oblasti, bolesti hlavy až migréna-často začínající v krční oblasti a rozšiřující se vpřed směrem od temena k čelu, pocity svírání za hrudní kostí, nechutenství a plynatost, pocit knedlíku v krku, časté nucení na močení, obtížné soustředění, ztráta sexuální touhy, u žen poruchy menstruačního cyklu.

2.1.4 Nejčastější druhy zátěžových situací

Zátěžové situace nejsou čímsi v principu nežádoucím. Můžeme naopak říci, že mobilizují organismus, vedou ho k vyšším výkonům, ale zároveň za určitých okolností (při nepřiměřeném stupňování náročnosti situace vzhledem k možnostem jedince) se stávají zdrojem nežádoucích stavů a reakcí. (Sigmund, Kvintová, Šafář, 2014)

Konflikt

Obecně konflikt znamená střet dvou protikladných sil, srážku protichůdných, vzájemně neslučitelných tendencí či zájmů a cílů. Představuje destabilizující prvek v systému, který ale nemusí být vždy nežádoucí a může mít i pozitivní význam. (Paulík, 2010, s.52). Tento typ zátěže patří také mezi běžné potíže, s nimiž se člověk každodenně setkává. Patogenním se stává tehdy, jestliže je závažný, trvá dlouho, zahrnuje osobní důležitou oblast a člověk není schopen ho řešit. (Vágnerová, 1999, s. 32-33). Základním východiskem konfliktu je rozdíl, proto je vztazích nevyhnutelný. Konflikt sice vyvolává napětí, ale zároveň ho také redukuje. Je zdrojem změn, zabraňuje stagnaci, podněcuje k řešení problému. (Kopecká, 2011, s. 34). Konflikty můžeme rozdělit podle toho, koho se týkají, na konflikty intrapersonální a interpersonální.

1. Intrapersonální konflikty–týkají se jedné osoby a odehrávají se v jejím nitru. Jedná se v zásadě o střet dvou zhruba stejně nežádoucích alternativ nebo o střet dvou pozitivních hodnot (konflikt apetence-apetence)-existují dva atraktivní objekty, které jsou ale vzájemně neslučitelné a nelze je tedy mít současně. Zisk jednoho z nich automaticky vylučuje zisk druhého. (Paulík, 2010, s. 52-54)

2. Interpersonální konflikty-tyto konflikty se vyskytují mezi lidmi a mají nejméně dva účastníky. Z pohledu jedince jsou vnímány jako rušivé elementy zvnějšku a mohou mít dopad i do oblasti konfliktů intrapersonálních, kde se mohou různě kombinovat či prolínat. Intenzita konfliktu je dána druhem a silou střetávajících tendencí. Nejdůležitějším momentem konfliktu může být jeho emocionální vyhocení (zlost, strach). Významné jsou také ale jeho poznávací či motivační stránky, například poznatky o předmětu sporu nebo různé zájmy něčeho dosáhnout. Konflikty mohou mít různý psychologický obsah. Můžeme rozeznávat konflikty představ (vjemy, pocity, dojmy), názorů (založené na rozdílnosti osobních zkušeností, celkového pohledu na předmět sporu, způsobu hodnocení, poznávacím stylu) nebo se může jednat o konflikt postojů a zájmů. (Paulík, 2010, s. 52-54). Lidé mají svoje naučené

vzorce zvládání konfliktu. Některé jsou dobré a přinášejí dobrá řešení, jiné konflikt prohlubují a vztahy poškozují. Úspěšnost řešení konfliktních situací samozřejmě závisí na dané situaci, ve které se účastníci nacházejí. (Kopecká, 2011, s.36).

K řešení interpersonálních konfliktů Kopecká (2011, s.36) zmiňuje tyto styly:

1. Soupeření (žralok)-je asertivní, není vstřícný. Tento jedinec hájí své vlastní zájmy na úkor druhých. Tento způsob řešení konfliktu je změřený na sílu a člověk v něm využívá veškeré schopnosti k prosazení svého cíle.
2. Přizpůsobení se (medvídek)-je neasertivní a vstřícný, opakem žraloka. Jedinec zanedbává své vlastní zájmy, jen aby uspokojil zájmy druhé osoby.
3. Vyhnutí se (želva)-je neasertivní a není vstřícný. V dané chvíli jedinec neprosazuje ani své zájmy, ale ani zájmy druhého. Daným konfliktem se vůbec nezabývá. Může mít podobu diplomatického úhybu, odložení dané situace nebo prostého útěku.
4. Intergrace (sova)-je asertivní i vstřícný, opakem želvy. Zahrnuje snahu hledat společné řešení vedoucí k oboustranné spokojenosti. Důsledně analyzuje zájmy vedoucích ke konfliktu a hledá takové možnosti řešení, které tyto zájmy uspokojí.
5. Kompromis (liška)- nachází se mezi asertivitou a vstřícností. Cílem je najít „zlatou střední cestu“, co by uspokojilo obě strany

Frustrace

Stav zklamání, zmaření. Dotyčný nemůže dosáhnout svého cíle z důvodu překážek, které se mu staví do cesty. Jde o chronické neuspokojování potřeb a může mít i zdravotní následky. (Venglářová a kol., 2011, s. 49). Frustrace je docela častá varianta zátěže a může být do určité míry žádoucí, protože nutí člověka hledat alternativní řešení a napomáhá tak k rozvoji jeho schopností. (Vágnerová, 1999, s.32). Člověk na dlouhodobou frustraci určitým způsobem reaguje:

Aktivní reakce—člověk zvýší úsilí k překonání překážky nebo k nějaké kompenzaci za daný problém, tato reakce může být i ve formě agrese (sám k sobě nebo ostatním lidem). Někdy lidé reagují na frustraci neúčelným či věku neodpovídajícím dětinským chováním. (Paulík, 2010, s. 51)

Pasivní reakce—při tomto druhu reakce člověk naopak reaguje sklíčeností, rezignací, odevzdaností či dočasnou nečinností. (Paulík, 2010, s. 51)

Deprivace

Jde o stav, kdy některá z objektivně významných potřeb (biologických i psychických), není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečnou dlouhou dobu. Může nepříznivě ovlivnit psychiku jedince, respektive jeho vývoj. Může způsobit nerovnoměrný rozvoj některých složek osobnosti či určité specifické psychické odchylky. Deprivace může být v oblasti biologických nebo citových potřeb, může trpět sociální deprivací, senzorickou nebo kognitivní deprivací. (Vágnerová, 1999, s. 36-37)

2.1.5 Strategie zvládání stresu–adaptace

Slovo adaptace je latinského původu a většinou se odvozuje od složeného slova „ad-aptare“, kde „aptare“ znamená připravit se na těžkou životní zkoušku, vyzbrojit se k boji nebo být dobře připraven na to, co mě čeká. (Křivohlavý, 1994, s. 41). Selye (in Křivohlavý, 1994, s. 39) popisuje tělo na fyzické úrovni jako složitý mechanismus autoregulace. Ta funguje ve smyslu, že tělo citlivě zaznamenává všechny odchylky od normálu a zajišťuje rovnováhu tak, že ji restartuje. Tyto mechanismy tedy umožňují, abychom se přizpůsobili na všechno, s čím se v životě můžeme potkat. Adaptace patří ke klasickým psychologickým termínům, ale objevuje se i v jiných oborech, jako je vývojová teorie biologie, sociologie, sport, hudba a umění. (Křivohlavý, 1994, s. 40). Adaptace může mít polohu: **pasivní** (člověk se přizpůsobí dané situaci-vydržím bez oběda, protože v té době musím na rehabilitaci) nebo **aktivní** (člověk si danou situaci přizpůsobí svým potřebám-přeobjednám si rehabilitaci nebo se najím jinde). (Kopecká, 2015, s. 158).

2.1.6 Strategie zvládání stresu-coping

Vzhledem k tomu, že stresová situace je pro člověka většinou provázána negativními emocemi, snaží se udělat určité činnosti pro zmírnění nebo odstranění tohoto nepříjemného pocitu. Proces, kterým se člověk snaží vyrovnat se stresovými situacemi se nazývá zvládání (angl. coping). (Křivohlavý, 2009, s. 86). **Cohen a Lazarus** (in Křivohlavý, 1994, s. 15) definují coping jako snahu-jak intrapsychická, tak zaměřená na určitou činnost-řídít, tolerovat, redukovat a minimalizovat vnitřní i vnější požadavky, kladené na člověka a střety mezi těmito požadavky. Podle nich jde přitom o požadavky mimořádně vysoké, které člověka značně namáhají a zatěžují nebo převyšují zdroje, které má daná osoba k dispozici.

Coping má dvě základní formy:

1. Zvládání zaměřené na problém-dotyčný se snaží vyvinout vlastní aktivitu a konstruktivně řešit danou situaci. Objevuje se spíše v pracovních konfliktech. (Křivohlavý, 2009, s.86)

2. Zvládání zaměřené na emoce-při strategii zaměřené na emocionální stav (který se změnil v důsledku stresu) se dotyčný snaží snížit míru obav, strachu či zlosti. Objevují se spíše v konfliktech rodinných. (Křivohlavý, 2009, s.86)

Zatímco s formou zvládání zaměřené na problém se setkáváme již v dětském věku, forma zvládání zaměřená na emoce se objevuje až u adolescentů. V případě dospělých jedinců se ukazují obě formy zvládání stresu vedle sebe. (Křivohlavý, 2009, s.86)

Lazarus (in Křivohlavý, 1994, s.44) vytypoval čtyři základní strategie zvládání stresu.

1. Strategie netečnosti (apatie)-dotyčný nedbá ve stresu na to, co se děje, chová se apaticky a upadá do pocitu bezmoci, deprese a beznaděje.

2.Strategie vyhnutí se působení škodliviny-dotyčný uskakuje před problémem stranou, aby ho nezasáhl. V emocionální oblasti se projeví obavy, bázeň a strach.

3.Strategie napadení útočnicka-tato strategie se dá obrazně přirovnat ke snaze zabít komára, který mě chce píchnout.

4.Strategie posilování vlastních zdrojů síly-v tomto případě jde o výcvik dovedností, zvyšování tělesné zdatnosti, výcvik sebekontroly a ovládní.

Strategii zvládání stresu můžeme rozdělit i z pohledu boje „kdo z koho“. Poté se na tyto strategie díváme jako na ofenzivní a defenzivní. Zatímco defenzivní strategie je obranná, ofenzivní strategie je ve formě útoku, buď z vlastní iniciativy nebo jako reakce útokem na předcházející útok. (Křivohlavý, 1994, s.32-33)

2.1.7 Resilience

V podstatě slovo resilience je protikladem naší zranitelnosti. Resilienci chápeme jako určitou pružnost, odolnost či nezdolnost. Každý člověk má jiné osobnostní předpoklady pro zvládání stresu. Jsou situace, ve kterých se jeden člověk hroutí, zatímco jiný vidí totéž pouze jako drobnost a vyrovnává se s danou situací mnohem snadněji. Lidé s vyšší mírou resilience jsou

harmoničtí, nemají vnitřní chaos, vidí svět jako celek a svět se mu jeví jako něco srozumitelného. Tito lidé chápou životní problémy jako formu určitých výzev a úkolů. V neposledním případě jsou tito lidé optimističtí, pozitivně naladěni a emočně stabilní. (Křivohlavý, 2010). Míra odolnosti je ale také závislá na věku, vrozených vlastnostech, životních zkušenostech (hlavně ve vztahu rodiče s dítětem), získaných postojů k sobě samému, ale i současnému stavu organismu—člověk v nemoci bude mít míru odolnosti jistě menší než člověk zdravý a plný sil. (Hartl, Hartlová, 2000, s.367). Při studii lidské odolnosti se v současné psychologii uplatňují v zásadě tři vztahové rámce, které zdůrazňují vztah osobnost x prostředí. (Paulík, 2010, s.101)

1. Dispoziční faktory adaptace na zátěž—v tomto případě představují určitý potenciál, který se podle potřeby v menší či větší míře využívá. Záleží na charakteristice osobnosti, která vyvíjí adaptační mechanismy potřebnou ke zvládnutí zátěže. (Paulík, 2010, s.101).

2. Procesy probíhající v rámci interakcí a transakcí mezi osobností (dispozice) a prostředím (situace)—sleduje se, jak je člověk schopen situaci zvládat, ale také, jak danou situaci prožívá a oč mu za daných okolností jde. (Paulík, 2010, s.101).

3. Podíl zátěžových situací v chování jedince—vychází z toho, že se člověk chová v různých situacích odlišně. K podstatným situačním činitelům, které působí pozitivně, patří například sociální podpora. Naopak negativně působící činitelé jsou například denní nepříjemnosti. (Paulík, 2010, s.101).

O nezdolnosti vydal práci A. Antonovsky (in Křivohlavý, 1994, s.173-174). Zajímal se o vztah mezi zdravím, stresem a zvládnutím obtíží. Pro nezdolné lidi využívá termín „lidé s vysokou mírou soudržnosti osobnosti“ (sense of coherence). Tuto charakteristiku blíže určuje třemi dílčími rozměry.

1. Srozumitelnost—charakterizuje kognitivní stránku osobnosti, jak dotyčný chápe svět a sebe v něm.

2. Smysluplnost—vztahuje se k emocionální stránce postoje člověka k životu (ke kořenům hluboké radosti nebo naopak ke sklíčenosti a smutku)

3. Zvládnutelnost—pomocí ní se vyjadřuje konativní (hybná) motivační stránka osobnosti nezdolných lidí

Současně s Antonovským (Paulík 2010, s. 108, Křivohlavý 1994, s. 174) vypracovala skupina psychologů (S. D. Kobasa, S. R. Maddi, S. Khan) metodu měření této nezdolnosti,

tzv. Hardiness. Hardiness obsahuje tři složky, které jsou označovány jako tři C: **Oddanost** (commitment)-určité přesvědčení, osobní zaujetí, důvěra v to, co děláme. **Kontrola, zvládnutelnost** (control)-přesvědčení o vlastních možnostech ovládat a zvládat dění a **výzva** (challenge)-chápaní úkolů jako výzvy.

2.1.8 Neadaptivní zvládání stresu

Selžou-li ve stresové situaci naše adaptační mechanismy, naše chování se výrazně změní. Začneme se uchýlovat k projevům chování, kterými se bráníme proti tlaku dané situace. Záleží na míře odolnosti, kterou máme vůči zátěži - tzv. frustrační toleranci. Neadaptivní chování může mít různé formy:

Agrese-útočný čin směřující vůči zdroji stresu. Tato forma reakce má velmi rozmanité druhy chování, které může mít formu fyzického útoku (vůči předmětu či jiné osobě, ale i formu autoagrese), slovní napadení, ale může být i ve formě ironie, sarkasmu, jízlivosti či zlomyslnosti.

Únik-prožívání stresu je snesitelnější, pokud se vzdálíme od situace, která stres vyvolává. Unikát před stresovou situací můžeme fakticky (př. útěk od zubaře) nebo symbolicky (př. ruce před uši, zakrývání obličeje). Můžeme ale unikát i pomocí fantazie (drogy, alkohol), či unikát do nemoci (nemoc přináší určité výhody, přesouvání své zodpovědnosti na druhé). V nejhorším případě, při neřešitelnosti situace, mohou někteří jedinci zvolit bohužel i únik ze života.

Ustrnutí-člověk je příliš vázán k nějakému cíli a nedokáže jej opustit a pokračovat dál. Jeho emocionální prožívání mu nedovoluje nalézt vhodnější řešení situace.

Vytěsnění-neuvědomovaný děj, který nás zbavuje nepříjemných zážitků nebo pocitů. Při vytěsnění jsou ohrožující informace vyloučeny z vědomí.

Potlačení-úmyslné sebeovládání, tlumení nepříjemných pohnutek nebo přání. Potlačované myšlenky si uvědomujeme, pouze je v daném okamžiku odsouváme stranou.

Popření-odmítáme bolestivou realitu (př. úmrtí, špatná Dg.) přijmout. Je uváděno jako běžná fáze u pacienta, který se vyrovnává s ohrožujícím onemocněním. Pokud v něm ale setrváváme, může vést k dalšímu nárůstu problémů (př. znemožnění včasné léčby).

Racionalizace-zdůvodňování našeho chování, které nebylo v souladu s našim přesvědčením o sobě samém.

Projekce-naše vlastnosti, myšlenky či prožitky připisujeme druhým lidem, protože pokud by některá z těchto situací byla přiřazena vlastní osobě, vyvolala by v nás úzkost.

Reaktivní výtvar-některé naše pohnutky ukryjeme tak, že je nahradíme pohnutkami jinými, většinou opačnými (př. nenávisť nahradíme přehnanou péčí o danou osobu).

Přesunutí-neuspokojená potřeba je určitým způsobem přesunuta na jiný objekt (př. zlost můžeme zajíst)

Intelektualizace-pokus o získání citového odstupu od stresové situace tak, že se s ní osoba vyrovná pomocí abstraktních nebo intelektuálních termínů. Je často vidána u zdravotníků, který si musí zachovat určitý emoční odstup (př. smrt u pacienta chronicky nemocného bere zdravotník jako druh vysvobození).

(Jobánková a kol., 2004, s. 43-48)

2.1.9 Syndrom vyhoření

Burnout syndrom, nebo také syndrom vyhoření, byl poprvé zmíněn H. J. Freudenbergem, který na základě vlastní zkušenosti pojmenoval stav naprostého vyčerpání. Zjistil, že se týká hlavně lidí, kteří do svého povolání investují nejen čas a dovednosti, ale také kus své osobnosti a že se týká hlavně v pomáhajících profesích. (Honzák, 2013, s.18-20). Syndrom vyhoření se dá popsat jako stav masivního vyčerpání, který je pocíťován jako citová vyprahlost. Vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou po emocionální stránce velice náročné. Nejčastěji je způsoben kombinací velkého očekávání a chronickými stresy při práci s lidmi. Je důsledkem chronické emocionální zátěže. (Jobánková a kol., 2004, s.198). Bartošíková (2006, s.28) udává, že nejrizikovější pracoviště jsou ta, kde „výdej“ převažuje nad „příjmem“, kde pracovníci pracují s vysokým a emočním nasazením a dostává se jim málo ocenění a uznání nebo jsou jejich výsledky práce málo uspokojivé. Prieß (2015, s.18) ve své publikaci uvádí, že všichni, kdo onemocněli syndromem vyhoření, se nacházeli ve velmi konfliktních a napjatých vztazích (nebo neměli žádný sociální kontakt). Málokdo měl zdravý partnerský vztah a nikdo neměl dobrý vztah sám k sobě.

Syndrom vyhoření se promítá i do oblasti tělesné ve formě chronické únavy, nedostatkem energie, zvýšenou spavostí (nebo naopak nespavostí). Později se přidávají bolesti svalů a hlavy,

nevolnost, obtíže nejasné etiologie, oslabení imunity a postižený člověk je více náchylný k úrazům. (Jobánková a kol., 2004, s.200)

Syndromu vyhoření by se vždy mělo předcházet. Nejen ze strany jednotlivce (dobrá kondice a zdraví, mezilidské vztahy, relaxace či celoživotní vzdělávání), ale i ze strany organizace. Ta může například poskytnout dostatečné ocenění, zdravotníci by měli mít vyvážené kompetence, měla by rozvíjet týmovou spolupráci, podporovat vzdělávání zdravotníků, zajistit pro své zaměstnance dostatek informací, zajistit možnost obnovy sil a dostatek nových lidí. Předcházení syndromu vyhoření je vyjádřením zájmu o podřízené, kteří poté neztrácejí svou výkonnost a sebedůvěru. Pacientům se poté dostává vlídné péče od odborníků, kteří svou práci nepředstírají a nejsou vyčerpaní. (Jobánková a kol., 2004, s.202-204)

2.1.10 Zneužívání psychotropních látek

Distres je nepříjemný stav a člověk se ho snaží změnit jakýmkoliv způsobem. Snaží se ulevit, zbavit se napětí, zapomenout (třeba jen na chvíli). V některých případech proto bohužel sáhne po alkoholu, cigaretě nebo jiných drogách, které můžeme souhrnně nazvat jako psychotropní látky. Selye (in Křivohlavý, 1994, s.55) popisuje alkohol a kouření jako věc destruktivní. Žádoucím směrem působí jen dočasně, pak se sám stává problémem. Drogy, alkohol, káva či přejídání zastírají příznaky stresu. Přehluší je ale jen na chvíli. Euforií a uměle vytvořeným pocitem zastírají pravou skutečnost. Poté se tyto formy úniku samy stávají stresory a stresovou situaci značně zhoršují. (Křivohlavý, 1994, s.55-58).

Bohužel v České republice se spotřeba alkoholu na jednoho obyvatele blíží k 10 litrům 100% alkoholu/rok. Za této situace je relativně časté užívání alkoholu ve stresu. Alkohol zde může přinést krátkodobou subjektivní úlevu, ale při kocovině se míra subjektivní nepohody zvyšuje. Vysloveně stresogenně působí budivé aminy (pervitin) a kokain. Stresová reakce nastává během intoxikace i poté, co se vysadí. Jestliže si někdo zvykne při stresu používat alkohol nebo jiné návykové látky, je snadno možné, že se dostane do bludného kruhu, ve kterém únik před stresem k návykovým látkám znamená vyšší stres, a to vede k dalšímu úniku. Tento bludný kruh poté může vyústit v závislost. V odborné literatuře se popisuje vyšší konzum alkoholu v souvislosti s ekonomickým stresem, pracovním stresem a rodinnými problémy. Závažné jsou především stresory působící dlouhodobě. Stres vede k pití alkoholu nebo zneužívání jiných návykových látek hlavně v případech, když člověk nenachází jiné řešení a alkohol nebo jiná látka jsou snadno dostupné. (Nešpor, [b.r.]

2.1.11 Psychosomatické důsledky dlouhodobého stresu

Opakovaný, dlouhodobý stres vede k psychickému i fyzickému přetížení. To bývá spouštěčem nejen vztahových problémů, ale i psychických problémů, zvláště vzniku deprese, nespavosti či úzkostných vztahů. (Praško, Prašková, 2001, s.16-17). Funkční potíže mohou být ovlivněné buď vrozenou dispozicí, nebo aktuální delší stresovou zátěží. I zdraví, odolní lidé nakonec mohou „vyhořet“ a trpět funkčními obtížemi. (Irmíš, 2014, s.75-76). Zlaté pravidlo psychosomatiky zní, že nikdy nesmíme podceňovat příznaky, a naopak je přijímat tím způsobem, jak je pacient nabízí. Někdy je příznak to jediné, čím pacient reaguje na své okolí. V tomto případě je velmi důležitý vztah lékaře s pacientem a lékařovo ujištění, že ho pacient svými problémy neobtěžuje. (Baštecký a kol., 1993, s.109). Psychosomatické projevy jsou vždy součástí fungování lidského organismu. Při vzniku symptomů nemocí hrají roli také individuální tělesné slabiny, okolní prostředí, vlohy, ale i další vlivy, které nejsou dodnes ještě prozkoumány. (Prieß, 2015, s.31)

Osobnostní typologie

V 60. letech minulého století byl rozpracován Rosenmanův a Friedmanův koncept osobnostních „kardiovaskulárních“ typů A a B. Jedinec typu A byl charakterizován velkou ctižádostivostí, agresivitou, snadno vyvolatelnou hostilitou s pocitem nedostatku času a nechtím k relaxaci. Poté tento typ byl ještě rozdělen do dvou kategorií. V první kategorii typu A byli jedinci charismatičtí, psychicky odolní a v druhé kategorii spíše jedinci hostilní. Zatímco v první kategorii typu A byli jedinci náchylní ke vzniku kardiovaskulárních onemocnění, jedinci v druhé kategorii měli spíše tendenci ke vzniku chronických onemocnění, konkrétně k vředové chorobě či alergiím. Jedinec typu B byl popsán jako opak jedince typu A čili byl ke vzniku kardiovaskulárního onemocnění protektivní. Později, s postupným rozvojem psychosomatiky byl přiřazen typ D (úzkostný, potlačoval agresivitu). Tento typ se projevil u depresivních onemocnění. Na závěr byl přiřazen ještě typ C, který převládá u pacientů s maligním onemocněním. Tito jedinci se projevují potlačením deprese, zlosti a hostility. (Bartůňková, 2010, s.99)

Mezi psychosomatická onemocnění řadíme nejčastěji:

Choroby kardiovaskulární-Ischemická choroba srdeční (ICHS), hypertenze.

Choroby zažívacího traktu–hlavně vznik gastroduodenálních vředů

Choroby dýchacího traktu–astma bronchiale

Choroby endokrinního systému–obezita, diabetes mellitus, některé poruchy štítné žlázy.

Choroby kožního systému–například některé druhy ekzémů.

Výrazné psychosomatické vlivy se ale předpokládají také při vzniku některých nádorových onemocnění, alergií, deprese (depresi stres jednoznačně zhoršuje), a mnoho dalších onemocnění. Výrazný vliv stresu byl prokázán také u posttraumatické stresové poruchy.

(Humpl a kol., 2012)

Dlouhodobý intenzivní stres a jeho důsledky nejsou dobré pro nikoho z nás. Perioperační sestry jsou jím ohroženy o to více, že mají nepravidelné směny, zodpovědnou a fyzicky i psychicky náročnou práci.

2.2 Sestra v perioperační péči

Motto:

„Instrumentování se lze naučit, je k tomu potřeba dobrých znalostí, zkušeností i zručnosti. Ale dobrou instrumentárkou se může stát jen sestra, která má ve své anonymitě ušlechtilý zájem o osud nemocného a prožívá a naplňuje smysl svého povolání nejen dovedností a kulturou ducha, ale i kulturou svého srdce“.

Prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc.

Perioperační sestry jsou všeobecné sestry pracující bez odborného dohledu, většinou se specializací, zajišťující činnosti související s provozem operačního sálu. Zejména se toto povolání týká vlastní asistence u výkonu–instrumentování. Perioperační sestra má ale na starost i přípravu materiálů a nástrojů, jejich sterilizaci, údržbu operačních pomůcek a přístrojů. Dále pečuje o inventář sálů, organizují, řídí a kontrolují provádění úklidu v prostorách operačního traktu a udržují aseptické prostředí operačních sálů. Podílí se na vedení dokumentace a kontroluje plnění úkolů dalších nelékařských zdravotnických pracovníků. Spojkou mezi operačním týmem a zázemím operačního traktu (podává instrumentárce potřebný materiál, pomáhá při evidenci operačních roušek, obvazového a dalšího materiálu) je perioperační sestra, tzv. obíhající sestra, která dále zodpovídá za transport pacienta a jeho uložení na operační stůl, pomáhá při dezinfekci a osvětlení operačního pole. Nedílnou součástí její práce je i komunikace s pacientem, v rámci svých kompetencí ho informuje o nezbytných činnostech, ověřuje jeho totožnost a také pečuje o jeho bezpečnost. V mnoha publikacích je obíhající sestra označována jako „advokátka“ pacienta, chrání ho v období, kdy jsou v důsledku sedace či analgezie ovlivněny jeho rozhodovací a ovládací schopnosti. (Wendche a kol., 2012, s.15-16)

Kompetence perioperační sestry se řídí vyhláškou č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Sestra pro perioperační péči vykonává činnosti podle § 54 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů.

Přitom zejména může:

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. připravovat instrumentárium, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál a pomůcky před, v průběhu a po operačním výkonu,

2. provádět specializované sterilizační a dezinfekční postupy,
3. zajišťovat manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami,
4. provádět antisepsi operačního pole u pacientů,
5. provádět ve spolupráci s lékařem-operatérem před začátkem a ukončením každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu, zajišťovat stálou připravenost pracoviště ke standardním a speciálním operačním výkonům,
6. provádět zarouškování operačního pole,
7. instrumentovat při operačních výkonech;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. zajišťovat polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace,
2. asistovat u méně náročných operačních výkonů.

(Vyhláška 55/2011 Sb., Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků)

Charakterové předpoklady perioperační sestry

Perioperační setra je vysoce specializovaná odbornice, která má nejen vysokou odpovědnost, ale i řadu závazků. Vzhledem k její funkci by měla mít tyto charakterové vlastnosti: pečlivost, spolehlivost, emoční stabilita, trpělivost, měla by být schopna týmové spolupráce a ochotna se učit novým věcem, měla by být kreativní a schopna improvizace. K tomuto všemu by měla být i fyzicky zdatná, zručná a neměla by jí chybět výdrž. (Wichsová, 2013, s.48)

2.2.1 Režim práce na operačním sále

Motto:

„Operační sál je místem, v jehož magickém prostředí jsou instrumentárky nepostradatelnými, tichými a spolehlivými průvodkyněmi nemocných i chirurgů.“

(Duda, 2000, s. 19)

Operační sály zajišťují provoz 24 hodin denně. V denní době od cca 7.00–15.30 probíhá operační program, ve kterém jsou zahrnuty hlavně plánované výkony. Od 15. 30 je zajišťována tzv. pohotovost, ve které jsou operovány hlavně výkony akutní. Tyto dvě doby se mohou svými výkony prolínat. Perioperační sestra musí spolupracovat s celým operačním týmem. Všechny tyto osoby se řídí provozním a hygienickým řádem operačních sálů. Operační skupina se skládá z těchto pracovníků: Operatér, 1. asistent, 2. asistent, instrumentující sestra, obíhající sestra a sanitář. Do operačního týmu ale můžeme zahrnout všechny pracovníky, kteří o pacienta během operačního výkonu pečují, tedy anesteziologa + anesteziologickou sestru, RTG laboranta či další specialisty, kteří jsou u operačního výkonu přítomni. Povinnosti a práva jednotlivých členů operačního týmu jsou přesně definovány, pokud by se tyto pravidla nedodržovaly, mohl by být ohrožen průběh i výsledek operace. (Wichsová, 2013, s. 56-57)

Povinnosti perioperační sestry jsou pro lepší přehlednost upraveny v tabulce 1.

Tabulka 1 Povinnosti instrumentářky a obíhající sestry při operačním výkonu

| Instrumentářka | Obíhající sestra |
|--|--|
| Připravuje instrumentárium a materiál | Polohuje se sanitářem pacienta |
| Myje a obléká se k operaci | Přikládá neutrální elektrodu |
| Rouškuje sterilní stolky | Doplňuje materiál |
| Obléká operační skupinu | Dodává nástroje a pomůcky |
| Asistuje při dezinfekci operačního pole | Kontroluje sterilitu |
| Pomáhá s rouškováním | Označuje biologický materiál |
| Instrumentuje | Zařizuje perioperační vyšetření a konzilia |
| V nutných případech se podílí na asistenci | Podílí se na počítání nástrojů a roušek |
| Iniciuje početní kontrolu nástrojů a materiálu | Obsluhuje přístroje |
| Kontroluje dodržování sterility | Vede ošetřovatelskou dokumentaci |

(Wichsová, 2013, s. 57-58)

2.2.2 Perioperační péče

Perioperační péčí rozumíme péči o pacienta před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu. Dělíme ji do 3 fází:

1. Předoperační–k prvnímu kontaktu s pacientem dochází většinou až na operačním sále. Při přijetí pacienta na operační sál probíhá jeho celková kontrola (zakrytí vlasů, oholené operační pole, nepřítomnost zubní protézy či šperků, vyčištěná pupeční jizva, kontrola identifikačního náramku, dokumentace). Následuje velice důležitá peroperační bezpečnostní procedura (1. krok)–po pozdravení a představení svého jména se sestra pacienta zeptá na důležité otázky (jméno, předpokládaný operační výkon, operovaná strana), zkontroluje označení místa výkonu (většinou vyznačené křížkem) a na závěr zjišťuje známé alergie. Teprve po této důkladné kontrole obíhající sestra přiloží neutrální elektrodu a polohuje společně se sanitářem pacienta (pozor na riziko dekubitů či poškození nervů). Posledním krokem předoperační péče je antiseptice operačního pole a jeho následné zarouškování.

2. Intraoperační–začíná po zarouškování operačního pole, 2. krokem peroperačního bezpečnostního procesu (všichni členové operačního týmu by měli říci své jméno, potvrdí se identita pacienta, typ a místo operačního výkonu, potvrzení profylaktického podání ATB). Instrumentující sestra sleduje průběh operačního výkonu, instrumentuje dle situace a zároveň předvídá možné kroky operátora, průběžně ošetřuje použité nástroje, kontroluje navrácené pomůcky (provádí po celou dobu i jejich početní kontrolu), sterilitu operační pole a dodržování sterilních technik. V případě nutnosti se podílí i na asistenci. Obíhající sestra obsluhuje celou operační skupinu, dodává potřebný materiál, zařizuje případná konzilia, označuje a odesílá k vyšetření vzorky biologického materiálu, kontroluje sterilitu, obsluhuje přístroje, úkoluje a kontroluje práci sálového sanitáře a vede dokumentaci. Po celou dobu operačního výkonu spolupracuje s instrumentující sestrou, včetně početní kontroly nástrojů a materiálu.

3. Pooperační péče–začíná ukončením operačního programu, 3. krokem perioperační bezpečnostní procedury (potvrzení provedeného výkonu, souhlas všech nástrojů a materiálu, odebrané vzorky tkání a řešení případných problémů na operačním sále). Po operačním výkonu odchází pacient většinou na dospávací jednotku (či JIP, ARO – dle stavu). Do další péče jej již předává anesteziolog i s příslušnou dokumentací.

(Wichsová, 2013, s. 133-139)

2.2.3 Zátěže v práci perioperační sestry

Velkou část pracovního dne u perioperační sestry tvoří úkoly, které se běžně lidem nelíbí a nemusí tyto situace vidět. Honzák vidí ale jako daleko horší problém u sestry nejen v administrativě, ale hlavně v rovině psychosociální. V tom, jak uchopit roli sestry, jak v ní obstát a nezničit se. (Honzák, 2015, s.9). Sestra se na operačním sále denně setkává s lidmi, kteří jsou ve stavu ohrožení základních hodnot: zdraví a života. Očekává se od ní vlídnost, sebeovládání a rychlé a přesné plnění úkolů. Denně žije v nebezpečí, že chybou způsobí nehodu nejen sobě, ale hlavně někomu druhému. (Balková, Fürstová, 2012). Hana Vejrostová, která pracuje několik let jako perioperační sestra na centrálních operačních sálech ve FN Brno vystihla situaci ve svém rozhovoru takto: *„Člověk musí být neustále ve střehu a umět zareagovat. Pracuje mnohdy pod stresem, ale přesto se musí vyvarovat chyb, které mohou mít pro pacienta fatální následky. Naše pracovní doba je pevně daná, ale na druhou stranu „flexibilní“. Mnohdy se stane, že operace trvají delší dobu, a tudíž kromě operační služby musíme některá z nás zůstat tak dlouho, až se výkon dodělá.“* Mimo to ale také dodala: *„Kdybych si mohla vybrat profesi, kterou bych chtěla dělat, asi bych neměnila. Práce zdravotní sestry, potažmo instrumentářky je zajímavá, není stereotypní, pracujete s lidmi, pomáháte jim, neustále se duševně obohacujete.“* (Vejrostová, FN Brno,[b.r.]

Perioperační sestru provázejí ve svém povolání řada zátěží. Bartošíková (2006, s. 11-12) uvádí řadu zátěží u všeobecné sestry, na základě této sumarizace byla vytvořena řada zátěží z hlediska sestry perioperační.

- **Zátěž fyzická, chemická a fyzikální**

Statické zatížení, zatížení páteře, zatížení svalového a kloubního systému-dlouhodobé stání u instrumentačního stolku, jednostranné podávání nástrojů

Dynamické zatížení–pokud perioperační sestra nestojí u instrumentačního stolu, obíhá sestru instrumentační, nosí potřebné pomůcky a nástroje, zvedá těžké kontejnery a většinou bývá stále v pohybu.

Setkávání se s nepříjemnými podněty–perioperační sestra se často setkává s exkrementy, otevřenými a zapáchajícími ranami.

Riziko infekce–sestra při svém povolání pracuje s velmi ostrými nástroji (skalpel, jehly, ostré háky), každodenně hrozí poranění.

Narušení spánkového rytmu–při pohotovostních službách je stále dostupná, kdykoliv se může operovat, v případě potřeby se operuje i celou noc.

Nedostatek klidu a času na jídlo a pitný režim–při náročném operačním programu či dlouhém výkonu sestra nemá možnost se najíst a napít.

Kontakt s desinfekcí, používání latexových rukavic–perioperační sestra je v neustálém styku s desinfekcí, na operačním sále se klade velmi vysoký důraz na sterilitu a aseptické prostředí. Musí pracovat v rukavicích pro ochranu svoji i pacienta.

Hluk, velké či naopak nedostatečné osvětlení, vibrace–na operačním sále se často pracuje ve velkém hluku (vrtačka, oscilační pila, sání), některé přístroje způsobují i vibrace (vrtačka, oscilační pila). Při laparoskopických operacích se pracuje při minimálním osvětlení. Naopak při otevřených operacích se vyžaduje prudké světlo do operační rány pro lepší viditelnost.

Radiační záření–u některých druhů operačních výkonů (traumatologie, ortopedie, neurochirurgie, urologie) se na operačním sále operuje pod RTG kontrolou.

- **Zátěž psychická, emocionální a sociální**

Neustálá pozornost, pečlivé sledování operačního výkonu, rychlé změny v činnostech, pružné reagování na požadavky lékaře.

Velké nároky na paměť–sestra si musí zapamatovat, jaké nástroje použila, musí neustále počítat nástroje, roušky a veškerý použitý materiál.

Velká zodpovědnost za provedení výkonu–perioperační sestra přímo zodpovídá za správný počet nástrojů a roušek. Před každým zavíráním jakékoliv dutiny musí operatérovi nahlásit, že veškeré počty souhlasí.

Nutnost improvizace při nárazovém problému při operaci–každá operace se může během výkonu změnit a sestra musí umět na danou situaci reagovat.

Konfrontace s bezmocí, utrpením, smrtí u nevyлéčitelně nemocných pacientů bez možnosti radikální operace–sestra se často setkává na operačním sále s nemožností radikální operace.

Nízké ohodnocení náročné práce–tato práce je i přes svoji vysokou náročnost a zodpovědnost nedostatečně finančně ohodnocena.

Nároky na neustálé učení a vzdělávání-stejně jako všechny sestry, i perioperační sestra se musí neustále vzdělávat a doplňovat si znalosti. Neustále se seznamuje s novými přístroji a nástroji, se kterými se musí naučit pracovat.

2.3 Taktiky zvládání zátěžových situací

Každý člověk je jiný a každý využívá jiné taktiky pro zvládání stresu. Všeobecně člověk snáze snáší stres, pokud se na jeho odstranění podílejí další lidé. V tomto případě hledá podporu a pochopení. Přátelé a rodina mohou posílit naše sebevědomí jen tím, že nás mají rádi, i když máme nějaké problémy. Někdy však může rodina a přátelé přispět k prohloubení stresu. Bagatelizování či plané ujišťování může vyvolat větší úzkost než poskytnutí opory. (Atkinson, 2003, s.516)

2.3.1 Vybrané techniky pro lepší zvládání zátěžových situací

Pro lepší zvládání stresu může perioperační sestra využít řady metod. Křivohlavý (2009, s.88-92) ve své publikaci zmiňuje tyto techniky:

Relaxace

Záměrné uvolňování v oblasti psychické i fyzické. U nás je nejrozšířenější tzv. Schultzův autogenní relaxační trénink. Toto cvičení (nejedná se o jednorázovou záležitost) se zaměřuje na uvolňování jednotlivých skupin svalů a cílem je, aby to dotyčný cítil a uvědomoval si to. Poté by se toto cvičení mělo projevit v psychickém uvolnění.

Meditace

Patří do skupiny relaxačních cvičení. Z původních náboženských forem meditace byly odvozeny současné techniky. Např. Američané doporučují říkat „one“ (u-w-a-n) po určitou dobu (př. 20 minut). Tím, že se dotyčný musí soustředit na pomalé vyslovování daného slova, nemá možnost myslet na svůj problém. Existuje i opačná forma meditace, kdy se naopak přímo navádí k soustředění na daný problém. Cílem je získat odstup a vhled do dané situace.

Imaginace

Imaginací se rozumí záměrné zobrazování určitých scénérií. Příkladem může být představa návštěvy hezkého místa v přírodě nebo pobyt na pláži u moře. Někteří autoři doporučují soustředit se na povzbuzující situace, jiní na negativní obraz (př. těžká životní situace a její zvládnutí).

Biofeedback

Biofeedback, neboli biologická zpětná vazba je terapeutický postup, který zahrnuje měření osobních fyziologických funkcí (krevní tlak, tep, teplota, svalové napětí). Pacient je do jisté míry schopen tyto hodnoty ovlivnit vůlí a tím se naučit je alespoň částečně ovládat. Biofeedback může být použit ke zlepšení zdraví, ale i jako příprava na zvládání těžkých životních stavů. Ukazuje se, že je tato metoda skutečně účinná, nejen při snížení stresového stavu, ale i při snížení intenzity bolesti (př. migréna, léčba popálenin)

Náboženská víra

Na roli křesťanské víry v otázce snížení stresu byla vytvořena řada výzkumných prací. Dle Křivohlavého je jedním z nejvýraznějších psychologů, který se této otázce věnuje K. I. Pargament. Rozlišuje tři druhy cest, kterými se náboženská víra ubírá při zvládání utrpení. Jsou to: odevzdání se s důvěrou do rukou vyšší moci, sebeřízení (využití svobody, která byla člověku dána, odpovědného zacházení s danými možnostmi) a spolupráce (kooperace člověka s Bohem při řešení problému).

2.3.2 Možnosti pomoci pro perioperační sestry

Pokud má sestra pocit, že na své problémy již nestačí, neměla by váhat požádat o pomoc ve svém okolí. Požádat o pomoc může být u zdravotníků veliký problém. Hlavně v případě, kdy zaujímali na svém pracovišti dominantní postavení a pokud své povinnosti vždy zvládali bez pomoci a byli na to patřičně hrdí.

Pomoc může najít:

- **U blízkých**—rodina, přátelé. Samozřejmě, že nejbližší hrají v procesu rekonvalescence hlavní roli. Nejen, že dávají najevo svou důvěru, ale prokazují mu i lásku. Měla by se postavit k problému tak, že dotyčného nenutí k úspěchu, nepoučuje ho, ale měli by mu dát najevo, že nevádí, když se něco nepovede. Zároveň je důležité nesnažit se nahrazovat poradce jako autoritu.
- **V pracovním týmu**—pokud máme dobrý kolektiv, většinou vycítí, že se něco děje. Neměli by být k jeho stavu lhostejní, ale měli by nabídnout pomocnou ruku. Vedení v nemocnici může pracovníka pověřit dočasně jinými úkoly, přemístit ho na méně náročné oddělení nebo umožnit práci pouze na jednu směnu.

- U **odborníka**-pokud selhala předchozí doporučení a objevily se symptomy, které by mohly vést ke vzniku psychosomatického onemocnění či závislosti, je nutné vyhledat odbornou pomoc. Vhodnou formou pomoci je konzultace (podpora pracovních dovedností, řešení problémů...), ale lze využít i krizovou linku či centra.

(Venglářová a kol., 2011, s.38-39)

2.3.3 Asertivita

Slovo asertivita každý rád vyslovuje, ale málokdo ví, co doopravdy je. Je to způsob jednání a také komunikace, které se vyznačuje schopností obhájit vlastní stanovisko bez prvků agrese či manipulace. Pokud se má jednat o poctivý prostředek, je nezbytná poctivost k sobě samému, uvědomění si svých postojů a emocí. Je převzata z anglického slova „to assert“, což v překladu znamená tvrdit, prosazovat či uplatňovat. (Honzák, 2015, s.185-189). Nebýt asertivní vede k postupnému střádání frustrací, což zvyšuje nejen stres, ale vede i k jiným zdravotním problémům. (Praško, Prašková, 2007, s.27).

Jedním ze základních umění je naučit se říkat NE, což je zejména u pomáhajících profesí dost obtížné. Asertivní člověk vystupuje ze sebe, vyhlašuje vlastní stanoviska, neohání se obecnými pravdami. Tím také získává pozici přirozené autority. Cílem postupu je zlepšení vlastních pozic, ale ne na úkor druhých. Základními prvky asertivního chování je vyjadřování vlastních pocitů a názorů vhodnou formou. Schopnost požádat o to, co potřebujeme. Neříkat ano, pokud chceme říct ne. Mít svůj názor a nevysvětlovat, proč ten názor mám. Umět přijmout odmítnutí bez pocitu urážky či ponížení. Umět vyjádřit pochvalu a kritiku, ale umět je také přijmout. (Honzák, 2015, s.185-189)

Asertivní člověk přebírá odpovědnost za své chování. Ví, co chce dělat a také jakým způsobem to chce dělat. Jsou mu jasné i důsledky. Je aktivní, vyhýbá se agresi i manipulaci a většinou přímo říká, co cítí a o co mu jde. Asertivní člověk se nepovyšuje a ani neponižuje, umí naslouchat. Dokáže přistoupit na kompromisy, ale když udělá chybu, přizná ji. Působí vyrovnaně, uvolněně, častěji vyjadřuje pozitivní věci. Když kritizuje, tak konstruktivně a věcně. Asertivnímu člověku jde spíše o spolupráci než o vítězství. (Praško, Prašková, 2007, s.26-29)

2.3.4 Supervize

Slovo supervize je převzato z latinského slova: „Super“, tj. nad, nej (či nadměrnost, přehnanost) a „vize“, tj. vidina, zjevení. Svůj jazykový původ má ale v angličtině, kde znamená dohled, dozor či kontrolu. (Klevetová, 2011, s.23). Supervize je v poslední době stále častěji vyslovované slovo. Jedná se o setkávání pracovníků za účelem reflexí zážitků a zkušeností z práce. Slouží hlavně k podpoře profesního růstu zaměstnanců. Poskytuje prostor pro sdělování zkušeností, hledání nových pohledů, nápadů a také pro ventilaci emocí. (Venglářová a kol., 2011, s.153). Jejím zakladatelem je Michael Balint (1896-1970), lékař maďarského původu, který již v padesátých letech 20. století věnoval pozornost praktickým lékařům. Pořádal pro ně semináře, na kterých se zaměřoval na porozumění vztahu mezi lékařem a jeho pacientem. Supervize se zaměřuje na jednotlivce, týmy nebo skupiny pracovníků. Zabývá se nejen konkrétními pracovními otázkami, ale i otázkami spolupráce mezi osobami. Jejím cílem je zlepšení pracovní situace, atmosféry na pracovišti, organizace práce a kompetencí odpovídajících specifickým úkonům. (Bartošíková, 2006, s.60). Na pracovišti vlastně otevírá prostor pro společnou diskuzi o naší práci. Je založena na ochotě naslouchat a respektovat názory druhých a zároveň hledá řešení při pracovních problémech, zjišťuje překážky ve výkonu profese a přináší podporu jednotlivce i týmu. Základem musí být bezpečné, laskavé prostředí, které nehodnotí, nekritizuje ani neodsuzuje, ale hledá rezervy a schopnosti dosáhnout stanovených cílů. (Klevetová, 2011, s.22). Janíková s Bužgovou (2017) uvádí, že na základě studií, má absolvování supervize na pracovníky ve zdravotnictví pozitivní vliv. Prokazují nižší výskyt syndromu vyhoření a také vliv na kvalitu poskytované péče i pracovní spokojenost zaměstnanců. Zároveň také uvedly bariéry, které brání zavedení supervize do praxe. Jsou to zejména směnnost a omezené zdroje financí na organizaci supervize.

Úkolem supervizora je sledovat je sledovat diagnostické schopnosti supervidovaného, schopnost určit motivaci a indikaci pro určitý druh psychoterapie. Měl by také rozhodnout nebo navrhnout, kdo by ji měl provádět a sledovat průběh léčby. (Růžička in Pačesová, 2004, s.114)

2.3.5 Zásady duševní hygieny pro perioperační sestry

Míček (in Křivohlavý, 2001, s.143) definuje duševní hygienu jako systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy. U perioperačních sester je velice důležité si dokázat vytvořit jistý (pozitivně laděný) odstup od pacientů. Každá perioperační sestra by to měla dokázat v zájmu zachování vlastního zdraví. Měla by pacienta sémanticky odosobnit, kdy se pacient stává kauzou či určitou diagnózou. Dále by měla o pacientovi mluvit vysoce racionálně, bez emocí a také by měla naprosto jasně rozlišit profesionální přístup k pacientům a ostatním lidem. Toto pravidlo samozřejmě platí za určité empatie, kterou by neměla ztratit. Sestra by měla hovořit o svých pocitech, nepotlačovat je, ale vyjadřovat. Hlavní zásadou je ovšem nutnost důsledně oddělovat profesionální nasazení od osobního života. (Kebza, Šolcová, 1998, s.20-21). Podle Míčka (in Křivohlavý, 2001, s.144) se duševní hygiena týká hlavně duševně zdravých lidí. Zabývá se ale i lidmi, kteří jsou již na hranici mezi zdravím a nemocí, a lidmi nemocnými. Přináší jim podněty k dodržování zásad duševní hygieny a s větším úspěchem vzdorovat nemocem. Křivohlavý v této publikaci udává nástroje, kterými se lépe duševní hygiena vykonává. Jsou jimi:

1. Adaptace (přizpůsobení)-jde o přizpůsobení se tomu, co změnit nelze, ale i tomu, co se změnit dá. Adaptací se v tomto případě rozumí hlavně osobní zvládnání problémů, které život člověku staví do cesty, a to pokud možno „na úrovni“.

2. Sebevýchova-Křivohlavý v tomto případě cituje Míčka, který v oblasti sebevýchovy koncentruje pozornost na tyto témata:

Sebepoznávání-člověk by neměl sám sebe pouze pozorovat, ale hlavně sám sebe lépe poznat. Metodami pro sebepoznávání jsou pravidelná registrace vlastního jednání, pravidelná sebereflexe a následný rozbor výsledků, pozorování sebe sama, a to i na citové prožívání a myšlenkových pochodů, sebepoznávání prostřednictvím sdělení (postřehů, poznámek, úsudků)

Autoregulace konativní činnosti-v tomto případě jde o řízení naší činnosti vlastní vůlí. Tímto způsobem rozhodujeme o cílech, k nimž má být naše činnost zaměřena. Slovo konativní zde znamená usilovat či vyvíjet úsilí. Na hledání cíle se velkou měrou podílejí i činnosti kognitivní (poznávací). V tomto případě jde o tzv. kruhovou kauzalitu, kdy směřování ovlivňuje myšlení a myšlení ovlivňuje zaměření činnosti.

Autoregulace vlastního myšlení-v některých situacích se chováme zcela automaticky, aniž bychom přemýšleli nad tím, co děláme nebo co a jak bychom měli dělat. V tomto případě jde tedy o usměrňování myšlenek a představ.

Autoregulace emocí-naše emoce velmi úzce souvisí s tím, oč se snažíme a jak se nám daří dosahovat cílů, které jsme si vytyčili. I zde je možno tedy hovořit o tzv. kruhové kauzalitě. V případě, že se nám dosažení cíle daří, objevují se kladné pocity. Pokud je tomu ale naopak, přichází emoce negativní. Pokud nedochází k uspokojení našich cílů, hovoříme o frustraci. Velmi záleží na naší schopnosti unést určitou míru neuspokojení (tzv. frustrační tolerance). Frustrace způsobuje v mnoha případech maladaptaci, která se může projevit nejistotou, pocitem nespokojenosti, strachem či úzkostí, ale i zlostí a agresí.

Relaxace-pomocí relaxace můžeme uvolnit psychické napětí a uvolňování svalů.

2.3.6 Možnosti rozvíjení psychické odolnosti vůči stresu pro perioperační sestry

Posilování psychické odolnosti můžeme chápat jako zvyšování adaptability nebo jako omezování zranitelnosti. Z hlediska stresu je smysl rozvíjení odolnosti v tom, aby se existující potencionální stresory nestaly stresory reálnými. Paulík (2010, s.155-175) udává k rozvoji odolnosti tyto nástroje:

Sebepoznávání a sebehodnocení

Mnoho problémů a stresových situací nastává jako důsledek chyb v poznávání sebe samého a nerealistickým sebehodnocením a sebevědomím. Toto se může týkat přeceňování, anebo naopak podceňování vlastních možností. Se sebepoznáním souvisí i sebereflexe. Je to koncentrované, důkladné sledování a následná analýza vlastního nitra i vnějších projevů. Informace od jiných lidí-mnoho se o sobě můžeme dozvědět z verbálního i neverbálního chování od jiných lidí. I proto se říká, že nám okolí vlastně vrací to, jak se k němu chováme my sami. Cenné informace můžeme zjistit i prostým dotazem směřující k lidem kolem nás. Užitečné bývá vrátit se k některým událostem s určitým časovým odstupem. Dané události se již mohou jevit trochu jinak. Zpětné hodnocení si můžeme usnadnit tím, že si je budeme stručně zapisovat. Mezi dalšími informacemi z okolí můžou být různá oficiální hodnocení našich výsledků, například ve škole či na účasti v nějakých soutěžích.

Sebeovládání a seberozvoj

Sebeovládání a seberozvoj představuje široký okruh možností a cest. Poměrně častým zdrojem problémů je aktuální ztráta kontroly nad sebou samým, nezvládnutí určitých impulzů či vnitřních tendencí. Východiskem cíle sebeovládání a seberozvoje je sebepoznání, určující ty stránky naší osobnosti, které chceme rozvíjet a řídit.

Režim práce a odpočinku

Naše pracovní zátěž je během dne různá. Výdej energie vede po čase k únavě, kterou musíme odpovídajícím způsobem obnovit. Dostatečný odpočinek není pro řadu lidí (hlavně pro perioperační sestry) samozřejmostí. Při nahromadění neodkladných úkolů mohou vznikat potíže. Nejen, že se může prohlubovat únava, ale hrozí i vyčerpání. Prevencí je zařazení přestávk v minimální délce minut po každé hodině práce a přestávku 15 minut po každých dvou až třech hodinách práce. Během přestávky je vhodné změnit polohu těla, zaměřit se na jinou aktivitu, případně změnit i místo. Efektivní a nutnou formou pasivního odpočinku je spánek. Ve spánku dochází k relativnímu omezení psychické i fyziologické aktivity. To umožňuje odpočinek a zároveň regeneraci sil. V dospělosti se považuje za vhodné spát sedm až devět hodin. Pro zdravý spánek je důležité mít vhodné prostředí, které poskytuje klid, dostatek čerstvého vzduchu, pohodlné oblečení i přikrývku. Usínání usnadňují naučené rituály, kterými může být relaxace, meditace či programové odložení starostí na druhý den.

Time management

Chceme-li si svůj čas plánovat, měli bychom ho optimálně rozložit do jednotlivých důležitých oblastí našeho života. K těmto oblastem se obvykle řadí zaměstnání a další povinnosti, rodina a různé sociální aktivity, ale i osobní zájmy a odpočinek.

Tělesná cvičení

Tělesný pohyb patří k základní vlastnosti člověka. Současný životní styl je pro mnoho lidí v oblasti fyzické aktivity nedostatečný ačkoli pohybová aktivita a fyzická kondice může snížit reaktivitu na nejrůznější stresory. Pohyb působí nejen na reakci organismu, ale nepřímo i na odreagování tenzí či odvedení myšlenek od negativních témat.

Otužování

Otužování zvyšuje rozsah nepříznivých podmínek, ve kterých je člověk schopen pobývat, aniž by utrpěl závažnější újmu. Principem je postupné přivykání a snižování citlivosti na daný podnět. Vedle otužování fyzického (chladná voda) lze v přeneseném smyslu hovořit i o psychickém otužování, které je založeno na stejném principu. Někdy se také hovoří o očkování stresem, protože princip je podobný jako nám známé očkování, kdy se do těla vpraví oslabený patogen, na který organismus vyvolá reakci v podobě zvýšení obranyschopnosti vůči dané noxe.

Relaxace

Podstata relaxace spočívá v plné koncentraci pozornosti na určitou věc, např. tělesné pocity nebo dech. Ty se stávají v našem vědomí dominantou a ostatní jde mimo náš zájem. V Evropě k velmi rozšířené relaxační technice patří tzv. Schultzův autogenní trénink. Výhodou je jeho nenáročnost. Provádět se může vsedě nebo vleže v klidném prostředí se zavřenýma očima. Nejdříve se vychází z pocitu klidu, poté se postupně procvičuje pocit tíže v končetinách a celém těle, pocit tepla, regulace dechu, srdeční činnosti, regulace vnitřních orgánů a závěrem pocit příjemného chladu čela. Tento nácvik může trvat asi 12 týdnů a cvičí se, pokud možno, dvakrát až třikrát denně. Další možností relaxace je tzv. Jacobsonova progresivní relaxace. Cvičení se provádí vleže v klidu na dostatečně široké podložce. Nacvičuje se volní ovládní uvolnění svalů a poté jeho pomocí i uvolnění psychické tenze. Do cvičení se prokládá nácvik představ obrazů. Nakonec se zařazují i řečové cviky. Důležitou součástí relaxačních postupů jsou dechová cvičení. Dechová cvičení působí na celý organismus. Rytmus dýchání ovlivňuje psychické i fyzické napětí. Pro rychlé dosažení relaxace se zejména používá hluboké dýchání do břicha.

Imaginace

Imaginace je varianta relaxační techniky, která spojuje tělesné uvolnění s představami. Tyto představy jsou zpravidla příjemné. Imaginace může být i spojena se zřetelnými zrakovými představami, pak se označuje jako vizualizace.

Meditace

Slovo meditace pochází z latinského meditari, což znamená uvažovat nebo také soustředěně rozjímat, přemýšlet, hloubat. Člověk se v meditaci pokouší o dosažení vnitřní rovnováhy, ale také o vyšší harmonii svých myšlenek, představ a pocitů. Meditovat lze vleže, vsedě,

ale i za pohybu při vykonávání běžných či automatických pohybů, které nevyžadují soustředěnou kontrolu. Uklidňující vliv může mít pro člověka také modlitba, při které se člověk soustředí na vnitřní duchovní obsah, na něco, co přesahuje jeho zájmy a potřeby. U věřících osob může sugestivní vliv modlitby pozitivně ovlivňovat různé nemoci a neduhy.

Jóga

Jako praotec jógy je považován Pataňdžali. Ten hovoří o józe jako o metodickém úsilí k dosažení dokonalosti zaměřeném na ovládnutí těla i duše. Variant jógy je velké množství. V západním světě je nejrozšířenější tzv. Hatha jóga. Při cvičení dochází ke změně vnímání vnějších podnětů, mohou ztrácet svůj negativní náboj nebo jim není přičítán zvláštní význam. Díky působení na celý organismus jóga pozitivně ovlivňuje odolnost vůči zátěži, snižuje strach, napětí a pocity úzkosti a zároveň podporuje kladné sebezpřijetí a respektování vlastního těla.

Racionální výživa

Adekvátní výživa je základem k získání energie nejen pro adaptaci, ale pro život vůbec. Psychickou i fyzickou odolnost může ovlivňovat množství, kvalita, dávkování i načasování jídla. Celkově se doporučuje v zájmu racionální výživy, aby celkově byla strava pestrá, bez přejídání.

(Paulík, 2010, s.155-175)

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumné šetření mělo za úkol zjistit, jaké strategie zvládání stresu používají perioperační sestry.

3.1 Hypotézy

Hypotéza č. 1

Perioperační sestry s délkou praxe 21 a více let praxe vykazují vyšší hodnoty v otázce dlouhodobé únosnosti v dotazníku pracovní zátěže.

Hypotéza č.2

Užívání negativních strategií pozitivně koreluje s vyšším skóre dotazníku pracovní zátěže.

Hypotéza č.3

Perioperační sestry s více než 50 hodinami přesčasu za měsíc vykazují vyšší hodnoty přetížení.

3.2 Metodika výzkumu a charakteristika výzkumného vzorku

Diplomová práce je teoreticko-výzkumného charakteru. Výzkumné šetření bylo u perioperačních sester provedeno metodou kvantitativního výzkumu s využitím třech dotazníků: Meisterova dotazníku pracovní zátěže, dotazníku vlastní konstrukce a standardizovaného dotazníku SVF 78. Před rozdělením dotazníků byl proveden pilotní výzkum zaměřený na jasnost a srozumitelnost otázek. Dotazník byl předán k vyplnění deseti perioperačním sestřím. Všem sestřím přišly otázky dobře pochopitelné. Výsledek pilotní studie neprokázal ani žádné nedostatky, které by mohly negativně ovlivnit sběr dat a dotazník byl tedy ponechán beze změny. Tyto dotazníky byly zařazeny do výsledků diplomové práce. Výzkum probíhal od června do prosince 2019 na operačních sálech v nemocnicích v pardubickém kraji. Všichni respondenti byly perioperační sestry. Při jejich volbě nebyl brán zřetel na pohlaví, věk ani na dosažené vzdělání. Nejdříve bylo osloveno vedení nemocnic a předložena žádost o povolení výzkumného šetření. Od staničních či vrchních sester operačních sálů byl získán souhlas a podepsané potvrzení o provedení výzkumu. Při výzkumném šetření bylo postupováno

v souladu s etickými zásadami a principy. Dotazníky byly rozdávány osobně staničním sestřím a do jedné nemocnice byly zaslány staniční sestře operačních sálů poštou v tištěné formě. Účast na výzkumu byla dobrovolná. Sestry byly dle staničních sester srozuměny, že mohou od výzkumu kdykoliv odstoupit a od všech byl získán ústní souhlas ke zpracování údajů. Vzhledem k povaze výzkumu nebylo očekáváno žádné riziko či nebezpečí psychické újmy ze strany respondentů. Ve výsledcích dotazníkového šetření nebyl brán zřetel, z jaké nemocnice perioperační sestry jsou. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, z toho se zpět vrátilo 69 dotazníků. Návratnost tedy byla 69 %. 5 dotazníků muselo být odstraněno z důvodu neúplnosti vyplněných dat. Ke konečnému zpracování dat bylo tedy použito 64 dotazníků. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že respondenti byli pouze ženy. Při zpracovávání diplomové práce byly použity programy Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007. K ověření hypotéz byl použit program Excel a Statistica 12.

3.3 Charakteristika dotazníků

Výzkum probíhal s využitím Meisterova dotazníku pracovní zátěže, dotazníku vlastní konstrukce a standardizovaného dotazníku SVF 78.

Meisterův dotazník

Meisterův dotazník slouží k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků. Byl převzat od autora W. Meistera z Zentralinstitutu für Arbeitsmedizin v Berlíně (NDR) a ověřován v letech 1976 - 1984 hygienickou službou. Lze jej zadávat skupinově i individuálně (Židková, 2013). Vyhodnocení dotazníku je prováděno na pětibodové škále. Probandi se mají vyjádřit k otázce, jak moc souhlasí s konkrétním tvrzením s bodovým hodnocením 1-5 (celý dotazník je v příloze č. 2). V Meisterově dotazníku jsou stanoveny tři faktory: I. - přetížení, II. - jednostrannost (monotonie), III. - nespecifický faktor (stresová odezva). Jednotlivé faktory jsou tvořeny příslušnými položkami (otázkami). Vyhodnocení dotazníku lze provést dvojím způsobem:

1. Prvním způsobem hodnocení je vyhodnocení výsledků podle faktorů, kdy byly stanoveny tři faktory (přetížení, monotonie a nespecifický faktor-stresová odezva). Vyhodnocení podle faktorů prezentuje tabulka 2. Jednotlivé faktory jsou označeny příslušnými otázkami. (Židková, 2013).

Tabulka 2 Faktory pracovní zátěže dle Meistera

| Faktor | Název faktoru | Součet položek | Maximum |
|--------|---------------------|-----------------|---------|
| I. | Přetížení | 1 + 3 + 5 | 15 |
| II. | Monotonie | 2 + 4 + 6 | 15 |
| III. | Nespecifický faktor | 7 + 8 + 9 + 10 | 20 |
| HS | Hrubý skór | I. + II. + III. | 50 |

(Židková, 2013)

2. Druhým způsobem je vyhodnocení podle jednotlivých položek. Při hodnocení se vychází z překročení kritických hodnot mediánu. V položkách, kde medián překračuje kritickou hodnotu, je práce hodnocena negativně, naopak kde medián nedosahuje kritickou hodnotu, je práce hodnocena kladně. Souhrnná data prezentuje tabulka 3. (Židková, 2013).

Tabulka 3 Kritické hodnoty mediánů

| Číslo položky | Otázka (zkráceně) | Kritická hodnota mediánu | Začlenění do faktoru |
|---------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| 1. | Časová tíseň | 3,0 | I. |
| 2. | Malé uspokojení | 2,5 | II. |
| 3. | Vysoká odpovědnost | 3,0 | I. |
| 4. | Otupující práce | 2,5 | II. |
| 5. | Problémy a konflikty | 2,5 | I. |
| 6. | Monotonie | 2,5 | II. |
| 7. | Nervozita | 3,0 | III. |
| 8. | Přesycení | 3,0 | III. |
| 9. | Únava | 3,0 | III. |
| 10. | Dlouhodobá únosnost | 2,5 | III. |

(Židková, 2013)

Pro zařazení do stupně zátěže celé skupiny je třeba vycházet z faktorových skóre. Hodnocení se provede následujícím způsobem: sečtou se mediány (střední hodnoty) pro jednotlivé faktory (pro faktor I. sečteme otázky č.1+3+5, pro faktor II. č.2+4+6, pro faktor III. č.7+8+9+10). Po sečtení mohou nastat 3 situace:

1) Pokud je I. faktor alespoň o 2 body větší než faktor II., sečteme mediány I. a III. Faktoru

Tabulka 4 Klasifikace zátěže-tendence k přetížení (Židková, 2013)

| Jestliže je součet: | Stupeň | Zátěžová tendence |
|---------------------|--------|-------------------|
| 7-19 bodů | 1 | |
| 20-24 bodů | 2 | k přetížení |
| 25-35 bodů | 3 | k přetížení |

2) Pokud je I. faktor alespoň o 2 body menší než faktor II., sečteme mediány II. a III. faktoru

Tabulka 5 Klasifikace zátěže-tendence k monotonii (Židková, 2013)

| Jestliže je součet: | Stupeň | Zátěžová tendence |
|---------------------|--------|--|
| 7-21 bodů | 1 | |
| 22-26 bodů | 2 | k monotonii (jednostrannosti, podtížení) |
| 27-35 bodů | 3 | k monotonii (jednostrannosti, podtížení) |

3) Je-li rozdíl mezi I. a II. faktorem maximálně 2 body, sečteme mediány I., II. a III. faktoru.

Tabulka 6 Klasifikace zátěže-kombinace tendence k přetížení a monotonii (Židková, 2013)

| Jestliže je součet: | Stupeň | Zátěžová tendence |
|---------------------|--------|--|
| 10-26 bodů | 1 | |
| 27-32 bodů | 2 | kombinace obou (tj. přetížení i jednostrannosti) |
| 33-50 bodů | 3 | kombinace obou (tj. přetížení i jednostrannosti) |

Dle následného výpočtu mediánů, můžeme zařadit respondenta do příslušného stupně, které je znázorněno v tabulce 7

Tabulka 7 Klasifikace psychické zátěže

| | |
|---|--|
| 1 | Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny). |
| 2 | Psychická zátěž, při které může docházet pravidelně k dočasným ovlivněním subjektivního stavu, resp. výkonnosti. |
| 3 | Psychická zátěž, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika. |

(Zdroj:Židková 2013)

Dotazník vlastní konstrukce

Dotazník byl zpracován v textovém editoru Microsoft Word a podáván respondentům v tištěné formě. Obsahoval 16 otázek: 7 otázek uzavřených, 2 otázky otevřené, 6 otázek polouzavřených a na 1 otázku se odpovídalo pomocí škály. Otázky byly zaměřené na sběr anamnestických dat, prožívaný stres, pracovní zátěž a techniky ke snížení stresu. V poslední otázce měl respondent možnost se k dané problematice slovně vyjádřit. Celý dotazník je v příloze č. 1.

Dotazník SVF 78

Pomocí dotazníků SVF 78 se dá zjistit, jaké copingové strategie uplatňují perioperační sestry při zvládnání zátěžových situací. Dotazník SVF 78 je vícedimenzionální sebepozorovací inventář zachycující individuální tendence pro nasazení různých způsobů reakce na stres v zátěžových situacích. K testovému kompletu SVF 78 patří dotazník, příručka, vyhodnocovací list a testový profil. K provedení testu se využívá pouze dotazník, ve kterém jsou srozumitelně popsány instrukce pro jeho vyplnění. Pro zpracování je obvykle potřeba 10–15 minut. Dotazník se skládá ze 78 položek rozdělených do 13 subtestů (tabulka 8) odpovídajících jednotlivým strategiím zvládnání stresu. Prvních sedm položek tvoří pozitivní strategie zvládnání stresu, osmá a devátá jsou zřídka se vyskytující strategie a zbývající čtyři položky jsou strategie zvládnání stresu negativního charakteru. Podrobnější popis jednotlivých subtestů můžeme vidět v tabulce 9.

Tabulka 8 Seznam jednotlivých subtestů dotazníku SVF-78

| | | | | |
|-----------------------------|----|-------------------------|---|----------|
| Pozitivní strategie | 1 | Podhodnocení | POZ | 1 |
| | 2 | Odmítání viny | Strategie podhodnocení a devalvace viny | |
| | 3 | Odklon | POZ | 2 |
| | 4 | Náhradní uspokojení | Strategie odklonu | |
| | 5 | Kontrola situace | POZ Strategie kontroly | 3 |
| | 6 | Kontrola reakcí | | |
| | 7 | Pozitivní sebeinstrukce | | |
| Singulární strategie | 8 | Potřeba sociální opory | Zřídka se vyskytující strategie | |
| | 9 | Vyhýbání se | | |
| Negativní strategie | 10 | Úniková tendence | Strategie pasivní | |
| | 11 | Perserverace | | |
| | 12 | Rezignace | | |
| | 13 | Sebeobviňování | | |

Tabulka 9 Popis jednotlivých subtestů dotazníku SVF- 78

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

(Janke, Erdmann, 2003)

Odpovědi na jednotlivé položky jsou bodově ohodnoceny na škále 0-4 (0 - vůbec ne; 1 – spíše ano; 2 – možná; 3 – pravděpodobně; 4 – velmi pravděpodobně). Sečtením bodových hodnot v jednotlivých škálách získáme hrubé skóry pro každý subtest. Vyhodnocení probíhá jak na úrovni jednotlivých subtestů, tak na úrovni sekundárních hodnot, kdy u každého respondenta zjišťujeme celkovou pozitivní a negativní strategii. Hodnota se určí jako aritmetický průměr hrubých skóre prvních sedmi (POZ) a posledních čtyř (NEG) subtestů. (Janke, Erdmann, 2003)

3.4 Presentace výsledků

V této části diplomové práce jsou prezentovány výsledky statistické analýzy dat, která byla získána na operačních sálech v nemocnicích v pardubickém kraji. Výsledná data jsou uvedena za pomoci tabulek a grafů. Pro zpracování dat bylo použito 64 řádně vyplněných dotazníků.

3.4.1 Meisterův dotazník

V Tabulce 10 je provedena analýza jednotlivých položek zátěže dle Meisterova dotazníku, které ovlivňují výsledky faktorů. Z této tabulky vyplývá, že kritické hodnoty mediánu byly dosaženy ve čtyřech případech, a to v souvislosti s časovou tísní a vysokou odpovědností u faktoru I. (přetížení), ale také v oblasti únavy a dlouhodobé únosnosti u faktoru III. (nespecifický faktor). Perioperační sestry z tohoto souboru tedy vnímají jako nejproblematictější čas, který mají na vykonávání svého povolání a vysokou odpovědnost, která toto zaměstnání provází. Z práce navíc pocítují poměrně vysokou míru únavy a z dlouhodobého hlediska mají problémy ji vykonávat. Naopak nejméně problematická je položka monotonie a otupující práce (faktor II.), kde medián se rovná nejnižší možné hodnotě. Zaměstnanci tedy svou práci vnímají spíše jako rozmanitou než jednotvárnou.

Tabulka 10 Kritické hodnoty mediánů a hodnota mediánu u výzkumného souboru

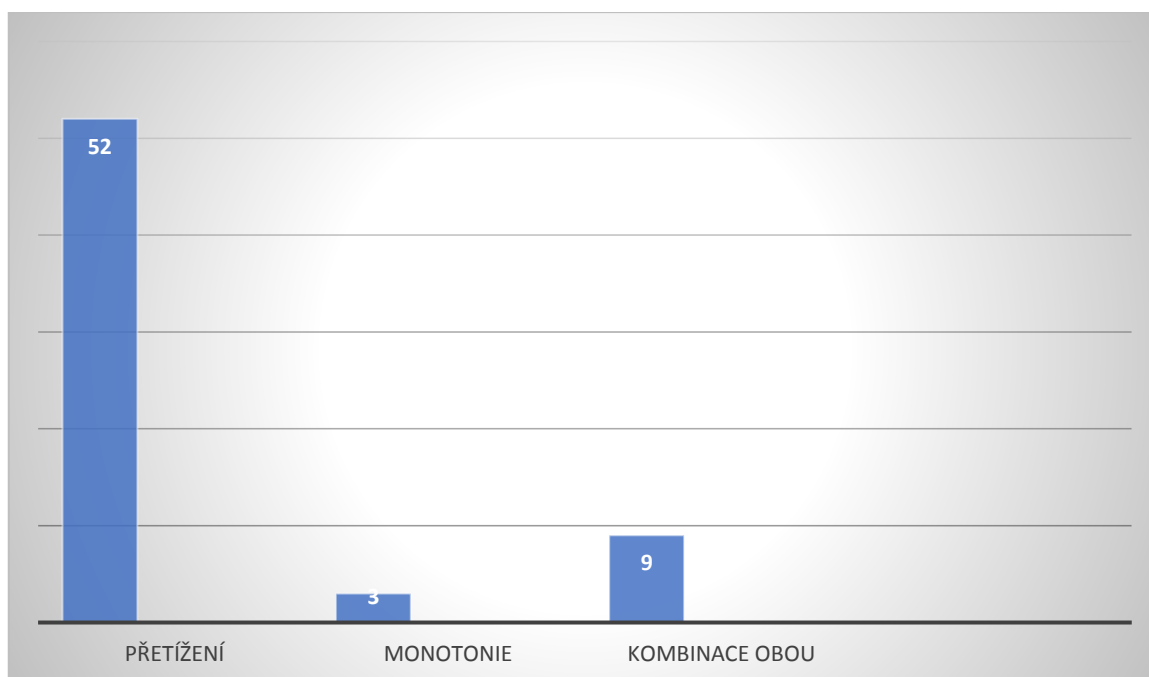
| Číslo položky | Otázka (zkráceně) | Kritická hodnota mediánu | Hodnota mediánu u výzkumného souboru | Začlenění do faktoru |
|---------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| 1. | Časová tíseň | 3,0 | 3,0 | I. |
| 2. | Malé uspokojení | 2,5 | 2,0 | II. |
| 3. | Vysoká odpovědnost | 3,0 | 3,0 | I. |
| 4. | Otupující práce | 2,5 | 1,0 | II. |
| 5. | Problémy a konflikty | 2,5 | 2,0 | I. |
| 6. | Monotonie | 2,5 | 1,0 | II. |
| 7. | Nervozita | 3,0 | 2,0 | III. |
| 8. | Přesycení | 3,0 | 2,0 | III. |
| 9. | Únava | 3,0 | 3,0 | III. |
| 10. | Dlouhodobá únosnost | 2,5 | 3,0 | III. |

Zařazení do stupně zátěže bylo zpracováno jednotlivě u všech respondentek. Z celkového počtu 64 (100 %) respondentek se zařazuje do zátěžové tendence k přetížení 52 (81,3 %). Do zátěžové tendence k monotonii se řadí 3 respondentky (4,7 %) a do kombinace obou předchozích se zařazuje 9 (14,1 %) respondentek.

Tabulka 11 Zařazení respondentek podle tendence k zátěži

| Zařazení do zátěže | Přetížení | Monotonie | Kombinace obou |
|--------------------|-------------|-----------|----------------|
| Počet respondentek | 52 (81,3 %) | 3 (4,7 %) | 9 (14,1 %) |

Graf 1 Zařazení respondentek podle tendence k zátěži



Každá z výše popsaných tendencí k zátěži má i své stupně zátěže (tabulka 12,13,14). K tendenci přetížení se zařazuje 52 respondentek, z nichž 29 trpí lehkým stupněm zátěže, 13 respondentek trpí 2. stupněm zátěže a 10 trpí 3. stupněm zátěže. Do oblasti tendence zátěže k monotonii se zařazují 3 respondentky, z nichž 1 dosahuje 1. stupně a 2 respondentky dosahují 2. stupně. (tabulka č.10). V tendenci k zátěži, která je kombinací přetížení i monotonie zařazujeme 9 respondentek. Z tohoto počtu 6 respondentek spadá do 1. stupně zátěže a 3 respondentky do zátěže 2. stupně. (tabulka 11). Blíže je znázorněno v grafu 2.

Tabulka 12 Zařazení respondentek podle stupně zátěže v oblasti přetížení

| Stupeň zátěže | 1. stupeň | 2. stupeň | 3. stupeň |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| Počet respondentek | 29 | 13 | 10 |

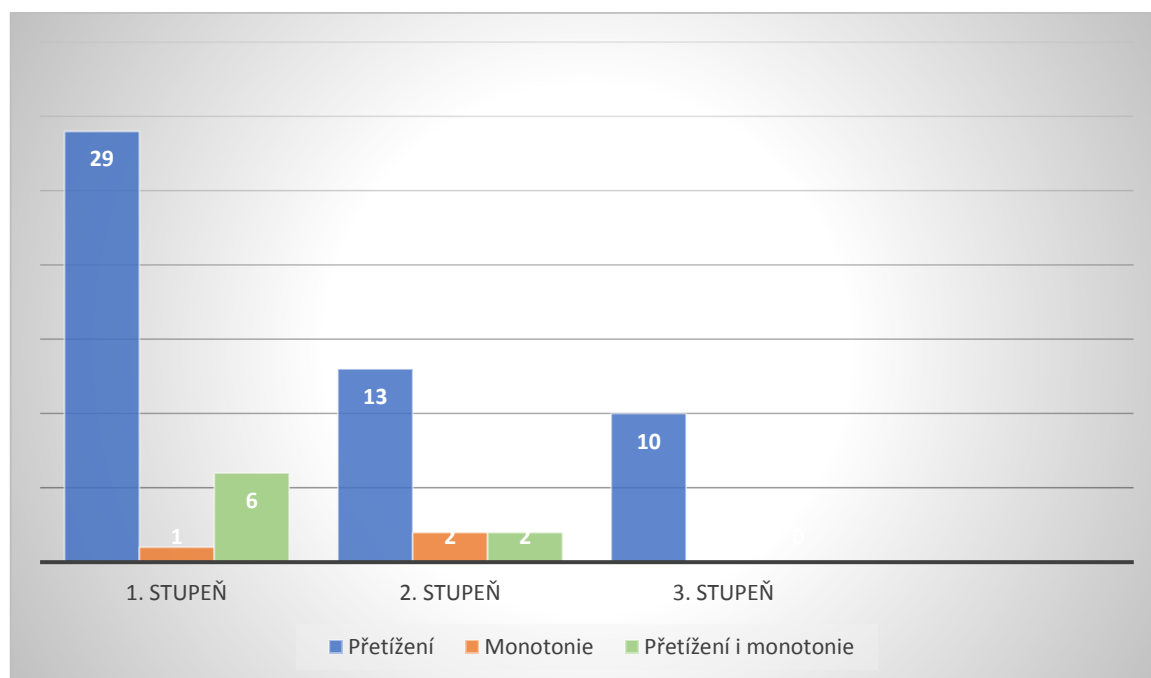
Tabulka 13 Zařazení respondentek podle stupně zátěže v oblasti monotonie

| Stupeň zátěže | 1. stupeň | 2. stupeň | 3. stupeň |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| Počet respondentek | 1 | 2 | 0 |

Tabulka 14 Zařazení respondentek podle stupně zátěže v oblasti monotonie i přetížení

| Stupeň zátěže | 1. stupeň | 2. stupeň | 3. stupeň |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| Počet respondentek | 6 | 3 | 0 |

Graf 2 Zařazení respondentek podle stupně zátěže v oblasti přetížení, monotonie a kombinace obou

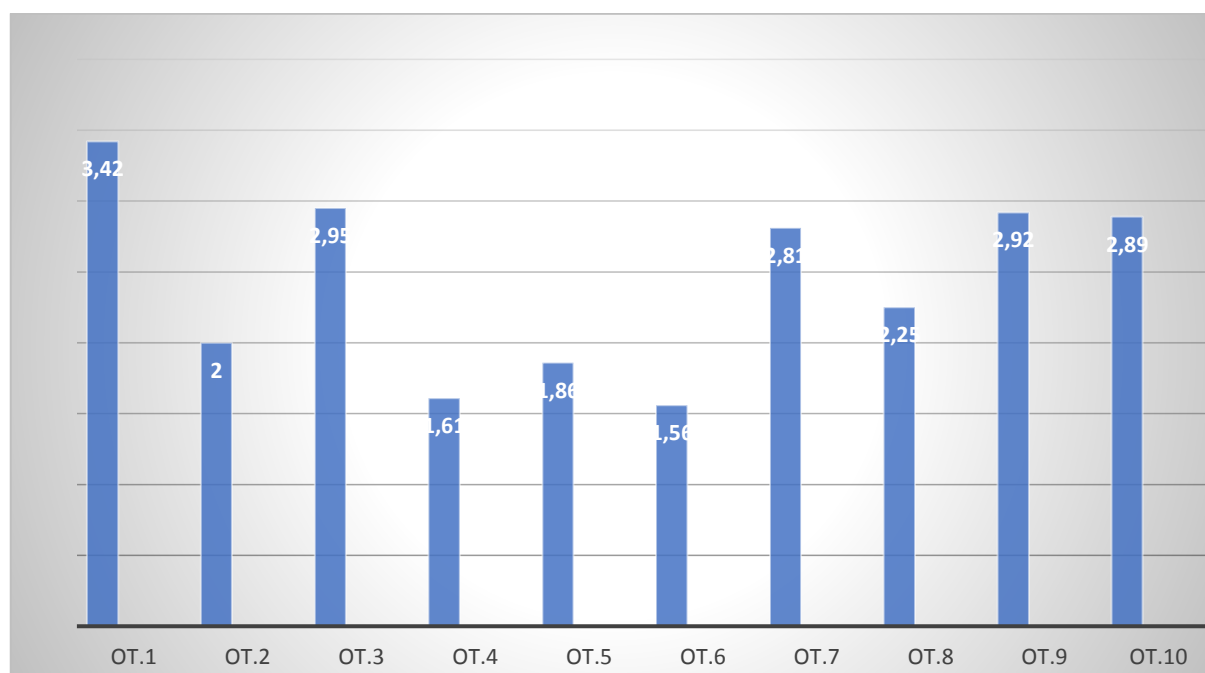


Jedním z dílčích cílů výzkumné práce je zmapovat, jak vnímají perioperační sestry náročnost své práce. V tabulce 15 je porovnání průměrů Meisterova dotazníku, ze kterého je zřejmé, že perioperační sestry nejčastěji trpí v oblasti časové tísně a vysoké odpovědnosti. Hned v závěsu za nimi nastává pracovní přetížení v oblasti únava a dlouhodobá únosnost.

Tabulka 15 Hodnoty průměrů otázek pracovní zátěže

| Číslo položky | Otázka (zkráceně) | Hodnota průměru |
|---------------|----------------------|-----------------|
| 1. | Časová tíseň | 3,42 |
| 2. | Malé uspokojení | 2 |
| 3. | Vysoká odpovědnost | 2,95 |
| 4. | Otupující práce | 1,61 |
| 5. | Problémy a konflikty | 1,86 |
| 6. | Monotonie | 1,56 |
| 7. | Nervozita | 2,28 |
| 8. | Přesycení | 2,25 |
| 9. | Únava | 2,92 |
| 10. | Dlouhodobá únosnost | 2,89 |

Graf 3 Hodnoty průměrů otázek pracovní zátěže



3.4.2 Dotazník vlastní konstrukce

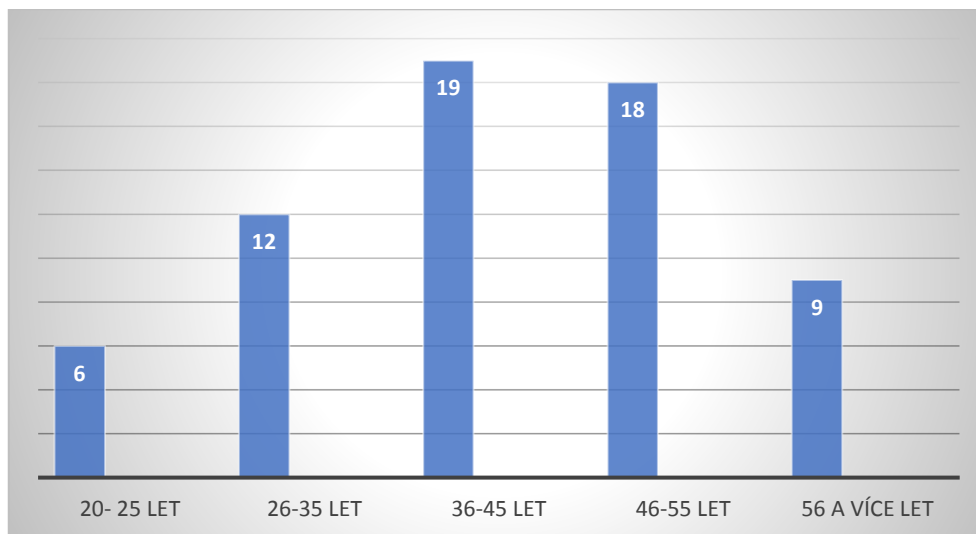
1. otázka – věk

V rozložení dotazníku ohledně věku (tabulka 16 a graf 4), mají nejvyšší zastoupení (71,9 %) sestry nad 36 let (19 sester ve věku 36-45 let, 18 sester ve věku 45-55 let a 9 sestrám je více jak 56 let). Naopak menší zastoupení (28,2 %) mají sestry mladších 36 let, z nichž 6 respondentkám je mezi 20-25 lety a 12 respondentkám mezi 26-35 lety.

Tabulka 16 Věk respondentů

| Věk | 20-25 let | 26-35 let | 36-45 let | 45-55 let | 56 let a více |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Počet respondentek | 6 | 12 | 19 | 18 | 9 |

Graf 4 Věk respondentek



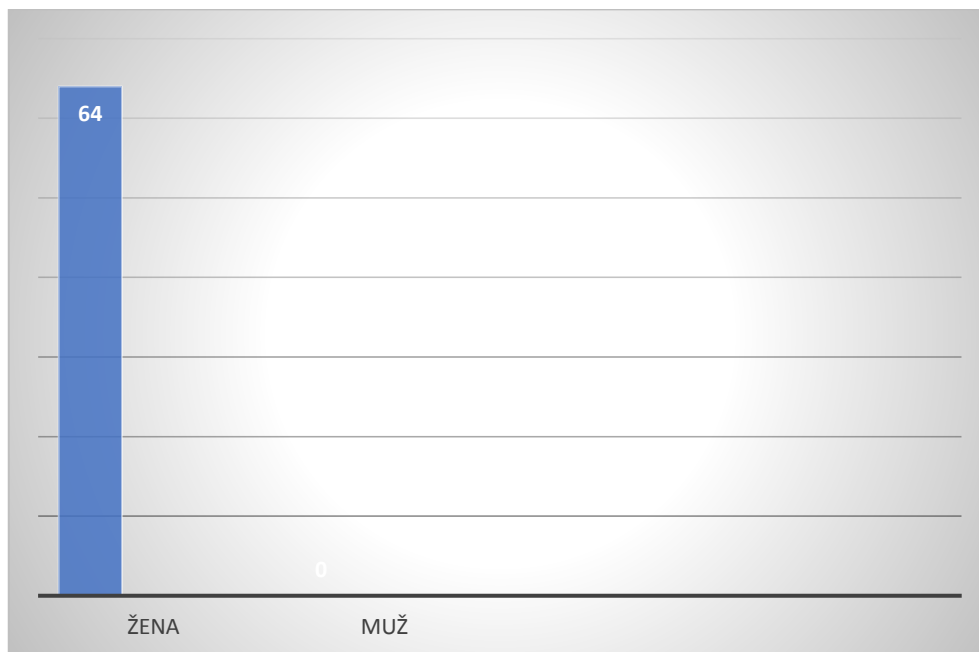
2. otázka–pohlaví

Již výše bylo zmíněno, že dle zjištění byly všichni dotázaní ženy.

Tabulka 17 Pohlaví respondentů

| Pohlaví | žena | muž |
|-------------------|------|-----|
| Počet respondentů | 64 | 0 |

Graf 5 Pohlaví respondentů



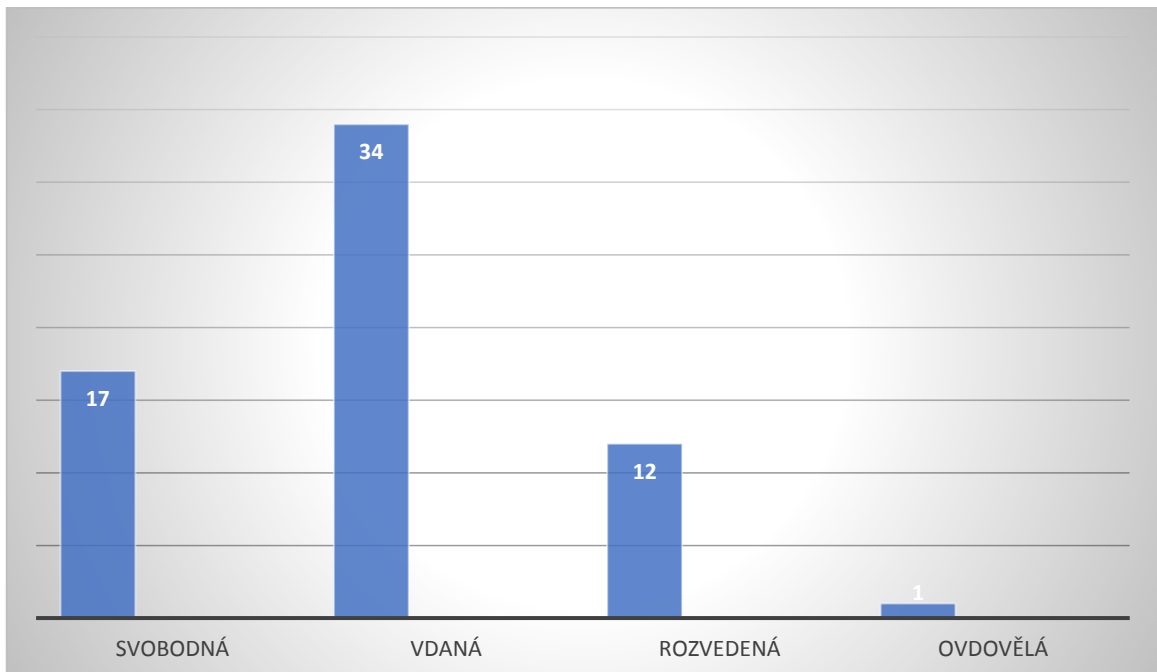
3.otázka-Rodinný stav

Na dotaz ohledně rodinného stavu (tabulka 18 a graf 6), odpovědělo 17 (26,6 %) respondentek, že jsou svobodné a 34 (53,1 %) respondentek uvedlo, že jsou vdané. 12 (18,8 %) respondentek je rozvedených a 1 (1,6 %) respondentka ovdovělá.

Tabulka 18 Rodinný stav respondentek

| Rodinný stav | svobodná | vdaná | rozvedená | ovdovělá |
|-------------------|----------|-------|-----------|----------|
| Počet respondentů | 17 | 34 | 12 | 1 |

Graf 6 Rodinný stav respondentek



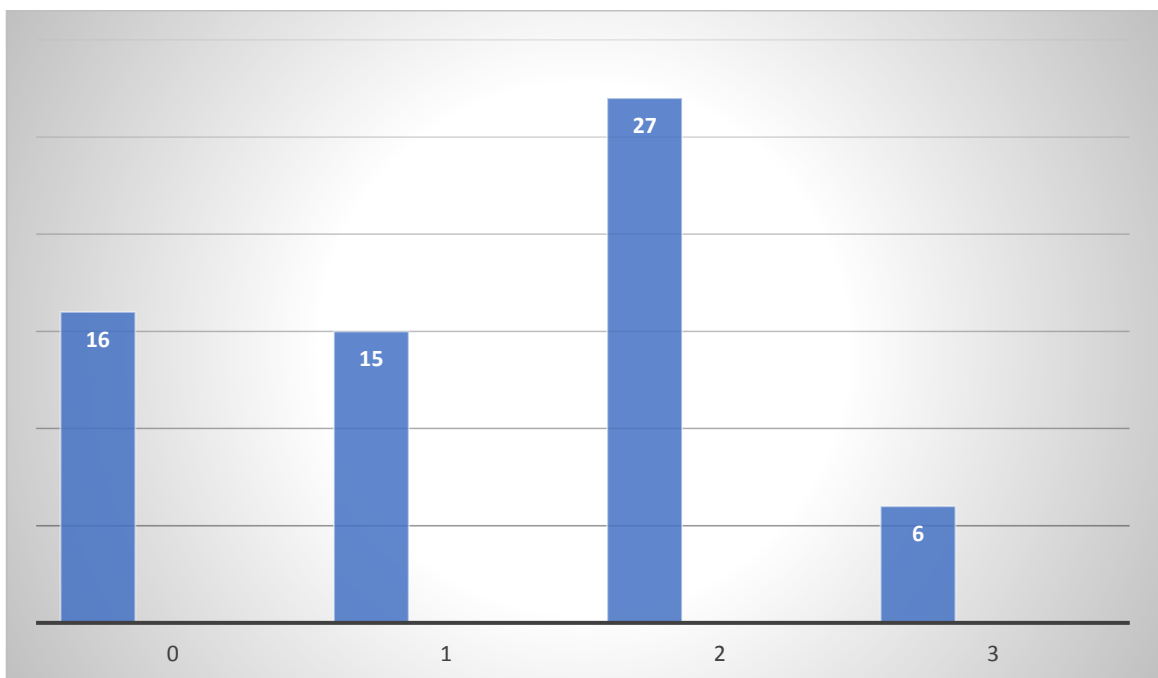
4. Otázka: Počet dětí

Tabulka 19 a graf 7 znázorňuje počet dětí respondentek. 16 (25 %) respondentek je bezdětných a 15 (23,4 %) respondentek mají 1 dítě. Největší podíl (42,2 %) mají respondentky se dvěma dětmi a 6 respondentek (9,4 %) mají 3 a více dětí.

Tabulka 19 Počet dětí respondentek

| Počet dětí | 0 | 1 | 2 | 3 a více |
|-------------------|----|----|----|----------|
| Počet respondentů | 16 | 15 | 27 | 6 |

Graf 7 Počet dětí respondentek



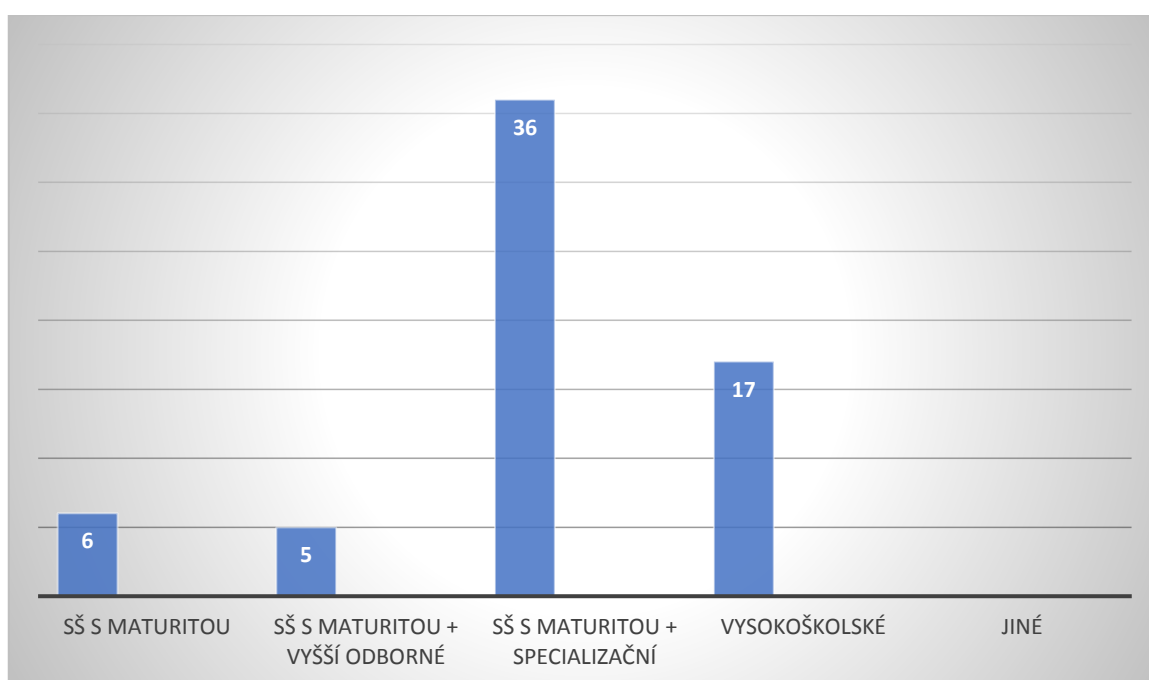
5. otázka: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 20 a graf 8 ukazují, jakou formu dokončeného vzdělání Respondentky měly nejčastěji vystudované specializační vzdělání (36 respondentek, 56,3 %). V 17 případech (26,6 %) měly respondentky ukončené vzdělání vysokoškolské. Pouze 6 (9,4 %) respondentek mělo vzdělání středoškolské a 5 (7,8 %) respondentek mělo ukončenou vyšší odbornou školu.

Tabulka 20 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

| Vzdělání | SZŠ s maturitou | SŠ+ vyšší odb. | SŠ+ specializ. | vysokoškolské | jiné |
|-------------------|-----------------|----------------|----------------|---------------|------|
| Počet respondentů | 6 | 5 | 36 | 17 | 0 |

Graf 8 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



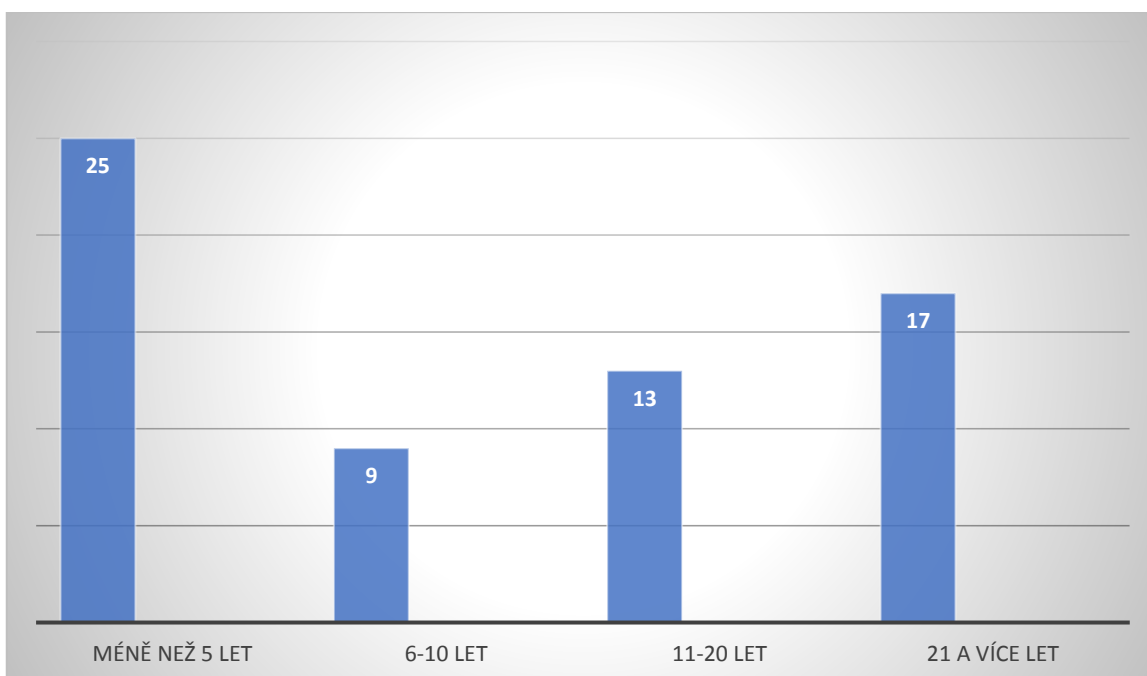
6. otázka: Délka praxe na operačním sále

Tabulka 21 a graf 9 ukazuje, že respondenty (25 respondentek, 39,1 %) nejčastěji pracovaly méně než 5 let. Naopak více jak 21 let pracovalo 17 (26,6 %) sester. 9 sester (14,1 %) pracovalo na operačních sálech mezi 6-10 lety a 13 sester (20,3 %) mezi 11-20 lety.

Tabulka 21 Délka praxe na operačním sále

| Počet let praxe | Méně než 5 let | 6-10 let | 11-20 let | 21 a více let |
|-------------------|----------------|----------|-----------|---------------|
| Počet respondentů | 25 | 9 | 13 | 17 |

Graf 9 Délka praxe na operačním sále



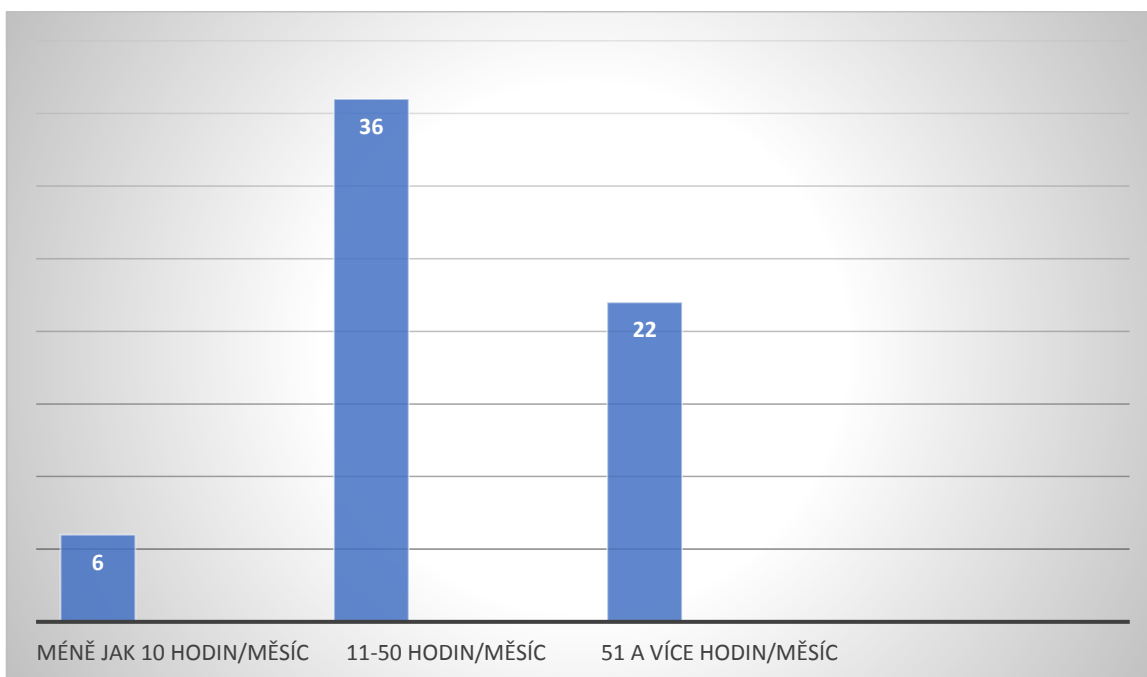
7. otázka: Kolik máte měsíčně přesčasových hodin (včetně DPČ)?

Tabulka 22 a graf 10 ukazují, kolik přesčasových hodin měsíčně sestry na operačních sálech mají. Nejčastěji sestry (36 respondentek, 56,3 %) uváděly, že mají 11-50 hodin přesčasu za měsíc. Druhou nejpočetnější skupinou byly sestry (22 respondentek, 34,4 %), které mají dokonce více jak 50 hodin přesčasu za měsíc. Pouze 6 sester (9,4 %) uvedlo, že mají méně jak 10 hodin přesčasu za měsíc.

Tabulka 22 Počet přesčasových hodin za měsíc (včetně DPČ)

| Počet přesčasových hodin za měsíc | Méně než 10 hodin | 11-50 hodin | 51 a více hodin |
|-----------------------------------|-------------------|-------------|-----------------|
| Počet respondentů | 6 | 36 | 22 |

Graf 10 Počet přesčasových hodin za měsíc



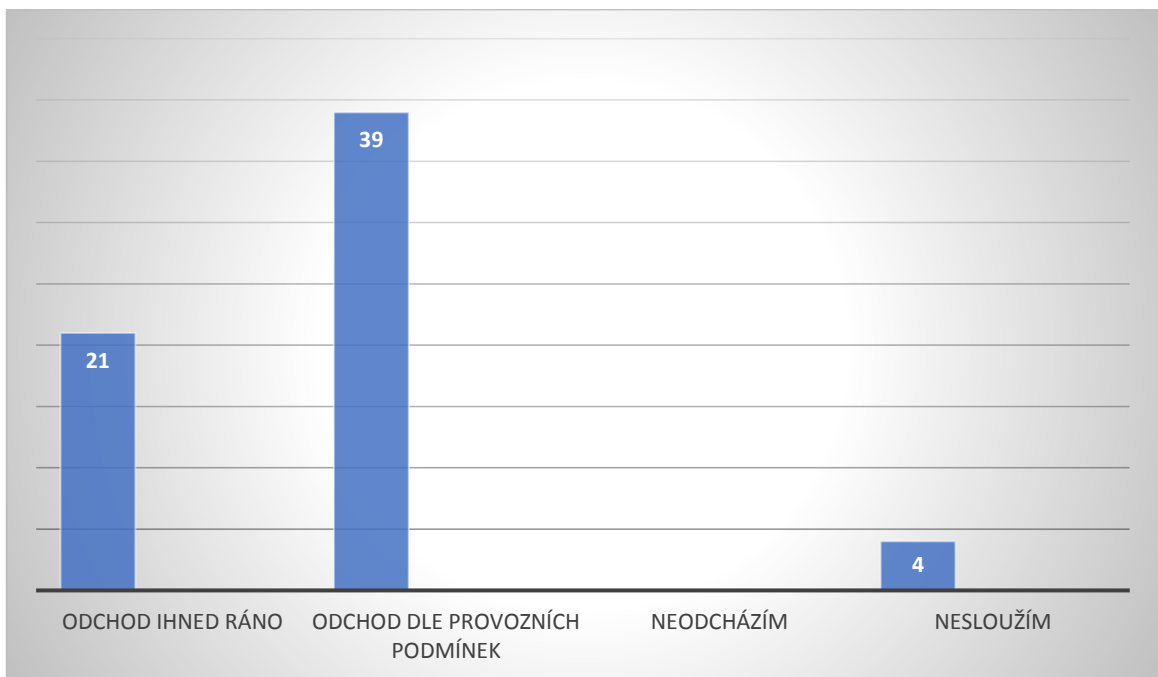
8. otázka: Kdy odcházíte domů po službě?

Na otázku, kdy odcházíte domů po službě, 21 sester (32,8 %) odpověděla, že odchází ihned ráno, 39 sester (60,9 %) uvedlo, že odchází dle provozních podmínek a 4 (6,3 %) sestry uvedly, že neslouží.

Tabulka 23 Odchod domů po službě

| Odchod po službě | Ihned ráno | Dle provozních podmínek | Neodcházím | nesloužím |
|-------------------|------------|-------------------------|------------|-----------|
| Počet respondentů | 21 | 39 | 0 | 4 |

Graf 11 Odchod domů po službě



9. otázka: Prosím napište, kolik průměrně minut máte přestávku mezi výkony

Níže (tabulka 24) jsou uvedeny základní statistické údaje počtu minut volna mezi výkony. Průměrně sestry mají 11 minut volna, medián je 10 minut. V tabulce č.25 je uvedena tabulka četností v počtu minut volna mezi výkony, které jsou i znázorněny v grafu 12.

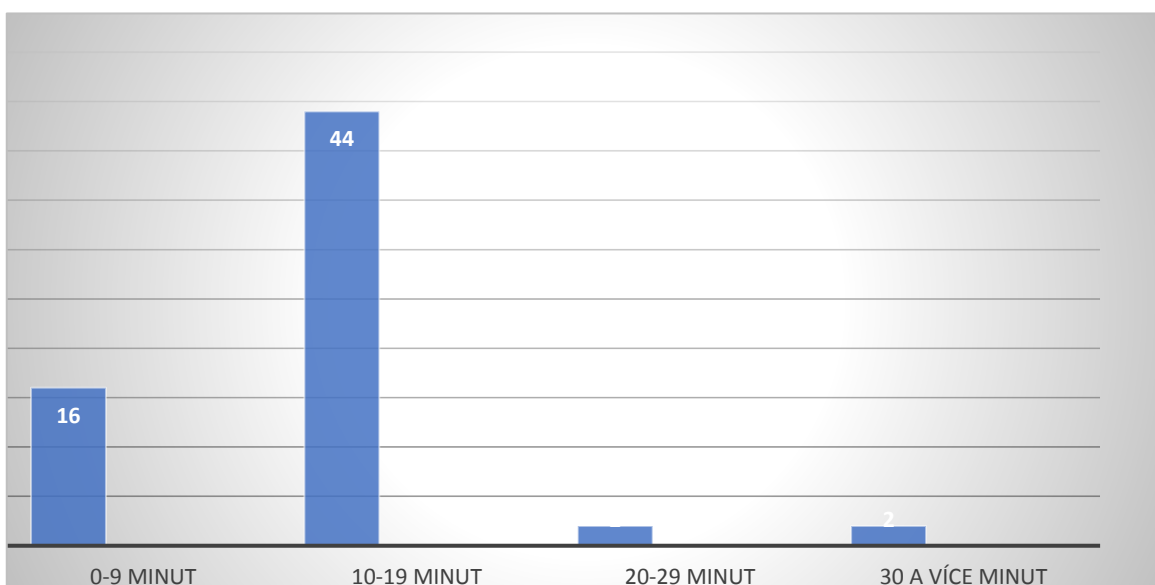
Tabulka 24 Základní statistické údaje počtu minut volna mezi výkony

| | Průměr | Medián | Modus | Četnost modu | Minimum | Maximum | Sm.odch. |
|-------------|--------|--------|-------|--------------|---------|---------|----------|
| Počet minut | 11,0 | 10 | 10 | 29 | 0 | 30 | 5,31 |

Tabulka 25 Tabulka četností počtu minut přestávek mezi výkony

| | Četnost | Kumulativní četnost | Rel.četnost |
|-----------------|---------|---------------------|-------------|
| 0-9 minut | 16 | 16 | 25 % |
| 10-19 minut | 44 | 60 | 68,8 % |
| 20-29 minut | 2 | 62 | 3,1 % |
| 30 a více minut | 2 | 64 | 3,1 % |
| Celkem | 64 | | 100 % |

Graf 12 Počty minut přestávek mezi výkony



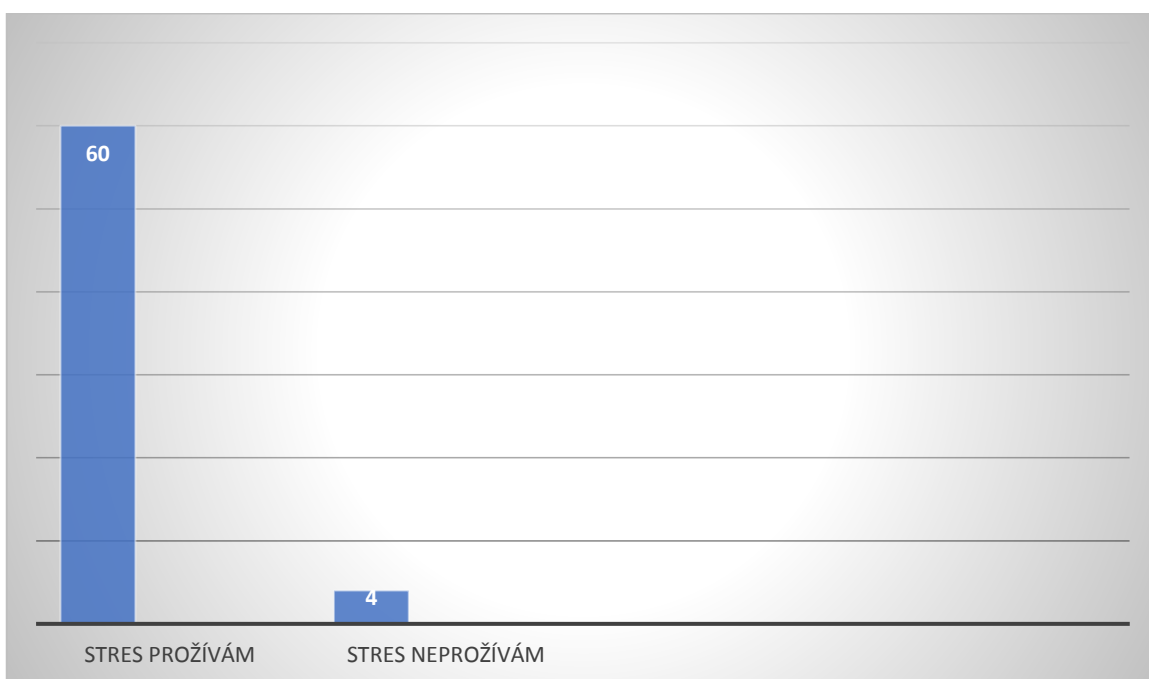
10. otázka: Pociťujete v práci stres? V případě, že ano, co je pro Vás v zaměstnání nejvíce stresující? Prosím stručně popište.

V této otázce (tabulka 26 a graf 13) naprostá většina sester (60 sester, 93,75 %) stres v práci stres prožívá. Pouze 4 sestry (6,25 %) udávají, že stres v zaměstnání neprožívají.

Tabulka 26 Prožívání stresu v zaměstnání

| Prožívání stresu | Stres prožívám | Stres neprožívám |
|-------------------|----------------|------------------|
| Počet respondentů | 60 | 4 |

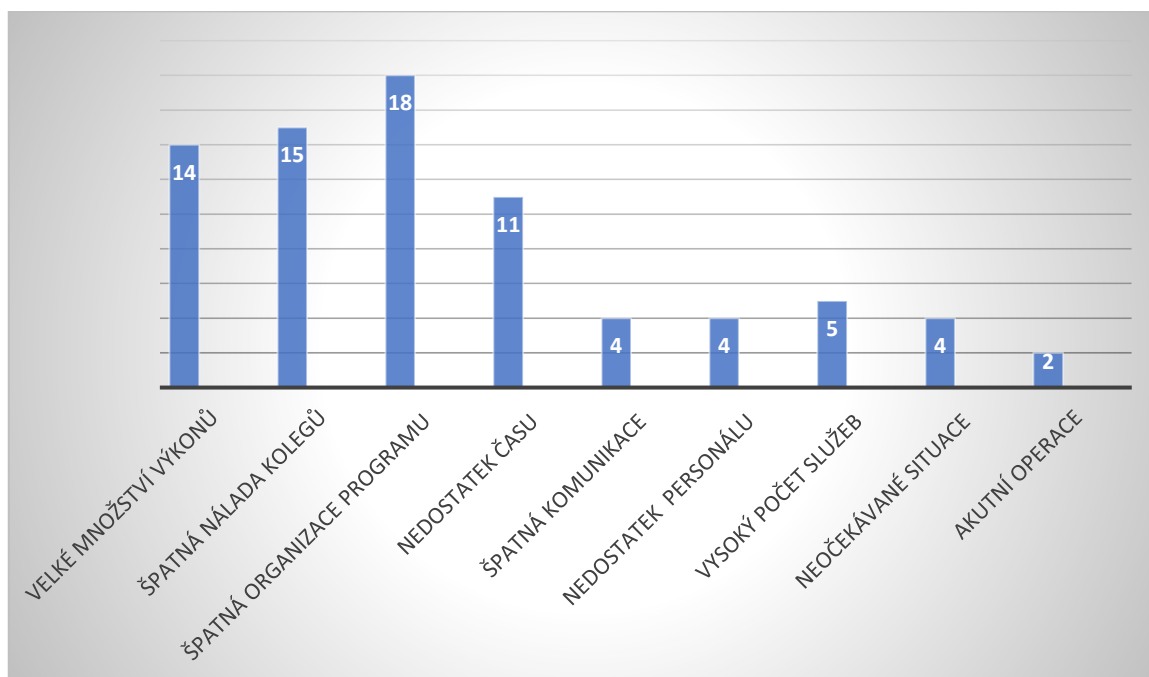
Graf 13 Prožívání stresu v zaměstnání



Tabulka 27 Nejčastěji udávané druhy stresových situací

| Druhy stresových situací | Počet výskytu odpovědí |
|----------------------------|------------------------|
| Velké množství výkonů | 14 |
| špatná nálada kolegů | 15 |
| špatná organizace programu | 18 |
| nedostatek času | 11 |
| špatná komunikace | 4 |
| nedostatek personálu | 4 |
| vysoký počet služeb | 5 |
| neočekávané situace | 4 |
| Akutní operace | 2 |

Graf 14 Nejčastěji udávané druhy stresových situací



Mezi dalšími stresovými faktory, které se u respondentů objevily pouze v jednom případě, byly uváděny nefunkční přístroje či staré vybavení, málo materiálu, přetíženost, zodpovědnost, komplikace, zmatky, konflikty, abych měla vše připraveno, špatné chování operátora, chaos, náhlé změny situací, vlastní problémy, musím zůstat déle nad rámec pracovní doby, akutní císařský řez-jsem sama či operační výkon, se kterým jsem se ještě nesetkala.

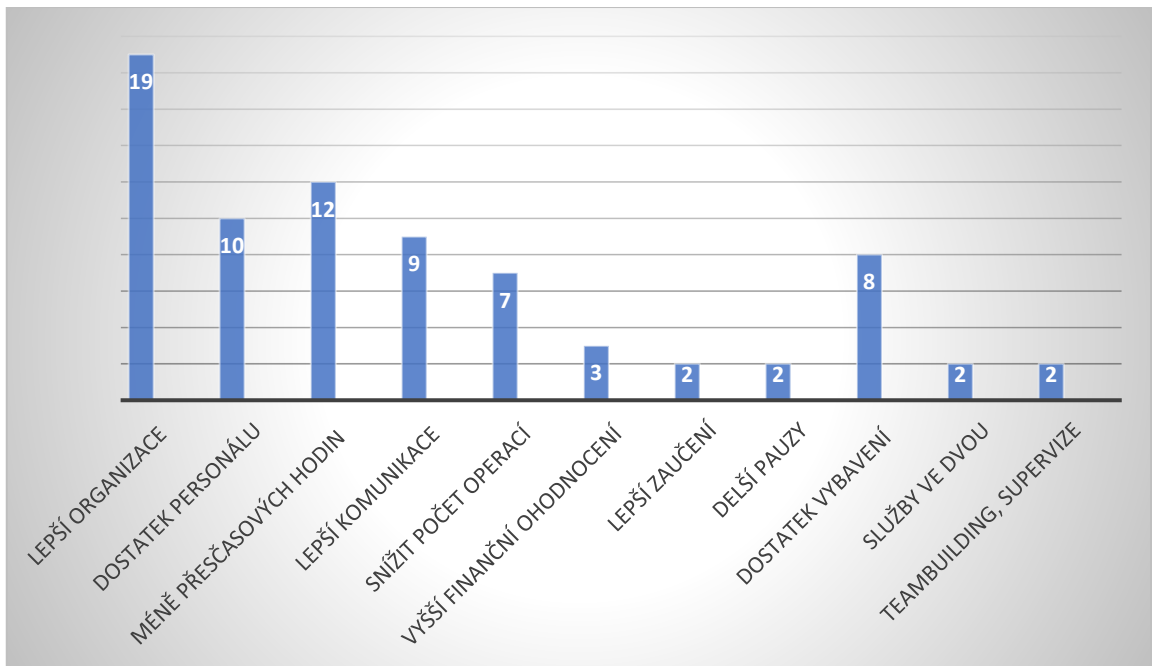
11. otázka: Co myslíte, že by pomohlo ve Vašem zaměstnání ke snížení stresu?

Z tabulky 28 a grafu 15 je patrné, že sestry nejčastěji (19 sester-29,69 %) uvádí, že by ke snížení stresu pomohla lepší organizace. Mezi dalšími nástroji by sestry uvítaly méně přesčasových hodin (12 sester, 18,75 %) a dostatek personálu (10 sester, 15,63 %).

Tabulka 28 Přehled nástrojů vedoucích ke snížení stresu

| Nástroje vedoucí dle respondentů ke snížení stresu | Počet respondentů |
|--|-------------------|
| Lepší organizace | 19 |
| Dostatek personálu | 10 |
| Méně přesčasových hodin | 12 |
| Lepší komunikace | 9 |
| Snížit počet operací | 7 |
| Vyšší finanční ohodnocení | 3 |
| Lepší zaučení | 2 |
| Delší pauzy | 2 |
| dostatek vybavení | 8 |
| služby ve dvou | 2 |
| Teambuilding, supervize | 2 |

Graf 15 Nejčastěji udávané nástroje vedoucí dle respondentů ke snížení stresu



Mezi dalšími udávanými nástroji, které vedou ke snížení stresu byly v jednom případě uváděny lepší pracovní podmínky, snažit se zachovat chladnou hlavu, odchody pravidelné po DPČ službách, více benefitů od zaměstnavatele (masáže, cvičení, lázně), dostatek času, nepropadat panice či více zkušeností, větší autokláv, v klidu se najít, stravenky (není čas chodit na oběd), odpočinková místnost či možnost dostat se na chvíli někam mimo op. sály. Jedna sestra uvedla, že by jí ke snížení stresu pomohlo, aby si lidé její práce vážili a jedna uvedla, že stres nelze ovlivnit, protože stres ve snesitelné míře, aktivuje její naučené pochody.

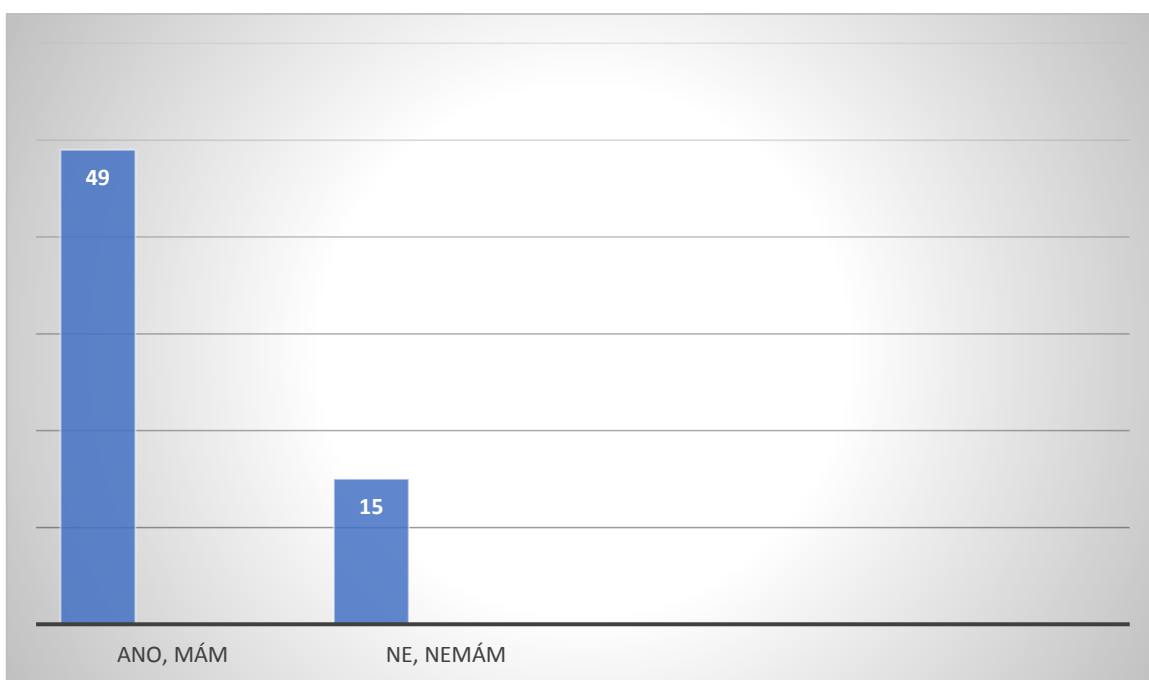
12. otázka: Máte se v případě stresového napětí v zaměstnání na koho obrátit? V případě kladné odpovědi prosím napište na koho.

V tabulce 29 a grafu 16 je znázorněno, že nadpoloviční většina (49 respondentek-76,6 %) respondentek se má v případě napětí v zaměstnání na koho obrátit. Naproti tomu 15 (23,4 %) respondentek tuto možnost nemají. Níže v tabulce 30 a grafu 17 je znázorněno na koho se sestry mohou obrátit.

Tabulka 29 Zobrazení možnosti, mít se na koho obrátit

| Mít se na koho obrátit | Ano, mám | Ne, nemám |
|------------------------|----------|-----------|
| Počet respondentů | 49 | 15 |

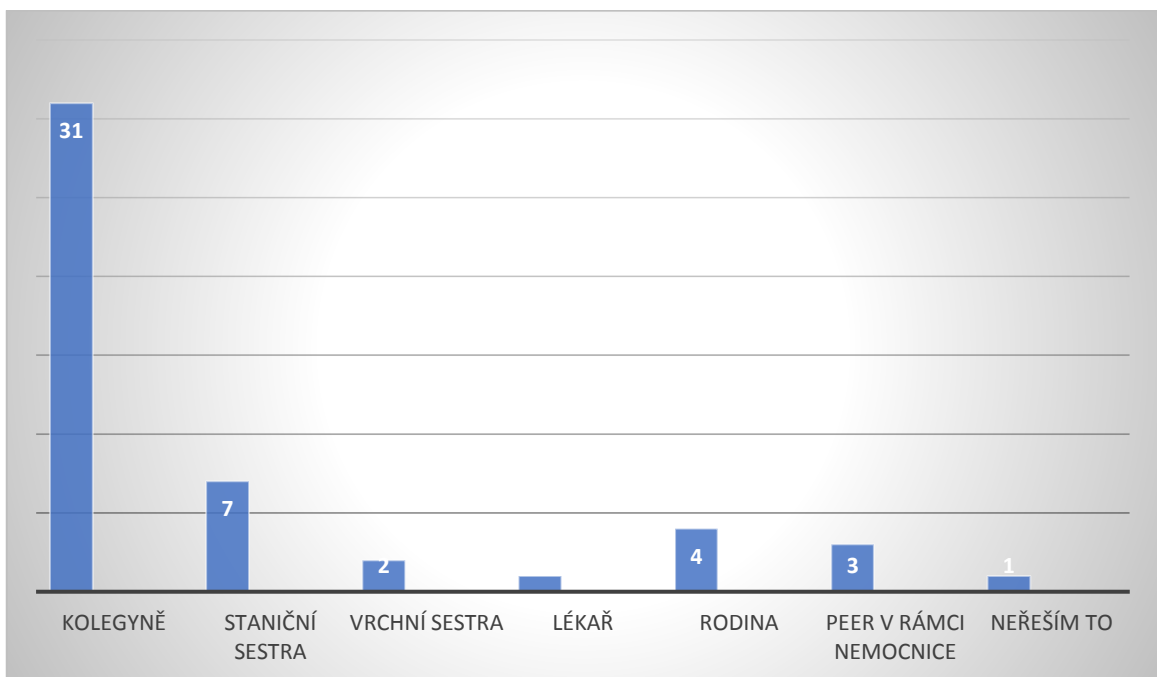
Graf 16 Zobrazení možnosti, mít se na koho obrátit



Tabulka 30 Udávané osoby, na které se respondentky mohou obrátit

| Udávané osoby | Počet odpovědí |
|------------------------|----------------|
| Kolegyně | 31 |
| Staniční sestra | 7 |
| Vrchní sestra | 2 |
| Lékař | 1 |
| Rodina | 4 |
| PEER v rámci nemocnice | 3 |
| Neřeším to | 1 |

Graf 17 Udávané osoby, na které se sestry v případě stresu mohou obrátit



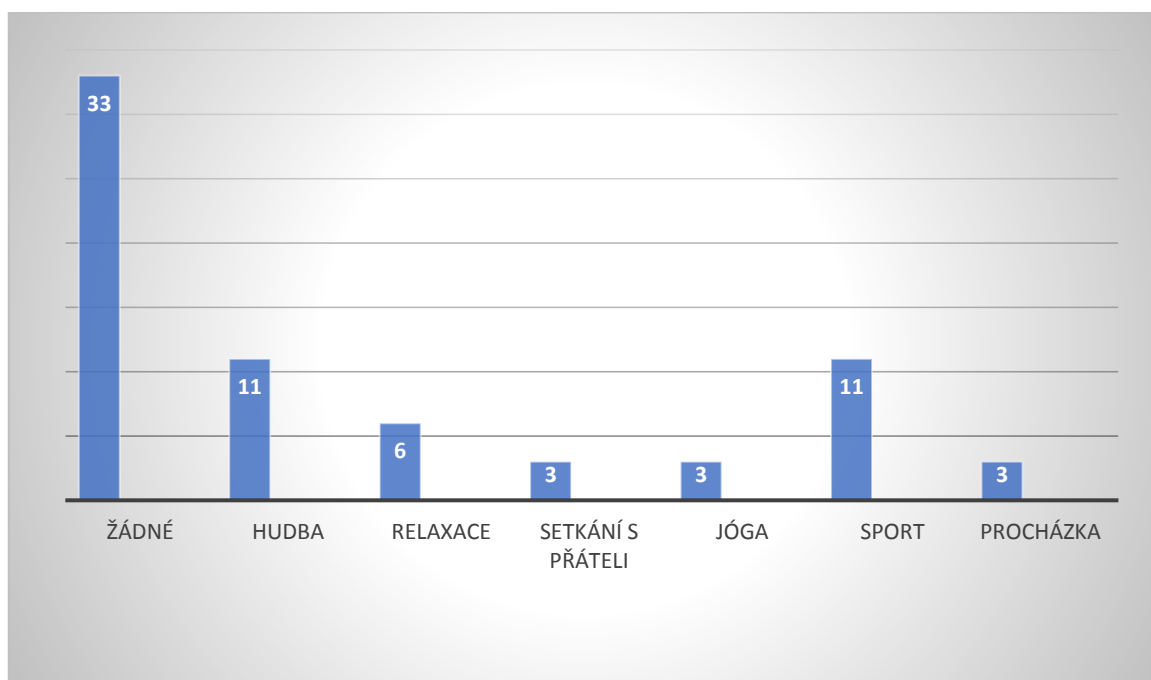
13. Používáte nějaké techniky ke snížení stresu? Př. Antistresový míček, hudba, relaxace, cvičení...

Z tabulky 31 a grafu 18 je patrné, že aktivity, které pomáhají nejvíce, jsou spíše „pasivního“ (odpočinkového) charakteru. V 17 (26,6 %) odpovědích se objevil poslech hudby či relaxace a 33 respondentek (51,6 %) uvedlo, že techniky nepoužívají žádné. Naopak „aktivní“ (vyvíjení určité činnosti) forma techniky se objevila ve 20 případech (31,3 %).

Tabulka 31 Nejčastější udávané techniky ke snížení stresu

| Technika | Žádná | Hudba | Relaxace | Setkání s přáteli | Jóga | Sport | Procházka |
|-------------------|-------|-------|----------|-------------------|------|-------|-----------|
| Počet respondentů | 33 | 11 | 6 | 3 | 3 | 11 | 3 |

Graf 18 Nejčastější udávané techniky ke snížení stresu



Mezi dalšími udávanými technikami, které vedou ke snížení stresu byly v jednom případě uváděny masáž, zahrada, rodina či pomalé hluboké břišní dýchání. Jedna respondentka udává, že si říká-bude lépe a jedna používá jako techniku klid a nemluví.

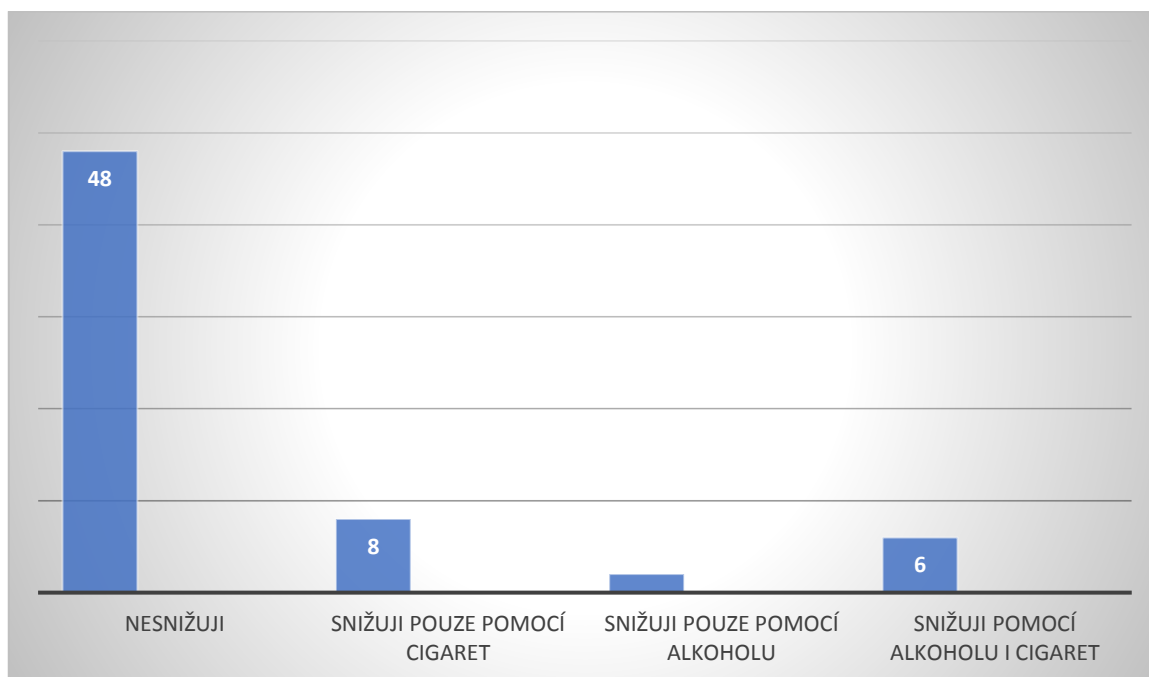
14. Snižujete stres pomocí nějaké návykové látky?

Dle tabulky 32 a grafu 19 je patrné, že 48 (75 %) sester neuvádí požívání návykových látek ke snížení stresu. Naproti tomu 16 (25 %) sester této možnosti využívá. Z těchto 16 sester, využívá pouze cigarety 8 sester, pouze alkohol 2 sestry a 6 sester snižuje stres pomocí cigaret i alkoholu. Z tabulky 33 je patrné, že tyto sestry vykouří průměrně 11 cigaret za den a alkohol pijí průměrně dvakrát týdně.

Tabulka 32 Snižování stresu pomocí návykové látky

| Snižování stresu pomocí návykové látky | Nesnižuje | Snižuje pouze pomocí cigaret | Snižuje pouze pomocí alkoholu | Snižuje pomocí alkoholu i cigaret |
|--|-----------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Počet respondentů | 48 | 8 | 2 | 6 |

Graf 19 Srovnání snižování stresu pomocí návykové látky



Tabulka 33 Základní tabulka četností v počtu vykouřených cigaret/den a požití alkoholu/týden

| | Průměr | Medián | Modus | Četnost (modu) | Minimum | Maximum | Sm.odch. |
|------------------------------|--------|--------|-------|-------------------|---------|---------|----------|
| Počet cigaret/den N=14 | 10,77 | 10 | 5 | 5 | 5 | 20 | 5,72 |
| Alkohol/ týden N= 8 | 1,94 | 1,25 | 1 | 4 | 1 | 5 | 1,43 |

15. otázka: Pociťujete určitý stupeň stresové zátěže doma (např. rodinné problémy, nedostatek času, stres s dětmi apod.)? Prosím označte stupeň na škále od 0–10 (0=žádný stres,10=stres neúnosný)

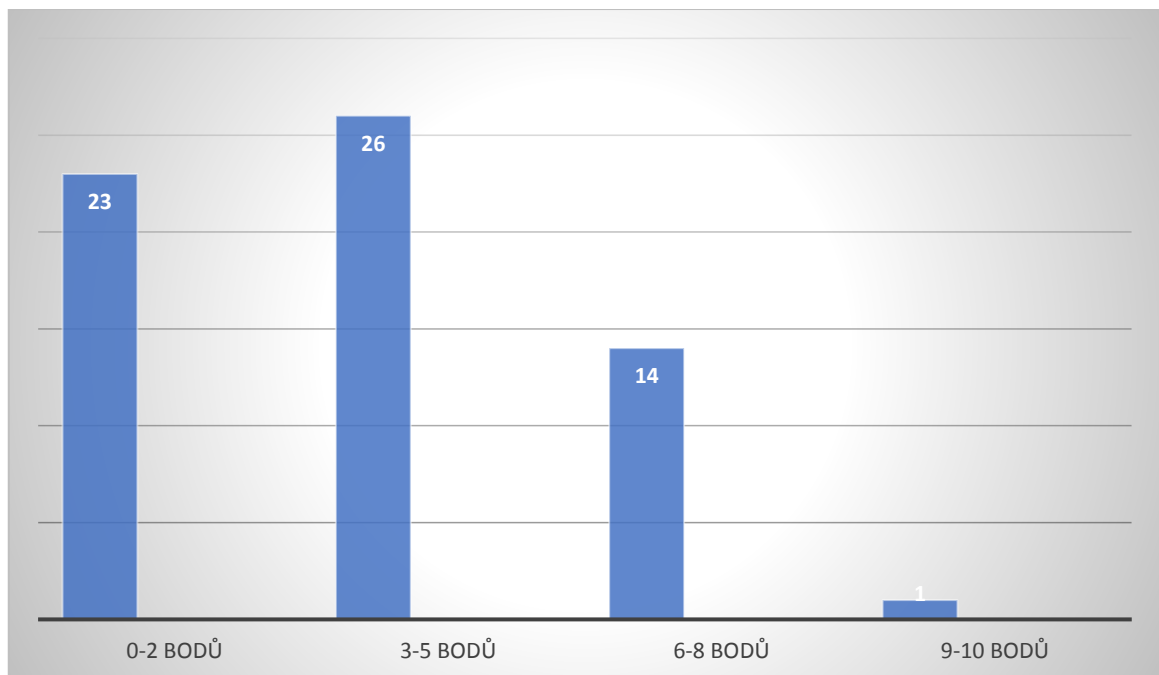
Tabulka 34 Základní statistické hodnoty stupňů stresové zátěže doma (škála 0-10)

| | Průměr | Medián | Modus | Četnost modu | Minimum | Maximum | Sm.odch. |
|------------------------------|--------|--------|-------|-----------------|---------|---------|----------|
| Stupeň zátěže- Škála 0-10 | 3,7 | 3 | 3 | 15 | 0 | 10 | 2,51 |

Tabulka 35 Základní tabulka četností udávaného stresu doma (škála 0-10)

| | Četnost | Kumulativní četnost | Rel.četnost |
|-----------|---------|------------------------|-------------|
| 0-2 bodů | 23 | 23 | 36 % |
| 3-5 bodů | 26 | 49 | 40,6 % |
| 6-8 bodů | 14 | 63 | 21,9 % |
| 9-10 bodů | 1 | 64 | 1,5 % |
| Celkem | 64 | | 100 % |

Graf 20 Přehled prožívaného stresu doma (škála 0-10)



Z tabulek 34, 35 a grafu 20 je patrné, že 49 (76,6 %) sester udávají míru stresu spíše v dolní polovině škály, naproti tomu 15 sester (23,4 %) sester udává míru stresu spíše v horní polovině škály.

16. otázka: Máte pocit, že máte doma dostatečný časový prostor na odpočinek? Kolik hodin (kromě spánku) denně odpočíváte?

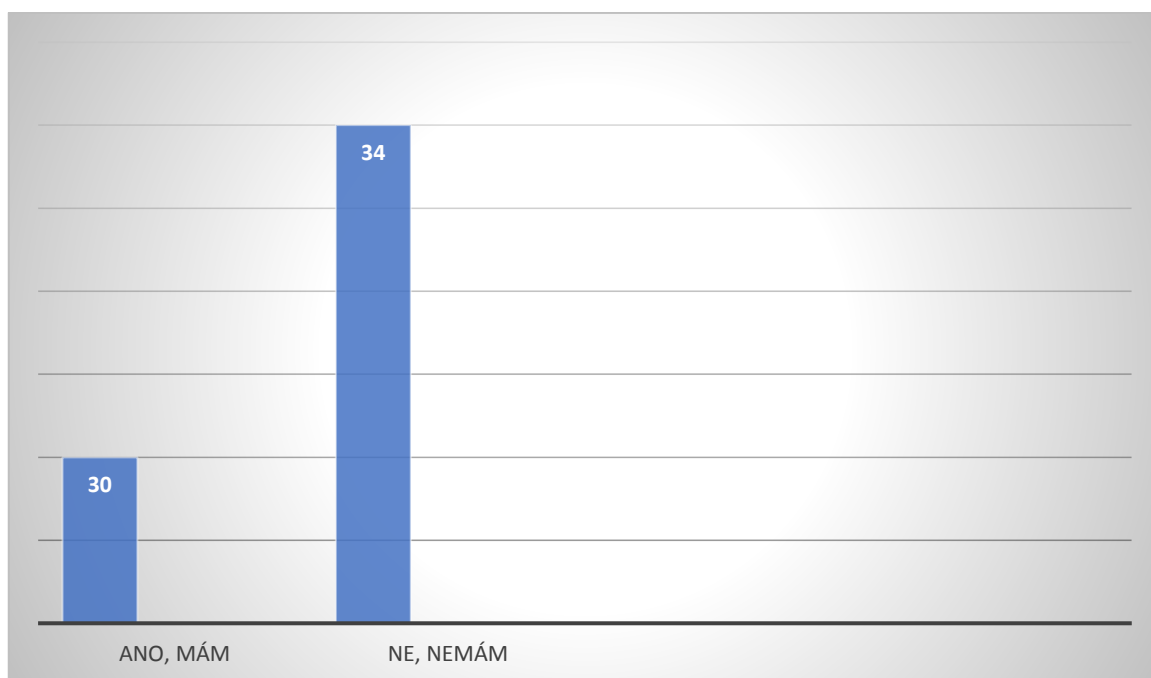
Tabulka 36 a graf 21 ukazují, že 30 (46,9 %) sester pociťují dostatečný prostor pro odpočinek, naproti tomu 34 (53,1 %) sester prostor na odpočinek označují jako nedostatečný.

Z tabulek 37, 38 a grafu 22 je patrné, kolik hodin denně sestry odpočívají. Průměrná doba odpočinku je u sester 2,41 hodin. 42 (65,6 %) sester udává, že odpočívá do 2 hodin denně, 16 (25 %) sester odpočívá od 3 do 5 hodin denně a více jak 5 hodin denně odpočívá 6 (9,4 %) sester.

Tabulka 36 Přehled prostoru pro odpočinek

| Dostatečný prostor pro odpočinek | Ano, mám | Ne, nemám |
|----------------------------------|----------|-----------|
| Počet respondentů | 30 | 34 |

Graf 21 Přehled prostoru pro odpočinek



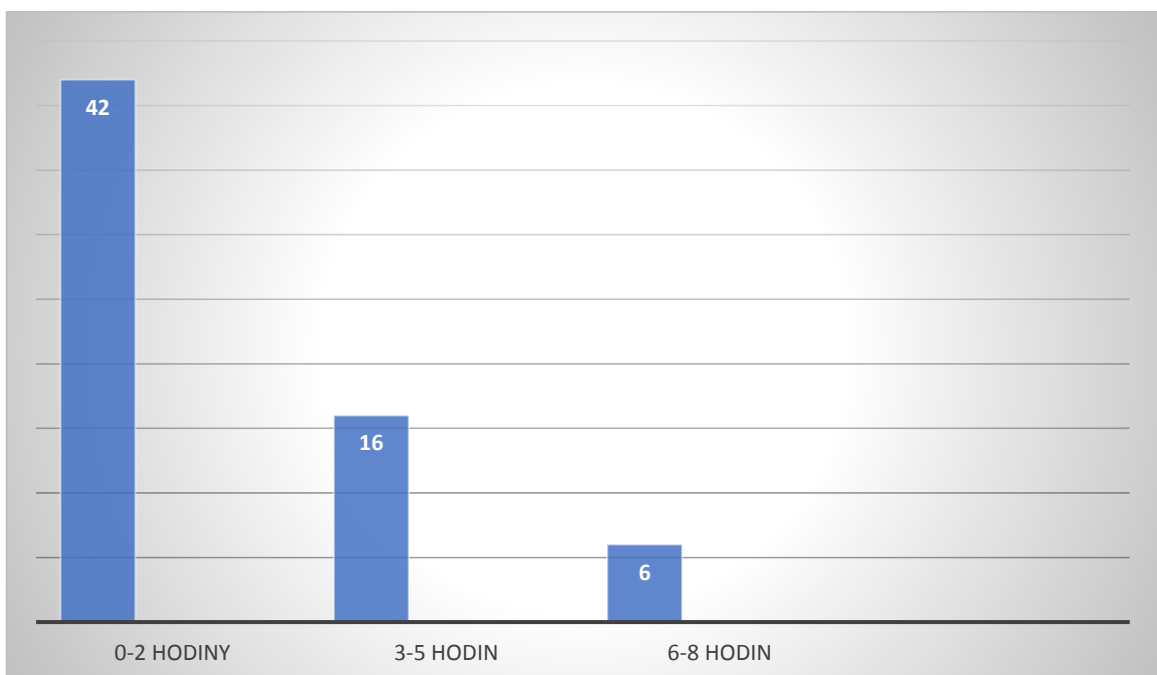
Tabulka 37 Základní statistické údaje počtu hodin odpočinku

| | Průměr | Medián | Modus | Četnost modu | Minimum | Maximum | Sm.odch. |
|---------------------------|--------|--------|-------|--------------|---------|---------|----------|
| Počet hodin odpočinku/den | 2,41 | 2 | 1 | 13 | 0 | 8 | 2,13 |

Tabulka 38 Tabulka četností počtu hodin odpočinku

| | Četnost | Kumulativní četnost | Rel.četnost |
|------------|---------|---------------------|-------------|
| 0-2 hodiny | 42 | 42 | 65,6 % |
| 3-5 hodin | 16 | 58 | 25 % |
| 6-8 hodin | 6 | 64 | 9,4 % |
| Celkem | 64 | | 100 % |

Graf 22 Počet hodin odpočinku



17. Dodatky respondentů

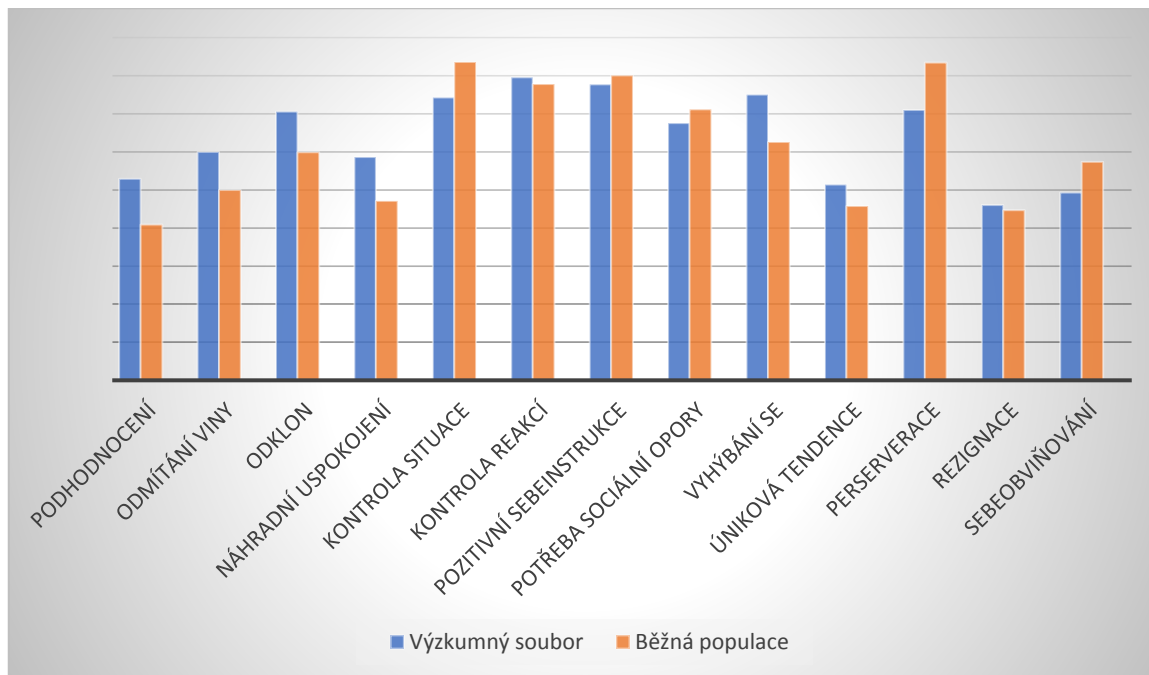
Součástí dotazníku byla také možnost vyjádření respondentek ke všemu, co se jim zdá důležité. Byly zaznamenány různé dodatky. Jedna z respondentek uvedla, že systém práce vede jedine ke stresu, není nikde zastání. Další uvedla, že míra stresu v zaměstnání i doma by určitě klesla, kdyby zaměstnavatel přestal porušovat zákoník práce. Objevil se zde i názor že dotyčná prošla různými zaměstnáními (vedoucí pobočky, farmaceutický reprezentant), ale tak psychickou zátěž žádná z těchto prací neměla. Uvedla také, že perioperační sestra je velice těžké zaměstnání a není finančně zdaleka ohodnocena. Pro jinou respondentku jsou nejdůležitější fungující a dobré vztahy na pracovišti, pomoc profesionála vidí jako krajní řešení, protože většinou jeho rady moc nepomohou. Jiná kromě dobrých osobních vztahů udává jako důležitý aspekt i laskavost k novým kolegyním, spolehnutí se na kolegyně i nadřízené. Jedna z respondentek uvedla, že je pro dřívější odchod do důchodu, jelikož se na ní práce zdravotně podepsala. Objevil se zde i názor, že na spoustě pracovišť je peer program nebo možnost supervize, ale tento pracovník je místní a všichni mají obavu, že bude donášet vedoucímu pracovníkovi. Pouze jedna respondentka uvedla, že je nekonfliktní a stresu nepodléhá.

3.4.3 Dotazník SVF 78

Tabulka 39 Srovnání výsledků dotazníku SVF 78 u výzkumného souboru (n=64) a průměrnými hodnotami populace, n=122 (Janke, Erdmann, 2003)

| | Hrubý skór, n=64 | Hrubý skór, n=122 | Minimum | Maximum | Sd |
|-------------------------|------------------------|-------------------------|---------|---------|------|
| Podhodnocení | 10,59 | 8,18 | 2 | 20 | 3,62 |
| Odmítání viny | 12 | 9,99 | 5 | 24 | 3,51 |
| Odklon | 14,11 | 11,97 | 7 | 21 | 3,6 |
| Náhradní uspokojení | 11,73 | 9,42 | 2 | 22 | 4,27 |
| Kontrola situace | 14,86 | 16,72 | 8 | 22 | 3,26 |
| Kontrola reakcí | 15,91 | 15,56 | 10 | 24 | 2,76 |
| Pozitivní sebeinstrukce | 15,55 | 16,02 | 5 | 24 | 3,83 |
| Potřeba sociální opory | 13,5 | 14,23 | 3 | 20 | 3,98 |
| Vyhýbání se | 15 | 12,51 | 7 | 22 | 3,39 |
| Úniková tendence | 10,28 | 9,16 | 0 | 21 | 3,69 |
| Perserverace | 14,19 | 16,68 | 4 | 24 | 5,16 |
| Rezignace | 9,2 | 8,93 | 2 | 18 | 3,35 |
| Sebeobviňování | 9,86 | 11,48 | 1 | 24 | 4,26 |

Graf 23 Srovnání průměrných dosažených skóre jednotlivých subtestů u výzkumného souboru a průměrnými hodnotami populace (Janke, Erdmann, 2003).

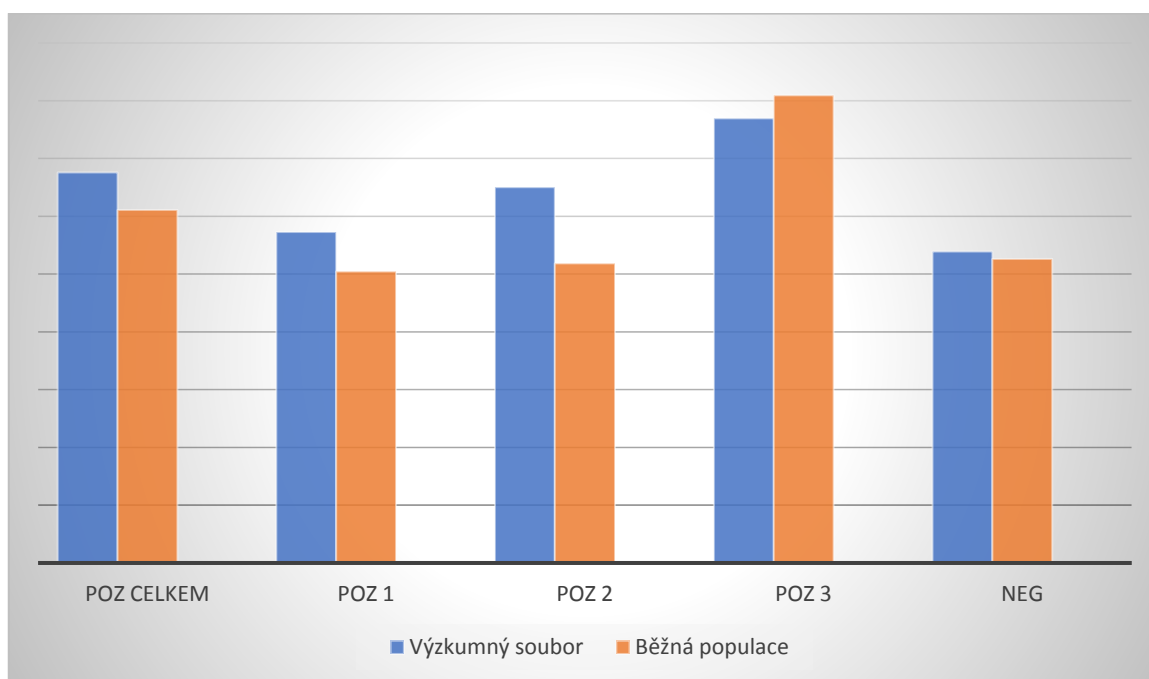


Tabulka 39 a graf 23, zobrazují srovnání průměrných skóre subtestů dotazníku na strategie zvládání stresu s průměrnými hodnotami populace. V tabulce 39 jsou červeně označeny hodnoty, které jsou výrazně vyšší oproti normě. Naopak zeleně jsou označeny hodnoty, které jsou oproti normě výrazně nižší. Subtesty, kde výzkumný soubor vykazuje vyšší průměrné skóre bylo zaznamenáno v subtestu **Podhodnocení**, který si ve srovnání s ostatními přisuzuje menší míru stresu a má tendenci podhodnocovat vlastní reakce ve srovnání s jinými osobami či je hodnotit příznivěji. Dále Vyšší průměrné skóre byly zaznamenány u subtestu **Odmítání viny**. Tato strategie zdůrazňuje, že nejde o vlastní odpovědnost. Vyšší skóre bylo zaznamenáno i u subtestu **Odklon**, který se vyznačuje odkláněním od zátěžových situací, případně se přiklání k situacím inkompatibilním se stresem. Vyšší průměrné skóre byly zaznamenány i u subtestu. Dalším subtestem, který se vyznačoval vyšším skóre, je subtest **Náhradní uspokojení**. Tato strategie naznačuje, že se dotyčné obracejí k pozitivním aktivitám. Tyto strategie zvládání stresu řadíme mezi strategie pozitivní. Ze strategií, které se vyskytují zřídka, bylo zaznamenáno vyšší skóre v subtestu **Vyhýbání se**, který zachycuje tendence vyhnout se zátěži či předsevzetí zamezit zátěžím. Naopak výrazně nižšího průměrného skóre dosahují respondentky u subtestu **Perseverace**. Respondentky tedy trpí méně se myšlenkově odpoutat od stresu. Nižší skóre bylo zaznamenáno i v subtestech **Kontrola situace** a **Sebeobviňování**

Tabulka 40 Základní statistické údaje hrubých skóre pozitivních a negativních strategií dotazníku SVF 78 u výzkumného souboru a průměrnými hodnotami populace (Janke, Erdmann, 2003)

| | Průměr | Hrubý skór n=122 | Minimum | Maximum | Sm.odch. |
|------------|--------|---------------------|---------|---------|----------|
| Poz celkem | 13,52 | 12,22 | 6,86 | 19,29 | 2,26 |
| Poz. 1 | 11,45 | 10,09 | 3,50 | 21,00 | 3,04 |
| Poz.2 | 13,01 | 10,37 | 5,50 | 21,00 | 3,10 |
| Poz.3 | 15,39 | 16,19 | 8,67 | 21,33 | 2,59 |
| Neg. | 10,78 | 10,52 | 3,50 | 19,50 | 3,16 |

Graf 24 Srovnání průměrných dosažených skóre pozitivních a negativních strategií výzkumného souboru s průměrnými hodnotami populace (Janke, Erdmann, 2003).



Z tabulky 40 a grafu 24 je patrné, že perioperační sestry dosahují vyšších skóre v celkových pozitivních strategiích (POZ Celkem), ve strategii podhodnocení a devalvace viny (POZ 1) a ve strategii odklonu (POZ 2). Naopak nižšího skóre dosahují hodnoty u strategie kontroly (POZ 3). Hodnoty v negativních strategiích se od běžné populace výrazně neliší.

3.5 Zpracování hypotéz

Diplomová práce se zabývá strategiemi zvládnání stresu perioperačních sester. Byly stanoveny celkem tři pracovní hypotézy, které byly testovány na základě získaných dat z průzkumného šetření.

Hypotéza č. 1

Perioperační sestry s délkou praxe 10 a více let praxe vykazují vyšší hodnoty v otázce dlouhodobé únosnosti v dotazníku pracovní zátěže.

Ke stanovení výsledku zamítnutí nebo potvrzení hypotézy byl použit statistický test chí-kvadrát dobré shody. Před provedením testování, byla stanovena nulová hypotéza (H_0) a alternativní hypotéza (H_A). Pro potřeby srovnání zkoumaných dat byla stanovena hladina významnosti na 5,00 %.

H_A : Mezi sestrami s 10 a větším počtem let praxe a mezi sestrami s praxí do 10 let je statisticky významný rozdíl v oblasti dlouhodobé únosnosti.

H_0 : Mezi sestrami s 10 a větším počtem let praxe a mezi sestrami s praxí do 10 let není statisticky významný rozdíl v oblasti dlouhodobé únosnosti.

Tabulka 41 Hodnota Pearsonového chí-kvadrátu a hodnota p

| | |
|-----------------------|----------|
| Pearsonův chí-kvadrát | 12,75278 |
| Hodnota p | 0,012549 |

Hodnota p je menší než 0,05, proto přijímáme H_A . Mezi sestrami s 10 a větším počtem let praxe a mezi sestrami s praxí do 10 let v oblasti dlouhodobé únosnosti je statisticky významný rozdíl. **Hypotéza č. 1 byla potvrzena.**

Hypotéza č.2

Užívání negativních strategií pozitivně koreluje s vyšším skóre v oblasti přetížení v Meisterově dotazníku pracovní zátěže

Před samotným provedením testování bylo nutné stanovit nulovou hypotézu (H₀) a alternativní hypotézu (H_A).

H₀: Výsledky dotazníku SVF 78 (oblast únik, perserverace, rezignace, sebeobviňování) a oblasti přetížení v dotazníku pracovní zátěže spolu nesouvisí.

H_A: Výsledky dotazníku SVF 78 (oblast únik, perserverace, rezignace, sebeobviňování) a oblasti přetížení v dotazníku pracovní zátěže spolu souvisí.

Vzhledem k tomu, že data pocházejí z normálního rozdělení (potvrzeno testem na normalitu dat), byla použita parametrická metoda korelace, konkrétně pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Pro potřeby srovnání zkoumaných dat byla stanovena hladina významnosti na 5,00 %. Z korelační matice lze získat hodnotu korelačního koeficientu. Tyto hodnoty včetně hodnot p jsou v tabulce 42.

Tabulka 42 Hodnoty pearsonova korelačního koeficientu a hodnota p u negativních strategií zvládání stresu

| Druh negativní strategie | Hodnota pearsonova korelačního koefientu | Hodnota p |
|----------------------------|--|-----------|
| Únik x přetížení | 0,1955 | 0,1215 |
| Perserverace x přetížení | 0,1085 | 0,3934 |
| Rezignace x přetížení | 0,3781 | 0,0021 |
| Sebeobviňování x přetížení | 0,3119 | 0,0121 |

Z tabulky 42 lze dle hodnot p konstatovat, že závislost mezi přetížením v dotazníku pracovní zátěže a negativních strategií zvládání stresu lze považovat za statisticky významnou v oblastech rezignace a sebeobviňování, kde tedy přijímáme alternativní hypotézu. Naopak nulovou hypotézu nemůžeme zamítnout v oblasti únik a perserverace. Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu u oblasti rezignace a sebeobviňování ukazují (dle Hendla, 2006) střední sílu závislosti.

Hypotéza č. 2 byla potvrzena v negativních strategiích v oblasti Rezignace a Sebeobviňování.

Hypotéza č.3

Perioperační sestry s více než 11 hodinami přesčasu za měsíc vykazují vyšší hodnoty v oblasti přetížení.

Vzhledem k tomu, že data pocházejí z normálního rozdělení (potvrzeno testem na normalitu dat), byla použita parametrická metoda. Pro potřeby srovnání zkoumaných dat byla stanovena hladina významnosti na 5,00 %. Ke stanovení výsledku zamítnutí nebo potvrzení hypotézy byl použit studentův dvouvýběrový t-test. Před provedením testování, byla stanovena nulová hypotéza (H₀) a alternativní hypotéza (H_A)

H₀: Průměrná hodnota bodů v oblasti přetížení je stejná u sester do 10 hodin přesčasů za měsíc i u sester nad 10 hodin přesčasů za měsíc.

H_A: Mezi průměrnými hodnotami bodů v oblasti přetížení mezi sestrami do 10 hodin přesčasu/měsíc a sestrami nad 11 hodin přesčasu za měsíc je statisticky významný rozdíl.

Tabulka 43 Výsledky dvouvýběrového t-testu

| Průměr sester do 50 hodin přesčasu/měsíc | Průměr sester nad 50 hodin přesčasu/měsíc |
|--|---|
| 7,952 (SD 2, 429) | 8,773 (SD 2,25) |

Hodnota p – 0,182730206

Na hladině významnosti alfa = 0,05 bylo zjištěno, že perioperační sestry s více než 50 hodinami přesčasu nevykazují významný rozdíl v přetížení oproti sestram do 50 hodin přesčasu.

Hypotéza č. 3 byla zamítnuta.

4 DISKUZE

Na otázky, které byly položeny v dotazníku vlastní konstrukce bylo zjištěno, že všichni respondenti byly ženy. Nejvyšší zastoupení (71,9 %) měly sestry nad 36 let. Respondentky měly nejčastěji vystudované specializační vzdělání (36 respondentek, 56,3 %). V 17 případech (26,6 %) měly respondentky ukončené vzdělání vysokoškolské. Pouze 6 (9,4 %) respondentek mělo vzdělání středoškolské a 5 (7,8 %) respondentek mělo ukončenou vyšší odbornou školu. Z toho vyplývá, že sestry se neustále vzdělávají a chtějí si zvyšovat svou kvalifikaci v daném oboru. Překvapující údaj byl, že i při vyšším zastoupení sester vyššího věku, nejčastěji sestry pracovaly na operačních sálech méně jak 5 let (25 respondentek, 39,1 %). Naopak více jak 21 let pracovalo 17 (26,6 %) sester. 9 sester (14,1 %) pracovalo na operačních sálech mezi 6-10 lety a 13 sester (20,3 %) mezi 11-20 lety. Tento údaj (nebyl blíže zkoumán) by mohl naznačovat, že sestry odcházejí na operační sály pracovat ve vyšším věku. Dnes tomu napomáhá i změna vzdělávání, protože na operačních sálech nemohou pracovat praktické sestry, ale minimálně sestry všeobecné. Práce na operačním sále je provázena vysokým počtem přesčasových hodin. Je to dáno nejen sníženým počtem zaměstnanců, ale hlavně vysokým počtem pohotovostních služeb. Dle údajů respondentek (36 respondentek, 56,3 %) v tomto souboru, je jejich počet nejčastěji v rozmezí 11-50 hodin měsíčně. 22 respondentek (34,4 %) mají více jak 50 přesčasových hodin za měsíc. Pouze 6 sester uvedlo, že mají méně jak 10 přesčasových hodin za měsíc. Při bližším pátrání bylo zjištěno, že tento minimální počet hodin se týká 4 sester, které neslouží a pouze 2 sloužících sester. Na všech pracovištích, kde byly dotazníky rozdány se slouží ve formě DPČ. Systém funguje tak, že perioperační sestra nastoupí v 7.00 na svou směnu, která trvá do 15.30 a poté slouží DPČ do druhého dne do 7.00. Po těchto službách sestry odcházejí nepravidelně domů. Ihned ráno odchází dle odpovědí v dotazníku pravidelně 21 sester (32,8 %), 4 sestry (6,3 %) neslouží. Dle provozních podmínek odchází 39 sester (60,9 %). Tento termín je bohužel velice variabilní, jelikož tento čas může být ráno, po obědě i po skončení pracovní doby v 15.30. Další otázkou pro respondentky bylo, jak dlouhé přestávky mají mezi výkony. Nejpočetnější odpovědí bylo 10-19 minut (44 respondentek, 67,9 %). Tento čas je dostačující pro zvládnutí základních biologických potřeb (WC, tekutiny), ale pro odpočinek mezi výkony, které mohou trvat 3 a více hodin je tento čas nedostačující. Více jak 20 ti minutové přestávky udaly pouze 4 respondentky (6,3 %). Na otázku, zda perioperační sestry prožívají v zaměstnání stres, odpovědělo 60 (93,8 %) respondentek kladně. 4 respondentky stres v zaměstnání neprožívá. Tyto odpovědi byly překvapující a při bližším zkoumání dotazníků bylo zjištěno, že stres neprožívají sestry

nesloužící, pracujících na oborovém sále. Perioperační sestry považují za nejvíce stresující špatnou organizaci operačního programu (18 odpovědí-28,13 %). S tím souvisí i odpovědi sester na otázku, co by jim ke snížení stresu pomohlo. Nejfrekventovanější odpovědí byla v 19 případech lepší organizace. K podobnému výsledku dospěla ve své diplomové práci Kratochvílová (2019), která popisuje, že špatnou organizaci práce udává jako nejvíce stresující 25,56 % perioperačních sester. Na otázku, jaké aktivity sestry vykonávají pro snížení stresu, byly možné aktivity uvedené v menší míře, jelikož 51,6 % sester žádné aktivity nevykonávají. Překvapující bylo, že 25 % sester snižuje stres pomocí návykové látky. Udávaný byl alkohol, cigarety nebo kombinace obojího. V diplomové práci Kratochvílové (2019) udávalo dokonce 32,07 % sester, že snižuje stres pomocí některé z výše uvedených návykových látek. V případě stresové situace se má ale 49 sester na koho obrátit, nejčastěji byly udávány kolegyně (31 odpovědí) a staniční sestra (7 odpovědí). Jak je výše zmíněno, sestry mají měsíčně mnoho přesčasových hodin nad rámec své pracovní doby, proto další otázka směřovala k tomu, zda mají dotyčné dostatek odpočinku doma. Bohužel více jak polovina nepocítuje dostatečný prostor pro odpočinek. Mediánem pro čas věnovaný odpočinku byl dvě hodiny. Sestry tedy nejen, že mají velký stres v práci, ale domácí starosti, velký nedostatek času a málo odpočinku vede k dalšímu prohloubení stresové situace.

V Meisterově dotazníku se prokázalo, že perioperační sestry v oblasti pracovní zátěže dosahují kritických hodnot v oblasti časové tísně, vysoké odpovědnosti, únavě a v dlouhodobé únosnosti. Naopak nižších hodnot dosahují v oblasti monotonie a otupující práce. Dle těchto hodnot se lze domnívat, že práce perioperační sestry je pestrá, není nudná, ale zároveň velmi náročná a odpovědná. Perioperační sestry se cítí velice unavené. Žídková (2010, s. 40). udává, že fyzická únava jde ruku v ruce s únavou psychickou a pokud působí najednou, může docházet k zesílení dopadu stresu a vést k psychickému vyčerpání. Z výsledných dat diplomové práce Kratochvílové (2019), je patrné, že 76,91 % perioperačních sester pocítuje únavu a Joštová ve své bakalářské práci došla k závěru, že únavu velmi často pocítuje 15,29 % sester a často 37,65 %. V tomto šetření bylo prokázáno, že 52 (81,3 %) perioperačních sester spadají do psychické zátěže v oblasti přetížení, z nichž 13 (25 %) respondentek trpí 2. stupněm této zátěže a 10 (23 %) trpí 3. stupněm této zátěže. Při třetím stupni psychické zátěže již nelze vyloučit zdravotní rizika. Práce perioperační sestry se dá tedy považovat za velmi náročnou. V roce 2011 Balková s Fürstovou provedly průzkum u 102 perioperačních sester na Slovensku. Jejich hlavním cílem bylo zjistit hlavní příčiny a projevy syndromu vyhoření u perioperačních sester. Dle Meisterova dotazníku uvedlo 81 % sester, že se v práci často dostávají do časové

tísně, 87 % sester se cítí psychicky zatížena z důvodu vysoké zodpovědnosti a 92 % sester uvedlo, že je pro ně práce psychicky tak náročná, že ji není možné vykonávat léta se stejnou výkonností. Závěrem také dodávají, že perioperační sestry se snaží zakrýt svoji vyčerpanost, protože současná doba netoleruje únavu ani problémy s psychickým vyčerpáním. (Balková, Fürstová, 2012). V roce 2016 v tureckém městě Bursa, proběhla studie, které se účastnilo 46 perioperačních sester. Více než polovina zdravotních sester uvedla, že se cítila unavená měsíce (52,2 %), 13 % uvedlo, že byly unavené týdny, necelých 11 % sester se cítily unavené dny a pouze 6,5 % sester uvedlo, že se cítily unavené hodiny. Nejčastějším faktorem jejich únavy, který sestry udávaly, byla náročná práce, stres, pracovní neschopnost, faktory související s pracovním prostředím a pracovními přesčasů. Sestry uváděly, že důvodem jejich únavy je stres, syndrom vyhoření, intenzivní práce, ztráta motivace, neschopnost odpočívat a cítit bolest. Některé sestry uvedly, že „nejsou schopny najít slovo, které by popisovalo jejich únavu“. (Smith et Palesy, 2018)

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat strategie zvládnání stresu perioperačních sester. Dle dotazníku SVF 78 byly prokázány vyšší hodnoty v subtestech Odklon, Náhradní uspokojení a Vyhýbání se. Perioperační sestry se více snaží předcházet vzniku zátěžové situace, popřípadě se od stresové situace odklonit či ji nahradit pozitivní aktivitou. V tomto souboru byla zaznamenána i vyšší hodnota v subtestu Úniková tendence. Tato hodnota naznačuje, že sestry se snaží ve stresové situaci rezignovat a tím se jí vyhnout. U perioperačních sester byla zaznamenána i vyšší hodnota v subtestech Podhodnocení a Odmítání viny. Perioperační sestry si tedy přiznávají menší míru stresu a hůře přisuzují vlastní zodpovědnost ve srovnání s běžnou populací. Naopak nižší hodnota byla zaznamenána u subtestu Perseverace. Tento subtest indikuje neschopnost se myšlenkově odpoutat od prožívaných zátěží, které se neustále vracejí a myšlení jedince je narušeno po dlouhou dobu. Tím se prodlužuje zátěžová situace a s ní spojené rozrušení. Dle výrazně nižšího výsledku se lze domnívat, že perioperační sestry, které jsou denně vystaveny zátěžovým situacím během své práce, mají lepší schopnost se s nimi vypořádat a myšlenkově na nich neulpívat. Nižší skóre bylo zaznamenáno i u subtestu Kontrola situace. Tento subtest vyjadřuje tendenci získat kontrolu nad zátěžovými situacemi skládající se ze třech komponent (analýzy aktuální situace a jejího vzniku, plánování opatření ke zlepšení situace a aktivního zásahu do situace). Tento způsob zvládnání stresu se všeobecně považuje za zvlášť konstruktivní, ale perioperační sestry v této oblasti vykazují nižší hodnoty oproti hodnotám běžné populace. Nižší hodnota od běžné populace byla zaznamenána i v subtestu

Sebeobviňování. Perioperační sestry si tedy hůře připisují danou zátěž vlastnímu chybnému jednání.

Hlavní cíl byl realizován pomocí 4 dílčích cílů. Prvním dílčím cílem bylo zmapovat, jak vnímají perioperační sestry náročnost své práce. Pomocí porovnání průměrů Meisterova dotazníku vyplynulo, že perioperační sestry nejčastěji trpí v oblasti časové tísně, ihned poté v oblasti vysoké odpovědnosti. Perioperační sestry jsou dle výsledných dat nejvíce ohroženy stresem, který se týká nedostatku času. Jistě je to dáno velkým množstvím operačních výkonů, krátkými přestávkami mezi výkony i různými zvraty při operacích, kdy je potřeba rychle reagovat a není čas si vše připravit dle svých potřeb. První dílčí cíl práce byl splněn.

Druhý dílčí cíl byl vypracován pomocí pracovní hypotézy. Tato hypotéza byla stanovena otázkou, zda perioperační sestry s délkou praxe 10 a více let praxe vykazují vyšší hodnoty v otázce dlouhodobé únosnosti v dotazníku pracovní zátěže. Hypotéza v této diplomové práci byla potvrzena, jelikož mezi sestrami do 10 let praxe a sestrami nad 10 let praxe existuje v oblasti dlouhodobé únosnosti statisticky významný vztah. Čili dlouhodobá únosnost je jiná u sester, které mají do 10 let praxe na operačních sálech a jiné u sester, které na operačních sálech pracují 10 a více let. Druhý dílčí cíl práce byl splněn.

Ve třetím výzkumném cíli byla vytvořena hypotéza, zda užívání negativních strategií pozitivně koreluje s vyšším skóre v oblasti přetížení v Meisterově dotazníku pracovní zátěže. Hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu v oblasti rezignace a sebeobviňování ukazují střední sílu závislosti. S vyššími hodnotami v oblasti přetížení roste i používání negativních strategií zvládání stresu v oblasti sebeobviňování a rezignace. Dle těchto výsledných dat se lze domnívat, že velmi přetížené sestry nakonec rezignují na situaci a zároveň se obviňují z případného neúspěchu. Třetí dílčí cíl práce byl splněn.

Čtvrtým dílčím cílem s pracovní hypotézou byl dotaz, zda perioperační sestry s více než 11 hodinami přesčasu za měsíc vykazují vyšší hodnoty v oblasti přetížení. Dle výsledných dat bylo zjištěno, že perioperační sestry s více než 50 hodinami přesčasu nevykazují významný rozdíl v přetížení oproti sestrám do 50 hodin přesčasu. Tedy, že mezi těmito dvěma skupinami sester není statisticky významný vztah. Obě skupiny sester vykazují podobné hodnoty v oblasti přetížení. I čtvrtý dílčí cíl práce byl splněn.

5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Dle získaných dat z výzkumného šetření jsou pro praxi vydána tato doporučení.

5.1 Doporučení pro zaměstnavatele

Zaměstnavatelé by měli zajistit dostatečné množství personálu na operačních sálech, aby se předešlo nadměrné únavě a fyzickému přetížení perioperačních sester. Zároveň by měla být na všech pracovištích zavedena forma supervize a zvýšit informovanost sester o prevenci vzniku syndromu vyhoření vzniklých v souvislosti s tímto povoláním formou pravidelného školení. Při těchto školení by měly být sestry motivovány k provádění technik psychohygieny. Při zaměstnaneckých preventivních prohlídkách se zaměřit nejen na zdravotní stav, ale i na stav psychický vzhledem k práci na operačním sále. Sestry udávaly jako stresující faktor špatnou komunikaci či špatnou náladu kolegyň. Zaměstnavatel by se měl pokusit tedy pořádat mimopracovní akce ke zlepšení interpersonálních vztahů. Neméně důležitou otázkou je i adekvátní finanční ohodnocení, vyhodnocování spokojenosti zaměstnanců a kvalitní komunikace vedoucích pracovníků s podřízenými. Na závěr by si perioperační sestry jistě zasloužily ke standartní dovolené další bonusové dny volna navíc.

5.2 Doporučení pro sestry

Sestry by měly převzít zodpovědnosti za svůj život a pokud cítí velkou únavu a vyčerpání, svěřit se vedoucímu pracovníkovi a společně se pokusit najít řešení. Měly by dodržovat zdravý životní styl, což znamená hlavně pravidelná racionální strava, dostatečný příjem tekutin, vitamínů, minerálů, zdravý a vydatný spánek a pozitivní myšlení. K uvolnění, zmírnění napětí a stresu, a zároveň k podpoře zdravého životního stylu, napomáhá také pohybová aktivita. Perioperační sestry by se měly vyhnout se návykovým látkám. Stres tím nesnižují a v případě alkoholu spíše prohlubují. Sestry by se měly naučit dostatečně odpočívat a pečovat o sebe. Aby sestra mohla pomáhat druhým, musí být sama v dobré psychické i fyzické kondici. Sestry by měly vytvářet dobré vztahy s druhými lidmi. Sociální opora rodinných příslušníků a přátel ulehčuje zvládnutí zátěžových situací a zároveň dodává pocit bezpečí a jistoty. Redukci stresových faktorů lze docílit také změnou vlastního postoje nebo osvojením si technik snižujících reakce našeho organismu na stresující podněty (dýchání, uvolňování svalů či relaxační cvičení, psychohygieny).

6 ZÁVĚR

Diplomová práce zaměřená na téma Strategie zvládnání stresu perioperačních sester je složena z teoretické a praktické části. Teoretická část se zabývala problematikou poznatků u perioperačních sester v oblastech stresu a jeho pozitivním i negativním zvládnání. Byly přiblíženy důsledky dlouhodobého stresu, včetně syndromu vyhoření a psychosomatických onemocnění. Dále bylo popsáno, kdo je perioperační sestra, jejich pracovní náplň a jejich zátěžové situace. A v závěru teoretické části byly popsány možné taktiky zvládnání stresu, zásady duševní hygieny a možnosti posílení psychické odolnosti. Podkladem pro zdárné vyhotovení, a tím i splnění stanoveného cíle pro teoretickou část, bylo prostudování a následné shrnutí nejdůležitějších poznatků v dané oblasti

Cílů pro výzkumnou část diplomové práce bylo dosaženo pomocí průzkumného šetření. Celý průzkum byl realizován pomocí tří dotazníků. Použit byl dotazník vlastní konstrukce a dva standardizované dotazníky-Meisterův dotazník pracovní zátěže a SVF 78. Toto průzkumné šetření probíhalo bez větších komplikací. Perioperační sestry byly vstřícné a ochotné, ale problémem byla návratnost dotazníků, která byla pouze 69 %, délka dotazníku a nedostatek času perioperačních sester k jeho vyplnění. Z výše uvedených výsledků průzkumného šetření vyplývá, že perioperační sestry jsou vystavovány velkému stresu. Jejich pracovní náplň je pomoc osobám, kteří potřebují neodkladnou zdravotní péči a jejich přetížení může mít dopad nejen k jejich vlastní osobě, ale i k pacientům.

Hlavním cílem výzkumné části bylo zjistit strategie zvládnání stresu perioperačních sester. Na základě výzkumných dat byla sestavena určitá doporučení nejen pro sestry, ale i pro zaměstnavatele. Zásadní problém totiž spočívá v neřešení psychických problémů nejen perioperačních sester, ale všech zdravotníků v nemocničních zařízeních. Povolání perioperační sestry je krásné povolání, ale zároveň velice náročné nejen fyzicky, ale hlavně psychicky a stres je po celou dobu neustále provází. Nejen zaměstnavatel, ale i ony samy by si měly umět pomoci eliminovat nebo zvládat své zátěžové situace a vytvořit si prostředí, kam rády chodí. Náprava nedostatků, které prohlubují v perioperačních sestrách stres je nezbytná a velice důležitá hlavně z důvodu, aby nebyla narušena kvalitní péče o pacienty. Nejen na pacienty, ale i na perioperační sestry by se mělo nahlížet individuálně, protože vnímají psychickou zátěž rozdílně a jejich potřeby pro zvládnání stresu jsou odlišné.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

LITERÁRNÍ ZDROJE:

- ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
- AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.
- BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
- BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1874-6.
- BAŠTECKÝ, Jaroslav, Jiří ŠAVLÍK a Jiří ŠIMEK. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-031-7.
- DUDA, Miloslav. *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-642-0.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-x.
- HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 3., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-482-3.
- HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry: (psychotriller)*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-142-1.
- HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-331-3.
- HUMPL, Lukáš, Jiří PROKOP a Alena TOBIÁŠOVÁ. *První psychická pomoc ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-562-4.
- IRMIŠ, Felix. *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: příklady, příčiny, psychosomatika, etika*. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-130-8.
- JANKE, Wilhelm a Hans ERDMANN. *Strategie zvládnání stresu: příručka*. Praha: Testcentrum, 2003. ISBN 8086471241.

- JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-390-2.
- KEBZA, Vladimír a Iva Šolcová. *Syndrom vyhoření: Funkční duševní porucha*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. ISBN 80-7071-099-3.
- KLIMENT, Pavel. *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4206-8.
- KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011-. ISBN 978-80-247-3877-2
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. Pro vaše zdraví. ISBN 80-7169-121-6.
- PAČESOVÁ, Martina. *Lékař, pacient a Michael Balint*. V Praze: Triton, 2004. ISBN 80-7254-491-8.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2959-6.
- PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Asertivitou proti stresu*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-1697-8.
- PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada, 2001. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0068-9.
- PRIEB, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.
- RUSH, Myron D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. Moudrost do kapsy. ISBN 80-7255-074-8.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-894-0.

WICHISOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3754-6.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2011. Dostupná z WWW: <https://www.mzcr.cz/legislativa/>

Nešpor, Karel. [b.r.]. *Alkohol, jiné návykové látky a stres* [online]. [cit. 2019-11-12]. Dostupné z: [www.drnespor.eu › nlstres2](http://www.drnespor.eu/nlstres2))

Vejrostová, [b.r.]. *Práce na operačních sálech je hodně specifická, říká zdravotní sestra Hanka Vejrostová z Fakultní nemocnice Brno* [online]. [cit. 2019-11-12]. Dostupné Z: <https://www.fnbrno.cz/prace-na-operacnich-salech-je-hodne-specificka-rika-zdravotni-sestra-hanka-vejrostova-z-fakultni-nemocnice-brno/t5925>

SMITH, Judith a Debra PALESY. Technology stress in perioperative nursing: An ongoing concern. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia* [online]. 2018, 31(2), 25-28 [cit. 2019-10-15]. ISSN 14487535. Dostupné z: <https://www.journal.acorn.org.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1028&context=jpn>

ŽIDKOVÁ, Zdeňka. 2013. Meisterův dotazník [online]. [cit. 2019-11-5]. Dostupný z WWW: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>

ŽIDKOVÁ, Zdeňka. 2002. Využití dotazníků k hodnocení psychické zátěže při práci. *České pracovní lékařství*, 2002, Roč. 3, č. 3, s. 128–132. [cit.2019-11-05]. ISSN: 1212-6721. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/CESKE_PRACOVNI_LEKARSTVI/2002/03/04_zidkova_cpl_3-02.pdf

ČASOPISY:

BALKOVÁ, Hilda a Lucia Fürstová. Vyhoření perioperačních sester. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2012, **2012**(07-08), 41-42. ISSN 1210-0404.

KLEVETOVÁ, Dana. Smysl supervize na pracovišti-nástroj zlepšování kvality ošetrovatelské péče. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2011, **2011**(07/08), 22-25. ISSN 1210-0404.

ŽÍDKOVÁ, Zdeňka. Životospřáva sálových sester. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 40-41. ISSN 1210-0404

E-KNIHY:

SIGMUND, Martin, Jana KVINTOVÁ a Michal ŠAFÁŘ. *Vybrané kapitoly z manažerské psychologie - pro studenty kinantropologických oborů* [online]. 2014. Olomouc: upol, 2014 [cit. 2020-01-22]. ISBN 978-80-244-4372-0. Dostupné z: <https://publi.cz/books/171/Uvod.html>

BAKALÁŘSKÉ A DIPLOMOVÉ PRÁCE:

JOŠTOVÁ, Ivana. *Stresové faktory u sester na operačním sále*. Pardubice, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

KRATOCHVÍLOVÁ, Tereza. *Vliv práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví*. Pardubice, 2019. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

POLÁKOVÁ, Ivana. *Pracovní zátěž u sester v perioperační péči*. České Budějovice, 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník vlastní konstrukce

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Petra Formanová a jsem studentkou navazujícího magisterského studia Univerzity Pardubice. Tématem mé závěrečné diplomové práce je: „Strategie zvládání stresu perioperačních sester.“

Chtěla bych Vás poprosit o spolupráci při vyplnění dotazníku, který má tři části. Prosím věnujte pozornost všem oddílům. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze ke studijním účelům.

Předem velice děkuji za Váš čas.

1. Věk

- 20-25 let
- 26-35 let
- 36-45 let
- 45-55 let
- 56 let a více

2. Pohlaví

- Žena
- Muž

3. Stav

- Svobodná/ý
- Vdaná/ženatý
- Rozvedená/ý
- Ovdovělá/ý

4. Děti, prosím napište počet

.....

5. Nejvyšší dosažené vzdělání

- Středoškolské s maturitou
- Středoškolské s maturitou + vyšší odborné
- Středoškolské s maturitou + specializační
- Vysokoškolské
- Jiné.....

6. Délka praxe na operačním sále

- Méně než 5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21 let a více

7. Kolik máte měsíčně přesčasových hodin (včetně DPČ)?

- Méně jak 10 hodin/ měsíc
- 11-50 hodin/ měsíc
- 51 a více hodin/ měsíc

8. Odcházíte domů po službě?

- Odházím ihned ráno
- Odcházím dle provozních podmínek
- Neodcházím a jsem v práci po službě ještě celou ranní směnu
- Nesloužím
- Pracuji ve směnném provozu

9. Máte přestávky mezi jednotlivými výkony? Prosím napište, kolik průměrně minut.

.....

10. Pociťujete v práci stres? V případě, že ano, co je pro Vás v zaměstnání nejvíce stresující? Prosím stručně popište.

- Ano.....
.....
.....
.....
- Ne, v zaměstnání stres neprožívám

11. Co myslíte, že by pomohlo ve Vašem zaměstnání ke snížení stresu?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Máte se v případě stresového napětí v zaměstnání na koho obrátit?

- Ne, nemám
- Ano, mám- na koho?.....

13. Používáte nějaké techniky ke snížení stresu? Příklad: Antistresový míček, hudba, relaxace, cvičení...

- Ano, používám konkrétně
.....
.....

-
.....
- Ne, nepoužívám

14. Snižujete stres pomocí nějaké návykové látky?

- Ne
- Ano – a) kouření - cca cigaret/den
b) alkohol – cca.....krát týdně
c) jiné – co? Jak
často?.....

15. Pociťujete určitý stupeň stresové zátěže doma (např. rodinné problémy, nedostatek času, stres s dětmi apod.)? Prosím označte stupeň na škále od 0–10 (0 =žádný stres,10 stres neúnosný)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

16. Máte pocit, že máte doma dostatečný časový prostor na odpočinek?

- Ano
- Ne

Kolik hodin denně průměrně odpočíváte?

17. Pokud byste chtěla k danému tématu něco dodat, budu velice ráda. Zde máte prostor

.....
.....
.....
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Příloha 2: Meisterův dotazník

HODNOCENÍ PRACOVNÍ ZÁTĚŽE
(Meisterův dotazník)

Profese:

Rok narození:

Délka praxe:

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

5 - ano, plně souhlasí
4 - spíše ano
3 - nevím, někdy ano, někdy ne
2 - spíše nesouhlasí

| | | ANO.....NE | | | | |
|-----|--|------------|---|---|---|---|
| 1. | Při práci se často dostávám do časové tísně. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Příloha 3: Zařazení do stupně zátěže dle faktorových skóre (Meisterův dotazník)

- 1) faktor I. má nejméně o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor II. (při této variantě k němu přičteme součet středních hodnot faktoru III., tedy I.+III.) Stupeň a odpovídající zátěžovou tendenci lze vyhodnotit podle tabulky, poté se vyhodnotí stupeň a k tomu odpovídající zátěžová tendence.

- 2) má-li faktor II. nejméně o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor I., pak se sečte součet středních hodnot II.+III. Podle tabulky se opět určí výsledný stupeň a odpovídající zátěžová tendence.

- 3) bude-li rozdíl mezi faktory I. a II. menší než 2 body, pak se sečtou součty středních hodnot všech faktorů dohromady, tj. I.+II.+III. Podle tabulky se určí stupeň, resp. odpovídající zátěžová tendence.

VYHODNOCOVACÍ LIST

SVF 78

Wilhelm Janke, Gisela Erdmannová

Jméno: Pohlaví: muž žena Věk:

Povolání: Datum:

| 1 Podhodnocení | 2 Odmítnání viny | 3 Odklon | 4 Náhradní uspokojení | 5 Kontrola situace | 6 Kontrola reakcí | 7 Pozitivní sebeinstrukce | 8 Potřeba sociální opory | 9 Vyhýbání se | 10 Úniková tendence | 11 Perseverace | | 12 Rezignace | | 13 Sebeobviňování | |
|-------------------|------------------------|-------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------|---------------------------|-------------------|--------|-----------------|--------|----------------------|--------|
| | | | | | | | | | | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 |
| 12 | 05 | 01 | 16 | 08 | 02 | 10 | 03 | 11 | 09 | 06 | 04 | 07 | | | |
| 30 | 21 | 14 | 25 | 13 | 20 | 26 | 15 | 22 | 18 | 17 | 23 | 19 | | | |
| 36 | 35 | 32 | 40 | 29 | 34 | 38 | 27 | 33 | 28 | 31 | 39 | 24 | | | |
| 52 | 44 | 50 | 53 | 43 | 48 | 45 | 42 | 46 | 41 | 47 | 49 | 37 | | | |
| 63 | 56 | 66 | 65 | 61 | 58 | 55 | 57 | 64 | 59 | 60 | 54 | 51 | | | |
| 73 | 70 | 74 | 72 | 76 | 71 | 62 | 68 | 77 | 78 | 69 | 75 | 67 | | | |
| Celkem | Celkem | Celkem | Celkem | Celkem | Celkem | Celkem | Celkem | Celkem | Celkem | Celkem | Celkem | Celkem | Celkem | Celkem | Celkem |

| | |
|---|--|
| POZ Pozitivní strategie: celkem subtest 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 = : 7 = | |
| POZ 1: celkem subtest 1, 2 = : 2 = | POZ 2: celkem subtest 3, 4 = : 2 = |
| POZ 3: celkem subtest 5, 6, 7 = : 3 = | |

NEG Negativní strategie: celkem subtest 10, 11, 12, 13 = : 4 =

DOTAZNÍK

SVF 78

Wilhelm Janke, Gisela Erdmannová

Jméno:

Věk: Pohlaví: muž žena

Povolání:

Datum:

Pokyny ke zpracování dotazníku:

Dotazník obsahuje řadu výroků – způsobů, jak člověk může reagovat v situacích, kdy je něčím nebo někým poškozen, vnitřně rozrušen, nebo vyveden z míry.

Přečtěte si, prosím, každý výrok a uveďte, nakolik odpovídá Vašemu způsobu reagování. Svou odpověď označte přeškrtnutím (křížkem **x**) zvoleného čísla na škále od **0 (vůbec ne)**, po **4 (velmi pravděpodobně)**:

| vůbec ne | spíše ne | možná | pravděpodobně | velmi pravděpodobně |
|----------|----------|-------|---------------|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Příklad:

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

| vůbec ne | spíše ne | možná | pravděpodobně | velmi pravděpodobně |
|----------|----------|-------|---------------|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | X | 4 |

... zajdu navštívit dobré přátele nebo známé

V tomto případě je označeno číslo **3 (pravděpodobně)**. To znamená, že „navštívit dobré přátele nebo známé“ pravděpodobně odpovídá Vašemu způsobu reagování v této situaci.

Nevynechejte, prosím, žádný z uvedených výroků a při váhání se přikloňte vždy k vyjádření, které Vás nejlépe vystihuje.

*Pokud omylem označíte jinou odpověď a chcete se opravit, označte křížkem **X** správnou odpověď a navíc jí i výrazně podtrhněte.*

Pracujte plynule, ale pečlivě; nezdružujte se příliš u jednotlivých výroků. Ověřte prosím, zda jste vyplnil(a) údaje o Vás a začněte vyplňovat dotazník.

| Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry ... | vůbec ne | spíše ne | módně | pravděpodobně | velmi pravděpodobně |
|---|----------|----------|-------|---------------|---------------------|
| 1) ... snažím se soustředit své myšlenky na něco jiného | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2) ... řeknu si, že se nedám vyvést z míry | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3) ... snažím se, aby mě někdo jiný při řešení podpořil | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4) ... cítím se nějak bezmocný(-á) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5) ... řeknu si, že si nemám co vyčítat | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6) ... nemohu dlouhou dobu myslet na nic jiného | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7) ... ptám se, co jsem už zase udělal(a) špatně | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8) ... promyslím přesně své další jednání | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9) ... mám tendenci od toho utéct | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10) ... řeknu si, že to vydržím | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11) ... vyhnu se napříště takovým situacím | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12) ... vyrovnám se s tím rychleji než ostatní | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13) ... snažím se ujasnit si všechny detaily situace | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14) ... přejdu k nějaké jiné činnosti | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15) ... požádám někoho o radu, jak bych měl(a) postupovat | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16) ... sním něco dobrého | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17) ... pak o tom přemyslím znovu a znovu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18) ... řeknu si: „co možná pryč od toho“ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19) ... mám špatné svědomí | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20) ... řeknu si: „musíš se sebrat“ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21) ... řeknu si, že si přece nemusím dělat výčitky svědomí | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22) ... příště se hned při prvních náznacích vyhnu takovým situacím | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23) ... mám tendenci hned ustoupit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24) ... jsem sám (sama) se sebou nespokojen(a) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25) ... podívám se na něco pěkného v televizi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26) ... myslím si: „jen se nedat odradit“ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27) ... prostě musím s někým o tom hovořit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry ... | vůbec ne | spíše ne | možná | pravděpodobně | vůbec pravděpodobně |
|---|----------|----------|-------|---------------|------------------------|
| 28) ... přepadají mne myšlenky na útek | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29) ... udělám vše, abych odstranil(a) příčinu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30) ... jsem rád(a), že nejsem tak přecitlivělý(-á) jako druzí | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31) ... zabývám se pak ještě dlouho touto situací | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32) ... dělám něco, co mě od toho odvádí | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33) ... umiňuji si, že se příště takovým situacím vyhnu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34) ... snažím se potlačit své vzrušení | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35) ... řeknu si, že za to nemohu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36) ... řeknu si, že druzí by to tak snadno nestrávili | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37) ... dělám si výčitky | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38) ... řeknu si: „nesmíš to v žádném případě vzdát“ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39) ... nevím, jak bych mohl(a) takové situaci čelit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40) ... udělám něco dobrého pro sebe | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41) ... pouze si přeji, abych z této situace co nejrychleji vyvázl(a) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42) ... požádám někoho o pomoc | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43) ... vytvořím si plán, jak mohu tyto nesnáze odstranit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44) ... myslím si, že já za tu situaci nezodpovídám | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45) ... říkám si: „jen se nedat zbavit odvahy“ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46) ... myslím si, že bych se nechtěl(a) v budoucnu dostat do takové situace | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47) ... nejde mně ta situace dlouho z hlavy | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48) ... snažím se, abych si zachoval(a) pevný postoj | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49) ... všechno se mně zdá tak beznadějně | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50) ... vrhnu se do práce | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51) ... řeknu si, že to nakonec byla moje chyba | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52) ... lépe se kontroluji než druzí v téže situaci | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53) ... koupím si něco, co už jsem dlouho chtěl(a) mít | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54) ... obvykle se mně všechno zdá nesmyslné | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Když jsem něčím nebo někým poškozen(a), vnitřně rozrušen(a), nebo vyveden(a) z míry ... | vůbec ne | spíše ne | možná | pravděpodobně | velmi pravděpodobně |
|---|----------|----------|-------|---------------|---------------------|
| 55) ... ujasním si, že mám možnosti situaci zvládnout | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56) ... myslím si, že na tom nemám vinu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57) ... potřebuji k tomu slyšet mínění někoho jiného | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58) ... snažím se o kontrolu svého chování | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59) ... pokouším se vymanit se ze vzniklé situace | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60) ... v myšlenkách si pak situaci znovu a znovu přehrávám | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61) ... aktivně se snažím situaci změnit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62) ... řeknu si: „dokážeš se s tím vypořádat“ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 63) ... přece se zase uklidním rychleji než ostatní | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 64) ... dbám na to, aby příště k takovým situacím vůbec nedocházelo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 65) ... hledám něco, co by mě mohlo potěšit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 66) ... snažím se od toho odpoutat pozornost | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 67) ... hledám vinu sám (sama) u sebe | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 68) ... snažím se s někým o problému hovořit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 69) ... prostě se pak nemohu zbavit myšlenek na tuto situaci | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 70) ... myslím si, že k tomu nedošlo mou vinou | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 71) ... řeknu si, že se nesmím dát vyvést z klidu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 72) ... splním si nějaké dlouho vytoužené přání | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 73) ... beru to lehčeji než jiní ve stejné situaci | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 74) ... nějak se od toho odpoutám | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 75) ... mám sklon rezignovat | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 76) ... snažím se přesně si ujasnit důvody, které k situaci vedly | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 77) ... uvažuji, jak se mohu příště vyhnout takovým situacím | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 78) ... nejraději bych od toho jednoduše utekl(a) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |