

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Bc. Kateřina Tučková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Životní spokojenost a zvládání stresu u perioperačních sester

Bc. Kateřina Tučková

Diplomová práce

2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

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

Jméno a příjmení: **Bc. Kateřina Tučková**
Osobní číslo: **Z18314**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Téma práce: **Životní spokojenost a zvládání stresu u perioperačních sester**
Zadávající 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 průzkumného 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:

1. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
2. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.
3. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.
4. VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4770-4.
5. WICHSOVÁ, Jana, Petr PŘIKRYL, Renata POKORNÁ a Zuzana BITTNEROVÁ. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3754-6.

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 využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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 30. 4. 2020

Bc. Kateřina Tučková

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji svému vedoucímu diplomové práce panu PhDr. Zdeňku Hrstkovi, Ph.D. za jeho čas, ochotu a odborné vedení. Poděkování patří také perioperačním sestřám za jejich účast na dotazníkovém šetření. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu a pomoc během celého studia.

ANOTACE

Diplomová práce se věnuje životní spokojenosti a zvládnání stresu u perioperačních sester. Je členěna na teoretickou a průzkumnou část. Teoretická část přináší poznatky z oblasti životní spokojenosti, jejího hodnocení a měření, z oblasti stresu a jeho vlivu na člověka. Zabývá se také problematikou práce ve zdravotnictví a práce perioperačních sester. Průzkumná část je zaměřena na vyhodnocení dotazníkového šetření, kterého se účastnily perioperační sestry ze čtyř zdravotnických zařízení. Hlavním cílem diplomové práce je zjistit úroveň životní spokojenosti a strategie zvládnání stresu u dotazovaných perioperačních sester. Dle výsledků práce jsou perioperační sestry na průměrné až podprůměrné úrovni životní spokojenosti, ke zvládnání stresu využívají především pozitivní strategie a spokojenost na pracovišti významně ovlivňuje jejich celkovou životní spokojenost.

KLÍČOVÁ SLOVA

Perioperační sestra, stres, životní spokojenost, operační sál, psychická zátěž, kvalita života

TITLE

Life Satisfaction and Stress Management of Perioperative Nurses

ANNOTATION

The diploma these focuses on life satisfaction and stress management of perioperative nurses. It is divided into a theoretical and an exploratory part. The theoretical part consists of findings in the field of life satisfaction, its assessment and measurement, in the field of stress and its influence on human. The exploratory part focuses on evaluation of a survey among perioperative nurses from four health-care facilities. The main aim of the theses is to determine the level of life satisfaction and stress management strategies of the interviewed perioperative nurses. According to the results of the work, perioperative nurses are at average or substandard level of life satisfaction, to cope with stress, they use mainly positive strategies, and satisfaction at a workplace significantly influences their life satisfaction.

KEYWORDS

Perioperative nurse, stress, life satisfaction, operating theatre, psychological burden, quality of life

OBSAH

ÚVOD	14
1 CÍL PRÁCE.....	16
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA K ŘEŠENÉMU PROBLÉMU	17
2.1 Životní spokojenost a kvalita života	17
2.1.1 Faktory ovlivňující životní spokojenost.....	20
2.1.2 Měření životní spokojenosti	20
2.1.3 Dotazník životní spokojenosti – DŽS	22
2.2 Stres	23
2.2.1 Teorie stresu a jeho formy	25
2.2.2 Stresory a salutory	27
2.2.3 Příznaky stresu.....	29
2.2.4 Stresová reakce organismu	30
2.2.5 Zvládání stresu.....	31
2.2.6 Coping a copingové strategie	32
2.2.7 Hodnocení a měření míry stresu a strategií zvládání stresu	34
2.2.8 Dotazník SVF 78	35
2.3 Práce ve zdravotnictví.....	36
2.3.1 Specifika práce všeobecných sester	37
2.3.2 Specifika práce perioperačních sester a stresové faktory na operačním sále	39
2.3.3 Psychická zátěž a vliv stresu na celkovou životní spokojenost perioperačních sester	40
2.4 Rešeršní šetření	41
3 PRŮZKUMNÁ ČÁST.....	43
3.1 Hypotézy.....	43
3.2 Použitá metodika.....	44
3.2.1 Průzkumný nástroj.....	44

3.2.2	Strategie průzkumného šetření	46
3.2.3	Průzkumný soubor.....	46
3.2.4	Etické aspekty.....	47
3.2.5	Sběr dat	47
3.3	Analýza a vyhodnocení dat	48
3.3.1	Vyhodnocení dotazníku životní spokojenosti.....	48
3.3.2	Vyhodnocení dotazníku SVF 78	60
3.3.3	Vyhodnocení dotazníku „Spokojenost na pracovišti“	64
3.4	Testování hypotéz	71
3.4.1	Testování hypotézy č. 1	72
3.4.2	Testování hypotézy č. 2	73
3.4.3	Testování hypotézy č. 3	74
3.4.4	Testování hypotézy č. 4	75
3.4.5	Testování hypotézy č. 5	78
4	DISKUZE.....	81
5	ZÁVĚR.....	88
6	POUŽITÁ LITERATURA.....	90
7	PŘÍLOHY	97

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 – Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti zdraví.....	49
Obrázek 2 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti zdraví.....	49
Obrázek 3 – Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti práce a zaměstnání.....	50
Obrázek 4 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti práce a zaměstnání	50
Obrázek 5 – Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti finanční situace	51
Obrázek 6 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti finanční situace	51
Obrázek 7 – Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti volný čas	52
Obrázek 8 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti volný čas.....	52
Obrázek 9 – Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti manželství a partnerství.	53
Obrázek 10 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti manželství a partnerství	53
Obrázek 11 – Histogram relativních četností výskytu respondentek jednotlivých kategorií v oblasti děti	55
Obrázek 12 – Histogram relativních četností výskytu populace jednotlivých kategorií	55
Obrázek 13 – Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti vlastní osoba	56
Obrázek 14 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti vlastní osoba	56
Obrázek 15 – Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti sexualita.....	57
Obrázek 16 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti sexualita	57
Obrázek 17 – Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti přátelé, známí a příbuzní.	58
Obrázek 18 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti přátelé, známí a příbuzní.....	58
Obrázek 19 – Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti bydlení	59
Obrázek 20 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti bydlení.....	59
Obrázek 21 – Histogram relativních četností výskytu respondentek u celkové životní spokojenosti	60
Obrázek 22 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií u celkové životní spokojenosti.....	60

Obrázek 23 – Krabicový graf výsledných hodnot hrubých skóre subtestů dotazníku SVF 78.....	62
Obrázek 24 – Krabicový graf hrubých skóre výsledných strategií dotazníku SVF 78	63
Obrázek 25 – Histogram relativních četností délky praxe na operačních sálech.....	65
Obrázek 26 – Histogram relativních četností délky praxe na nynějším pracovišti.....	66
Obrázek 27 – Histogram relativních četností specializačního vzdělání	66
Obrázek 28 – Histogram relativních četností personálního stavu.....	67
Obrázek 29 – Histogram relativních četností odpovědí na otázku č. 9.....	69
Obrázek 30 – Histogram relativních četností škálových hodnot a základní statistické ukazatele otázky č. 10.....	70
Obrázek 31 – Krabicový graf škálových hodnot otázky č. 10.....	71
Obrázek 32 – Bodový graf znázorňující vztah celkové životní spokojenosti a věku perioperačních sester	73
Obrázek 33 – Bodový graf znázorňující vztah celkové životní spokojenosti a spokojenosti na pracovišti u perioperačních sester	79
Tabulka 1 – Škály a položky dotazníku životní spokojenosti	23
Tabulka 2 – Charakteristiky strategií zvládnání stresu dotazníku SVF 78.....	36
Tabulka 3 – Četnost výskytu populace jednotlivých stanin	45
Tabulka 4 – Rozdělení životní spokojenosti a procentuálního zastoupení u populace dle kategorie stanin.....	45
Tabulka 5 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti zdraví	50
Tabulka 6 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti práce a zaměstnání	51
Tabulka 7 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti finanční situace.....	52
Tabulka 8 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti volný čas.....	53
Tabulka 9 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti manželství a partnerství	54
Tabulka 10 – Přehled relativních četností výskytu u respondentek v oblasti děti	54
Tabulka 11 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti děti	55
Tabulka 12 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti vlastní osoba.....	56
Tabulka 13 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti sexualita	57
Tabulka 14 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti přátelé, známí a příbuzní.....	58

Tabulka 15 – <i>Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti bydlení</i>	59
Tabulka 16 – <i>Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody u celkové životní spokojenosti</i>	60
Tabulka 17 – <i>Základní statistické ukazatele výsledných hodnot hrubých skóre subtestů dotazníku SVF 78</i>	62
Tabulka 18 – <i>Základní statistické ukazatele hrubých skóre výsledných strategií dotazníku SVF 78</i> ...	63
Tabulka 19 – <i>Test normality pro hrubé skóre výsledných strategií</i>	64
Tabulka 20 – <i>Wilcoxonův párový test neparametrický pro hrubé skóre celkové pozitivní a negativní strategie</i>	64
Tabulka 21 – <i>Relativní četnosti odpovědí na otázku č. 6</i>	68
Tabulka 22 – <i>Relativní četnosti odpovědí na otázku č. 7</i>	68
Tabulka 23 – <i>Relativní četnosti odpovědí na otázku č. 8</i>	69
Tabulka 24 – <i>Test normality pro hodnoty celkové živ. spokoj. a věku perioperačních sester</i>	74
Tabulka 25 – <i>Spearmanův korelační koeficient mezi celkovou živ. spokoj. a věkem perioperačních sester</i>	74
Tabulka 26 – <i>Test normality pro hodnoty celkové živ. spokoj. u respondentek v manželství/ostatní</i> ...	75
Tabulka 27 – <i>Mann-Whitneyův U test pro hodnoty celkové životní spokojenosti respondentek v manželství/ostatní</i>	75
Tabulka 28 – <i>Spearmanovy korelační koeficienty mezi celkovou živ. spokoj. a strategií zvládnání stresu</i>	77
Tabulka 29 – <i>Spearmanovy korelační koeficienty mezi celkovou živ. spokoj. a celkovou strategií zvládnání stresu</i>	78
Tabulka 30 – <i>Test normality pro hodnoty celkové živ. spokoj. a spokojenosti na pracovišti</i>	79
Tabulka 31 – <i>Spearmanův korelační koeficient mezi celkovou živ. spokoj. a spokojeností na pracovišti</i>	80

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ACTH	Adrenokortikotropní hormon
ASQ	Attribution Style Questionnaire
CSI	Coping Strategy Inventory
DŽS	Dotazník životní spokojenosti
FF	Filozofická fakulta
FHS	Fakulta humanitních studií
FZS	Fakulta zdravotnických studií
GAS	General adaptation syndrome
H_0	Nulová hypotéza
H_A	Alternativní hypotéza
HS	Hassles Scale
ICSRLE	The Inventory of College Student is Recent Life Experiences
JSS	Job Satisfaction Survey
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
PERI	Psychiatric Epidemiology Reaseach Interview
PIGS	Personal Growth Initiative Scale
POZ 1	Dílčí pozitivní strategie č. 1
POZ 2	Dílčí pozitivní strategie č. 2
POZ 3	Dílčí pozitivní strategie č. 3
RLSS	The Riverside Life Satisfaction Scale
r_{sp}	Spearmanův korelační koeficient
Sm. Odch.	Směrodatná odchylka
SRLE	Survey of Recent Life Experiences

SRRS	Social Readjustment Rating Scale
SVF 78	Dotazník strategie zvládnání stresu
SWLS	The Satisfaction With Life Scale
TSWLS	The Temporal Satisfaction with Life Scale
UK	Univerzita Karlova
WHO	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Známý výrok římského básníka Martialise: „*Život neznamena jen být živ, ale žít v pohodě* (Křivohlavý, 2002, s 162).“, v sobě skrývá moudrost, možná touhu nebo naději. Vede však k zamyšlení se nad naším životem a životem dnešní společnosti. Důvodem výběru tohoto tématu pro diplomovou práci je fakt, že stres se stal běžnou součástí našeho každodenního života. Samotný pojem stres dnes velmi zevšedněl a je často nesprávně přirovnán k běžným událostem. Jednoznačně však ovlivňuje naše jednání i chování a způsob, jakým se dokážeme se stresem vypořádat, se podílí na naší celkové životní spokojenosti. Zvládání stresu a životní spokojenost jsou tedy dvě neoddelitelné skutečnosti. V řadě případů může vlivem stresu a špatného životního stylu dojít k rozvoji syndromu vyhoření nebo projevům deprese. Dle národní studie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze z roku 2015, vykazuje projevy deprese 31 % české populace a syndromem vyhoření se cítí být ohroženo až 34 % naší populace (Raboch, Ptáček, 2015, s. 9). Je alarmující, jak stres a nízká životní spokojenost může v dnešní uspěchané době ovlivnit lidský život.

Zdravotnická povolání patří z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi vysoce náročná. Očekává se, že zdravotník zvládne dnes již velmi odbornou činnost, práci s moderní technikou, fyzickou zátěž, dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných, vykonává různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopen se vypořádat s pracovními a rodinnými problémy. Práce perioperační sestry je rozmanitá a předpokládá se, že zvládne vypjaté situace s přehledem a rozvahou (Duda, 2000, s. 70)

Existuje řada českých i zahraničních odborných publikací, které se zaměřují na problematiku stresu v populaci i ve skupině zdravotnického personálu. Počet studií se v této oblasti zvyšuje, zejména v důsledku enormně rostoucího výskytu neuropsychiatrických onemocnění. V průběhu posledních třiceti let přichází nárůst zájmu i v oblasti kvality života a životní spokojenosti. V domácí literatuře panuje rozmach studií hodnotících kvalitu života ve specifických populacích pacientů, včetně validizace nástrojů jejího měření. V omezené míře jsou však rozpracovány teoreticko-metodologická východiska konceptu kvality života a životní spokojenosti v ošetrovatelství (Gurková, 2011, s. 13).

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit úroveň životní spokojenosti a strategie zvládání stresu u perioperačních sester. Dílčím cílem v teoretické rovině je vytvořit přehled poznatků k pochopení problematiky stresu a životní spokojenosti, objasnit mechanismus působení stresu na člověka a jeho vliv na celkovou životní spokojenost perioperačních sester. Dílčím cílem

v průzkumné rovině je zjistit úroveň životní spokojenosti perioperačních sester za použití standardizovaného dotazníku životní spokojenosti (DŽS), zjistit, jakým způsobem se perioperační sestry vyrovnávají se stresem za použití standardizovaného dotazníku strategie zvládání stresu SVF 78 a určit míru spokojenosti perioperačních sester na jejich pracovišti za použití anamnestického dotazníku vlastní konstrukce „Spokojenost na pracovišti“. Dalším dílčím cílem diplomové práce v průzkumné rovině je pomocí testování hypotéz zjistit těsnost vztahu mezi životní spokojeností, způsobem zvládání stresu, základními anamnestickými údaji a subjektivním hodnocením spokojenosti na pracovišti.

Diplomová práce je rozdělena na dvě základní části. První částí jsou teoretická východiska k řešenému problému. Zabývá se přístupy k vymezení životní spokojenosti a kvality života, faktory, které ovlivňují životní spokojenost a způsoby hodnocení a měření. Zahrnuje teoretické poznatky v oblasti stresu, stresové reakce organismu, copingu a hodnocení strategií zvládání stresu. Předposlední kapitola teoretické části je věnována práci ve zdravotnictví a specifikům práce perioperačních sester. Teoretická část je ukončena kapitolou rešeršního šetření. Druhá část diplomové práce je zaměřena na průzkum, který vychází z metod kvantitativního výzkumu. Je zde uveden metodologický postup, analýza a prezentace výsledků zjištěných dat. Výsledky průzkumu byly zjištěny pomocí dvou standardizovaných dotazníků a jednoho dotazníku vlastní konstrukce. Dotazníkového šetření se účastnily perioperační sestry ze čtyř zdravotnických zařízení.

Motivací ke studiu této problematiky je fakt, že přáním každého pacienta je, aby zdravotnický personál, během pacientovi těžké životní situace, působil klidně, vyrovnaně a profesionálně.

1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit úroveň životní spokojenosti a strategie zvládání stresu u perioperačních sester. K dosažení hlavního cíle je stanoveno pět následujících dílčích cílů.

Dílčí cíl 1. Vytvořit přehled teoretických poznatků v oblasti životní spokojenosti, stresu a jeho vlivu na celkovou životní spokojenost perioperačních sester.

Dílčí cíl 2. Zjistit úroveň životní spokojenosti perioperačních sester za použití standardizovaného dotazníku DŽS.

Dílčí cíl 3. Zjistit, jakým způsobem se perioperační sestry vyrovnávají se stresem za použití standardizovaného dotazníku SVF 78.

Dílčí cíl 4. Zjistit míru spokojenosti perioperačních sester na jejich pracovišti pomocí anamnestického dotazníku vlastní konstrukce „Spokojenost na pracovišti“.

Dílčí cíl 5. Pomocí testování stanovených hypotéz zjistit těsnost vztahu mezi životní spokojeností, strategií zvládání stresu, základními anamnestickými údaji a subjektivním hodnocením spokojenosti na pracovišti.

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA K ŘEŠENÉMU PROBLÉMU

2.1 Životní spokojenost a kvalita života

I když každý intuitivně ví, co pojem životní spokojenost vyjadřuje, je velmi těžké jej definovat. Výzkum životní spokojenosti se potýká se základním problémem – v sociálních vědách neexistuje přibližná shoda, co tento pojem znamená (Hamplová, 2004, s. 12). Již Aristoteles říkal, že štěstí či spokojenost je něčím, na co mají lidé různé názory (Křivohlavý, 2002, s. 162). Objevuje se řada postojů, jak životní spokojenost chápat, a do jaké oblasti ji zařadit.

Blatný (2005) považuje životní spokojenost za klíčovou složku oblasti psychologie osobní pohody neboli well-being. Psychologie osobní pohody je samostatná disciplína, která se začala rozvíjet v posledních dvaceti letech a v současné době patří k intenzivně se rozvíjejícím oblastem psychologického výzkumu. Dle řady autorů (např. Diener, Suh, Oishi, 1997, Kebza, Sirgy, 2002) je osobní pohoda definována jako dlouhodobý, či přetrvávající emoční stav, ve kterém je reflektována celková spokojenost člověka s jeho životem. Zahrnuje kognitivní složku, která představuje vědomé hodnocení vlastního života, a emoční složku, která je souhrnem nálad, emocí a afektů. Životní spokojenost je řazena do složky kognitivní, tedy vědomé, globální hodnocení vlastního života jako celku (Blatný, 2005, s. 84-87).

Kebza a Šolcová (2003) řadí životní spokojenost, podobně jako Blatný, mezi kognitivní složky osobní pohody. Uvádějí, že problematika osobní pohody a spokojenosti dosáhla velké popularity při vydání definice zdraví Světovou zdravotnickou organizací roku 1948. Well-being je považován za důležitou charakteristiku zdraví – nejde jen o nepřítomnost choroby nebo poruchy, ale jedná se o stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody (well-being), (Kebza, Šolcová, 2003, s. 333-345).

Parsoon a Chaturvedi (2016) ve svém literárním přehledu uvádí, že pojetí životní spokojenosti je zakořeněno v době osvícenství 18. století, rozšířilo se však v 19. století jako prostředek k zajištění dobrého života lidí a jako prostředek ovlivňující rozvoj sociálního státu. Ve 20. století nahradily sociální indikátory tradiční ekonomická kritéria blahobytu a spokojenosti. Na základě toho vzešla myšlenka – za peníze si štěstí nekoupíš. Dávalo se přednost lidskému způsobu života před materiálním uspokojením. Začaly se vydávat důležité publikace popisující problematiku blahobytu, kvality života a spokojenosti, jako například „The Quality of American Life“ (Campbell et al., 1976), „Social Indicators of Well-being“ (Andrews and Withey, 1976), „The Social Progress of Nations“ (Estes, 1984). Autoři těchto publikací kladou

důraz na sociální vztahy, zdraví, dobré pracovní podmínky, svobodu, morální hodnoty a osobnostní rysy, jakožto zdroje životní spokojenosti (Parsoon, Chaturvedi, 2016, s. 25-32).

Dle zmíněného literárního přehledu vypracovaného autory Parsoon a Chaturvedi (2016) lze uvést další možná pojetí životní spokojenosti. Diener (1984) definuje životní spokojenost jako celkové hodnocení pocitů a postojů člověka v určitém časovém období od negativního k pozitivnímu. Neugarten (1961) vyjadřuje životní spokojenost pojmem „successful aging“ tedy jako „úspěšné stárnutí“. Ruut Veenhoven (1993) shrnul pojetí životní spokojenosti, jako pozitivní hodnocení kvality svého života jako celku. Diener a Smith (1999) zahrnují pod pojem životní spokojenost také touhu změnit život, spokojenost s budoucností a spokojenost s minulostí. Životní spokojenost byla pojata jako kognitivní složka subjektivního blaha. Vysoká spokojenost naznačuje, že kvalita života je ve zkoumané populaci dobrá, naopak nízká spokojenost znamená přítomnost nedostatků. Bradley a Corwyn (2004) říkají, že životní spokojenost odráží rozsah uspokojení základních potřeb a dosažitelných cílů. Z tohoto pohledu se zdá, že realizací více cílů se zvýší spokojenost se životem (Parsoon, Chaturvedi, 2016, s. 25-32).

Hnilica (2004) ve své publikaci uvádí definici celkové životní spokojenosti jako lineární a aditivní funkce spokojenosti v jednotlivých oblastech, ke kterým se řadí rodina, práce, zdraví, přátelé, ale i subjektivní oblasti života, ekonomický status a sociální postavení (Hnilica, 2004, s. 193-202).

Navzdory rozdílům v pojetí životní spokojenosti, štěstí a osobního blaha, nacházíme společný faktor – důraz na subjektivitu hodnocení. Lidé jsou spokojeni tehdy, pokud se tak cítí, nebo o sobě říkají, že se tak cítí (Hamplová, 2004, s. 13).

S životní spokojeností a psychologií osobní pohody úzce souvisí kvalita života. Samotný termín „kvalita života“ byl poprvé zmíněn již ve 20. letech v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. V poválečném období se objevil až v 60. letech v USA, kdy ukazatelem společenského blaha neměla být pouze kvantita spotřebovaného zboží, ale to, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije (Payne, 2005, s. 205-207).

Kvalitou se rozumí „jakost, hodnota“ tj. charakteristický rys, kterým se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku. Životem lze rozumět život obecně, popřípadě život určitého druhu jedinců. Spojení „kvalita života“ je široký, velmi složitý pojem, který je těžko uchopitelný a

dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí (Dvořáková et al., 2006, s. 18-33).

Termín „kvalita života“ se dodnes potýká se stejným problémem, jako pojem „životní spokojenost“. Tyto termíny k sobě mají blízko, ale nejedná se o synonyma. V literatuře nalezneme celou řadu definic, avšak neexistuje jedna, která by byla v průběhu posledních třiceti let všeobecně akceptována. Obecně lze shrnout, že kvalita života je chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů (sociální, zdravotní, ekonomické, enviromentální), které ovlivňují lidský rozvoj (Payne, 2005, s. 205-207).

Při vyjádření kvality života se nejčastěji setkáváme s předponou multi. Kvalita života je označována jako multidimenzionální, multifaktoriální a mluvíme o ní jako o fenoménu multiúrovňovém a multidisciplinárním (Gurková, 2011, s. 23).

Payne (2005) rozděluje koncept kvality života do dvou dimenzí – subjektivní a objektivní. Subjektivní kvalita života je spojena s lidskou emocionalitou a všeobecnou spokojeností se životem. Objektivní kvalita života představuje splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, fyzického zdraví a sociálního statusu (Payne, 2005, s. 207).

Křivohlavý (2002) rozděluje pojetí kvality života na statické a dynamické. O životě lidí lze na jedné straně hovořit jako o stavu v daný okamžik, na druhé straně lze hovořit o dynamickém vývoji života lidí. Křivohlavý dále klade důraz na rozsah kvality života. Lze se zabývat kvalitou života jednotlivce, ale také kvalitou života malé nebo velké skupiny lidí. Křivohlavý vychází z teorie Engela a Bergsma (1988), kteří se zabývají kvalitou života ve třech hierarchicky odlišných sférách – makro-rovina (velké společenské celky), mezorovina (malé sociální skupiny např. ošetrovatelský personál nemocnice) a osobní rovina (život jednotlivce). Dle Křivohlavého je při zkoumání kvality života důležité vymezit, o jakou skupinu jde (Křivohlavý, 2002, s. 162-164).

V literatuře Křivohlavého (2002) se dále setkáváme s pojetím kvality života v termínech životní spokojenosti. Dle psychologů je při definování kvality života kladen velký důraz na spokojenost – kvalitně žije ten, kdo je se svým životem spokojen, tedy ten, komu se daří dosahovat cílů, které si předsevzal. Na základě této teorie lze definovat kvalitu života jako prožívání životního uspokojení a kladného emocionálního afektu při absenci negativního afektu. Člověk pak žije v pohodě (well-being) a životní pohoda (wellness) má blízko k pojetí psychologické kvality života (Křivohlavý, 2002, s. 169-170).

2.1.1 Faktory ovlivňující životní spokojenost

Životní spokojenost je ovlivněna řadou faktorů, které na nás působí od dětství a mění se v průběhu celého života. Dle uvedených zdrojů je životní spokojenost globálním hodnocením vlastního života jako celku, tudíž na faktory, které ovlivňují životní spokojenost, nahlížíme z různých úhlů. Diener a spol. (1999) uvádějí demografické faktory (manželství, rodina, přátelé, věk, pohlaví, zaměstnání), faktory v oblasti chování (sociální kontakt, okolní společnost, životní události), osobnostní faktory (sebeúcta, osobnost, inteligence, pozitivní iluze) a biologické faktory, především zdraví. (Diener et al., 1999, s. 276-302).

Na základě řady výzkumů jsou v publikaci (Diener et al., 1999, s. 276-302) uvedena některá tvrzení. Stoupající věk pravděpodobně nemá přímý vliv na pokles životní spokojenosti. Ženy jsou ve srovnání s muži více náchylnější k depresím a negativní emocionalitě, avšak díky intenzivnějšímu prožívání pozitivních emocí se dokáží vyrovnat a obecně lze shrnout, že mezi pohlavími neexistují výrazné rozdíly v životní spokojenosti. Lidé v manželství prokazují vyšší životní spokojenost. Nezaměstnaní lidé tvoří údajně nejnešťastnější skupinu ze všech zkoumaných. Faktory chování a osobnostní faktory jsou často hlavními prediktory životní spokojenosti, jejich vliv je zásadní, avšak velmi těžko měřitelný. Zdraví, jakožto hlavní biologický faktor, závisí na individuálním vnímání situace. Pokud nejsou zdravotní problémy vážné a člověk se dokáže adaptovat, životní spokojenost nemusí být výrazně ovlivněna (Diener et al., 1999, s. 276-302), (Švandová, 2011, s. 26).

Dle Hamplové (2004) životní spokojenost souvisí nejen s tím, jak šťastní jsou lidé v rodině, ale i s tím, jak jsou spokojeni s prací. Práce ovlivňuje fyzické, ale i psychické zdraví. Podle starších studií se však ukázalo, že práce ovlivňuje životní spokojenost méně, než se obvykle předpokládá a má jen průměrný vliv na životní spokojenost. Nepatří k nejvýznamnějším, ale ani k nejméně významným faktorům. Steiner a Truxill (1989) došli k závěrům, že míra, v níž práce ovlivňuje životní spokojenost, souvisí s tím, jak důležitá práce pro daného člověka je (Hamplová, 2004, s. 18).

2.1.2 Měření životní spokojenosti

Jak je uvedeno v předchozích kapitolách, životní spokojenost představuje široký koncept, ke kterému mnozí autoři přistupují z různých hledisek. V měření životní spokojenosti a osobní pohody to není jiné. Ani v této oblasti nepanuje jasná shoda.

Během posledních tří desetiletí došlo k rozvoji v oblasti výzkumu osobní pohody. Jedna z důležitých událostí této oblasti nastala, když Diener roku 1984 formálně definoval subjektivní

pohodu a poskytl tak sdílenou koncepci výzkumníkům zabývajících se psychologií osobní pohody (well-being). Dle Dienera (1984) se subjektivní pohoda skládá z afektivní pohody (tj. z pozitivního a negativního vlivu) a životní spokojenosti. Životní spokojenost je kognitivním hodnocením života jako celku a posouzení životní spokojenosti je založeno na vlastních subjektivních kritériích (Margolis et al., 2018, s. 621-630).

Pro měření životní spokojenosti vytvořil roku 1985 Diener a kolektiv pětisložkovou diagnostickou metodu „The Satisfaction With Life Scale (SWLS)“ tedy „Škálu spokojenosti se životem“. Tato škála je dodnes dominantní metodou měření životní spokojenosti. Velmi rychle byla přijata a přeložena do dalších jazyků po celém světě. Tucker, Ozer, Lyubomirsky (2006) však uvádějí, že některé položky SWLS fungují odlišně napříč zeměmi. Přesto je metoda SWLS dominantní a většina studií tuto metodu používá (Margolis et al., 2018, s. 621-630).

Na základě SWLS vznikla roku 1998 metoda The Temporal Satisfaction With Life Scale (TSWLS), která doplňuje základní metodu o časový rámec. Životní spokojenost hodnotí ve třech liniích – v minulosti, přítomnosti a budoucnosti. Většina studií se spíše zaměřuje na celkovou životní spokojenost než na uspokojení konkrétní domény. Lidé mají ve svém životě odlišné priority. Někteří si mohou cenit svůj rodinný život před pracovním, u jiných je to přesně naopak. Otázkou tedy zůstává, jak shrnout jednotlivé domény do hodnocení celkové životní spokojenosti a zda považovat všechny domény za vyvážené (Margolis et al., 2018, s. 621-630).

Margolis a kolektiv (2018) přicházejí s novou metodou měření životní spokojenosti „The Riverside Life Satisfaction Scale (RLSS)“, která zahrnuje nepřímé ukazatele životní spokojenosti (např. přání změnit život), (Margolis et al., 2018, s. 621-630).

Rok po vytvoření metody SWLS vznikl v Německu „Dotazník životní spokojenosti (DŽS)“ (viz. kapitola 2.1.3).

V české literatuře Šolcová a Kebza (2005) navrhuje pro tuzemské potřeby klasifikaci metod měření osobní pohody s dlouhodobou vědeckou tradicí do šesti skupin (Kebza, Šolcová, 2005, s. 26-28):

- Pojímání jednotlivých dimenzí osobní pohody jednoduše nebo komplexněji, např. jednodimenzionální přístup A. Campbella (1976)
- Metody posuzující úroveň subjektivně prožívaného štěstí, např. Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness
- Metody hodnotící úroveň spokojenosti se životem SWLS (Diener, 1985)

- Metody zkoumající kvalitu života, např. dotazník WHOQOL (WHO, 1995)
- Přístupy hodnotící úroveň osobnostního růstu, např. Personal Growth Initiative Scale – PIGS (Robitschek, 1998)
- Přístupy hodnotící atribuční styly, např. Attribution Style Questionnaire – ASQ (Peterson et kol., 1982)

2.1.3 Dotazník životní spokojenosti – DŽS

Dotazník životní spokojenosti, označován zkratkou DŽS, vznikl roku 1986 autory Jochen Fahrenberg, Michael Myrtek, Jörg Schumacher a Elmar Brahler. Dotazník byl vytvořený v Německu, kde byl také standardizován na vzorku 2870 osob. Je určený pro adolescenty od 14 let a dospělou populaci. Do české verze byl přeložen a upraven Kateřinou Rodnou a Tomášem Rodným v roce 2001 (Testcentrum, 2001). Dotazník životní spokojenosti slouží k objektivnímu posouzení celkové životní spokojenosti a životní spokojenosti v deseti významných oblastech, které tuto spokojenost utváří. Životní spokojeností je zde podle autorů míněno individuální posouzení minulých a současných životních podmínek a perspektivy do budoucnosti (EBOZP, 2001).

Dotazník životní spokojenosti obsahuje deset škál – Zdraví, Práce a zaměstnání, Finanční situace, Volný čas, Manželství a partnerství, Vztah k vlastním dětem, Vlastní osoba, Sexualita, Přátelé, známí a příbuzní a Bydlení. Každá škála obsahuje sedm různých položek životní spokojenosti (viz. tabulka č. 1), na které zkoumaná osoba odpovídá na sedmibodové stupnici od „velmi nespokojen(a)“ k „velmi spokojen(a)“. DŽS se vyhodnocuje sečtením individuální odpovědi v každé z deseti škál. Index tzv. celkové životní spokojenosti je získán na základě sečtení dosažených skóre v sedmi oblastech – Zdraví, Finanční situace, Volný čas, Vlastní osoba, Sexualita, Přátelé, známí, příbuzní a Bydlení. Zbylé škály se do hodnocení celkové životní spokojenosti nezapočítávají. Standardizovaný dotazník umožňuje zachytit individuální spokojenost v různých životních oblastech a porovnat s reprezentativními normami. Konec dotazníku je opatřen přidanými sedmi otázkami k získání údajů o respondentovi (pohlaví, věk, dosažené vzdělání, rodinný stav, domácnost, společenský status, konkrétní zaměstnání), (Fahrenberg et al., 2001).

Tabulka 1 – Škály a položky dotazníku životní spokojenosti (Fahrenberg et al., 2001)

Zdraví	Tělesný zdravotní stav, duševní kondice, tělesná kondice, duševní výkonnost, obranyschopnost, bolest, přítomnost nemocí
Práce a zaměstnání	Postavení na pracovišti, budoucnost v zaměstnání, úspěchy, kariérní postup, atmosféra na pracovišti, pracovní zátěž, pestrost práce
Finanční situace	Plat, vlastnictví, životní standard, hmotné zajištění, budoucí výdělek, finanční situace v rodině, finanční zajištění ve stáří
Volný čas	Délka dovolené, volný čas, kvalita odpočinku, čas na koníčky, čas pro blízké, pestrost volného času
Manželství a partnerství	Požadavky, společné aktivity, upřímnost ve vztahu, pochopení, něžnost, bezpečí, ochota pomoci
Vztah k vlastní dětem	Vzájemné vycházení, úspěchy dětí, radost z dětí, námaha, vliv, uznání, společné aktivity
Vlastní osoba	Schopnosti, způsob žití, vnější vzhled, sebevědomí, povaha, vitalita, vycházení s ostatními
Sexualita	Tělesná přitažlivost, sexuální výkonnost, četnost sex. kontaktů, tělesné projevy, sexuální reakce, komunikace o sexualitě, vztah
Přátelé, známí a příbuzní	Okruh přátel, příbuzní, sousedé, podpora od přátel, veřejné aktivity, angažovanost, sociální kontakt
Bydlení	Velikost bytu, stav bytu, výdaje, poloha bytu, dostupnost dopravy, hluk, standard

2.2 Stres

Nežije člověk, který by nepoznal stres. Voják, který utrží zranění ve válce, matka, která se bojí o své dítě, sázkař sledující dostihy, majitel malého obchůdku bojující se bankrotu, obchodník usilující o další milion, ale i člověk přecházející rušnou křižovatku – ti všichni prožívají stres. Stresujícím faktorem může být cokoli – od kapajícího vodovodního kohoutku až po explozi (Selye, 2016, s. 21-27). Stres může mít mnoho podob, stal se synonymem toho, že není něco v pořádku, nebo že nejsme v tzv. rovnováze. Je vnímán jako negativní jev, který představuje obrovskou zátěž pro organismus a odráží se v psychické, fyzické i sociální rovině. V přiměřené a krátko trvající míře má však i pozitivní stránku, kdy upozorňuje člověka na hrozící nebezpečí a v požadovaných situacích dostává a udržuje tělo v pohotovosti (Venglářová, 2011, s. 47–50). Stres je navozen každou emocí, každou aktivitou a lidský systém musí být připraven ho snést. Přestože se v průběhu života stresu nelze vyhnout, člověk se musí naučit to, jak omezit jeho škodlivé účinky neboli „distres“ na minimum (Selye, 2016, s. 11).

Slovo stres vychází z anglického slova „stress“ neboli zátěž, nápor či tlak. Definice stresu je mnoho. Můžeme se setkat s definicí: „Stres je nespecifická obranná reakce organismu na

jakýkoliv požadavek, kterým byl organismus zatížen.“ Další možná definice zní: „Stres je setrvalá dlouhodobá tělesná nebo duševní zátěž vznikající v důsledku přehnaně vysokých či škodlivých podmětů,“ (Venglářová, 2011, s. 47-48). Novější definice pojímají stres jako „reakci na nerovnováhu mezi vnímaným požadavkem a vnímanou schopností tomuto požadavku vyhovět.“ Všechny definice mají společné to, že vždy dochází k narušení vnitřní rovnováhy člověka (Baštecká, Goldmann, 2001, s.239).

Baštecká a Goldmann (2011) ve své publikaci uvádějí, že Richard Neufeld (1982) namísto jedné definice stresu nabídnul seznam několika pohledů na stres, uváděných jednotlivými autory teorií stresu (některé podrobněji rozebrané v následující kapitole 2.2.1), (Baštecká, Goldmann, 2011, s. 240):

- Hans Selye roku 1978 – stres je stav projevující se specifickým syndromem, který se skládá ze všech nespecificky navozených změn uvnitř biologického systému
- Richard S. Lazarus roku 1975 – stres ohrožuje pohodu a zahrnuje nepříjemné emoce
- J. E. McCrath roku 1970 – stres předpokládá požadavky prostředí, které jsou povahy sociální nebo fyzické
- W. H. Teichner roku 1968 – stres je výchylka informačního vstupu za obvyklé hranice a vyvolává nerovnováhu mezi aktivací a kapacitou zpracovávat informace
- Mnoho autorů mezi lety 1973–1978 – stres zahrnuje osobní prožitky popisované jako „ohrožení ega“, „bolest“, „neživá hrozba“ a podobně

Všechny zmíněné názory na pojetí stresu mají jedno společné – do stresového stavu se dostává člověk, na kterého působí požadavky prostředí a on nemá dostatek zdrojů, aby na ně přiměřeně odpověděl (Baštecká, Goldmann, 2011, s. 240).

Národní studie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze z roku 2015, jejímž cílem bylo zkoumat projevy, souvislosti a dopady stresu v české populaci, přišla s několika statistickými údaji. Pro 39 % respondentů je zdrojem dlouhodobého stresu jejich zaměstnání. Projevy deprese vykazuje 31 % české populace a syndromem vyhoření se cítí být ohroženo až 34 % naší populace. Deprese i syndrom vyhoření mohou být závažnými následky dlouhodobého stresu (Raboch, Ptáček, 2015, s. 2-11). Americká instituce stresu dle statistik z roku 2014 uvádí, že až 33 % populace trpí pocity extrémního stresu, nebo že 77 % lidí zažívá stres, který ovlivňuje jejich fyzické zdraví a 73 % respondentů trpí stresem, který ovlivňuje jejich duševní zdraví (The American Institute of Stress, © 2019). Globální organizace

pro stres uvádí, že stres je největším zdravotním problémem studentů středních škol a 80 % Američanů zažívá při práci stres (Global Organization for Stress, © 2019).

2.2.1 Teorie stresu a jeho formy

Teoretická pojetí stresu se začala rozvíjet v průběhu 20. století, kdy pro mnoho badatelů v oblasti stresu bylo stěžejní, jaké chování člověk zvolí v těžké životní situaci, a co se v těchto situacích odehrává v lidském organismu. Na základě těchto otázek došlo k soustavnému experimentálnímu studiu. Teoretická pojetí stresu se mohou chápat v rovině biologické a psychologické. Za tvůrce teorie stresu se považují americký fyziolog Walter Bradford Cannon, kanadský lékař Hans Selye a americký psycholog Richard Stanley Lazarus. Studium fyziologických změn v organismu v těžkých konfliktních situacích se však v první řadě zabýval známý ruský fyziolog, lékař a psycholog Ivan Petrovič Pavlov (Paulík, 2017, s. 65-78).

Studie Ivana Petroviče Pavlova

I. P. Pavlov se zabýval studiem fyziologických změn v organismu psů, kteří se dostali do stresových situací. Hovořil o důsledcích těchto situací, jako o „stržení vyšší nervové činnosti“. Sledoval, co se děje v organismu psa například pomocí rozboru žaludečních šťáv nebo žaludeční píštěle, ale zaměřil se především na pozorování chování psů za těchto situací (Křivohlavý, 2003, s. 166-172).

Teorie Waltera Bradforda Cannona

Cannon je považován za průkopníka studia tzv. sympatoadrenálního systému při stresu, který vede k obraně proti hrozícímu nebezpečí. Cannon rozlišuje dva základní typy obrany „fight or flight“ tedy „útok nebo útek“. V situaci ohrožení dochází k aktivaci sympatického nervového systému a dochází tak k mobilizaci celého organismu. Vyvinul koncepci homeostázy, tedy stálost vnitřního prostředí organismu, kterou umožňují zpětnovazebné regulační mechanismy. V roce 1915 formuloval ve své publikaci „*Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*“ také poplachovou reakci organismu, na kterou později navázal H. Selye (Baštecká, Goldmann, 2011, s. 241).

Teorie Hanse Selyeho

H. Selye je nejvýznamnějším představitelem biologického pojetí stresu. Je považovaný za zakladatele tzv. kortikoidního pojetí stresu a za prvního autora systematické teorie stresu zahrnující problematiku adaptace. Navazuje na teorii Cannona a stres popisuje jako nespecifickou reakci organismu na podmínky narušující homeostázu. V roce 1936 pospal

obecný adaptační syndrom (general adaptation syndrome – GAS), jakožto biologickou reakci na utrpěný tlak (Paulík, 2017, s. 71-74).

GAS má dle Selyeho tři fáze:

- 1) **Poplachová fáze** – je aktivován autonomní nervový systém – sympatikus; dochází k mobilizaci sil potřebných ke zvládnutí zátěže; při silné zátěži reaguje organismus nejprve šokem a útlumem obraných reakcí, poté dochází k určité adaptaci na vzniklou situaci, ke zvýšení aktivace a obnově obrany k tzv. protišoku; dochází k řadě biochemických změn, které umožňují pohotové uvolnění energie
- 2) **Fáze rezistence** – je řízena parasympatikem, organismus se snaží vyrovnat se stresem; při dlouhodobém trvání se mohou objevit příznaky zhoršujícího se stavu organismu označované jako nemoci adaptace
- 3) **Fáze vyčerpání** – nastává, když zátěžový podnět přetrvává, nebo organismus není schopen reagovat; dochází k selhání adaptační a regulační schopnosti organismu, ke ztrátě obranyschopnosti; následuje vyčerpání a negativní důsledky, které mohou být fatální (Křivohlavý, 2003, s. 167)

Teorie Richarda Stanleyho Lazaruse

R. S. Lazarus je hlavním představitelem psychologického pojetí stresu. Klade důraz na kognitivní ohodnocení vzniklé situace. Říká, že člověk reaguje na ohrožení jako na ohrožení tehdy, když ho za ohrožení považuje. O přítomnosti stresu rozhoduje způsob, jakým vnímáme a hodnotíme situaci. Lazarus formuloval tzv. model dvojího zhodnocování situace ohrožení.

- **Prvotní zhodnocení situace** – klademe si otázku: „Ohrožuje mě daný podnět, nebo neohrožuje?“, týká se zvážení situace z hlediska ohrožení
- **Druhotné zhodnocení** – klademe si otázky: „Zvládnou to? A jak?“, týká se možnosti člověka zvládnout danou situaci

Lazarus tak přináší do problematiky stresu důležitý moment – respektování kognitivních, emocionálních a volních aspektů (Baštecká, Goldmann, 2011, s. 241-242).

Další modely stresu

- **Alostatický model** – přináší sjednocený pohled na význam stresu; pojem alostáza vznikl roku 1988 autory McEwenem a J. Eyerem; alostáza představuje provozní

rozmezí schopnosti organismu reagovat na podněty snížením nebo zvýšením hodnoty životně důležitých funkcí; alostatický model má dva základní výstupy – úroveň chování jedince a úroveň biologických reakcí (Baštecká, Goldmann, 2011, s. 242)

- **Interakční model stresu** – rozlišuje požadavky na vnější a vnitřní, podle toho, jak ovlivňují lidskou psychiku a organismus; vnitřní požadavky se vztahují k jedinci a mohou být aktivovány vhodnými podněty; vnější požadavky představují potenciální zdroje stresu ve smyslu problémů v mezilidských vztazích nebo pracovních problémů
- **Model zachování zdrojů** – model předpokládá, že člověk se snaží získat a udržet to, co je pro něj hodnotné tzn. důležité zdroje; stres vzniká, když existuje hrozba ztráty zdrojů, když dojde ke ztrátě zdrojů, nebo když investice zdrojů převyšuje očekávaný zisk
- **Informační model stresu** – za rozhodující považuje interpretaci vycházející z koncentrace pozornosti a kognitivního hodnocení; uplatňuje se paměť a schopnost rozhodovat o důležitosti podnětů (Paulík, 2017, s. 74-77)

Psychologické pojetí stresu R. S. Lazaruse a jeho definování primárního a sekundárního zhodnocení situace vedlo k odlišení negativně prožívaného stresu a stresu, který nám dodává aktivní energii a poskytuje pozitivní emotivní zážitek. Byly zavedeny dvě důležité formy stresu (Křivohlavý, 2003, s. 171):

- **Distres** – negativně prožívaný stres, který ve větší míře působí škodlivě; vede k přetížení člověka a v danou situaci převyšuje jeho možnosti; k distresu dochází tam, kde nemáme dost sil a možností zvládnout to, co nás ohrožuje a emocionálně nám není dobře
- **Eustres** – stres příjemný, pozitivní, dodávající energii; může při něm dojít k přetížení člověka, ale v kladném slova smyslu; jedná se o situace, kdy se snažíme zvládnout něco, co nám i při značném úsilí přináší radost – svatba, narození dítěte, ale i sportovní výkony i rizikové, adrenalinové zážitky

2.2.2 Stresory a salutory

Definování stresu jako nespecifické odezvy těla na jakýkoliv požadavek vede k tomu, že lidé na obecný biologický fenomén stresu nahlíží pouze ve smyslu problémů a jeho nepříjemných účinků vyvolávajících onemocnění. Stres se spojován s mentálním rozrušením, frustrací, tělesným vyčerpáním a únavou. Málokdy se pomyslí na to, že stres může být spojený s příjemnými, dokonce léčivými účinky. Nicméně tato úvaha je logická. Ve chvílích radosti a

pozitivního emocionálního vzrušení se člověk cítí plný energie, naopak v opačných chvílích si mnohem snáz připouští nerovnováhu a vyčerpání (Selye, 2016, s. 305).

Stresory

Faktory, které člověka zatěžují a on si je připouští jako faktory negativní a ohrožující se nazývají stresory. Stresorem je navozen pocit ohrožení, strach nebo pocit, že nad sebou člověk ztrácí kontrolu. Stresory vyjadřující mírné okolnosti se označují jako **ministresory**, například dlouhodobé ponižování v práci, dlouhodobý strach o blízkou osobu, nedostatek lásky. Negativní vliv ministresorů se však postupně sčítá a pokud nemá člověk k dispozici dostatečnou vyrovnávací hodnotu, mohou být zdrojem deprese (Venglářová, 2011, s. 51). Někdy se hovoří o tzv. každodenních útrapách neboli „daily hassles“. Jedná se o malé, relativně nedůležité nepříjemnosti (zmeškaná tramvaj, rozbitá sklenička, dopravní zácpa), které jednotlivě nic významného neznamenaají, přispívají však k celkové stresové zátěži a mohou být často poslední kapkou ke spuštění stresové reakce (Pešek, Praško, 2016, s. 14).

Faktory, které přesahují určitou hranici člověka, jsou deptající až ničící se označují jako **makrostresory**. Jedná se spíše o nárazové situace typu úmrtí v rodině, autonehoda, velká osobní ztráta, živelná katastrofa. Člověk je nemusí být schopen zvládnout (Venglářová, 2011, s. 51).

Za nejdůležitější stresor v životě lidí jsou považovány jednoznačně emoce, především ty, které vyvolávají distres. Emocionální stimuly na člověka působí neustále a somatické potíže doléhají z velké části právě na základě naší nervové odezvy (strach, bolest, frustrace), kterou vyvolávají (Selye, 2016, s. 306).

Stresory se mohou dále rozdělit z hlediska délky působení na:

- **Krátkodobé stresory**
- **Dlouhodobé stresory**

Z hlediska jejich původu na:

- **Fyzikální faktory** – nadměrný hluk, světlo, radiace
- **Fyziologické faktory** – nevhodné stravování, nedostatek pohybu, špatný spánek, přetěžování kosterních svalů
- **Psychické faktory** – nároky z pracovního zatížení, nároky ze školy, nesplněná očekávání, věk
- **Sociální faktory** – osobní vztahy, profesní perspektiva

- **Traumatické faktory** – silné události (úmrtí v rodině, ztráta zaměstnání, ztráta životní role (Venglářová, 2011, s. 51-52)

Salutory

Salutory jsou pozitivní životní faktory, které v těžkých situacích člověka posilují, povzbuzují a dodávají mu energii k boji či k odvaze (Křivohlavý, 2003, s. 170). Pomáhají člověku zvládnout stresovou situaci. Na rozdíl od stresorů, které nám automaticky dodává život, o salutory se musíme postarat sami. Příkladem může být smysluplnost vykonávané činnosti, pochvala, povýšení, uznání. Ideální stav je, když stresory a salutory jsou v rovnováze – tzn. máme rovnováhu mezi tím, co se od nás očekává, a tím, co můžeme dělat (Venglářová, 2011, s. 52-53).

2.2.3 Příznaky stresu

Při stresové reakci dochází k uvolnění hormonů a mobilizaci celého těla. Pokud působení stresorů neustává a je stále intenzivní může dojít k rozvoji chronického stresu. Chronický stres způsobuje řadu příznaků a ovlivňuje celkovou životní spokojenost. Mezi první příznaky dlouhotrvajícího stresu patří nespavost, podrážděnost, projevy deprese a bolesti hlavy. Stres má široký dopad na emoce, náladu i chování. Stejně důležité jsou však i účinky stresu na systémy, orgány a tkáně celého těla (The American Institute of Stress, © 2019).

„The American Institute of Stress (2019)“ uvádí až padesát příznaků stresu různého charakteru, například časté bolesti hlavy, zubů, kokaín, chvění, bolesti v krku, bolesti zad, slabost, závratě, pocení, studené ruce, sucho v ústech, potíže s polykáním, časté infekce, opary, vyrážky, nadýmání, problémy s dýcháním, záchvaty paniky, snížená sexualita, úzkost, strach, pocit viny, snížená chuť k jídlu, malý zájem o vzhled a mnoho dalších (The American Institute of Stress, © 2019).

V české literatuře se můžeme setkat s rozdělením příznaků stresu na behaviorální, fyziologické a psychické. Behaviorální příznaky přicházejí jako první (Křivohlavý, 2010, s. 22), (Venglářová, 2011, s. 53).

- **Behaviorální příznaky** – změny chování – nerozhodnost, změny v denním rytmu, stěžování si, snížená pozornost
- **Psychické příznaky** – časté změny nálad, podrážděnost, úzkost, únava, snížená potřeba sociálního styku

- **Fyziologické příznaky** – palpitace, bolesti, zažívací obtíže, impotence, nucení k močení

Následkem stresu dochází k různým změnám v našem těle. Řadí se sem změny kardiovaskulárního systému, gastrointestinálního, imunitního, močopohlavního, svalového, dýchacího i dermatologického systému. Jedno ze současných pojetí vlivu stresu na lidské zdraví hovoří o tom, že stres působí jako startér či spouštěč téměř každé nemoci (Křivohlavý, 2010, s. 26). „*Motivace našich snah žít zdravě je však složitější než jen bát se onemocnět. Záleží na našem postoji k životu, na tom, oč nám v životě jde, na celém našem životním nasměrování* (Křivohlavý, 2010, s. 27).“

2.2.4 Stresová reakce organismu

Ačkoli má stresová reakce individuální variabilitu a každý člověk vnímá své okolí jinak, biologická reakce na stres probíhá u každého přibližně stejně. Hlavním řídicím centrem stresové reakce organismu je mozek. Vyhodnocuje zátěž, řídí chování, kterým má člověk zátěž překonat a zároveň vyvolává fyziologické reakce, které umožňují aktivovat rezervy pro boj nebo útek. Odpověď organismu je v rovině neurohumorální. Probíhá na ose hypotalamus – hypofýza – nadledviny (dřeň i kůra), (Venglářová, 2011, s. 55).

V první fázi dochází díky hypotalamu k aktivaci sympatického nervového systému, který vyšle signál do dřeně nadledvin. Z dřeně nadledvin dojde k vyplavení katecholaminů (adrenalinu a noradrenalinu) do krve. Katecholaminy způsobují řadu změn v těle. Svaly a orgány potřebují dostatek energie a živin, proto dochází k jejich zvýšenému prokrvení, zrychluje se srdeční činnost, dýchání, zvyšuje se krevní tlak, krevní cukr a svalové napětí. Katecholaminová fáze probíhá poměrně rychle a uplatňuje se zejména v krátkce trvajících a méně náročných situacích (Kapounková, Pospíšil, © 2013).

Zároveň se v těle odehrává druhá fáze, ve které dochází k sekreci adrenokortikotropního hormonu (ACTH). ACTH je hormon hypofýzy, který stimuluje kůru nadledvin. Jejich stimulací se uvolní tzv. kortikoidy, které zasahují do metabolismu organismu. Hypofyzárně-adrenokortikotropní fáze připravuje organismus na déle trvající působení stresorů a uplatňuje se v situacích vyčerpání (Venglářová, 2011, s. 56).

Existence neurohumorální osy zapojující mozkovou kůru, hypotalamus, hypofýzu, nadledvinky i autonomní nervový systém určuje i charakter stresové reakce. Obecně jde o přípravu na útek, boj nebo nepříznivou reakci celkového strnutí. Prvotní stresová reakce je pro organismus výhodou, ale při delším trvání dochází k vyčerpání rezerv s nástupem nepříznivých důsledků

vedoucích k patologickým stavům. Stav stresu se projevuje v symptomech **obecného adaptačního syndromu (GAS)**, (viz. kapitola 2.2.1.) V poplachové fázi jsou hlavním faktorem katecholaminy, ve fázi rezistence se uplatňují hlavně kortikoidy. Ve fázi vyčerpání dochází k rozvratu metabolických procesů, které nemusí být vždy reverzibilní (Kapounková, Pospíšil, © 2013).

2.2.5 Zvládání stresu

Se stresem se člověk může vypořádat více způsoby. Základní typ obrany se dá vyjádřit jako „útok nebo útek“, jak činili naši předkové od pradávna (Humpolíček, 2014). Jak uvádí Paulík (2017), zvládání stresových situací může být v zásadě založeno na eliminaci stresorů (včetně jejich popírání nebo vyhýbání se), na získávání či mobilizaci vnějších zdrojů nebo posilování vlastních vnitřních zdrojů. Další možností, jak přistupovat ke kladeným nárokům, je rezignace na jakoukoli aktivitu a pasivně se poddat. Paulík (2017) ve své publikaci rozděluje zvládací mechanismy do dvou skupin – obranné mechanismy a copingové strategie. Někteří autoři tyto dvě skupiny neoddělují, Paulík (2017) však poukazuje na odlišnosti (Paulík, 2017, s. 115-120). Křivohlavý (1994) nahlíží na obranné mechanismy jako na riskantní a nebezpečné způsoby zvládání stresu, které vedou ke zkreslení reality (Křivohlavý, 1994, s. 59). Základní rozdíl spočívá v tom, že obranné mechanismy přicházejí automaticky, nevědomě a jedná se o klamná, iluzorní pojetí skutečnosti. Copingové strategie ovládá jedinec vůlí, berou ohled na realitu a jejich výsledkem je promyšlené chování (Paulík, 2017, s. 115-120). Coping a copingové strategie jsou podrobněji rozebrány v kapitole 2.2.6.

Obranné mechanismy

Adaptace na vzniklé nepříjemné situace ohrožující pocit jistoty člověka je často zabezpečována obrannými mechanismy. Jedná se o neuvědomělé způsoby omezování úzkosti, která pramení z ohrožení sebepojetí. Základem obranných mechanismů je změna, spíše zkreslení hodnocení a prožívání vnímané reality. Obrannými mechanismy se zabýval známý lékař, psycholog Sigmund Freud, který popsal několik typů obranných mechanismů (Paulík, 2017, s. 115).

Základní typy těchto mechanismů vedoucí k obraně sebepojetí a pocitu jistoty jsou **nevědomé vytěsnění a vědomé potlačení**.

Mezi další obranné mechanismy patří:

- Regrese – návrat k projevům chování odpovídající mladšímu věku
- Projekce – promítání svých pocitů do jiných lidí

- Introjekce – přivlastňování si pocitů jiných lidí
- Racionalizace – zdůvodňování si pomocí pochopitelných důvodů
- Bagatelizace – snižování významu dané skutečnosti
- Sebeobviňující chování – přičítání si viny
- Odčinění – snaha o nahrazení něčeho, co člověk způsobil
- Opačné postoje – vyhnout se odpovědnosti díky opačným postojům
- Sociální izolace – uzavření se do sebe
- Vzdání se něčeho ve prospěch jiného

Existují situace, kdy je použití zmíněných obranných mechanismů účelné a opodstatněné. V řadě situací jsou však spíše náhradními a neplnohodnotnými způsoby adaptace na zátěž podléhající různým zkreslením (Paulík, 2017, s. 116).

Lidská adaptace na zátěž je tedy realizována dvěma způsoby, jejichž společným znakem je ovlivnění emocí a snížení nežádoucího stresu. Jedná se o již zmíněné obranné reakce a reakce zvládací neboli o reakce copingové (Paulík, 2017, s. 117).

2.2.6 Coping a copingové strategie

Slovo coping znamená zvládat nadlimitní zátěž neboli umět si poradit a vypořádat se s mimořádně obtížnou, téměř nezvladatelnou situací. Původ slova je odvozován od řeckého slova „colaphos“, což znamená přímý úder, doslova prát se a snažit se někoho přemoci. Křivohlavý (1994) upozorňuje, že je důležité rozlišovat mezi adaptací a copingem. Adaptace je zvládání zátěže jako takové, zátěže, která je relativně v normálních mezích a pro člověka v poměrně dobře zvládnutelné toleranci. Coping je boj člověka s nepřiměřenou, nadlimitní zátěží a je potřeba vyvinout zvýšené úsilí k vyrovnání se s ní (Křivohlavý, 1994, s. 39-44). Způsoby zvládání stresu (copingem) se zabýval především R. S. Lazarus, ale i řada dalších autorů. V odborné literatuře je často coping definován Cohenem a R. S. Lazarusem (1990): *„Zvládáním (copingem) se rozumí snaha – jak intrapsychická (vnitřní), tak zaměřená na určitou činnost – řídit, tolerovat, redukovat a minimalizovat vnitřní i vnější požadavky kladené na člověka a střety mezi těmito požadavky. Jde přitom o požadavky mimořádně vysoké, které člověka značně namáhají a zatěžují nebo převyšují zdroje, které má daná osoba k dispozici (Křivohlavý, 1994, s. 43).“*

Termínem „strategie“ se v širším slova smyslu rozumí pečlivě vypracovaný plán nebo postup k dosažení zcela určitého, vytyčeného cíle. Strategiím zvládání stresu bylo věnováno mnoho

pozornosti. R. S. Lazarus roku 1966 vytypoval čtyři základní kategorie strategií copingu (Paulík, 2017, s. 119):

1. Strategie vyhýbání se noxám (škodlivin)
2. Strategie zahrnující různé druhy aktivit k posilování vlastní obranyschopnosti vůči noxám – posilování vlastních zdrojů
3. Strategie zaměřená na napadení útočníka – útok na obtěžující fenomén (noxu)
4. Strategie netečnosti (apatie) – pocity beznaděje, deprese, bezmocnosti

Strategie copingu se z hlediska jejího pochopení, jako boje „kdo z koho“, může dále dělit na – strategie obrany (defenzivní) a strategie útoku (ofenzivní), (Křivohlavý, 1994, s. 44). S ohledem na časovou perspektivu lze rozlišovat coping reaktivní, tzn. zvládnání stresu, který už nastal, a na coping proaktivní, který je zaměřený na potenciální stresové situace. S proaktivním copingem souvisí také pojem „anticipatory coping“. Tento pojem vyjadřuje procesy, které se odehrávají před tím, než se člověk dostane do těžké životní situace. Jedná se o přípravu myšlenkovou (kognitivní), emocionální i volní, o přípravu vhodných strategií, vytváření specifických dovedností a cvičení se v určitých postupech, které zvyšují odolnost a naději na zvládnutí zátěže (Křivohlavý, 1994, s. 43).

R. S. Lazarus později určil dva základní typy copingu podle jejich působení (Paulík, 2017, s. 119):

- **Coping zaměřený na problém** – spočívá v přímé akci, v úsilí získat a využít potřebné informace a uplatnit je při změnách vlastního chování nebo při zásazích do prostředí a vyhledávání pomoci od druhých
- **Coping zaměřený na emoce** – cílem je dostat své emoce pod kontrolu a udržet svou vnitřní rovnováhu, jedinec zpravidla mění názor na to, co se děje, dává událostem a jevům jiný význam

Základní rozhodnutí v boji se stresem vyžaduje, aby situaci, před níž člověk stojí, zařadil do jedné ze dvou tříd (Křivohlavý, 1994, s. 49):

- Situace je nezměnitelná
- Situace je změnitelná

Na základě toho bude mít rozhodnutí formu:

- Přijmout a akceptovat to, co se událo, jako hotovou věc

- Bojovat s nepříznivou situací, utkat se stresem a snažit se zvládnout obtíže vhodnou strategií

Cílem procesu zvládání stresu je tedy snížit úroveň toho, co člověka ohrožuje, tolerovat a unést určitou míru nepříjemností, zachovat si emocionální klid, zlepšit podmínky pro regeneraci a pokračovat v sociální interakci (Venglářová, 2011, s. 71).

Křivohlavý (1994) uvádí slova H. Syeleho: „*Když se ve stresu dostaneme do situace, která je pro nás výzvou k boji, pak je dobré si uvědomit, že může skončit ztrátou či ziskem. Jak tato situace skončí, to závisí do značné míry na naší schopnosti reagovat konstruktivně či destruktivně. Je při tom důležité znát pravidla hry* (Křivohlavý, 1994, s. 54).“

2.2.7 Hodnocení a měření míry stresu a strategií zvládání stresu

V odborné literatuře zabývající se problematikou stresu se v průběhu posledních čtyř desetiletí objevila řada různých metod diagnostikování a měření stresu. Zároveň došlo k rozvoji metod zjišťujících zvládání stresu. Měřicí metody v oblasti stresu tedy můžeme rozdělit na metody zjišťující přítomnost a míru stresu a na metody určené k zjišťování strategií zvládání stresu.

Dle Křivohlavého (2003) můžeme metody měřící přítomnost a míru stresu rozdělit do následujících skupin:

Využití poznatků o fyziologických a biochemických příznacích stresu. Nejčastěji se využívají údaje o katecholaminech v moči, což vychází z poznatků Cannona a H. Syeleho. Diagnostika stresu a míra napětí touto metodou je však možná pouze s využitím laboratorní techniky.

Využití dotazníků zaměřených na zjišťování psychologických příznaků stresu. Člověk ve stresu se chová jinak, jednou z metod je prosté pozorování chování lidí, které je součástí tzv. screeningu (průzkumu výskytu stresu). Mezi dotazníky můžeme zařadit **dotazník WHO** (Světové zdravotnické organizace), ve kterém se hodnotí emocionální, kognitivní a behaviorální příznaky distresu.

Využití dotazníků zaměřených na těžké životní události. Těžké situace mají vliv na psychický stav člověka. Známa je například **stupnice těžkých životních událostí** psychologů Holmesa a Raheho (1967), kteří jí na základě metody párového porovnávání publikovali v článku „Stressful Life Events“. Další metoda od stejných autorů se nazývá **SRRS** (Social Readjustment Rating Scale), kterou vytvořili na základě vzorku z více než pěti tisíc lidí.

Obdobnou metodou je **PERI** (Psychiatric Epidemiology Reaseach Interview), která se také zabývá přizpůsobováním se změnám v životě.

Využití dotazníků zaměřených na každodenní starosti. Ve smyslu Lazarusova modelu stresu kladoucího velký důraz na subjektivní hodnocení byl konstruován dotazník **HS** (Hassles Scale), kde „hassles“ je překládán jako „starosti, potíže“, dotazník obsahuje 117 položek. Na základě kritiky zmíněného dotazníků byly vytvořeny dva další – **SRLE** (Survey of Recent Life Experiences), tzn. přehled nedávných životních zkušeností. Obsahuje otázky na to, do jaké míry je daná situace náhodou, nebo naopak velice častou záležitostí. Obdobnou charakteristiku má i druhý dotazník zvaný **ICSRLE** (The Inventory of College Student's Recent Life Experiences), (Křivohlavý, 2003, s. 179-183).

Dle Paulíka (2017) řadíme mezi metody zjišťující zvládání stresu například:

- **COPE** – multidimenzionální inventář copingových strategií vzniklý roku 1989; obsahuje šedesát položek v patnácti subškálách, které představují určitou copingovou strategii
- **Brief COPE** – zkrácená verze COPE z roku 1997; obsahuje dvacet osm položek a čtrnáct subškál
- **CSI** – Coping Strategy Inventory z roku 1984; metoda založená na dotazování se na určitou situaci, kterou respondenti zažili v nedávné době; tvoří sedmdesát dva položek představujících reakce na stresové situace odstupňované od jedné do pěti bodů
- **SPNS** – dotazník z roku 2001; obsahuje dvacet čtyři situací představujících možné stresové situace ve čtyřech oblastech života – práce, zdraví, mezilidské vztahy, morálně-etické otázky (Paulík, 2017, s. 242-243)
- **SVF 78** – české vydání z roku 2003; obsahuje sedmdesát osm dotazovacích položek a jednotlivé strategie zvládání stresu jsou rozdělené do třinácti subtestů (Testcentrum, 2003); další informace jsou uvedeny v kapitole 2.2.8

2.2.8 Dotazník SVF 78

Dotazník SVF 78 je zkrácenou verzí původního dotazníku SVF 120. Jeho autory jsou Wilhem Janke a Gisela Erdmannová. První české vydání vzniklo roku 2003 díky překladu a úpravě Josefa Švancary. Zkratka SVF představuje německý termín „Stress verarbeitungs fragebogen“ tedy „Dotazník pro způsob zvládání stresu“. Dotazník umožňuje zachytit variabilitu způsobů, které jedinec uplatňuje při zvládání zátěžových situací. Autoři dotazníku předpokládali, že strategie zvládání stresu určité osoby jsou natolik vědomé, že je lze dokázat pomocí verbálních

technik. Dotazník je zaměřen na copingové strategie, které vedou k redukcí stresu (pozitivní strategie), nebo které vedou k zesílení stresu (negativní strategie), (Testcentrum, 2003).

Dotazník se skládá ze 78 dotazovacích položek a respondent se vyjadřuje na pětibodové škále souhlasu (vůbec ne – 0, spíše ne – 1, možná – 2, pravděpodobně – 3, velmi pravděpodobně – 4). Dle strategií zvládnání stresu je dotazník rozdělen do 13 subtestů: Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Náhradní uspokojení, Kontrola situace, Kontrola reakcí, Pozitivní sebeinstrukce (= pozitivní strategie), Potřeba sociální opory, Vyhýbání se (= neutrální strategie), Úniková tendence, Perseverace, Rezignace, Sebeobviňování (= negativní strategie). Bodové hodnoty se zaznamenávají do vyhodnocovacího listu, kde jsou jednotlivé položky řazeny dle subtestů do sloupců. Na základě sečtení bodů se určí hrubé skóry, hodnoty celkové pozitivní a negativní strategie (Janke, Erdmannová, 2003). Charakteristiky strategií zvládnání stresu jsou uvedené v tabulce č. 2.

Tabulka 2 – Charakteristiky strategií zvládnání stresu dotazníku SVF 78 (Janke, Erdmanová, 2003)

Název strategie	Charakteristika
Podhodnocení	Přisuzovat si menší míru stresu
Odmítání viny	Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost
Odklon	Odklon od zátěžových aktivit
Náhradní uspokojení	Obrátit se k pozitivním aktivitám
Kontrola situace	Analyzovat situaci, plánovat a kontrolovat
Kontrola reakcí	Zajistit, udržet kontrolu vlastních reakcí
Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly
Potřeba sociální opory	Přání zajistit si sociální oporu a pomoc
Vyhýbání se	Předsevzetí zamezit zátěžím, vyhnout se
Úniková tendence	Tendence vyváznout ze zátěžové situace
Perseverace	Nedokázat se myšlenkově odpoutat, přemítat
Rezignace	Vzdávat se pocitům bezmocnosti, beznaděje
Sebeobviňování	Připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání

2.3 Práce ve zdravotnictví

Zdravotnictví je socioekonomický systém, který má významný vliv pro život celé společnosti. Přispívá k tomu, aby mohlo být realizováno základní lidské právo na život v dobrém somatickém a psychickém stavu. Za výstup systému zdravotnictví je možné pokládat zdravotní

stav obyvatel, nicméně dobře fungující systém zdravotnictví je ovlivněn především faktory týkající se zdravotnického personálu. Bez zdravotnického personálu by žádná zdravotnická zařízení nemohla plnit svoji funkci (ČSÚ, 2010). Odborní pracovníci ve zdravotnictví jsou osoby, které získaly způsobilost k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta dle zákona č. 67/2017 Sb. (Zákon č. 67/2017 Sb.), a také osoby, které získaly způsobilost k výkonu nelékařských zdravotnických povolání dle zákona č. 201/2017 Sb. (Zákon č. 201/2017 Sb.).

Volba povolání a profesionální orientace je ovlivněna mnohými kvalitami člověka, například morálně volnými kvalitami, motivy pro volbu povolání, sebehodnocením, hierarchií hodnot. Práce ve zdravotnictví je řazena mezi tzv. pomáhající profese, které vyžadují mnohem přísnější požadavky na morální profil a hierarchii hodnot člověka (Zacharová, Gulášová, 2009, s.183-185).

Problém, se kterým se potýká české i zahraniční zdravotnictví, je nedostatek zdravotnického personálu, jehož důsledky mohou v budoucnu zásadním způsobem ovlivnit kvalitu a dostupnost zdravotní péče. Dle Hezckové (2018) není možné spoléhat pouze na potenciálně rychlá a jednoduchá řešení formou úpravy finančního ohodnocení nebo změny vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků, ale bude nezbytné zabývat se také velmi podrobně pracovním prostředím českých zdravotnických zařízení (Hezcková, 2018, s. 95-98).

2.3.1 Specifika práce všeobecných sester

Zdravotnictví zaměstnává přibližně deset procent všech pracovníků celé Evropské unie a až tři čtvrtiny z nich jsou ženy (Vévoda, 2013, s. 10). Práce všeobecné sestry je dána legislativou každého státu. V České republice jsou legislativní požadavky na způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry dány zákonem č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (Zákon č. 201/2017 Sb.) a vyhláškou Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 391/2017 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Vyhláška MZ ČR č. 391/2017 Sb.).

Všeobecná sestra poskytuje ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu, jejímž cílem je udržení, podpora a navrácení zdraví nemocných, uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou

zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin. Ve spolupráci s lékařem se všeobecná sestra podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní a neodkladné nebo dispenzární péči (Národní soustava povolání, © 2017).

Sestra má nezastupitelnou roli v pracovním týmu, spolu s lékaři tvoří hlavní složku v poskytování zdravotní péče. V současné době je v České republice základní kvalifikační vzdělání všeobecných sester na úrovni vyšších odborných škol a vysokých škol. Sestra získává roli specialistiky a stává se rovnocenným spolupracovníkem lékaře (Plachá, 2015, s. 60). Rozsah práce všeobecné sestry se neustále vyvíjí a s rostoucími kompetencemi roste i její zodpovědnost. Základní role všeobecné sestry zůstávají stejné, dle Staňkové (2002) všeobecná sestra zastupuje roli pečovatelky, edukátorky nemocného a jeho rodiny, roli obhájce pacienta, koordinátorky péče a roli asistenta (Staňková, 2002, s. 11-12).

Náročnost práce a psychofyzická zátěž

Zdravotnická povolání patří z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi vysoce náročná. Očekává se, že všeobecná sestra zvládne dnes již velmi odbornou činnost, práci s moderní technikou, fyzickou zátěž, dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných, vykonává různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopna se vypořádat s pracovními a rodinnými problémy (Duda, 2000, s. 70). Náročnost povolání všeobecné sestry určuje především psychosociální zátěž. V dlouhodobé perspektivě v důsledku nepřiměřených požadavků a omezené pozitivní sociální odezvy dochází poměrně často k příznakům chronické nespokojenosti (syndromu vyhoření), poruchám přizpůsobení a pracovní demotivaci. (Bártlová, Hajduchová 2010, s. 110).

Výzkumy zaměřené na negativní důsledky stresogenních faktorů v práci sestry potvrzují, že práce všeobecné sestry je spjata s vysokou mírou psychosociální zátěže (Gurková et al., 2013, s. 665). Se stárnutím obyvatelstva se obecně zvyšují požadavky na rozsah a efektivitu poskytované ošetrovatelské péče. Příčinou vzniku syndromu vyhoření a pracovní demotivace je kombinace osobnostních faktorů, osobní dispozice, ale především jsou to pracovní a organizační faktory (nátlak na sociální role, nedostatek autonomie, podceňování odbornosti, nedostatek sester, špatná organizace práce), (Bártlová, Hajduchová, 2010, s. 110). Nízká pracovní spokojenost a syndrom vyhoření patří v dnešní době k hlavním příčinám fluktuace sester, která sužuje české zdravotnictví (Ježorská et al., 2014, s. 10).

2.3.2 Specifika práce perioperačních sester a stresové faktory na operačním sále

Sestra pro perioperační péči je všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí, kterou získává specializačním vzděláním v oboru perioperační péče dle nařízení vlády č. 164/2018 Sb. (Nařízení vlády č. 164/2018 Sb.). Kompetence a činnosti práce perioperačních sester stanovuje vyhláška č. 391/2017 Sb., dle § 54 vykonává perioperační sestra péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů. Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře připravuje instrumentárium, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál, provádí specializované dezinfekční a sterilizační postupy, zajišťuje manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami, provádí početní kontroly nástrojů a jiného zdravotnického materiálu, provádí zarouškování operačního pole, a především instrumentuje při operačních výkonech. Na základě indikace lékaře zajišťuje polohu a fixaci pacientů a asistuje u méně náročných operačních výkonů (Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

Sestra pro perioperační péči je vysoce specializovaná odbornice, což je spojeno nejen s velkým množstvím práv, ale i závazků a vysokou mírou odpovědnosti. Práce v tomto oboru je rozmanitá a psychicky i fyzicky náročná. Od perioperační sestry se vyžaduje pečlivost, spolehlivost, emoční stabilita, trpělivost, týmová spolupráce, improvizace, ochota přijímat nové věci, fyzická zdatnost, výdrž a manuální zručnost (Wichsová et al., 2013, s. 48). Perioperační sestra poskytuje odbornou péči v úzkém osobním kontaktu s nemocným, ale především pracuje v multidisciplinárnímu týmu odborníků, proto je schopnost profesionální komunikace nedílnou součástí této profese (Wendsche et al., 2012, s. 16).

Stresové faktory na operačním sále

Operační trakt je specifické prostředí, které přináší četná omezení a rizika pro personál. Základní faktory stresu při práci na operačním sále jsou:

- **Fyzická zátěž** – hlavním problémem je statická zátěž (dlouhodobé stání a přetížení kloubního aparátu), nebo rizika spojená s přenosem infekčních onemocnění
- **Psychická zátěž a sociální stres** – psychická zátěž je dána vlastním charakterem práce, perioperační sestra má funkci podpůrnou, zajišťovací a nesmí selhat, jsou na ní kladeny požadavky na rychlost, přesnost a preciznost
- **Sociální vztahy a atmosféra na pracovišti** – interpersonální konflikty mohou mít fatální důsledky na psychické vyčerpání a kvalitu poskytované péče (Wendsche et al., 2012, s. 109)

- **Pracovní prostředí** – vzduchotechnika, klimatické podmínky, povinný typ oděvu, prašnost, hluk, osvětlení, RTG zátěž – to vše jsou faktory, které výrazně stěžují práci a pohodu personálu na operačním sále (Židková, 2010, s. 40-41)

2.3.3 Psychická zátěž a vliv stresu na celkovou životní spokojenost perioperačních sester

Práce perioperační sestry je profesí, u níž vyčerpání psychických rezerv znamená nejen ohrožení zdraví pacienta, ale i sebe. Perioperační sestry jsou neustále psychicky i emočně zatížené. Profese je náročná na vnímání, paměť a odborné vědomosti. Psychická a fyzická zátěž pak může ovlivnit celkovou životní spokojenost perioperačních sester. Na druhou stranu je nutné si uvědomit, že tato profese je pro sestry profesí prestižní a naplňující (Balková et al., 2012, s. 41-42).

Stres na perioperační sestry působí podobně jako na kteréhokoli člověka. Zvýšená míra stresu je dána pracovním prostředím, prací s pacientem a nutností spolupráce v multidisciplinárním týmu. Stresovým faktorům (uváděných v kapitole 2.3.2.) musí perioperační sestra čelit každý její pracovní den a stejně jako ostatní lidé čelí stresovým faktorům i mimo své zaměstnání (Křivohlavý, 2010, s. 16-30). Způsob, jakým se perioperační sestra vypořádá se stresem, záleží na jejích vnitřních zdrojích, osobní kapacitě a způsobu vnímání vzniklých situací, jak bylo uvedeno v kapitole 2.2.

Hnilica (2004) ve své výzkumné studii testoval vliv dvou oblastí života, práce a zdraví, na celkovou spokojenost se životem. Respondenti výzkumu nebyli z oblasti zdravotnictví, nicméně výsledky ukázaly, že pracovní spokojenost neovlivňuje celkovou životní spokojenost tak, jak bylo předpokládáno. Dle výzkumu je spokojenost s prací aditivní funkcí míry kontroly a psychické náročnosti práce. Pracovní spokojenost vykazuje s životní spokojeností vztah pouze díky své asociaci s dimenzí kontroly, tzn. pracovní autonomie a možnostmi uplatnit své kompetence a zájmy a osobně se rozvíjet (Hnilica, 2004, s. 193-202).

Cílem studie Gurkové et al. (2013) bylo zhodnotit úroveň subjektivní pohody českých a slovenských sester na vzorku 1055 osob. Výsledky ukázaly, že subjektivní pohoda sester byla na úrovni 60-70 % maxima stupnice, přičemž normativní hodnoty životní spokojenosti populace jsou 70-80 % maxima stupnice. Nejnižší míru spokojenosti tvořila oblast jistoty v budoucnosti (Gurková et al., 2013, s. 664-669). K podobnému závěru došla i studie Burešové (2015), která se zaměřila na kvalitu života sester. Podle průměrných hodnot v jednotlivých

oblastech kvality života byly sestry nejspokojenější s osobními vztahy a nejméně spokojené s jistotou do budoucnosti (Burešová, 2015, s. 14-17).

Výzkum Bártlové a Hajduchové (2010), ve kterém bylo zjišťováno, zda sestry pociťují tělesné a psychické vyčerpání s pocitem smutku a beznaděje, jejichž příčinou může být jejich povolání, ukázal, že téměř 2/3 dotázaných sester v poslední době pozoruje tělesné vyčerpání a psychické vyčerpání cítí až 53,3 % dotázaných sester (Bártlová, Hajduchová 2010, s. 110-115).

2.4 Rešeršní šetření

Rešerše odborné literatury k diplomové práci byla tvořena od července do října roku 2019. Základní přehled literatury byl získán na základě vypracované rešerše z Národní lékařské knihovny, která poskytla velké množství českých i zahraničních kvalitních článků a monografií. Užší přehled odborné literatury byl získán díky rešerši z Krajské knihovny Vysočina. Následně byla odborná literatura vyhledávána pomocí PICO otázky a Booleovských operátorů přes databáze PubMed, EBSCOhost, MEDVIK a pomocí internetového vyhledavače. Byla použita literatura v českém, slovenském a anglickém jazyce. V diplomové práci je použit citační styl ISO 690.

Vysokoškolské kvalifikační práce, jejichž výsledky jsou porovnávány v diskuzi, byly vybrány dle kritéria podobného zaměření, požitě metody sběru dat a roku dotazníkového šetření. K porovnání výsledků byla zařazena diplomová práce Dolejšové „Psychosociální aspekty v práci perioperační sestry“ (FZS, Univerzita Pardubice), jejímž dílčím cílem bylo zjištění životní spokojenosti perioperačních sester za využití dotazníku DŽS. Dotazníkové šetření probíhalo od listopadu 2018 do ledna 2019. Předmětem diplomové práce Kratochvílové „Vliv práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví“ (FZS, Univerzita Pardubice) bylo zjistit, jak práce na operačním sále ovlivňuje psychosociální zdraví perioperačních sester. Dotazníkové šetření probíhalo od července do října roku 2018. Hodnocení strategie zvládnutí stresu u perioperačních sester za využití dotazníku SVF 78 zatím nebylo předmětem zkoumání vysokoškolské práce. Výsledky lze částečně porovnat s bakalářskou prací Poláchové „Strategie zvládnutí zátěže u sester na různých zdravotnických pracovištích“ (FHS, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně), která využila dotazník SVF 78 pro všeobecné sestry na interních a chirurgických pracovištích. Dotazníkové šetření probíhalo jeden měsíc v roce 2015. Strategiím zvládnutí stresu u nelékařských zdravotnických pracovníků se také věnuje diplomová práce Hájkové „Strategie zvládnutí stresu, pracovní zátěž a depresivita u zdravotních sester“ (FF, Masarykova univerzita),

jejímž hlavním cílem bylo zjistit míru psychické zátěže a ovlivnění zdraví této skupiny zdravotníků. Dotazníkové šetření probíhalo od listopadu 2016 do března 2017.

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

3.1 Hypotézy

V návaznosti na teoretické poznatky a cíle diplomové práce byly formulovány následující pracovní hypotézy.

Pracovní hypotéza č. 1: Celková životní spokojenost perioperačních sester neodpovídá celkové životní spokojenosti populace stanovené autory DŽS.

Pracovní hypotéza č. 2: Hodnota celkové životní spokojenosti perioperačních sester souvisí s věkem.

Pracovní hypotéza č. 3: Hodnota celkové životní spokojenosti perioperačních sester je vyšší u respondentek žijících v manželství.

Pracovní hypotéza č. 4: Volba strategie zvládnání stresu souvisí s hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester.

Pracovní hypotéza č. 5: Subjektivní hodnocení spokojenosti na pracovišti souvisí s celkovou životní spokojeností perioperačních sester.

3.2 Použitá metodika

Diplomová práce je teoreticko-průzkumného charakteru. Průzkumná část využívá metody kvantitativního výzkumu, který zachycuje realitu pomocí měřitelných proměnných a jeho cílem je mimo jiné nalézt vzájemné vztahy mezi těmito proměnnými. Přináší numerická data měřených proměnných a na základě teoretických východisek formuluje hypotézy, které statisticky testuje a získané výsledky interpretuje. Cílem kvantitativního výzkumu je ověření platnosti teorie či hypotéz, jejich potvrzení nebo vyvrácení. Výsledky kvantitativního výzkumu jsou zobecnitelné na základní populaci, ze které byl výběrový soubor vybrán (Vévodová, Ivanová, 2015, s. 49). Diplomová práce je zpracována ve formě průzkumu, u kterého výsledky nelze zevšeobecňovat, avšak využívá stejné metody a techniky jako kvantitativní výzkum.

3.2.1 Průzkumný nástroj

Za nejvhodnější metodu sběru dat kvantitativního výzkumu je považován standardizovaný dotazník, který je validní a reliabilní. Validita testu je míra shody mezi naměřenými výsledky a tím, co bylo měřeno. Reliabilita znamená spolehlivost, s níž test měří to, co měří. (Vévodová, Ivanová, 2015, s. 59). V diplomové práci byl za průzkumný nástroj zvolen standardizovaný dotazník životní spokojenosti DŽS a standardizovaný dotazník hodnotící strategie zvládání stresu SVF 78. Standardizované dotazníky byly doplněny o anamnestický dotazník vlastní tvorby, který se zaměřuje na osobní data a hodnocení spokojenosti na pracovišti. Dotazníky jsou v příloze A-C.

Dotazníky DŽS a SVF 78 jsou představeny v teoretické části v kapitolách 2.1.3. a 2.2.8., následující text se zaměřuje na jejich vyhodnocení. DŽS obsahuje deset hodnotících škál: Zdraví, Práce a zaměstnání, Finanční situace, Volný čas, Manželství a partnerství, Vztah k vlastním dětem, Vlastní osoba, Sexualita, Přátelé, známí a příbuzní a Bydlení. Každá hodnotící škála je tvořena sedmi tvrzeními, na které respondent odpovídá na sedmibodové stupnici od stupně „velmi nespokojen/a“, který je ohodnocen jedním bodem až po stupeň „velmi spokojen/a“, kterému náleží sedm bodů. Z každé oblasti je proveden bodový součet, kterým se získá hrubé skóre ve vyhodnocovacím listu respondenta. Pro další vyhodnocení jsou použity staninové normy rozdělené dle věku a pohlaví respondentů. Na základě hrubého skóre a staninových norem se u každé oblasti určí příslušná stanina. Stanin je celkem 9. Četnost výskytu pro jednotlivé staniny u populace jsou stanoveny DŽS, což znázorňuje tabulka č. 3. Hodnoty procentuálního zastoupení respondentů by se v ideálním případě měly alespoň blížit hodnotám výskytu u populace (Dolejšová, 2019, s. 52).

Tabulka 3 – Četnost výskytu populace jednotlivých stanin (Fahrenberg et al., 2001)

Staniny	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Četnost výskytu u populace [%]	4,00	7,00	12,00	17,00	20,00	17,00	12,00	7,00	4,00

Výsledná stanina každé oblasti odpovídá určité úrovni životní spokojenosti dle stanovení DŽS, jak ukazuje tabulka č. 4.

Tabulka 4 – Rozdělení životní spokojenosti a procentuálního zastoupení u populace dle kategorie stanin (Fahrenberg et al., 2001)

Kategorie stanin	Úroveň životní spokojenosti	Četnost výskytu u populace [%]
1-3	Podprůměrná životní spokojenost	23 %
4-6	Průměrná životní spokojenost	54 %
7-9	Nadprůměrná životní spokojenost	23 %

Následuje vyhodnocení celkové životní spokojenosti, které odpovídá součtu hrubých skóre sedmi oblastí (není započtena oblast: Práce a zaměstnání, Manželství a partnerství, Děti). Za použití staninových norem je opět přiřazena stanina, která odpovídá výše zmíněnému rozdělení.

Dotazník SVF 78 je tvořen 78 dotazovacími položkami, které vyjadřují různé reakce člověka v situacích, kdy je něčím nebo někým poškozen, vnitřně rozrušen, nebo vyveden z míry. Respondent odpovídá na pětibodové škále souhlasu (vůbec ne – 0, spíše ne – 1, možná – 2, pravděpodobně – 3, velmi pravděpodobně – 4). Zvolené odpovědi respondentů se pomocí příslušných bodů zaznamenávají do vyhodnocovacího listu, kde jsou jednotlivé položky řazeny podle subtestů do 13 sloupců. Subtesty vyjadřují jednotlivé strategie zvládnání stresu. Bodové hodnoty se v každém sloupci sečtou a tím je získán hrubý skóre pro každý subtest. Vyhodnocení dotazníku probíhá na úrovni jednotlivých subtestů a na úrovni sekundárních hodnot. Hrubý skóre každého subtestu se pomocí tabulky převede na tzv. T-skóre, který je zaznamenán do testového profilu. T-skóre je standardizované skóre, které vzniká lineární transformací z původně zjištěných hodnot. Vyhodnocení SVF 78 na úrovni sekundárních hodnot znamená vyhodnocení celkové pozitivní strategie a celkové negativní strategie. V rámci pozitivní strategie jsou další tři dílčí strategie. Hrubý skóre celkové pozitivní strategie odpovídá aritmetickému průměru hrubých skóre prvních sedmi subtestů: Podhodnocení, Odmítání viny, Odklon, Náhradní uspokojení, Kontrola situace, Kontrola reakcí, Pozitivní sebeinstrukce. Dílčí pozitivní strategie

č.1 odpovídá aritmetickému průměru hrubých skóreů subtestů Podhodnocení a Odmítání viny. Dílčí pozitivní strategie č. 2 odpovídá aritmetickému průměru hrubých skóreů subtestů Odklon a Náhradní uspokojení. Dílčí pozitivní strategie č. 3 odpovídá aritmetickému průměru hrubých skóreů subtestů Kontrola situace, Kontrola reakce a Pozitivní sebeinstrukce. Celková negativní strategie je určena aritmetickým průměrem hrubých skóreů subtestů: Úniková tendence, Perseverace, Rezignace, Sebeobviňování. Hrubé skóreů sekundárních hodnot se pomocí tabulky převedou na T-skóreů. Subtesty Potřeba sociální opory a Vyhýbaní se jsou považovány za neutrální a nevztahují se k žádné z uvedených strategií (Janke, Erdmannová, 2003).

Anamnestický dotazník vlastní tvorby „Spokojenost na pracovišti“ obsahuje 10 uzavřených otázek. Otázky č. 1, 2, 9 jsou trichotomické, otázka č. 5 polytomická. Otázky č. 3, 4 mají doplňující uzavřenou otázku, otázky č. 6, 7 jsou tvořeny několika tvrzeními a respondent odpovídá na čtyřbodové stupnici spokojenosti. Otázka č. 8 obsahuje čtyři tvrzení, na které respondent odpovídá ano/ne. Otázka č. 10 zahrnuje stupnici od jedné do deseti, na které respondent hodnotí spokojenost se současnou prací (1 = maximální nespokojenost, 10 = maximální spokojenost). Odpovědi respondentů na vybrané otázky byly zaznamenány do programu Microsoft Office Excel a následně zpracovány pomocí popisné statistiky v programu STATISTICA 12.

3.2.2 Strategie průzkumného šetření

Do průzkumného šetření byly zapojeny perioperační sestry centrálních operačních sálů čtyř zdravotnických zařízení fakultního, krajského a okresního typu. Určujícím faktorem výběru zdravotnických zařízení byla především jejich dostupnost a ochota spolupráce. Po kompletizaci a přípravě dotazníků byli osloveni vedoucí pracovníci operačních sálů vybraných zdravotnických zařízení. Zároveň byly podány žádosti o provedení výzkumu, které byly brzy se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče a referentky Oddělení organizace řízení vráceny. Po ústním souhlasu vedoucích pracovníků operačních sálů byla provedena pilotní studie u čtyř perioperačních sester a předvýzkum u osmi perioperačních sester z jednoho vybraného zdravotnického zařízení. Následovalo samotné dotazníkové šetření v období od června do října roku 2019. Ve spolupráci s vrchními sestrami operačních sálů byly dotazníky sebrány a připraveny k vyhodnocení. Popis sběru dat je rozšířen v kapitole 3.2.5.

3.2.3 Průzkumný soubor

Průzkumný soubor byl vybrán na základě záměrného výběru dle několika kritérií. Do souboru byly zařazeny perioperační sestry pracující na centrálních operačních sálech bez ohledu na

specializační vzdělání, bez rozdílu věku a pohlaví s podmínkou minimálně roční praxe na operačním sále. Další podmínkou zařazení respondentů do dotazníkového šetření byl jejich ústní souhlas a ochota vyplnit příslušné dotazníky. Tyto podmínky byly prezentovány při úvodní schůzce s vrchními sestrami centrálních operačních sálů, které odpovědnost za dodržování kritérií přijaly.

3.2.4 Etické aspekty

Etika je teorií mravnosti. Je chápána jako vědní disciplína, jejíž předmětem zkoumání jsou morální jevy a zásady chování, které uznává společnost. Při realizaci průzkumu je nutné řešit etické otázky. Respondentům je nutné garantovat svobodnou volbu v účasti na průzkumu. Musejí se rozhodovat s vědomím, že jde o účast dobrovolnou a musejí být plně poučeni o podstatě průzkumu a možných rizicích, které z něho plynou. Mezi etická pravidla průzkumu také patří ochrana osobních údajů a zachování anonymity (Vévodová, Ivanová, 2015, s. 59-60).

Před zahájením průzkumného šetření byly získány písemné souhlasy na základě formuláře „Žádost o provedení výzkumu v rámci závěrečné práce“ od náměstkyň ošetrovatelské péče a referentky Oddělení organizace řízení ze všech vybraných zdravotnických zařízení. Zmíněným formulářem se diplomová práce zavazuje k povinné mlčenlivosti, ochraně osobních a citlivých údajů respondentů, anonymitě respondentů a zdravotnického zařízení. Součástí dotazníků je předmluva, které seznamuje respondenty se záměrem průzkumu a se způsobem zpracování získaných dat. V předmluvě je také slíbena veškerá anonymita. Vrchní sestry byly ujistěny, že ony nebo respondenti mohou kdykoli od průzkumu odstoupit. Souhlas respondentů s účastí na průzkumu byl zajištěn ústní formou a ochotou vyplnit příslušné dotazníky. V diplomové práci nejsou uvedeny žádné osobní údaje respondentů.

3.2.5 Sběr dat

Sběru dat předcházela pilotní studie a předvýzkum. Pilotní studie u čtyř perioperačních sester probíhala formou nestandardizovaného rozhovoru. Jejím cílem bylo ověření proveditelnosti průzkumu. Předvýzkum, kterého se účastnilo osm perioperačních sester, měl za úkol otestovat průzkumné nástroje. Výsledky pilotní studie a předvýzkumu neprokázaly nedostatky, které by mohly negativně ovlivnit sběr dat, a proto byly dotazníky a strategie průzkumného šetření ponechány beze změn.

Sběr dat probíhal od června do října roku 2019. Pro každého respondenta byla přichystána eurofolie obsahující tři zmíněné dotazníky tvořící jeden celek (1 eurofolie = 1 dotazník).

Na základě předem domluvených kritérií byly dotazníky vrchními sestrami rozdány respondentům. Na každém pracovišti byl určen plastový box, do kterého respondenti své vyplněné dotazníky vložili.

V rámci průzkumného šetření bylo rozdáno 130 dotazníků (100 %). Celková návratnost činila 106 dotazníků (81,5 %). Z důvodu neúplného vyplnění bylo vyřazeno 6 dotazníků. Následně bylo zjištěno, že průzkumný soubor tvoří pouze ženy. Pro zpracování dat bylo použito 100 správně a kompletně vyplněných dotazníků (76,9 %).

3.3 Analýza a vyhodnocení dat

Získaná data od respondentů byla přepsána do programu Microsoft Office Excel 2016 a následně převedena do programu STATISTICA 12, kde byla zpracována pomocí grafů a tabulek. Vyhodnocení dotazníků je rozpracováno do jednotlivých kapitol z důvodu přehlednosti a podání ucelených informací. K interpretaci dat byla použita popisná statistika. Pro názornější vyhodnocení výsledků každé oblasti dotazníku životní spokojenosti byla navíc ověřena shoda či neshoda předpokládané četnosti výskytu u populace stanovené autory dotazníku s četností výskytu u respondentek. K ověření byl použit statistický test chí-kvadrát dobré shody. U vyhodnocení dotazníku SVF 78 byl kromě popisné statistiky použit také Wilcoxonův párový neparametrický test mezi proměnnými celkové pozitivní strategie a celkové negativní strategie. Testování mělo potvrdit či vyvrátit statisticky významný rozdíl mezi výsledky obou proměnných.

3.3.1 Vyhodnocení dotazníku životní spokojenosti

K vyhodnocení životní spokojenosti respondentek byla použita data ze 100 správně a kompletně vyplněných dotazníků. Vzhledem k tomuto počtu dotazníků je absolutní četnost výskytu respondentek rovna relativní četnosti jejich výskytu (výjimka – oblast děti).

Chí-kvadrát test dobré shody je statistická neparametrická metoda, která zjišťuje, zda sledovaná veličina odpovídá rozdělení pravděpodobnosti určitého typu. Pro testování shody či neshody předpokládané četnosti výskytu u populace s četností výskytu u respondentek byla použita hladina významnosti $\alpha = 0,05$ což odpovídá 5,00 %. Pro všechny oblasti dotazníku životní spokojenosti platí následující stanovení nulové a alternativní hypotézy:

- H_0 : Rozložení četností výskytu u respondentek odpovídá rozložení četností výskytu u populace.
- H_A : Rozložení četností výskytu u respondentek neodpovídá rozložení četností výskytu u populace.

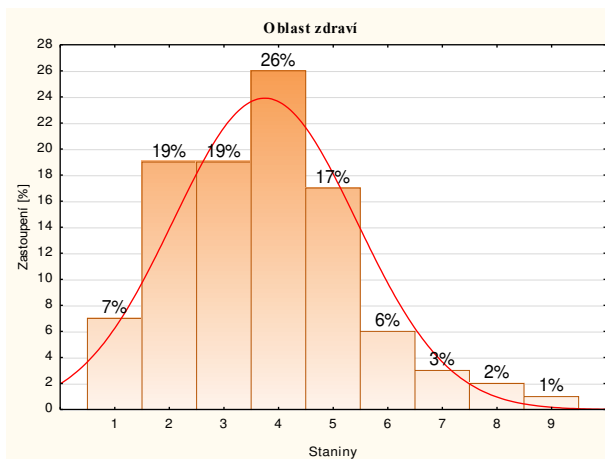
K potvrzení nebo zamítnutí shody (tzn. nulové hypotézy) byla použita p-hodnota. Jestliže výsledná hodnota p byla menší než hladina významnosti $\alpha = 0,05$, nulová hypotéza byla zamítnuta. Pokud výsledná hodnota p byla větší než $\alpha = 0,05$, nulová hypotéza byla přijata (tzn. existuje shoda mezi rozložením četnosti výskytu u respondentek a populace).

Oblast zdraví

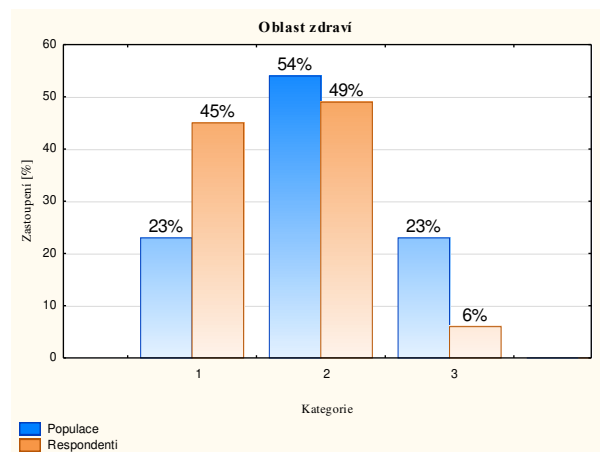
Obrázek č. 1 vyobrazuje relativní četnosti výskytu respondentek u jednotlivých stanin. Z histogramu je patrné, že v oblasti zdraví je nejvíce zastoupena stanina 4 s 26 % respondentek, která odpovídá kategorii průměrné životní spokojenosti. Se zdravím je maximálně spokojena pouze jedna respondentka, což zobrazuje zastoupení staniny 9, naopak se svým zdravím je minimálně spokojeno 7 respondentek, což zobrazuje zastoupení staniny 1 (vzhledem k počtu respondentek je absolutní četnost rovna relativní četnosti).

Rozdělení stanin do jednotlivých kategorií v oblasti zdraví znázorňuje obrázek č. 2. Na podprůměrnou životní spokojenost dosáhlo 45 % respondentek, průměrné životní spokojenosti 49 % a na nadprůměrnou životní spokojenost pouze 6 % respondentek. Tyto hodnoty jsou vyobrazeny oranžovou barvou v histogramu. Předpokládaný výskyt v populaci, který odpovídá normálnímu rozložení dat, je vyobrazen modrou barvou.

Obrázek 1 – Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti zdraví



Obrázek 2 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti zdraví



Tabulka č. 5 znázorňuje výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti zdraví. Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria je 51,81 se stupněm volnosti 8. Výsledná hodnota p je v tomto případě rovna 0,000. Hodnota p je menší než 0,05. Nulová hypotéza je zamítnuta.

Rozložení četností výskytu u respondentek se statisticky významně liší od rozložení četností výskytu u populace.

Tabulka 5 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti zdraví

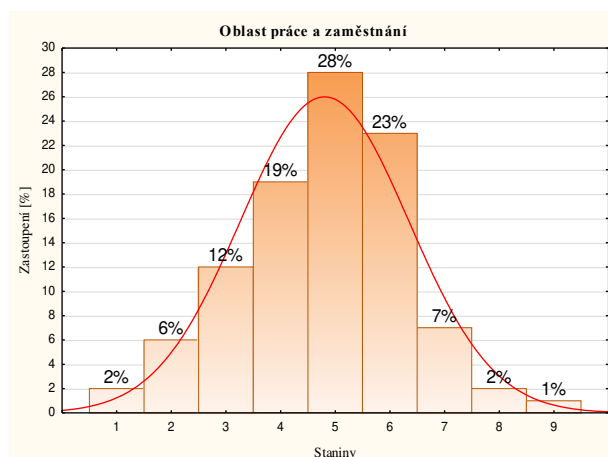
p – hodnota	Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria	Stupeň volnosti
0,000	51,81	8

Oblast práce a zaměstnání

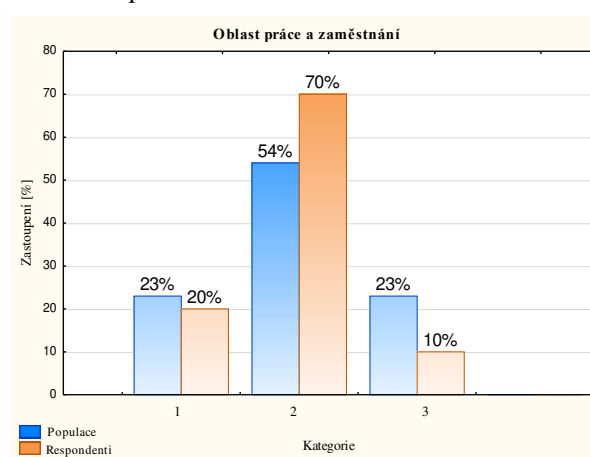
Na obrázku č. 3 jsou znázorněny relativní četnosti výskytu respondentek u jednotlivých stanin v oblasti práce a zaměstnání. V této oblasti je nejvíce zastoupena stanina 5 s 28 % respondentek. Stanina 5 odpovídá kategorii průměrné životní spokojenosti. Maximální spokojenost s prací vykazuje jedna respondentka, což zobrazuje zastoupení staniny 9, a dvě respondentky jsou s touto oblastí minimálně spokojeny, což zobrazuje zastoupení staniny 1.

Na obrázku č. 4 je vyobrazeno procentuální zastoupení respondentek jednotlivých kategorií stanin v porovnání s referenčními hodnotami populace v oblasti práce a zaměstnání. Podprůměrné životní spokojenosti dosáhlo 20 % respondentek, průměrné životní spokojenosti 70 % a na nadprůměrnou životní spokojenost dosáhlo 10 % respondentek. V histogramu je patrné převýšení relativní četnosti výskytu respondentek v porovnání s relativní četností výskytu u populace v kategorii průměrné životní spokojenosti.

Obrázek 3 – Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti práce a zaměstnání



Obrázek 4 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti práce a zaměstnání



Tabulka č. 6 podává ucelené informace o výsledcích chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti práce a zaměstnání. Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria je 14,60 se stupněm

volnosti 8. Výsledná hodnota p je 0,067. Platí vztah $p > 0,05$. Nulová hypotéza není zamítnuta. Existuje shoda mezi rozložením četností výskytu respondentek a rozložením četností výskytu populace.

Tabulka 6 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti práce a zaměstnání

p – hodnota	Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria	Stupeň volnosti
0,067	14,60	8

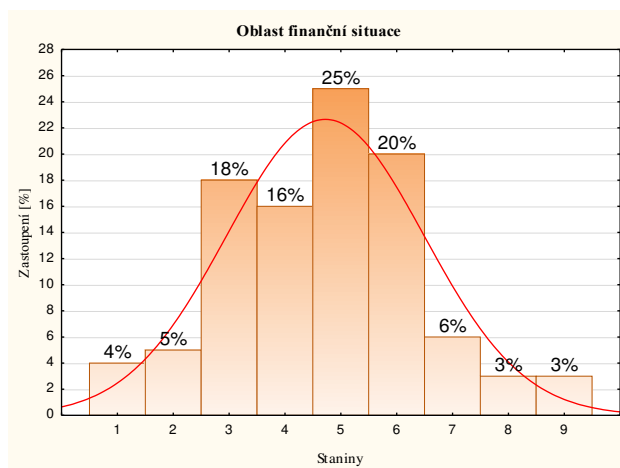
Oblast finanční situace

Obrázek č. 5 zobrazuje relativní četnosti výskytu respondentek u jednotlivých stanin v oblasti finanční situace. Histogram znázorňuje nejvyšší zastoupení respondentek (25 %) u statniny 5, která odpovídá kategorii průměrné životní spokojenosti. Maximálně jsou s finanční situací spokojeni tři respondentky, čemuž odpovídá zastoupení staniny 9. Minimální spokojenost v oblasti financí vykazují čtyři respondentky, což ukazuje zastoupení staniny 1.

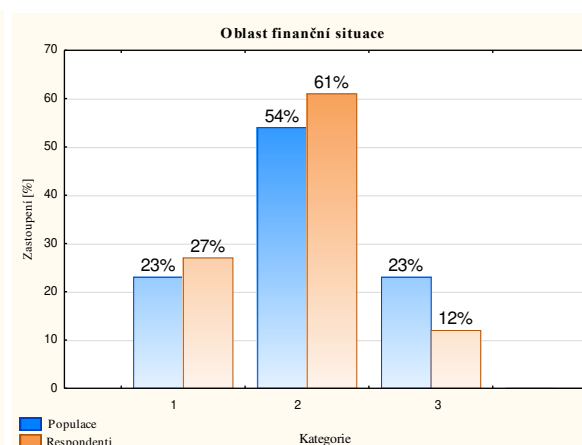
Obrázek č. 6 vyobrazuje procentuální zastoupení jednotlivých kategorií respondentek a populace v oblasti finanční situace. Dělení stanin do jednotlivých kategorií, tj. 1, 2 a 3, pro oblast finanční situace odpovídá u respondentek rozdělení:

- 27 % - podprůměrná životní spokojenost
- 61 % - průměrná životní spokojenost
- 12 % - nadprůměrná životní spokojenost

Obrázek 5 – Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti finanční situace



Obrázek 6 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti finanční situace



Jak ukazuje tabulka č. 7, celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria v oblasti finanční situace je 10,95. Stupeň volnosti 8 a výsledná hodnota p nabývá hodnoty 0,205. Platí vztah $p > 0,05$. Nulová hypotéza není zamítnuta. V oblasti finanční situace existuje shoda mezi rozložením četností výskytu u respondentek a rozložením četností výskytu u populace.

Tabulka 7 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti finanční situace

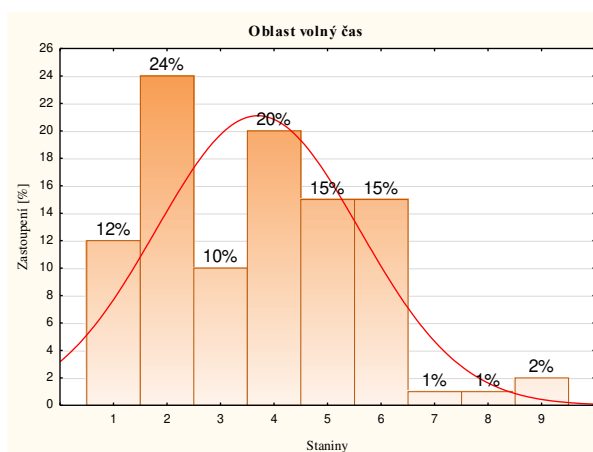
p – hodnota	Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria	Stupeň volnosti
0,205	10,95	8

Oblast volný čas

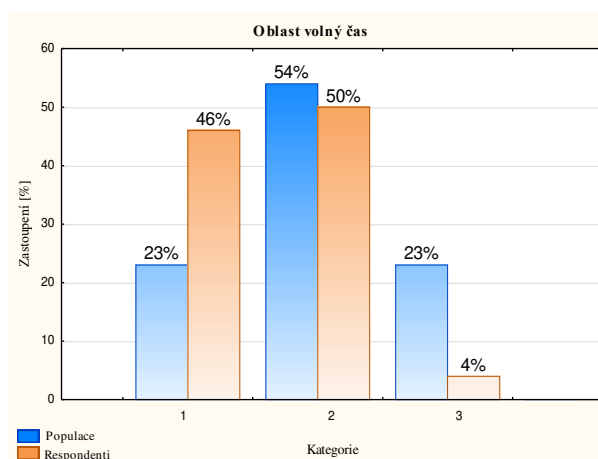
Obrázek č. 7 znázorňuje relativní četnosti výskytu respondentek u jednotlivých stanin v oblasti volného času. Na rozdíl od předchozích oblastí je nejvíce zastoupena stanina 2, konkrétně 24 % respondentek. Stanina 2 odpovídá podprůměrné životní spokojenosti. Pouze dvě respondentky jsou maximálně spokojeny se svým volným časem, jak ukazuje zastoupení staniny 9. Dvanáct respondentek je naopak se svým časem spokojeno minimálně, což zobrazuje zastoupení staniny 1.

Rozdělení stanin do jednotlivých kategorií je patrné na obrázku č. 8. Histogram ukazuje dvojnásobně vyšší relativní četnost výskytu u respondentek v kategorii podprůměrné životní spokojenosti oproti populaci. Do podprůměrné životní spokojenosti spadá 46 % respondentek, do průměrné životní spokojenosti 50 % respondentek, naopak nadprůměrné životní spokojenosti dosahují pouze 4 % respondentek.

Obrázek 7 – Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti volný čas



Obrázek 8 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti volný čas



Tabulka č. 8 znázorňuje výsledky statistického testování shody či neshody rozložení četnosti respondentek a populace. Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria je 75,86. Stupeň volnosti 8 a výsledná hodnota p je v tomto případě 0,000. Platí vztah $p < 0,05$. Nulová hypotéza je zamítnuta. Rozložení četností výskytu u respondentek se statisticky významně liší od rozložení četností výskytu u populace.

Tabulka 8 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti volný čas

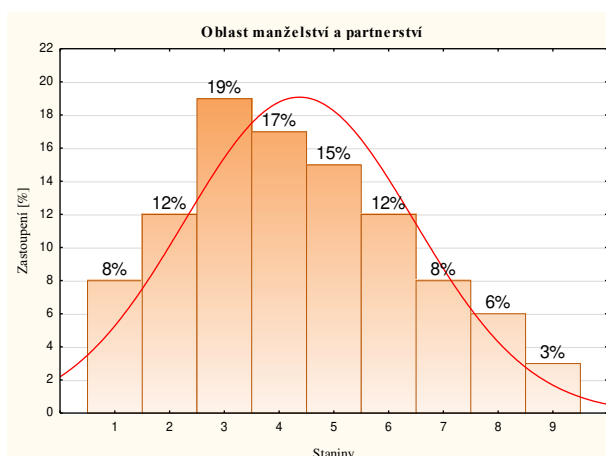
p – hodnota	Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria	Stupeň volnosti
0,000	75,86	8

Oblast manželství a partnerství

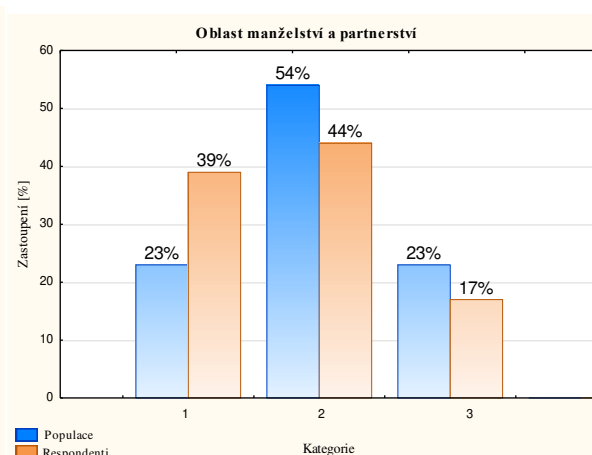
Relativní četnosti výskytu respondentek jednotlivých stanin v oblasti manželství a partnerství jsou znázorněny na obrázku č. 9. Z histogramu lze zjistit, že stanina 3 je zastoupena nejvyšším počtem respondentek (19 %). Stanina 3 odpovídá podprůměrné životní spokojenosti. Tři respondentky jsou v manželském/partnerském vztahu maximálně spokojeny, jak ukazuje zastoupení staniny 9. Osm respondentek je dle staniny 1 ve svém manželství/partnerství spokojeno minimálně.

Vyobrazení rozdělení stanin do jednotlivých kategorií v oblasti manželství a partnerství u respondentek a populace je na obrázku č. 10. Podprůměrné životní spokojenosti dosahuje 39 % respondentek, průměrné spokojenosti 44 % a nadprůměrné životní spokojenosti 17 % respondentek.

Obrázek 9– Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti manželství a partnerství



Obrázek 10 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti manželství a partnerství



Jak ukazuje tabulka č. 9, celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria je 16,10. Stupeň volnosti 8 a výsledná hodnota p nabývá hodnoty 0,041. Na základě této hodnoty platí pro testování v této oblasti vztah $p < 0,05$. Nulová hypotéza je zamítnuta. Není shoda mezi rozložením četností výskytu u respondentek a rozložením četností výskytu u populace.

Tabulka 9 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti manželství a partnerství

p – hodnota	Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria	Stupeň volnosti
0,041	16,10	8

Oblast dětí

Oblast dětí je odlišná od předešlých oblastí z důvodu jiného počtu respondentek. Pro hodnocení výsledků bylo z dotazníkového šetření použito 100 správně vyplněných dotazníků. Na oblast dětí odpovědělo z tohoto počtu 86 respondentek. Zbytek tuto oblast nevyplnilo z důvodu bezdětnosti. Četnost výskytu u respondentek je vztažena k 86 respondentkám, tj. počet, který tvoří 100 %. Absolutní četnost se nerovná relativní četnosti na rozdíl od ostatních oblastí. Pro tuto oblast je zvolena jiná forma grafického znázornění dat.

Tabulka č. 10 obsahuje relativní četnosti výskytu respondentek jednotlivých stanin v oblasti dětí. Nejvyšším počtem respondentek (23,26 %) je zastoupena stanina 6, která odpovídá průměrné životní spokojenosti. Nejmenší procento respondentek (1,16 %) obsahuje stanina 8.

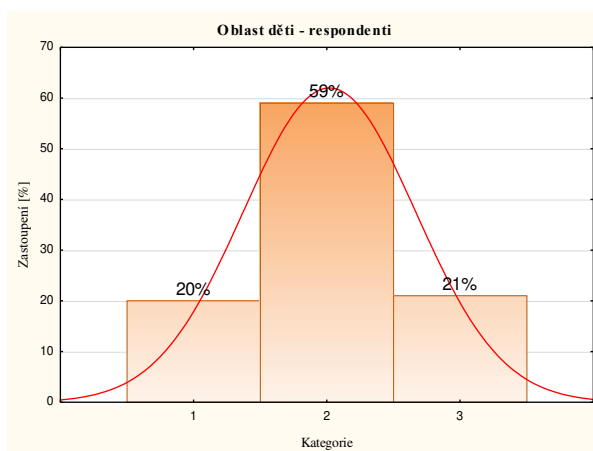
Tabulka 10 – Přehled relativních četností výskytu u respondentek v oblasti dětí

Staniny	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Relativní četnost výskytu u respondentů [%]	6,98	6,98	5,81	18,60	17,44	23,26	8,14	1,16	11,63

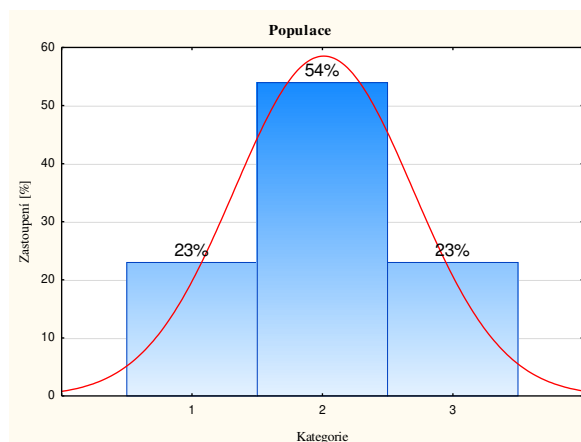
Obrázky č. 11 a 12 vyobrazují procentuální zastoupení jednotlivých kategorií respondentek a populace v oblasti dětí. Dělení stanin do jednotlivých kategorií, tj. 1, 2 a 3, pro oblast dětí odpovídá u respondentek následujícímu rozdělení (zaokrouhloveno bez desetinného místa):

- 20 % - podprůměrná životní spokojenost
- 59 % - průměrná životní spokojenost
- 21 % - nadprůměrná životní spokojenost

Obrázek 11 – Histogram relativních četností výskytu respondentek jednotlivých kategorií v oblasti děti



Obrázek 12 – Histogram relativních četností výskytu populace jednotlivých kategorií



Tabulka č. 11 podává ucelené informace o výsledcích chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti děti. Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria je 28,84. Stupeň volnosti 8 a výsledná hodnota p je 0,00034. Platí vztah $p < 0,05$. Nulová hypotéza je zamítnuta. Není shoda mezi rozložením četností výskytu u respondentek a rozložením četností výskytu u populace.

Tabulka 11 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti děti

p – hodnota	Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria	Stupeň volnosti
0,00034	28,84	8

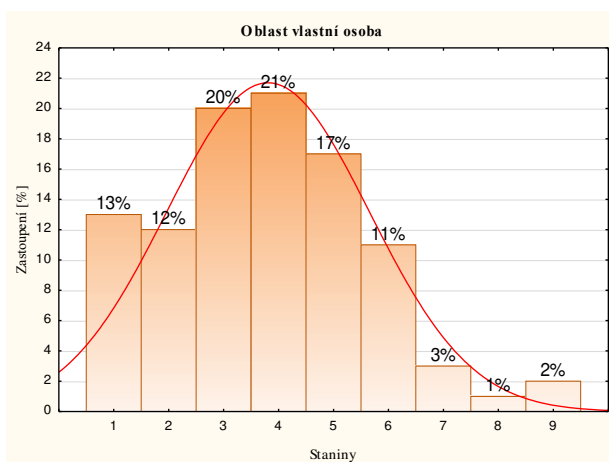
Oblast vlastní osoba

Obrázek č. 13 vyobrazuje rozdělení relativních četností výskytu respondentek do jednotlivých stanin v oblasti vlastní osoba. Nejvyšší počet respondentek (21 %) obsahuje stanina 4, která odpovídá průměrné životní spokojenosti. Jelikož se absolutní četnost rovná relativní četnosti pouze o jednu respondentku méně je ve stanině 3, která odpovídá podprůměrné životní spokojenosti. Maximálně jsou s vlastní osobou spokojeny pouze dvě respondentky, naopak dle staniny 1 je minimálně spokojeno třináct respondentek.

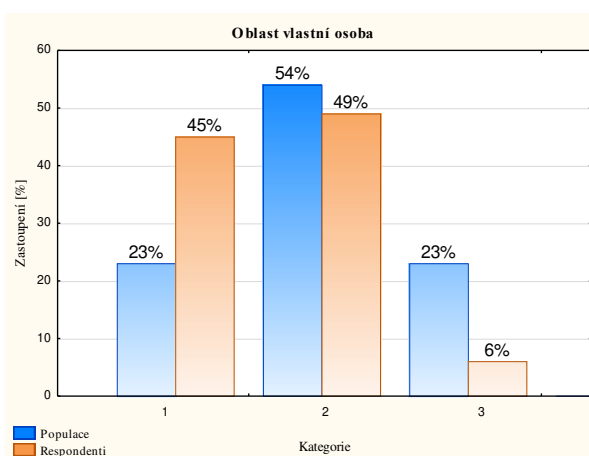
Jak ukazuje obrázek č. 14, zastoupení jednotlivých kategorií oblasti vlastní osoba odpovídá tomuto rozdělení:

- 45 % - podprůměrná životní spokojenost
- 49 % - průměrná životní spokojenost
- 6 % - nadprůměrná životní spokojenost

Obrázek 13– Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti vlastní osoba



Obrázek 14 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti vlastní osoba



Dle tabulky č. 12, je celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria v oblasti vlastní osoba 45,56. Stupeň volnosti 8 a hodnota p je rovna 0,000. Nulová hypotéza je zamítnuta. Rozložení četností výskytu u respondentek se statisticky významně liší od rozložení četností u populace.

Tabulka 12 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti vlastní osoba

p – hodnota	Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria	Stupeň volnosti
0,000	45,56	8

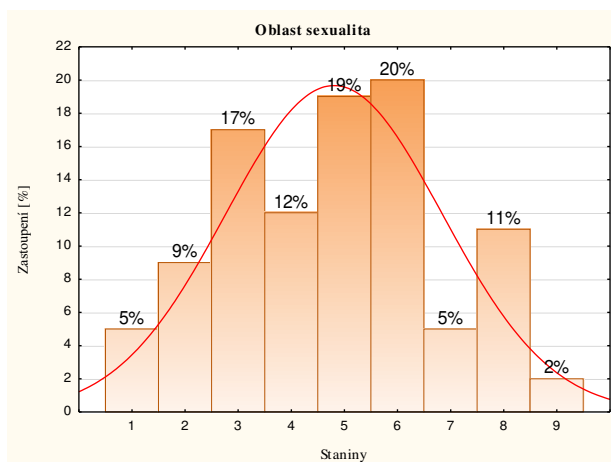
Oblast sexualita

Na obrázku č. 15 lze nalézt relativní četnosti výskytu respondentek jednotlivých stanin v oblasti sexualita. Nejvyšší zastoupení respondentek (20 %) vyobrazuje stanina 6, která odpovídá nadprůměrné životní spokojenosti. Maximálně jsou v této oblasti spokojeny dvě respondentky, naopak nejméně je spokojeno pět respondentek.

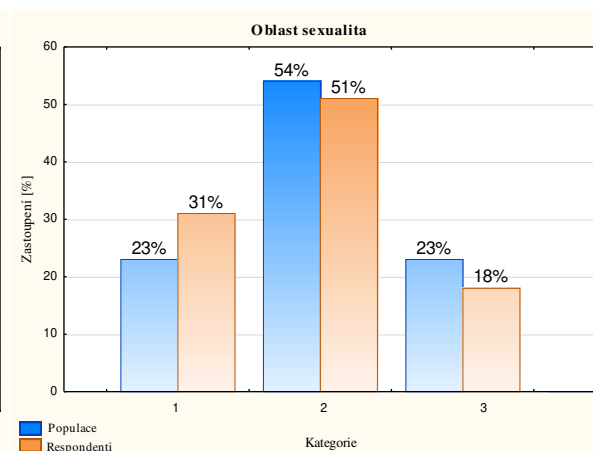
Obrázek č. 16 zobrazuje histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti sexualita. Rozdělení do kategorií 1, 2, 3 je následující:

- 31 % - podprůměrná životní spokojenost
- 51 % - průměrná životní spokojenost
- 18 % - nadprůměrná životní spokojenost

Obrázek 15– Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti sexualita



Obrázek 16 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti sexualita



Výsledné hodnoty testování shody či neshody rozložení četností u respondentek a populace jsou k nalezení v tabulce č. 13. Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria je 12,32 se stupněm volnosti 8. Výsledná hodnota p je v tomto případě 0,137. Platí proto vztah $p > 0,05$. Nullová hypotéza je přijata. Mezi rozložením relativních četností výskytu respondentek a populace existuje shoda.

Tabulka 13 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti sexualita

p – hodnota	Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria	Stupeň volnosti
0,137	12,32	8

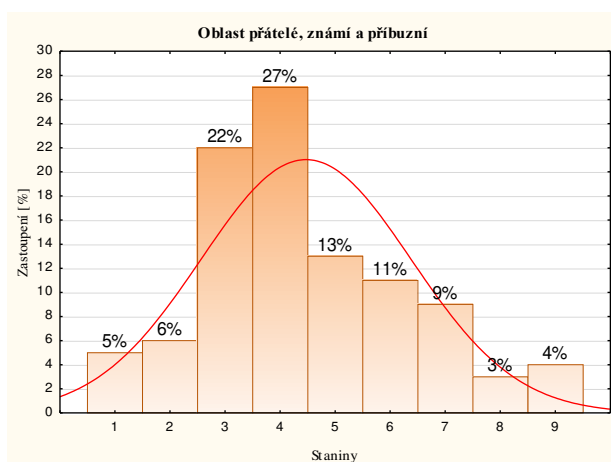
Oblast přátel, známí a příbuzní

Obrázek č. 17 vyobrazuje rozložení relativních četností do jednotlivých stanin v oblasti přátel, známí a příbuzní. Nejvyšší zastoupení respondentek (27 %) má stanina 4, která odpovídá průměrné životní spokojenosti. Staninu 9 zastupují čtyři respondentky, které jsou v této oblasti maximálně spokojeny. Stanina 1 je zastoupena pěti respondentkami, které jsou v oblasti přátel a příbuzných spokojeny minimálně.

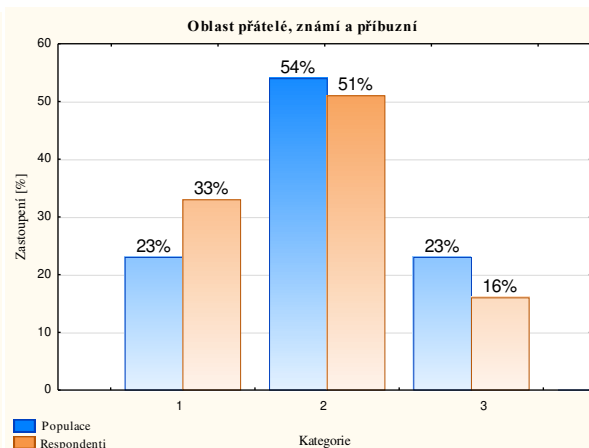
Obrázek č. 18 opět znázorňuje procentuální zastoupení jednotlivých kategorií respondentek a populace. Rozdělení četností u respondentek je následující:

- 33 % - podprůměrná životní spokojenost
- 51 % - průměrná životní spokojenost
- 16 % - nadprůměrná životní spokojenost

Obrázek 17– Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti přátel, známí a příbuzní



Obrázek 18 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti přátel, známí a příbuzní



Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria je 22,21 se stupněm volnosti 8. Výsledná hodnota p je 0,0045, jak ukazuje tabulka č. 14. Platí vztah $p < 0,05$. Nulová hypotéza je zamítnuta. Rozložení četností výskytu u respondentek neodpovídá rozložení četností výskytu u populace.

Tabulka 14 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti přátel, známí a příbuzní

p – hodnota	Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria	Stupeň volnosti
0,0045	22,21	8

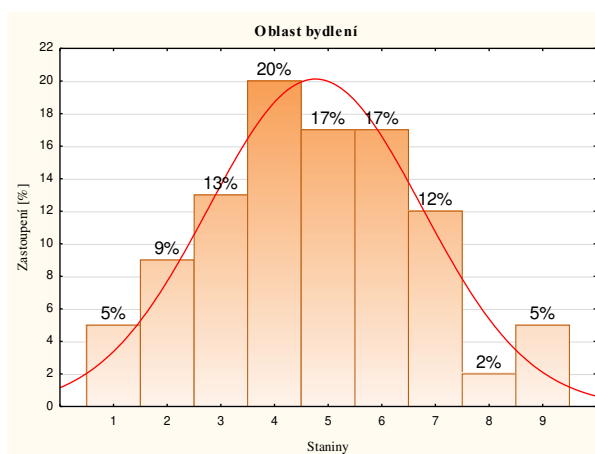
Oblast bydlení

Dle obrázku č. 19, který ukazuje relativní četnosti výskytu respondentek jednotlivých stanin, je nejvyšším počtem respondentek (20 %) zastoupena stanina 4, která odpovídá průměrné životní spokojenosti. Nejvíce je se svým bydlením spokojeno pět respondentek, jak ukazuje zastoupení staniny 9. Ve stejném počtu je také zastoupena stanina 1, která představuje minimální spokojenost.

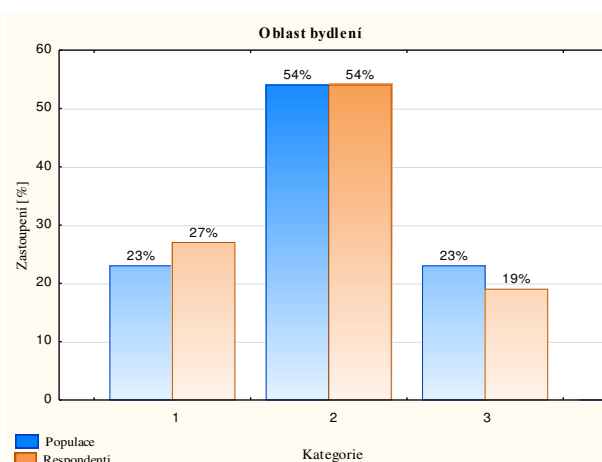
Obrázek č. 20 vyobrazuje rozdělení četností respondentek a populace do jednotlivých kategorií. V kategorii 2 histogram znázorňuje stejné zastoupení u obou skupin.

- 27 % - podprůměrná životní spokojenost
- 54 % - průměrná životní spokojenost
- 19 % - nadprůměrná životní spokojenost

Obrázek 19 – Histogram relativních četností výskytu respondentek v oblasti bydlení



Obrázek 20 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií v oblasti bydlení



Jak ukazuje tabulka č. 15, celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria je 5,71 se stupněm volnosti 8. Hodnota p je v oblasti bydlení 0,680. Na základě této hodnoty platí vztah $p > 0,05$. Nulová hypotéza je přijata. Testováním je potvrzena shoda struktury respondentek a populace.

Tabulka 15 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody v oblasti bydlení

p – hodnota	Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria	Stupeň volnosti
0,680	5,71	8

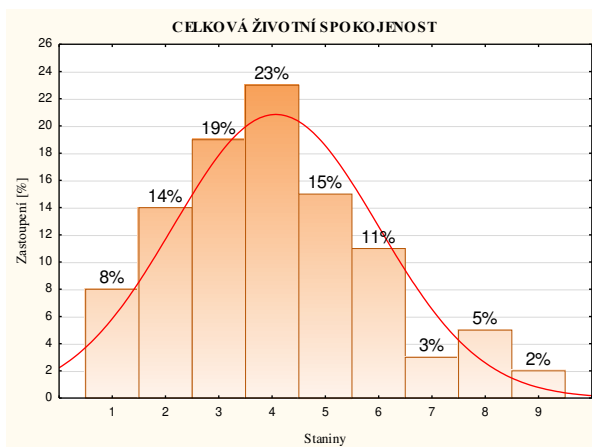
Celková životní spokojenost

Celková životní spokojenost se věnuje komplexnímu zhodnocení předešlých oblastí. Z tohoto celku jsou vyjmuty oblasti práce a zaměstnání, manželství a partnerství a oblast dětí. Zařazení těchto oblastí do celkové životní spokojenosti by dle autorů mohlo vést k neobjektivním výsledkům.

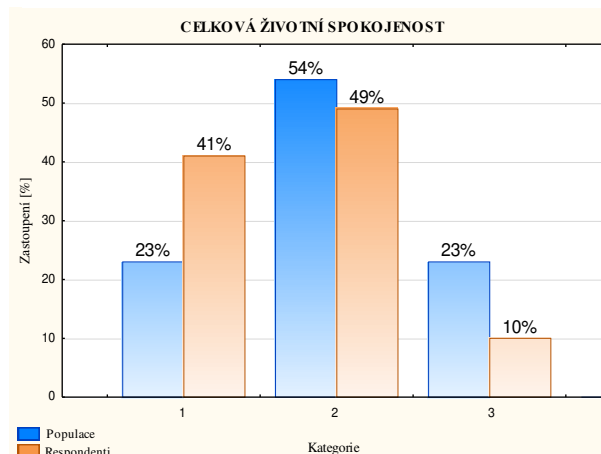
Jako u předešlých oblastí, obrázek č. 21 znázorňuje rozložení četností výskytu respondentek do jednotlivých stanin. Nejvyšším počtem respondentek (23 %) disponuje stanina 4, která odpovídá průměrné životní spokojenosti. Už z tohoto histogramu je patrné, že hodnota celkové životní spokojenosti perioperačních sester se pohybuje na rozmezí průměrné a podprůměrné životní spokojenosti.

Obrázek č. 22 vyobrazuje procentuální zastoupení jednotlivých kategorií. Na podprůměrnou životní spokojenost dosáhlo 41 % všech respondentek. V kategorii průměrné životní spokojenosti je 49 % respondentek, jedná se tedy o nepočtenější zastoupení. Na nadprůměrnou životní spokojenost dosáhlo 10 % respondentek.

Obrázek 21 – Histogram relativních četností výskytu respondentek u celkové životní spokojenosti



Obrázek 22 – Histogram relativních četností výskytu respondentek a populace jednotlivých kategorií u celkové životní spokojenosti



Výsledky testování shody či neshody rozložení četností výskytu respondentek a populace ukazuje tabulka č. 16. Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria je 28,89 se směrodatnou odchylkou 8. Výsledná hodnota p je 0,00033. Platí vztah $p < 0,05$. Nulová hypotéza je zamítnuta. Rozložení četností u respondentek neodpovídá očekávanému rozložení četností u populace. Perioperační sestry mají oproti populaci vyšší podíly nízkých stanin a naopak, nižší podíly vysokých stanin.

Tabulka 16 – Výsledky chí-kvadrát testu dobré shody u celkové životní spokojenosti

p – hodnota	Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria	Stupeň volnosti
0,00033	28,89	8

3.3.2 Vyhodnocení dotazníku SVF 78

K vyhodnocení strategií zvládání stresu u respondentek byly použity výsledky ze 100 správně a kompletně vyplněných dotazníků SVF 78. Po konzultaci s odborným statistikem byly pro vyhodnocení dotazníků použity hrubé skóry, získané pomocí vyhodnocovacího listu. T – skóry nebyly do diplomové práce zařazeny.

Wilcoxonův párový test je statistická neparametrická metoda, která zjišťuje rozdíl mezi zkoumanými hodnotami. K testování rozdílu mezi výsledky celkové pozitivní strategie a celkové negativní strategie byla zvolena hladina významnosti $\alpha = 0,05$ čili 5 %. Vyjádření nulové a alternativní hypotézy pro testování rozdílu závislých vzorků je následující:

- H_0 : Rozdíl mezi výsledky celkové pozitivní strategie a celkové negativní strategie není statisticky významný.
- H_A : Rozdíl mezi výsledky celkové pozitivní strategie a celkové negativní strategie je statisticky významný.

Výsledek testování byl určen na základě p-hodnoty.

Popisná statistika výsledků dotazníku SVF 78

Tabulka č. 17 ukazuje základní statistické ukazatele výsledných hodnot hrubých skóre všech subtestů (strategií zvládnání stresu) dotazníku SVF 78. U každého subtestu mohly respondentky dosáhnout 0–24 bodů. Dle aritmetického průměru všech subtestů lze určit strategii, kterou respondentky využívají ke zvládnání stresu nejčastěji a naopak, kterou strategii zvládnání stresu volí nejméně. Subtesty v tabulce č. 17 jsou řazeny od nejvyšší hodnoty aritmetického průměru k nejnižší. Nejvyšší hodnota průměru 15,00, se směrodatnou odchylkou 2,80, odpovídá strategii Kontrola reakcí. Tato strategie je řazena mezi pozitivní strategie a je vedoucí strategií průzkumného souboru. Nejnižší aritmetický průměr 9,64, se směrodatnou odchylkou 3,69, odpovídá strategii Rezignace, která se řadí mezi negativní strategie a jedná se tedy o způsob zvládnání stresu, který průzkumný soubor volí nejméně. Další umístění jednotlivých strategií dle jejich využití u respondentek je patrné v tabulce č. 17. Poměrně vysoko, na čtvrtém místě, se umístila strategie Vyhýbání se, která odpovídá tzv. neutrální strategii a představuje snahu o zamezení vzniku zátěžových situací nebo snahu se těmto situacím vyhnout.

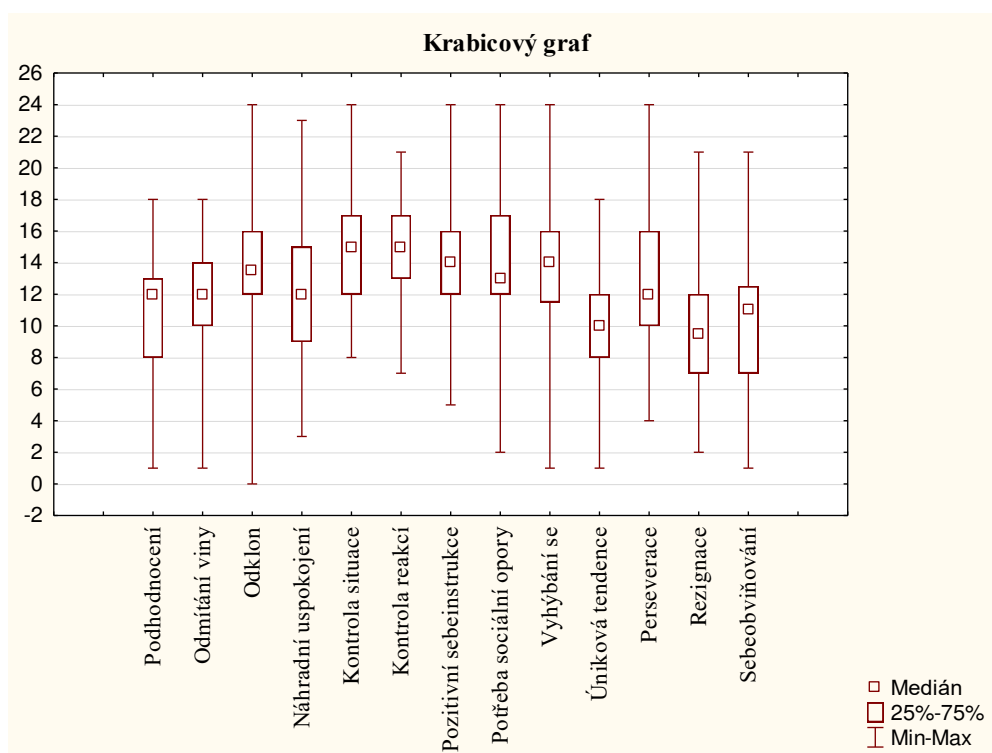
Hodnoty mediánu, které rozdělují získaná číselná data na dvě stejně velké skupiny, určují stejné pořadí strategií, jako hodnoty aritmetických průměrů, ačkoli nejsou citlivé na odlehlé hodnoty. Nejvyšší hodnotu mediánu 15,0 má strategie Kontrola reakcí, nejnižší hodnotu mediánu 9,5 odpovídá strategii Rezignace. Modus ukazuje hodnotu, která se v souboru dat vyskytuje nejčastěji, avšak má pouze nevelkou vypovídající schopnost.

Tabulka 17 – Základní statistické ukazatele výsledných hodnot hrubých skóre subtestů dotazníku SVF 78

Proměnná	Popisné statistiky hrubých skóre subtestů dotazníku SVF 78					
	Průměr	Medián	Modus	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Kontrola reakcí	15,00	15,0	16	7	21	2,80
Kontrola situace	14,91	15,0	12	8	24	3,21
Pozitivní sebeinstrukce	14,34	14,0	12	5	24	3,27
Vyhýbání se	13,67	14,0	16	1	24	4,06
Odklon	13,64	13,5	12	0	24	3,74
Potřeba sociální opory	13,59	13,0	12	2	24	4,27
Perseverace	13,33	12,0	12	4	24	4,89
Náhradní uspokojení	12,03	12,0	12	3	23	4,14
Odmítání viny	11,85	12,0	12	1	18	3,08
Podhodnocení	10,87	12,0	12	1	18	3,27
Sebeobviňování	10,40	11,0	12	1	21	3,90
Úniková tendence	9,72	10,0	12	1	18	3,09
Rezignace	9,64	9,5	7	2	21	3,69

Obrázek č. 23 vyobrazuje krabicové grafy subtestů v jednom celku. Subtesty jsou řazeny dle vyhodnocovacího listu od pozitivních strategií k negativním strategiím. Z krabicových grafů lze vidět vyšší hodnoty mediánů u pozitivních strategií.

Obrázek 23 – Krabicový graf výsledných hodnot hrubých skóre subtestů dotazníku SVF 78



Tabulka č. 18 uvádí základní statistické ukazatele hrubých skóre výsledných strategií zvládnání stresu na úrovni sekundárních hodnot. Výsledné strategie jsou řazeny dle hodnot aritmetických průměrů od nejvyšší po nejnižší. Nejvyšší hodnota průměru 14,88, se směrodatnou odchylkou 2,59, odpovídá dílčí pozitivní strategii č. 3 (POZ 3), která zahrnuje strategie Kontrola situace, Kontrola reakcí a Pozitivní sebeinstrukce. S průměrem 13,24 a směrodatnou odchylkou 2,1 je na druhém místě celková pozitivní strategie. Nejnižší průměr 10,91, se směrodatnou odchylkou 2,92, odpovídá celkové negativní strategii. Hodnoty mediánu určují stejné pořadí strategií, jako hodnoty aritmetických průměrů. Z tohoto výsledku je zřejmé, že respondentky využívají ke zvládnání stresu pozitivní strategie.

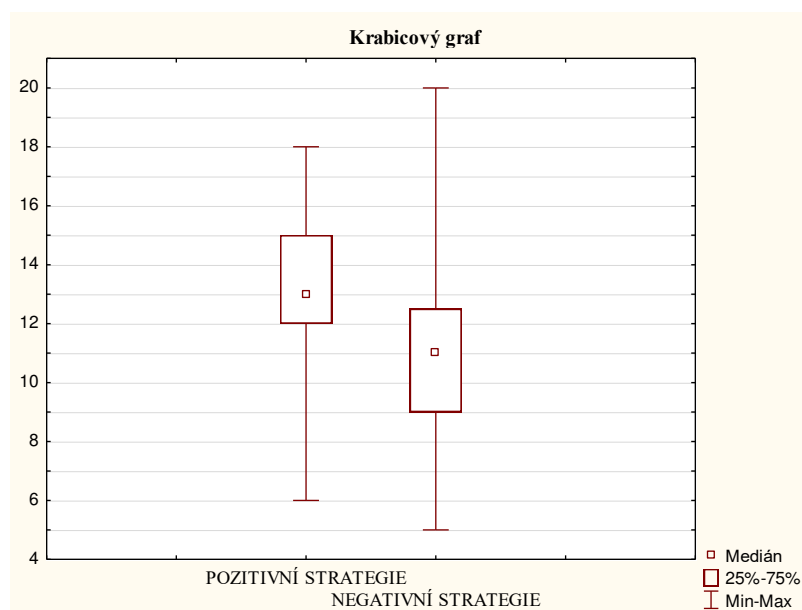
Tabulka 18 – Základní statistické ukazatele hrubých skóre výsledných strategií dotazníku SVF 78

Proměnná	Popisné statistiky hrubých skóre výsledných strategií dotazníku SVF 78					
	Průměr	Medián	Modus	Minimum	Maximum	Sm.odch.
POZ 3	14,88	15	16	9	21	2,59
POZITIVNÍ STRATEGIE	13,24	13	12	6	18	2,1
POZ 2	13,02	13	12	2	20	3,52
POZ 1	11,55	12	12	2	16	2,67
NEGATIVNÍ STRATEGIE	10,91	11	12	5	20	2,92

POZ 1 = Dílčí pozitivní strategie č. 1, POZ 2 = Dílčí pozitivní strategie č. 2, POZ 3 = Dílčí pozitivní strategie č. 3

Obrázek č. 24 znázorňuje krabicové grafy hrubých skóre celkové pozitivní a celkové negativní strategie. Krabicové grafy ukazují vyšší hodnotu mediánu, prvního a třetího kvartilu u celkové pozitivní strategie.

Obrázek 24 – Krabicový graf hrubých skóre výsledných strategií dotazníku SVF 78



V tabulce č. 19 jsou shrnuty výsledky Shapiro-Wilkova W testu normality pro hrubé skóry výsledných strategií zvládání stresu. Na základě červeně zvýrazněné hodnoty $p = 0,0086$, která je menší než 0,05, byl ke statistickému testování rozdílu mezi výsledky celkové pozitivní a celkové negativní strategie použit neparametrický Wilcoxonův párový test. Data nepocházejí z normálního rozdělení.

Tabulka 19 – Test normality pro hrubé skóry výsledných strategií

Proměnná	Shapiro-Wilkův W test normality		
	N	W	p
POZITIVNÍ STRATEGIE	100	0,965	0,0086
NEGATIVNÍ STRATEGIE	100	0,978	0,0864

Tabulka č. 20 ukazuje výsledky statistického testování. Výsledná hodnota p je 0,000. Testováním byl prokázán statisticky významný rozdíl v hrubých skórech celkové pozitivní a celkové negativní strategie zvládání stresu u respondentek. Rozdíl je statisticky významný na hladině významnosti 0,05. Je přijata alternativní hypotéza. Pozitivní strategie mají statisticky významně vyšší skóre než negativní strategie.

Tabulka 20 – Wilcoxonův párový test neparametrický pro hrubé skóry celkové pozitivní a negativní strategie

Dvojice proměnných	Wilcoxonův párový test Červeně označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05$			
	Počet (platných)	T	Z	p-hodn.
POZITIVNÍ X NEGATIVNÍ STRATEGIE	88	669,5	5,361	0,000

3.3.3 Vyhodnocení dotazníku „Spokojenost na pracovišti“

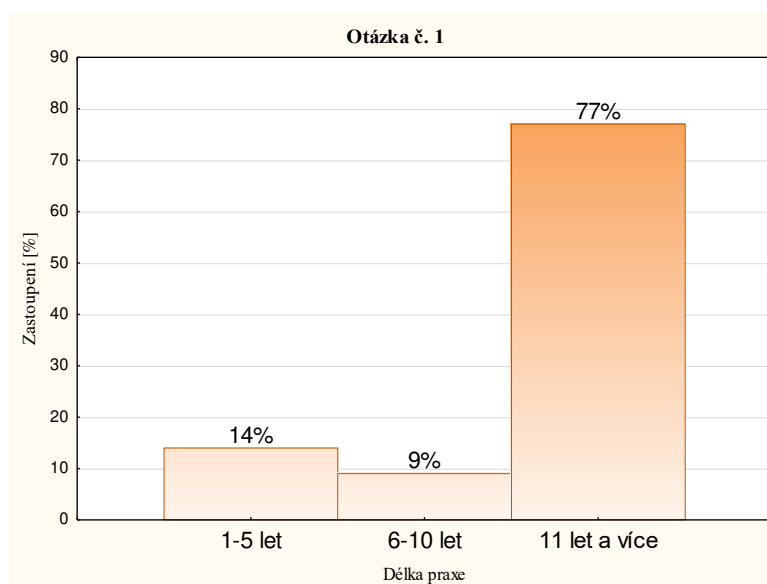
Ke zpracování výsledků byly použity data ze 100 správně a kompletně vyplněných nestandardizovaných anamnestických dotazníků s názvem „Spokojenost na pracovišti“. Odpovědi respondentek mají informativní charakter o jejich praxi na operačních sálech a spokojenosti na konkrétním pracovišti. Data byla zpracována z devíti otázek z celkového počtu deseti otázek. Otázka č. 3 byla vyřazena pro nepřiléhavost k tématu. Otázka č. 4 obsahuje podotázku, která taktéž nebyla zpracována. Pro vyhodnocení výsledků byly použity histogramy a tabulky četností. Nejvyšší vypovídající hodnotu subjektivního hodnocení spokojenosti na pracovišti má škálová otázka č. 10, u které byly navíc přidány základní statistické ukazatele a krabicový graf.

Otázka č. 1

Jak dlouho pracujete na operačních sálech v roli perioperační sestry?

Dle grafického znázornění relativních četností tří možných intervalů délky praxe na operačním sále je patrné, že 14 % respondentek ze souboru pracuje v roli perioperační sestry 1-5 let, 9 % respondentek 6-10 let a 77 % respondentek 11 a více let. Nejpočetnější skupinu tedy tvoří perioperační sestry s délkou praxe 11 a více let (Obr. č. 25). Relativní četnosti se rovnají absolutním četnostem.

Obrázek 25 – Histogram relativních četností délky praxe na operačních sálech

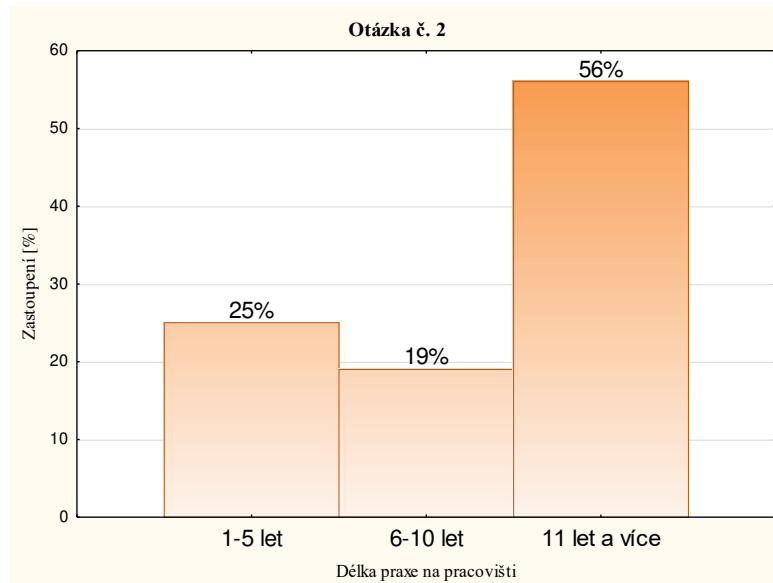


Otázka č. 2

Jak dlouho pracujete na nynějším pracovišti?

Obrázek č. 26 znázorňuje relativní četnosti délky praxe perioperačních sester na stávajícím pracovišti. Z histogramu lze vyčíst, že 25 % respondentek pracuje na nynějším pracovišti 1-5 let, 19 % 6-10 let a 56 % respondentek 11 let a více. Nejpočetnější skupinu opět tvoří perioperační sestry, které pracují na stávajícím pracovišti 11 let a více.

Obrázek 26 – Histogram relativních četností délky praxe na nynějším pracovišti

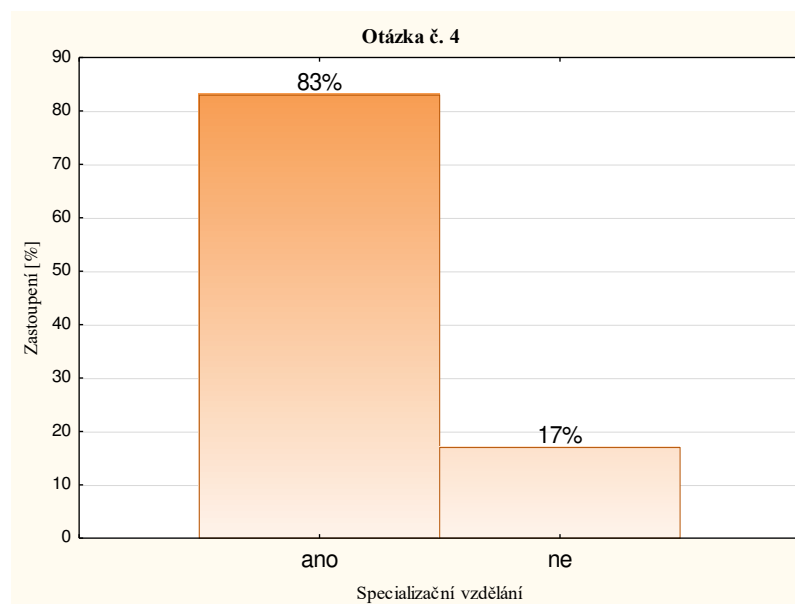


Otázka č. 4

Máte specializační vzdělání v perioperační péči?

Na otázku č. 4 odpovídaly respondentky ano/ne. Histogram na obrázku č. 27 ukazuje relativní četnosti těchto odpovědí. 83 % perioperačních sester ze čtyř zdravotnických zařízení má specializační vzdělání v perioperační péči. Pouze 17 % respondentek specializační vzdělání nemá.

Obrázek 27 – Histogram relativních četností specializačního vzdělání

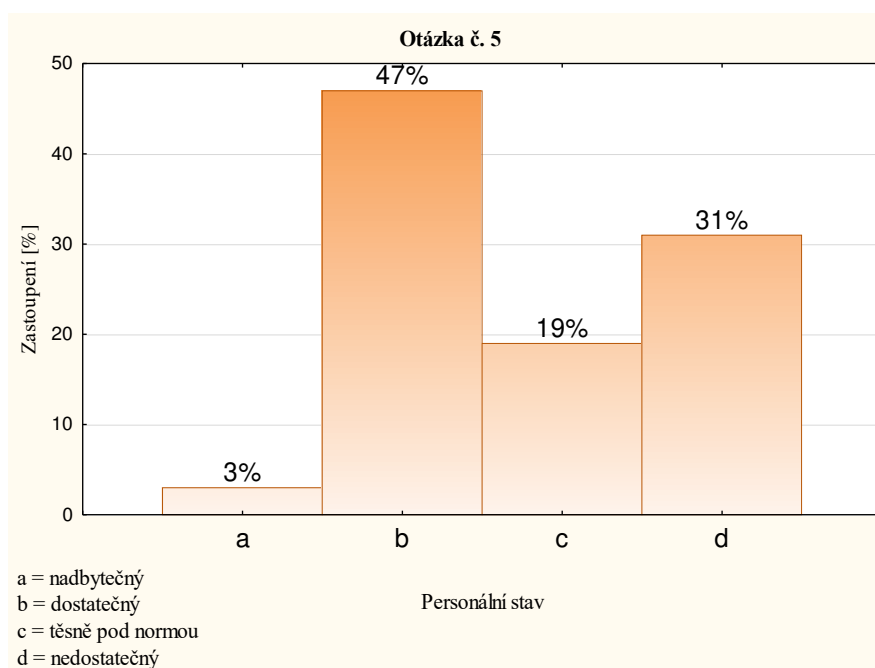


Otázka č. 5

Jaký je, dle Vašeho názoru, počet zaměstnanců na Vašem pracovišti?

Z důvodu všeobecného nedostatku zdravotnického personálu v nemocničních zařízeních byla respondentkám položena otázka č. 5. Relativní četnosti odpovědí ukazuje obrázek č. 28. 3 % respondentek volilo nadbytečný stav personálu, 47 % volilo dostatečný stav, 19 % zvolilo možnost těsně pod danou normou a 31 % perioperačních sester volilo nedostatečný stav zaměstnanců na pracovišti.

Obrázek 28 – Histogram relativních četností personálního stavu



Otázka č. 6

Jak jste spokojena s pracovním kolektivem, náplní práce, pracovní vyčerpáním, počtem odpracovaných hodin za měsíc (počtem služeb), platovým ohodnocením, technickým vybavením sálů?

Na otázku č. 6 odpovídaly respondentky na každou oblast zvlášť na čtyřbodové stupnici spokojenosti (spokojena, spíše spokojena, spíše nespokojena, nespokojena). Tabulka č. 21 znázorňuje relativní četnosti odpovědí na každou oblast. Dle tabulky lze určit, že nejvyšší počet respondentek 45 % je maximálně spokojen s náplní práce. Poslední řádek tabulky ukazuje součet relativních četností každého sloupce spokojenosti. Dle těchto hodnot jsou perioperační sestry v hlavních oblastech týkající se pracoviště operačních sálů na úrovni „spíše spokojena“.

Tabulka 21 – Relativní četnosti odpovědí na otázku č. 6

Jak jste spokojena s	Rel. četnost % <u>Spokojena</u>	Rel. četnost % <u>Spíše spokojena</u>	Rel. četnost % <u>Spíše nespokojena</u>	Rel. četnost % <u>Nespokojena</u>
Pracovním kolektivem	27	52	14	7
Náplní práce	45	44	10	1
Pracovní vytížeností	26	49	16	9
Počtem služeb	34	42	15	9
Platovým ohodnocením	20	53	23	4
Technickým vybavením	29	51	18	2
Celkem	181	291	96	32

Otázka č. 7

Uved'te míru spokojenosti ze spolupráce s nadřízeným: kvalita komunikace, prokázání uznání, zapojení do profesního rozvoje, úroveň profesní odbornosti nadřízeného.

Na otázku č. 7 respondentky opět odpovídaly na čtyřbodové stupnici spokojenosti. Dle tabulky č. 22, která ukazuje hodnoty relativních četností odpovědí, je patrné, že respondentky jsou se svým nadřízeným na úrovni „spíše spokojena“, jak ukazuje součet relativních četností.

Tabulka 22 – Relativní četnosti odpovědí na otázku č. 7

Jak jste spokojena s nadřízeným	Rel. četnost % <u>Spokojena</u>	Rel. četnost % <u>Spíše spokojena</u>	Rel. četnost % <u>Spíše nespokojena</u>	Rel. četnost % <u>Nespokojena</u>
Kvalita komunikace	41	41	14	4
Prokázání úcty	26	51	18	5
Profesní rozvoj	36	51	13	0
Odbornost nadřízeného	56	34	9	1
Celkem	159	177	54	10

Otázka č. 8

Můj nadřízený: zná dobře mou práci, má reálné požadavky vztahující se k mnou vykonané práci, má čas se mnou pohovořit, poctivě hodnotí mou práci.

Otázka č. 8 se taktéž týkala míry spokojenosti s nadřízeným. Respondentky odpovídaly ano/ne na každou oblast zvlášť. Tabulka č. 23 ukazuje relativní četnosti jejich odpovědí. U každé oblasti je relativní četnost vyšší u odpovědi ano, což značí spokojenost perioperačních sester

s nadřizným. Nejmenší rozdíl relativních četností je v oblasti s názvem „Nadřizný má čas se mnou pohovořit“. 78 % procent respondentek odpovědělo ano, 22 % respondentek odpovědělo ne.

Tabulka 23 – Relativní četnosti odpovědí na otázku č. 8

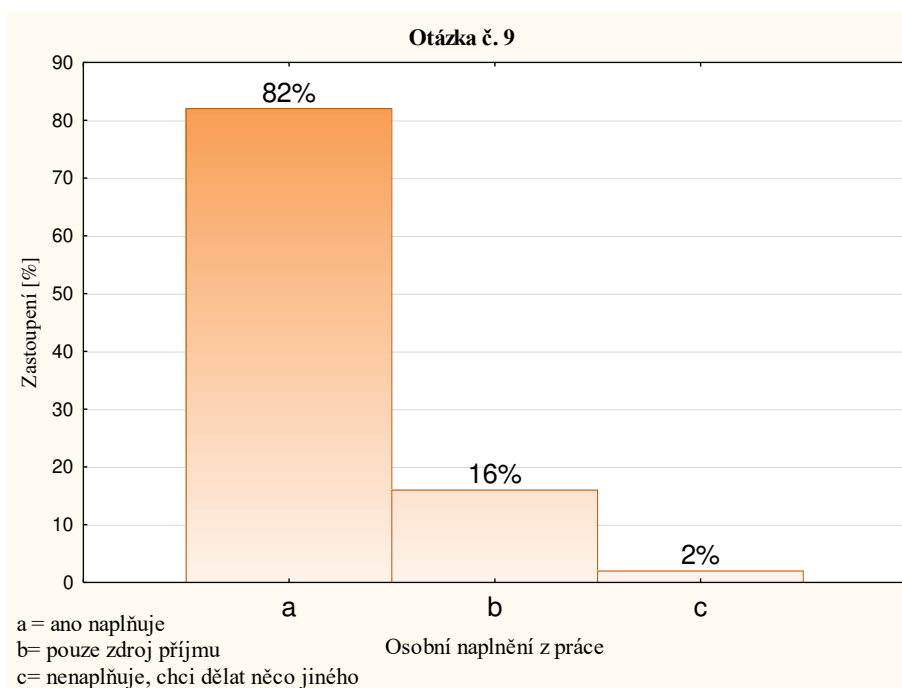
Nadřizný	Rel. četnost %	Rel. četnost %
	<u>ANO</u>	<u>NE</u>
Zná dobře mou práci	87	13
Má reálné požadavky	87	13
Má čas pohovořit	78	22
Poctivě hodnotí mou práci	83	17

Otázka č. 9

Naplňuje Vás práce na operačních sálech?

Obrázek č. 29 znázorňuje relativní četnosti odpovědí na otázku č. 9, na kterou respondentky odpovídaly možnostmi a) naplňuje, b) vidím to jako zdroj příjmu, c) nenaplňuje, chtěla bych dělat něco jiného. Dle histogramu volilo 82 % perioperačních sester možnost a), práce je naplňuje, 16 % vidí práci jako zdroj příjmu a pouze 2 % respondentek volilo možnost c), práce je nenaplňuje a chtěly by dělat něco jiného.

Obrázek 29 – Histogram relativních četností odpovědí na otázku č. 9



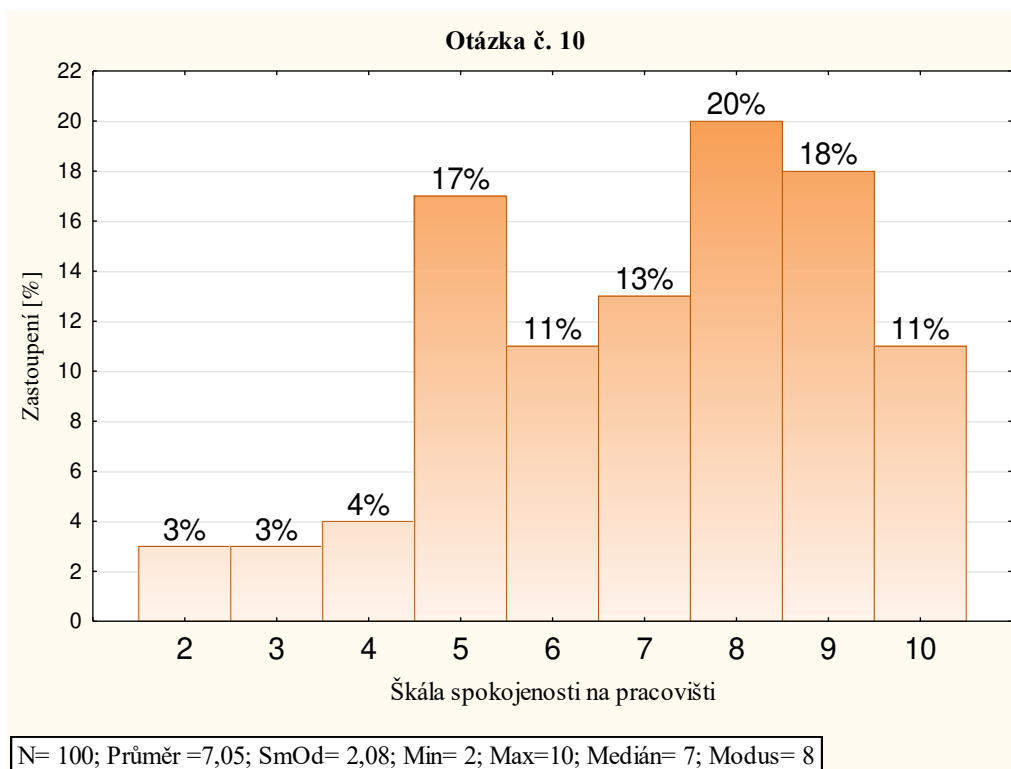
Otázka č. 10

Ohodnoťte úroveň celkové spokojenosti z práce (škála 1–10).

Na otázku č. 10 odpovídaly respondentky na škále od jedné do deseti. Minimální spokojenost odpovídala hodnotě jedna, maximální spokojenost hodnotě deset. Obrázek č. 30 znázorňuje rozložení relativních četností odpovědí na bodové škále. Nejvyšší četnost 20 % má hodnota osm, nejnižší četnost 0 % má hodnota jedna. Dle histogramu je patrné, že respondentky jsou v práci spíše spokojené, jak ukazují relativní četnosti škálových hodnot pět až deset.

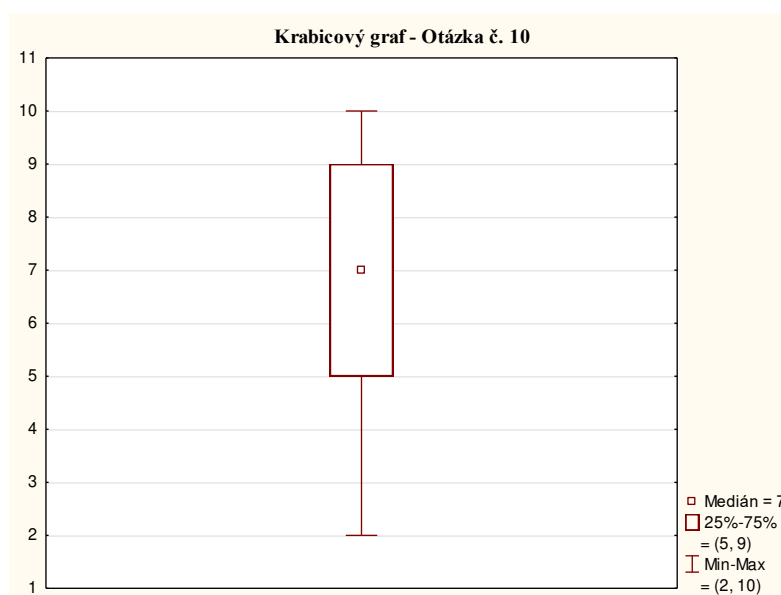
Součástí obrázku č. 30 jsou také základní statistické ukazatele. Průměr dosahuje hodnoty 7,05 se směrodatnou odchylkou 2,08. Medián má hodnotu 7 a modus hodnotu 8, což značí spokojenost perioperačních sester na pracovišti.

Obrázek 30 – Histogram relativních četností škálových hodnot a základní statistické ukazatele otázky č. 10



Pro lepší vizuální představu výsledků je na obrázku č. 31 znázorněn krabicový graf odpovědí na otázku č. 10. Krabicový graf ukazuje hodnotu minima, maxima, první a třetí kvartil a hodnotu mediánu.

Obrázek 31 – Krabicový graf škálových hodnot otázky č. 10



3.4 Testování hypotéz

V diplomové práci bylo staveno pět pracovních hypotéz, které byly testovány na základě získaných výsledků z průzkumného šetření. Prvním krokem bylo ověření normality dat pomocí Shapiro-Wilkova testu. Testování ukázalo, že data pocházejí z jiného než normálního rozložení. Z tohoto důvodu byly pro ověření stanovených pracovních hypotéz použity neparametrické testy.

Chí-kvadrát test dobré shody

Chí-kvadrát test dobré shody byl již použit a popsán v kapitole 3.3.1 pro názornější vyhodnocení výsledků každé oblasti dotazníku životní spokojenosti včetně celkové životní spokojenosti. Testováním byla ověřena shoda či neshoda předpokládané četnosti výskytu u populace stanovené autory dotazníku s četností výskytu u respondentek.

Mann Whitneyův U test

Mann Whitneyův U test je neparametrickou alternativou t-testu pro dvě nezávislá měření, tzn. pro dva soubory respondentů. Je testován rozdíl mezi dvěma mediány (Vévodová, Ivanová, 2015, s. 83). Testovaná hypotéza se ověřuje pomocí porovnání výsledné p-hodnoty s hladinou významnosti, která je nejčastěji $\alpha = 0,05$. V případě, že je p-hodnota vyšší než stanovená hladina významnosti, testovaná hypotéza o shodné úrovni ve sledovaných skupinách není zamítnuta.

Spearmanův korelační koeficient

Spearmanův korelační koeficient je používán k popsání vztahu proměnných. Je neparametrickou obdobou Pearsonova korelačního koeficientu. Získaný korelační koeficient r_{sp} udává sílu a směr lineárního vztahu mezi dvěma proměnnými. Jeho hodnota může být od +1 do -1. Čím blíže je hodnota koeficientu + - 1, tím je vztah silnější. Čím blíže je 0, tím je vztah slabší (Vévodová, Ivanová, 2015, s. 82-83). Vztah proměnných se dá také určit pomocí p-hodnoty a stanovené hladiny významnosti.

3.4.1 Testování hypotézy č. 1

Byla testována shoda či neshoda předpokládaného rozložení četností výskytu populace vůči rozložení četností výskytu perioperačních sester v oblasti celkové životní spokojenosti. Rozložení četností výskytu populace je stanoveno autory dotazníku životní spokojenosti. 23 % populace dosahuje podprůměrné životní spokojenosti, 54 % průměrné a 23 % populace dosahuje nadprůměrné životní spokojenosti. Vůči tomuto rozdělení byla testována data z průzkumu.

Průzkumná otázka č. 1: Odpovídá rozložení četností celkové životní spokojenosti u perioperačních sester rozložení četností celkové životní spokojenosti populace?

Pracovní hypotéza č. 1: Celková životní spokojenost perioperačních sester neodpovídá celkové životní spokojenosti populace stanovené autory DŽS.

Před testováním byla stanovena nulová hypotéza (H_0) a alternativní hypotéza (H_A):

- H_{01} : Rozložení četností celkové životní spokojenosti perioperačních sester odpovídá populačnímu rozložení četností celkové životní spokojenosti.
- H_{A1} : Rozložení četností celkové životní spokojenosti perioperačních sester neodpovídá populačnímu rozložení četností celkové životní spokojenosti.

Ke stanovení výsledku byl použit statistický test chí-kvadrát dobré shody. Testování proběhlo již v kapitole 3.3.1. pro názornější vyhodnocení dotazníku. Celková hodnota chí-kvadrát testového kritéria vyšla 28,89 se směrodatnou odchylkou 8. Výsledná p-hodnota byla 0,00033. Na základě testování platí vztah $p < 0,05$. Testováním nebyla prokázána shoda mezi rozložením četností u perioperačních sester a rozložením četností u populace v oblasti celkové životní spokojenosti. Četnosti v získaných datech neodpovídají četnostem populace. Je přijata alternativní hypotéza na hladině významnosti 0,05.

3.4.2 Testování hypotézy č. 2

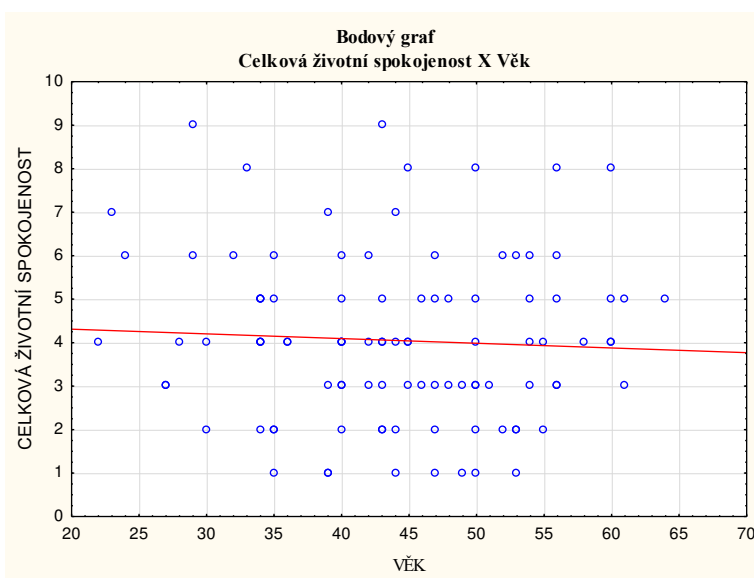
Byla testována závislost mezi hodnotou celkové životní spokojenosti a věkem perioperačních sester. Data byla získána z dotazníku životní spokojenosti. Věk byl zjišťován na konci dotazníku formou otevřené otázky.

Průzkumná otázka č. 2: Existuje závislost mezi hodnotou celkové životní spokojenosti a věkem perioperačních sester?

Pracovní hypotéza č. 2: Hodnota celkové životní spokojenosti perioperačních sester souvisí s věkem.

Obrázek č. 32 znázorňuje bodový graf, který ukazuje vizuální zhodnocení vztahu mezi celkovou životní spokojeností a věkem perioperačních sester. Z bodového grafu je patrný téměř nulový vztah mezi proměnnými. Lehký sklon korelační křivky naznačuje velmi slabou neprůkaznou pozitivní korelaci.

Obrázek 32 – Bodový graf znázorňující vztah celkové životní spokojenosti a věku perioperačních sester



Před testováním byla stanovena nulová (H_0) a alternativní hypotéza (H_A):

- H_{02} : Mezi hodnotou celkové životní spokojenosti a věkem perioperačních sester neexistuje závislost.
- H_{A2} : Mezi hodnotou celkové životní spokojenosti a věkem perioperačních sester existuje závislost.

V tabulce č. 24 jsou výsledky testování normality dat pomocí Shapiro-Wilkova testu normality. Na základě výsledků byla zvolena neparametrická Spearmanova korelace.

Tabulka 24 – Test normality pro hodnoty celkové živ. spokoj. a věku perioperačních sester

Proměnná	Shapiro-Wilkův W test normality		
	N	W	p
CELKOVÁ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST	100	0,948	0,000637
VĚK	100	0,984	0,286

Tabulka č. 25 ukazuje výsledky testování pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Hodnota koeficientu -0,044 představuje tzv. triviální, žádnou závislost proměnných. Výsledná p-hodnota je 0,666. Platí vztah $p > 0,05$. Testováním nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi hodnotou celkové životní spokojenosti a věkem perioperačních sester. Je přijata nulová hypotéza. Test byl prováděn na hladině významnosti 0,05.

Tabulka 25 – Spearmanův korelační koeficient mezi celkovou živ. spokoj. a věkem perioperačních sester

Dvojice proměnných	Spearmanova korelace			
	Počet (plat.)	Spearman (R)	t(N-2)	p-hodn.
CELKOVÁ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST & VĚK	100	-0,044	-0,433	0,666

3.4.3 Testování hypotézy č. 3

Byl testován rozdíl mezi celkovou životní spokojeností perioperačních sester žijících v manželství a perioperačními sestrami bez manželského vztahu. Na otázku rodinného stavu odpovídaly perioperační sestry v rámci dotazníku životní spokojenosti, kde měly na výběr ze čtyř možností:

- a) Ženatý/vdaná
- b) Svobodný/á
- c) Vdovec/vdova
- d) Rozvedený/á

Pro účely testování hypotézy č. 3 byly odpovědi respondentek rozděleny do dvou skupin. První skupina s názvem „V manželství“ byla tvořena respondentkami, které volily možnost a). Druhá skupina s názvem „Ostatní“ byla tvořena respondentkami, které volily možnosti b), c), d).

Průzkumná otázka č. 3: Existuje statisticky významný rozdíl mezi hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester v manželství a perioperačních sester bez manželského vztahu?

Pracovní hypotéza č. 3: Hodnota celkové životní spokojenosti perioperačních sester je vyšší u respondentek žijících v manželství.

Před testováním byla stanovena nulová (H_0) a alternativní hypotéza (H_A):

- H_{03} : Mezi hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester žijících v manželství a hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester bez manželského vztahu neexistuje statisticky významný rozdíl.
- H_{A3} : Mezi hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester žijících v manželství a hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester bez manželského vztahu existuje statisticky významný rozdíl.

Tabulka č. 26 ukazuje výsledky Shapiro-Wilkova W testu normality. Na základě výsledků byla zvolena neparametrická metoda testování Mann-Whitneyův U test.

Tabulka 26 – Test normality pro hodnoty celkové živ. spokoj. u respondentek v manželství/ostatní

Proměnná	Shapiro-Wilkův W test normality			
	Rod. stav	N	W	p
CELKOVÁ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST	V manželství	68	0,949	0,007
CELKOVÁ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST	Ostatní	32	0,946	0,112

V tabulce č. 27 jsou výsledky testování rozdílu mezi celkovou životní spokojeností perioperačních sester v manželství a perioperačních sester bez manželského vztahu. Výsledná p-hodnota je 0,478 a platí vztah $p > 0,05$. Na základě zkoumaných dat nebyl na hladině významnosti 0,05 prokázán statisticky významný rozdíl. Je přijata nulová hypotéza. Mezi hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester žijících v manželství a hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester bez manželského vztahu neexistuje statisticky významný rozdíl.

Tabulka 27 – Mann-Whitneyův U test pro hodnoty celkové životní spokojenosti respondentek v manželství/ostatní

Proměnná	Mann-Whitneyův U test				
	Sčet poř. (V manželství)	Sčet poř. (Ostatní)	U	Z	p-hodnota
CELKOVÁ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST	3337,5	1712,5	991,5	-0,709	0,478

3.4.4 Testování hypotézy č. 4

Byl testován vztah mezi volbou strategie zvládání stresu a hodnotou celkové životní spokojenosti na hladině významnosti 5 %.

Průzkumná otázka č. 4: Existuje závislost mezi volbou strategie zvládnání stresu a hodnotou celkové životní spokojenosti u perioperačních sester?

Pracovní hypotéza č. 4: Volba strategie zvládnání stresu souvisí s hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester.

Před testováním byla stanovena nulová (H_0) a alternativní hypotéza (H_A):

- H_{04} : Mezi volbou strategie zvládnání stresu a hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester neexistuje závislost.
- H_{A4} : Mezi volbou strategie zvládnání stresu a hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester existuje závislost.

Pomocí Shapiro-Wilkova W testu normality byly hodnoty všech proměnných otestovány na normalitu rozložení dat. Na základě výsledků testu, které ukázaly jiné než normální rozložení dat, byl pro testování vztahu použit Spearmanův korelační koeficient. Tabulka č. 28 ukazuje výsledky korelace mezi celkovou životní spokojeností a jednotlivými strategiemi zvládnání stresu.

Z tabulky je patrné, že červeně označené výsledky představují statisticky významný vztah (závislost) mezi hodnotou celkové životní spokojenosti a danou strategií zvládnání stresu. Výsledky lze interpretovat takto:

Mezi mírou celkové životní spokojenosti a mírou využívání strategie **Odklon** je slabá přímá závislost. Hodnota korelačního koeficientu je 0,225 a p-hodnota 0,025. Platí vztah $p < 0,05$. Je přijata alternativní hypotéza na hladině významnosti 0,05. Mezi volbou strategie Odklon a hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester existuje statisticky významný vztah.

Mezi mírou celkové životní spokojenosti a mírou využívání strategie **Rezignace** je slabá nepřímá závislost. Hodnota korelačního koeficientu je -0,288 a p-hodnota 0,0037. Platí vztah $p < 0,05$. Je přijata alternativní hypotéza na hladině významnosti 0,05. Mezi volbou strategie Rezignace a hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester existuje statisticky významný vztah.

U ostatních korelací je přijata nulová hypotéza a neexistuje závislost mezi hodnotou celkové životní spokojenosti a mírou využívání dané strategie.

Tabulka 28 – Spearmanovy korelační koeficienty mezi celkovou živ. spokoj. a strategií zvládnání stresu

Dvojice proměnných	Spearmanovy korelace Červeně označené korelace jsou významné na hl. p <0,05			
	Počet (plat.)	Spearman (R)	t(N-2)	P- hodn.
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & Podhodnocení	100	0,012	0,120	0,905
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & Odmítání viny	100	0,033	0,331	0,741
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & Odklon	100	0,225	2,283	0,025
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & Náhradní uspokojení	100	-0,040	-0,399	0,691
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & Kontrola situace	100	-0,019	-0,189	0,850
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & Kontrola reakcí	100	0,113	1,128	0,262
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & Pozitivní sebeinstrukce	100	0,170	1,703	0,092
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & Potřeba sociální opory	100	-0,117	-1,170	0,245
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & Vyhýbání se	100	0,136	1,354	0,179
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & Úniková tendence	100	-0,125	-1,243	0,217
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & Perseverace	100	-0,125	-1,246	0,216
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & Rezignace	100	-0,288	-2,973	0,0037
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & Sebeobviňování	100	-0,168	-1,691	0,094

Stejně testování pomocí Spearmanovy korelace bylo použito i pro hodnocení vztahu mezi mírou celkové životní spokojenosti a volbou pozitivní či negativní celkové strategie zvládnání stresu. Tabulka č. 29 ukazuje výsledky testování.

Mezi hodnotou celkové životní spokojenosti a mírou využívání **negativních strategií** je slabá nepřímá závislost. Hodnota korelačního koeficientu je -0,244 a p-hodnota 0,0146. Platí vztah $p < 0,05$. Je přijata alternativní hypotéza na hladině významnosti 0,05. Mezi volbou celkové negativní strategie a hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester existuje statisticky významný vztah (závislost).

U zbylých korelací je přijata nulová hypotéza a neexistuje závislost mezi hodnotou celkové životní spokojenosti a volbou celkové pozitivní strategie, POZ 1, POZ 2 a POZ 3.

Tabulka 29 – Spearmanovy korelační koeficienty mezi celkovou živ. spokoj. a celkovou strategií zvládnání stresu

Dvojice proměnných	Spearmanovy korelace Červeně označené korelace jsou významné na hl. p <0,05			
	Počet (plat.)	Spearman (R)	t(N-2)	p-hodn.
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & POZITIVNÍ STRATEGIE CELKEM	100	0,163	1,639	0,105
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & POZ 1	100	0,031	0,305	0,761
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & POZ 2	100	0,087	0,860	0,392
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & POZ 3	100	0,039	0,382	0,704
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & NEGATIVNÍ STRATEGIE CELKEM	100	-0,244	-2,487	0,0146

3.4.5 Testování hypotézy č. 5

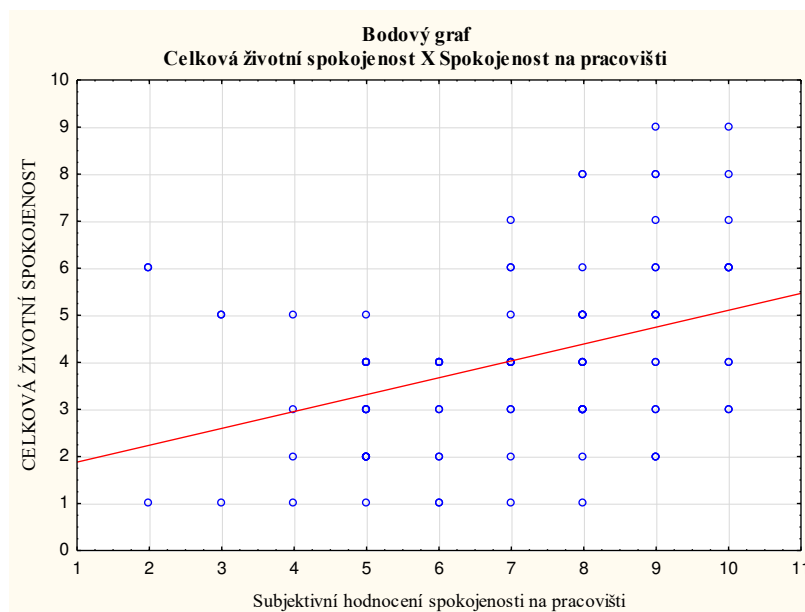
Byl testován vztah mezi hodnotou subjektivní spokojenosti na pracovišti a celkovou životní spokojeností perioperačních sester. Hodnoty spokojenosti na pracovišti byly získány pomocí anamnestického dotazníku vlastní konstrukce. Respondentky v otázce č. 10 označily na škále od jedné do deseti míru spokojenosti na pracovišti. Hodnota jedna znamenala minimální spokojenost, hodnota deset naopak maximální spokojenost.

Průzkumná otázka č. 5: Existuje závislost mezi subjektivním hodnocením spokojenosti na pracovišti a celkovou životní spokojeností perioperačních sester?

Pracovní hypotéza č. 5: Subjektivní hodnocení spokojenosti na pracovišti souvisí s celkovou životní spokojeností perioperačních sester.

Obrázek č. 33 znázorňuje bodový graf pro vizuální zhodnocení vztahu mezi celkovou životní spokojeností a hodnotou spokojenosti na pracovišti. Z bodového grafu je zřejmé, že mezi oběma znaky existuje jistá lineární závislost, body v grafu jsou proloženy přímkou, která má rostoucí tendenci. Velikost této závislosti a její statistická významnost byla zjištěna následujícím testováním.

Obrázek 33 – Bodový graf znázorňující vztah celkové životní spokojenosti a spokojenosti na pracovišti u perioperačních sester



Před testováním byla stanovena nulová (H_0) a alternativní hypotéza (H_A):

- H_{05} : Mezi subjektivním hodnocením spokojenosti na pracovišti a celkovou životní spokojeností perioperačních sester neexistuje závislost.
- H_{A5} : Mezi subjektivním hodnocením spokojenosti na pracovišti a celkovou životní spokojeností perioperačních sester existuje závislost.

Tabulka č. 30 ukazuje výsledky testu normality. Na základě Shapiro-Wilkova W testu data nepatří do normální rozdělení, pro testování byla zvolena neparametrická Spearmanova korelace.

Tabulka 30 – Test normality pro hodnoty celkové živ. spokoj. a spokojenosti na pracovišti

Proměnná	Shapiro-Wilkův W test normality		
	N	W	p
CELKOVÁ ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST	100	0,948	0,000637
SPOKOJENOST NA PRACOVIŠTI	100	0,936	0,000116

Tabulka č. 31 podává ucelené informace o výsledcích testování vztahu mezi celkovou životní spokojeností a spokojeností na pracovišti u perioperačních sester. Hodnota korelačního koeficientu 0,403 značí střední přímou závislost mezi proměnnými. Výsledná p-hodnota je 0,000033. Platí vztah $p < 0,05$. Je přijata alternativní hypotéza. Testováním byl prokázán statisticky významný vztah (závislost) mezi celkovou životní spokojeností a spokojeností na pracovišti. Test byl proveden na hladině významnosti 0,05.

Tabulka 31 – Spearmanův korelační koeficient mezi celkovou živ. spokoj. a spokojeností na pracovišti

Dvojice proměnných	Spearmanova korelace Červeně označené korelace jsou významné na hl. p <0,05			
	Počet (plat.)	Spearman (R)	t(N-2)	p-hodn.
CELKOVÁ ŽIV. SPOKOJ. & SPOKOJ. NA PRACOVIŠTI	100	0,403	4,354	0,000033

4 DISKUZE

Práce perioperační sestry je z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu řazena mezi vysoce náročná povolání. Náročnost určuje především psychosociální zátěž, která se odráží do života každé perioperační sestry. Jak uvádí Hamplová (2004, s. 18), míra, v níž práce ovlivňuje životní spokojenost, souvisí s tím, jak důležitá práce pro daného člověka je.

Diplomová práce se zabývá tématem životní spokojenosti a způsoby zvládnání stresu u perioperačních sester. Průzkumná data byla získána pomocí tří dotazníků, které vyplňovaly perioperační sestry ze čtyř zdravotnických zařízení. Průzkum ukazuje, že téměř polovina perioperačních sester (49 %) má vzhledem k populaci průměrnou životní spokojenost, avšak až 41 % perioperačních sester se pohybuje v kategorii podprůměrné životní spokojenosti. Ke zvládnání stresu využívají dotazované perioperační sestry ve větší míře pozitivní strategie, které vedou k úspěšné redukci stresu. Na základě průzkumu lze také říci, že perioperační sestry jsou na svém pracovišti spíše spokojeny a celková životní spokojenost souvisí se subjektivním hodnocením spokojenosti na pracovišti. Perioperační sestry, které jsou nespokojené na svém pracovišti, vykazují nižší úroveň celkové životní spokojenosti a naopak.

K dosažení hlavního cíle diplomové práce, kterým bylo zjistit úroveň celkové životní spokojenosti a využití strategií zvládnání stresu u perioperačních sester, bylo stanoveno pět dílčích cílů.

Dílčí cíl 1. Vytvořit přehled teoretických poznatků v oblasti životní spokojenosti, stresu a jeho vlivu na celkovou životní spokojenost perioperačních sester.

Dílčí cíl 1 byl splněn v teoretické části diplomové práce. Odborné literatury zabývající se oblastí stresu a působením stresu na lidský organismus je dostatek v české i zahraniční literatuře. Počet studií zabývající se stresem zdravotníků roste zejména z důvodu zvyšujícího se počtu neuropsychiatrických onemocnění nejenom ve skupině zdravotníků, ale v celé populaci, což kupříkladu ukazuje studie profesora Rabocha a doktora Ptáčka z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (2015). Studie jsou často spojeny s problémem dnešní populace, který je známý pod pojmem „burn out“ neboli syndrom vyhoření. Odborné studie týkající se vlivu stresu na perioperační sestry chybí. K dohledání jsou spíše průzkumy na úrovni bakalářských a diplomových prací. Teorie životní spokojenosti se potýká s problémem obtížné definice a popsání pojmu. Existují různá pojetí, která spojuje důraz na subjektivitu hodnocení. K nalezení

jsou převážně publikace staršího data (Blatný, 2005; Kebza, Šolcová, 2003; Hnilica, 2004; Diener, 1984).

Dílčí cíl 2. Zjistit úroveň životní spokojenosti perioperačních sester za použití standardizovaného dotazníku DŽS.

Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že v oblasti celkové životní spokojenosti dosahuje 41 % respondentek podprůměrné životní spokojenosti, 49 % průměrné životní spokojenosti a 10 % perioperačních sester dosahuje nadprůměrné životní spokojenosti. Pro názornější vyhodnocení dotazníku byla u každé oblasti, včetně oblasti celkové životní spokojenosti, ověřována shoda či neshoda rozložení četností výskytu u respondentek s četností výskytu u populace stanovené autory dotazníku. Testováním **pracovní hypotézy č. 1** bylo pomocí chí-kvadrát testu dobré shody zjištěno, že rozložení výskytu četností celkové životní spokojenosti perioperačních sester neodpovídá rozložení výskytu četností celkové životní spokojenosti populace, tzn. nebyla prokázána shoda struktury vzorku a populace. Perioperační sestry mají oproti populaci vyšší podíly nízkých stanin a naopak, nižší podíly vysokých stanin. Podobné výsledky ukazuje diplomová práce Dolejšové (2019) s názvem „Psychosociální aspekty v práci perioperační sestry“. Za použití stejného dotazníku hodnotící životní spokojenost, došla k závěru, že kategorie podprůměrné životní spokojenosti dosahuje 44 % dotazovaných perioperačních sester, kategorie průměrné životní spokojenosti dosahuje 51 % sester a nadprůměrné životní spokojenosti dosahuje pouze 5 % perioperačních sester. Nejvyšší procento zastoupení je v kategorii průměrné životní spokojenosti stejně jako v průzkumu této diplomové práce.

Na základě procentuálního zastoupení respondentek v kategorii nadprůměrné životní spokojenosti lze říci, že perioperační sestry vykazují nejvyšší spokojenost v oblastech Děti, Bydlení a Sexualita. Autoři dotazníku Fahrenberg, Myrtek, Schumacher a Brahler (2001) uvádějí, že osoby s vysokou škálovou hodnotou v těchto oblastech jsou spokojeny se svým vlivem na děti, se společnými aktivitami a s tím, jak si jich děti cení. Jsou spokojeny se svými bytovými podmínkami a nastaveným standardem svého bydlení. Pozitivně hodnotí svou fyzickou atraktivitu a sexuální život. Obecně lze říci, že jsou tyto osoby spokojeny se svým domácím zázemím (Fahrenberg et al., 2001). Oblast Děti je však atypická, jelikož ji hodnotilo 86 respondentek z celkového počtu 100. Tvrzení o nevyšší spokojenosti průzkumného souboru jako celku v této oblasti je proto nejisté. Na základě procentuálního zastoupení respondentek v kategorii podprůměrné životní spokojenosti lze podobně určit, v jakých oblastech vykazují respondentky nejnižší hodnotu spokojenosti. Jedná se o oblasti Volný čas, Zdraví a Vlastní

osoba. Dle autorů dotazníku jsou tyto osoby nespokojeny s délkou, kvalitou a pestrostí volného času, se svou celkovou duševní a tělesnou kondicí, mohou být více depresivně a emocionálně laděny (Fahrenberg et al., 2001). V diplomové práci Dolejšové (2019) jsou perioperační sestry nejvíce spokojeny v oblastech Manželství a partnerství, Děti a Sexualita. Naopak nejméně jsou spokojeny v oblastech Volný čas, Zdraví a Finance. Výsledky obou průzkumů jsou proto velice podobné.

Existence shody rozložení četností výskytu respondentek a populace byla prokázána v oblastech Práce a zaměstnání, Finanční situace, Sexualita a Bydlení, tzn. četnosti zastoupení respondentek v těchto oblastech odpovídají očekávanému výsledku.

Dílčí cíl 3. Zjistit, jakým způsobem se perioperační sestry vyrovnávají se stresem za použití standardizovaného dotazníku SVF 78.

Získanými daty bylo zjištěno, že dotazované perioperační sestry využívají ke zvládnání stresu více pozitivní strategie, které vedou k úspěšnému řešení stresových situací. Nejvíce využívanou strategií ke zvládnání stresu je strategie Kontrola reakcí, která dle Wilhelma Janka a Gisely Erdmannové (2002), autorů dotazníku SVF 78, znamená snahu o zajištění a udržení kontroly vlastních reakcí. Je řazena mezi pozitivní strategie. Naopak nejméně využívanou strategií pro zvládnání stresu u perioperačních sester je strategie Rezignace, která představuje vzdávání se pocitům bezmocnosti a beznaděje, a která patří mezi negativní strategie. Na základě statistického testování bylo prokázáno, že pozitivní strategie mají statisticky významně vyšší skóre než negativní strategie.

Bakalářská práce Poláchové (2015) „Strategie zvládnání zátěže u sester na různých zdravotnických pracovištích“ je zaměřena na strategie, které využívají sestry ke zvládnání stresu na chirurgickém a interním oddělení. Pro získání dat využila autorka dotazník SVF 78. Výsledky ukázaly, že ošetrovatelský personál na interním i chirurgickém pracovišti více využívá pozitivní strategie ke zvládnání stresu, přičemž na interním oddělení byla nejvíce zastoupena strategie Kontrola reakce a na chirurgickém oddělení strategie Kontrola situace. Výsledky jsou podobné průzkumu této diplomové práce, ačkoli průzkumný soubor tvořily perioperační sestry. Poláchová (2015) navíc došla k závěru, že výběr strategií zvládnání zátěže je ovlivněn věkem respondentů. V diplomové práci Hájkové (2017) „Strategie zvládnání stresu, pracovní zátěž a depresivita u zdravotních sester“ nebyl k zjištění strategií zvládnání stresu využit dotazník SVF 78, ale dotazník CSI (Coping Strategies Inventory), který rozděluje copingové strategie na příklonové/odklonové a na strategie zaměřené na problém nebo na

emoce. Výsledky ukázaly, že sestry nejčastěji volí strategie s názvem Řešení problému a Kognitivní restrukturalizace. Řadí se mezi příklonové strategie zaměřené na problém. Zahrnují chování zaměřené na změnu problémové situace nebo změnu jejího vnímání jedincem (Hájková, 2017). Tyto strategie lze přirovnat k pozitivním strategiím zvládání stresu dotazníku SVF 78. Zahrnují totiž aktivní způsoby ke zvládání problémů. Kratochvílová (2019) v diplomové práci „Vliv práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví“ uvádí, že 57,4 % perioperačních sester využívá ke zvládání a předcházení stresu podporu rodiny a přátel. Tento způsob zvládání stresu lze částečně přirovnat ke strategii Potřeba sociální opory v dotazníku SVF 78, která je v průzkumu této diplomové práce na šestém místě nejčastěji volených strategií. Kratochvílová (2019) také uvádí, že nejčastějším faktorem ovlivňující psychosociální zdraví perioperačních sester je časový stres.

Dílčí cíl 4. Zjistit míru spokojenosti perioperačních sester na jejich pracovišti pomocí anamnestického dotazníku vlastní konstrukce „Spokojenost na pracovišti“.

Dle Zítkové (2015, s. 112) je pracovní spokojenost člověka subjektivní záležitostí individuálních pocitů, emocí či postojů. Pracovní spokojenost je součástí celkové životní spokojenosti, avšak u každého jedince je odlišná. Záleží na tom, do jaké míry je práce pro člověka v životě důležitá (Hamplová, 2004, s. 18). K dosažení dílčího cíle 4 byl využit dotazník vlastní konstrukce, proto výsledky nelze jednoznačně porovnávat s jinými průzkumy či studii. Pomocí číselné stupnice od jedné do deseti, bylo zjištěno, že dotazované perioperační sestry jsou na svém pracovišti spokojeny. Nejvyšší zastoupení má hodnota osm, která odpovídá vysoké spokojenosti perioperačních sester na jejich pracovišti. Hodnota mediánu, která je rovna sedmi, tento výrok potvrzuje. Dotazník vlastní konstrukce dále ukazuje, že 77 % perioperačních sester pracuje na operačních sálech jedenáct a více let a 83 % má specializační vzdělání v perioperační péči. 82 % sester také uvádí, že práce na operačních sálech je naplňuje a nepovažují svoji práci pouze za zdroj příjmu. Výzkumné šetření Rambouskové (2018, s. 90) však ukazuje, že nejdůležitějším motivačním faktorem všeobecných sester je právě mzda. Ke stejnému výsledku došla také Ondrová (2016, s. 86), která zjistila, že pracovní spokojenost všeobecných sester nejvíce ovlivňuje jejich platové ohodnocení. Podobný výsledek uvádí ve svém výzkumu také Vévoda (2013, s. 124), který zjišťoval trendy pracovní spokojenosti všeobecných sester v letech 2006 a 2011. Zjistil, že prioritním motivačním faktorem sester je mzda. V posledních letech se platové ohodnocení nelékařských zdravotnických pracovníků výrazně zlepšilo a stále má vzestupnou tendenci, proto by se mohla motivace a pracovní spokojenost sester zvyšovat.

Dílčí cíl 5. Pomocí testování stanovených hypotéz zjistit těsnost vztahu mezi životní spokojeností, strategií zvládnání stresu, základními anamnestickými údaji a subjektivním hodnocením spokojenosti na pracovišti.

Pátý dílčí cíl byl splněn pomocí testování hypotéz, které byly stanoveny na základě teoretických poznatků diplomové práce. Testování hypotéz mělo prokázat či vyvrátit vztah mezi stanovenými proměnnými. K prokázání vztahu mezi dotazníky byly použity hypotézy č. 2 až č. 5. Pracovní hypotéza č. 1 sloužila k efektivnějšímu vyhodnocení dotazníku životní spokojenosti.

Pracovní hypotéza č. 2: Hodnota celkové životní spokojenosti perioperačních sester souvisí s věkem.

Fahrenberg, Myrtek, Schumacher a Brahler (2001) dle korelačních vztahů svého výzkumu uvádějí, že celková životní spokojenost je relativně vyšší u mladších osob. Zároveň ale zmiňují, že přehled literatury ukazuje spíše tendence k větší celkové životní spokojenosti u osob s přibývajícím věkem. Dle Dienera (1999, s. 276-302) však stoupající věk pravděpodobně nemá přímý vliv na celkovou životní spokojenost. Závěrečné stanovisko, zda věk souvisí s životní spokojeností, nelze z teoretických poznatků jednoznačně určit. V diplomové práci nebyl testováním prokázán statisticky významný vztah mezi hodnotou celkové životní spokojenosti a věkem perioperačních sester. Test byl prováděn na hladině významnosti 0,05.

Pracovní hypotéza č. 3: Hodnota celkové životní spokojenosti perioperačních sester je vyšší u respondentek žijících v manželství.

Na otázku rodinného stavu odpovídaly respondentky v závěru dotazníku životní spokojenosti. Měly na výběr ze čtyř možností – a) vdaná b) svobodná c) vdova d) rozvedená. Pro testování hypotézy byly respondentky rozděleny na dvě skupiny. První skupinu tvořily perioperační sestry, které označily možnost a). Druhou skupinu s názvem „Ostatní“ tvořily perioperační sestry, které zvolily možnost b), c), d). Varianty tedy nezahrnovaly možnost soužití v partnerském vztahu bez manželství, což bylo pro testování hypotézy limitující. Hypotéza tedy testovala rozdíl mezi životní spokojeností respondentek v manželském vztahu (nikoli i v partnerském vztahu) a životní spokojeností respondentek svobodných, rozvedených nebo vdov. Na základě testování nebyl na hladině významnosti 0,05 prokázán statisticky významný rozdíl mezi životní spokojeností perioperačních sester v manželství a perioperačních sester bez manželského vztahu. Diener (1999, s. 276-302) však uvádí, že lidé v manželství prokazují statisticky vyšší úroveň životní spokojenosti. Ke stejnému výsledku došli i autoři DŽS. Celková

životní spokojenost je podle nich vyšší u ženatých/vdaných osob než u rozvedených. Obecně je vyšší u osob žijících v partnerském vztahu (Fahrenberg et al., 2001).

Pracovní hypotéza č. 4: Volba strategie zvládání stresu souvisí s hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester.

Testováním hypotézy č. 4 bylo zjištěno, že existuje statisticky významný vztah mezi volbou strategie Rezignace, Odklon a hodnotou celkové životní spokojenosti perioperačních sester. Zároveň byl zjištěn statisticky významný vztah mezi volbou negativních strategií zvládání stresu a hodnotou celkové životní spokojenosti. Znamená to, že existuje určitá míra závislosti mezi volbou zmíněných strategií a celkovou životní spokojeností perioperačních sester. Orzechowska a kol. (2009, s. 53-63) uvádí, že jedinci vykazující vyšší úroveň životní spokojenosti (měřeno pomocí rodinné situace a soci-ekonomického stavu) využívají častěji ke zvládání stresu efektivní pozitivní copingové strategie než jedinci vykazující sníženou úroveň životní spokojenosti. Životní spokojenost do jisté míry ovlivňuje schopnost člověka vyrovnávat se se stresem, avšak tato schopnost je ovlivněna řadou dalších faktorů. Konkrétní výsledky testování v diplomové práci nelze porovnávat s jinými průzkumy či studii, jelikož těsnost vztahu mezi dotazníky SVF 78 a DŽS není v oblasti zdravotnictví k dohledání.

Pracovní hypotéza č. 5: Subjektivní hodnocení spokojenosti na pracovišti souvisí s celkovou životní spokojeností perioperačních sester.

Testování hypotézy č. 5 ukázalo pozitivní korelaci mezi proměnnými. Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána statisticky významná závislost mezi celkovou životní spokojeností a spokojeností na pracovišti. Dotazované perioperační sestry vykazující vyšší spokojenost na pracovišti mají vyšší úroveň celkové životní spokojenosti a naopak. Je zřejmé, že psychosociální aspekty a fyzická i psychická náročnost povolání významně ovlivňuje život dotazovaných perioperačních sester.

K limitům diplomové práce patřila časová náročnost vyplnění dotazníků. Respondentky si prostřednictvím svých nadřízených poměrně často stěžovaly na délku dotazníku a čas strávený nad jeho vyplněním, zejména u poslední, třetí části dotazníku, která byla tvořena dotazníkem SVF 78. Avšak díky vstřícnosti, zodpovědnosti a efektivní komunikaci vrchních sester operačních sálů všech čtyř zdravotnických zařízení byla návratnost dotazníků vysoká (81,5 %). Pro neúplnost vyplnění bylo následně vyřazeno pouze šest dotazníků. Nevelkým limitem diplomové práce byl dotazník vlastní konstrukce s názvem „Spokojenost na pracovišti“ zejména z důvodu vyhodnocení jeho výsledků. Jedná se o nestandardizovaný dotazník, jehož

výsledky nelze porovnávat s jinými průzkumy či studiemi a samotná interpretace výsledků je proto obtížná. K hodnocení spokojenosti se zaměstnáním mohl být například využit standardizovaný dotazník JSS (Job Satisfaction Survey) od Paula E. Spectora z roku 1994. Dotazník vlastní konstrukce však přinesl výsledky, které mohou být platné a využitelné pro zdravotnická zařízení, ve kterých byl průzkum realizován, za dodržení anonymity všech respondentek.

5 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit úroveň životní spokojenosti a strategie zvládnání stresu u perioperačních sester pracujících na centrálních operačních sálech čtyř zdravotnických zařízení. Samotnému průzkumu předcházela teoretická část zaměřená na přístupy k vymezení životní spokojenosti, na faktory, které životní spokojenost ovlivňují a na způsoby jejího hodnocení. Teoretická část zahrnuje také poznatky v oblasti stresu, copingu, hodnocení strategií zvládnání stresu a věnuje se také práci ve zdravotnictví a specifikům práce perioperačních sester. Úkolem této části bylo vytvoření přehledu teoretických poznatků týkajících se zvoleného tématu, čímž byl naplněn dílčí cíl 1. Průzkumná část představuje kompletní zpracování průzkumného šetření za použití standardizovaných dotazníků DŽS, SVF 78 a dotazníku vlastní konstrukce „Spokojenost na pracovišti“. Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány a prezentovány v kapitole 3.3., čímž byly naplněny dílčí cíle 2, 3 a 4.

Z průzkumného šetření vyplynulo, že celková životní spokojenost perioperačních sester je na průměrné (49 %) a podprůměrné (41 %) úrovni. Pouze 10 % perioperačních sester se pohybuje v kategorii nadprůměrné životní spokojenosti. Nejvíce jsou respondentky spokojeny v oblastech Děti, Bydlení a Sexualita. Nejméně jsou naopak spokojeny v oblastech Volný čas, Zdraví a Vlastní osoba. Ukázalo se, že ke zvládnání stresu využívají dotazované perioperační sestry více pozitivní strategie a vyšší skóre pozitivních strategií oproti negativním strategiím je statisticky významné. Nejčastěji využívají respondentky strategii Kontrola reakcí a nejméně strategii Rezignace. Na základě dotazníku vlastní konstrukce je spokojenost perioperačních sester na pracovišti na vysoké úrovni.

Dílčí cíl 5 byl splněn pomocí testování hypotéz, kterými byla zjišťována těsnost vztahů mezi dotazníky. Testováním nebyla prokázána závislost mezi hodnotou celkové životní spokojenosti a věkem perioperačních sester. Zároveň nebyl prokázán rozdíl mezi hodnotou životní spokojenosti perioperačních sester žijících v manželství a životní spokojeností sester bez manželského vztahu. Byla prokázána závislost mezi mírou využívání strategie Odklon, Rezignace a mírou životní spokojenosti. Slabá závislost byla také prokázána mezi mírou využívání negativních strategií zvládnání stresu a hodnotou celkové životní spokojenosti. Závislost mezi proměnnými se ukázala také mezi subjektivním hodnocením spokojenosti na pracovišti a životní spokojeností. Dotazované perioperační sestry, které udávají vyšší spokojenost na pracovišti, mají vyšší úroveň celkové životní spokojenosti.

V předloženém průzkumu se odkrylo několik zajímavých oblastí, se kterými lze dále pracovat a ovlivnit tak spokojenost perioperačních sester, ale i kvalitu poskytované péče, která s psychickým i fyzickým rozpoložením zdravotníků významně souvisí. Jak se ukázalo, respondentky jsou spokojeny se svým rodinným životem a zázemím, avšak negativně vnímají své zdraví nebo volný čas. Práce a péče o domácnost zaplňuje velkou část dne dotazovaných perioperačních sester a nezbývá čas na chvíle pro vlastní osobu a uspokojení vlastního já. Role zaměstnavatele a vedení pracoviště je v tomto ohledu obtížná. Avšak jako se vedoucí pracovníci starají o fyzicky bezpečné pracovní prostředí, stejně nutné je pečovat i o psychické zdraví zaměstnanců. Prioritou vedoucích pracovníků operačních sálů by mělo být zajištění dostatečného počtu zaměstnanců, kterým lze předejít řadě problémů. Perioperační sestry pak nemusí mít přesčasy, mohou mít dostatek dovolené, nemusí zastupovat práci pomocného personálu a mohou se soustředit na profesionální výkon. Zároveň se tímto reguluje vznik interpersonálních konfliktů, na což navazuje efektivnější zvládnání stresu a celkově lepší psychický stav. Vhodnou podporou pro osobní život a zdraví perioperačních sester by mohly být teambuildingové aktivity, nabídky relaxačních pobytů či pohybových možností. V průzkumu byly velké rozdíly v početním stavu zaměstnanců mezi jednotlivými zařízeními. Celkově však polovina dotazovaných perioperačních sester zvolila možnost, že na jejich pracovišti je dostatečný počet pracovních sil, druhá polovina zvolila možnost nedostatečného počtu personálu na jejich pracovišti.

Literární rešerše ukázala nevelký počet tuzemských výzkumů týkajících se copingových strategií a spokojenosti všeobecných a perioperačních sester. Tato oblast je doposud neprobádána a kvantitativní či kvalitativní výzkumy by mohly napomoci porozumění této problematice a zvýšit úroveň poskytované péče pacientům.

6 POUŽITÁ LITERATURA

Knihy

1. BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 8071785504.
2. BLATNÝ, Marek. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-86633-35-7.
3. DUDA, Miloslav. *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-642-0.
4. DVOŘÁKOVÁ, Zuzana, Lucie VÁCLAVKOVÁ a Lenka SVOBODOVÁ. *Svět práce a kvalita života: vliv změn světa práce na kvalitu života: výzkumný projekt v rámci programu Moderní společnost a její proměny*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2006. ISBN 80-86973-08-5.
5. FAHRENBERGL, Jochen, Michael MYRTEK, Jörg SCHUMACHER and Elmar BRÄHLER. *Dotazník životní spokojenosti*. 1. vyd. Přeložil Kateřina RODNÁ, přeložil Tomáš RODNÝ. Praha: Testcentrum s.r.o, 2001. ISBN 80-86471-16-0.
6. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
7. HAMPLOVÁ, Dana. *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, c2004. Sociologické studie. ISBN 807330063x.
8. JANKE, Wilhelm and Gisela ERDMANN. *Strategie zvládnání stresu – SVF 78*. 1.vyd. Přeložil Josef ŠVANCARA. Praha: Testcentrums.r.o., 2003. ISBN 80-86471-24-1.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. Pro vaše zdraví. ISBN 80-7169-121-6.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 8024701790.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071787744.

12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Helena HNILICOVÁ. *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-20-6.
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.
14. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 9788024756462.
15. PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 9788088163008.
16. SELYE, Hans. *Stres života*. Přeložil Petra KUDRNÁČOVÁ. Hodkovičky: Pragma, 2016. ISBN 9788073493929.
17. STAŇKOVÁ, Marta. *Sestra – reprezentant profese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. České ošetřovatelství: praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-368-6.
18. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024731742.
19. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 9788024747323.
20. VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 9788024447704.
21. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012. ISBN 9788072628940.
22. WICHSOVÁ, Jana, Petr PŘIKRYL, Renata POKORNÁ a Zuzana BITTNEROVÁ. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 9788024737546.

23. ZÍTKOVÁ, Marie, Andrea POKORNÁ a Erna MIČUDOVÁ. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2015. *Sestra* (Grada). ISBN 978-80-247-5094-1.

Periodika

24. BALKOVÁ, Hilda a Lucia FÜRSTOVÁ. Vyhoření perioperačních sester. *Sestra*. 2012, **22**(7-8), 41-42. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers>. ISSN 1210-0404.
25. BÁRTLOVÁ, Sylva a Hana HAJDUCHOVÁ. Psychofyzická zátěž a příčiny fluktuace sester. *Zdravotnictví v České republice*. 2010, **13**(3), 110-115. Dostupné také z: https://www.researchgate.net/publication/273309099_Psychofyzicka_zatez_a_priciny_fluktuace_sester. ISSN 1213-6050.
26. BUREŠOVÁ, Zuzana a Darja JAROŠOVÁ. Kvalita života sester pracujících v nemocnici. *Ošetrovatelstvo* [online]. 2015, **5**(1), 13-17 [cit. 2020-01-02]. Dostupné také z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/files/2015/01/2015-rocnik-5-cislo-1.pdf>. ISSN 1338-6263.
27. ČESKO. Zákon č. 67 ze dne 31. ledna o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2017, částka 222, s. 723-752. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-67>. ISSN 1211-1244.
28. ČESKO. Nařízení vlády č. 164 ze dne 24. července o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí (zákon o nelékařských povoláních) In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2018, částka 85, s. 2594-2597. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-164>. ISSN 1211-1244.
29. ČESKO. Zákon č.201 ze dne 12. července o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2017, částka 72., s. 2065-2084. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>. ISSN 1211-1244.

30. ČESKO. Vyhláška č. 391 ze dne 16. listopadu o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: Sbírka zákonů České republiky. 2017, částka 197., s. 436-437. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>. ISSN 1211-1244.
31. DIENER, Ed, Eunkook M. SUH, Richard E. LUCAS a Heidi L. SMITH. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin* [online]. 1999, **125**(2), 276-302 [cit. 2019-11-11]. DOI: 10.1037/0033-2909.125.2.276. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.125.2.276>. ISSN 0033-2909.
32. GURKOVÁ, Elena, Katarína ŽIAKOVÁ, Mária SOVÁRIOVÁ SOÓSOVÁ, Silvie HAROKOVÁ, Radka ŠERFELOVÁ a Slávka MROSKOVÁ. Subjektívna pohoda českých a slovenských sestier a ich úvahy o odchode. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, **4**(4), 664-669 [cit. 2019-12-31]. Dostupné také z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/3_gurkova_et_al.pdf. ISSN 1804-2740.
33. HECZKOVÁ, Jana a Alan BULAVA. Důvody odchodů sester z profese. *Urologie pro praxi* [online]. 2018, **19**(2), 95-98. Dostupné také z: <http://www.urologiepropraxi.cz/archiv.php>. ISSN 1213-1768.
34. HNILICA, Karel. Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem. *Československá psychologie*. 2004, **48**(3), 193-202. ISSN 0009-062X.
35. JEŽORSKÁ, Šárka, Jiří VÉVODA a Jan CHRASTINA. Motivace sester a syndrom vyhoření: existuje souvislost? *Profese on-line* [online]. 2014, **7**(1), 9-15 [cit. 2019-12-31]. DOI: 10.5507/pol.2014.002. Dostupné také z: <https://profeseonline.upol.cz/archive.php>. ISSN 1803-4330.
36. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*. 2003, **47**(4), 333-345. ISSN: 0009-062X.
37. MARGOLIS, Seth, Eric SCHWITZGEBEL, Daniel J. OZER a Sonja LYUBOMIRSKY. A New Measure of Life Satisfaction: The Riverside Life Satisfaction Scale. *Journal of Personality Assessment* [online]. 2018, **101**(6), 621-630 [cit. 2019-11-20]. DOI: 10.1080/00223891.2018.1464457. Dostupné také z:

<http://sonjalyubomirsky.com/files/2018/05/Margolis-Schwitzgebel-Ozer-Lyubomirsky-2018.pdf>. ISSN 0022-3891.

38. ORZECHOWSKA, Agata, Antoni FLORKOWSKI, Wojciech GRUSZCZYNSKI a Krysztof ZBORALSKI. Socio-economic status, aggressive behaviours and coping with stress. *Psychiatria Polska* [online]. 2009, **43**(1), 53-63 [cit. 2020-03-20]. PMID: 19694400. Dostupné také z: <https://europepmc.org/article/med/19694400>.
39. PRASOON a CHATURVEDI. Life Satisfaction: A literature Review. *International Journal of Management Humanities and Social Sciences* [online]. 2016, **1**(2), 25-32 [cit. 2019-11-10]. Dostupné také z: <http://theresearcherjournal.org/pdfs/01021220163.pdf>. ISSN 2319-7064.
40. VÉVODA, Jiří et al. Trendy pracovní spokojenosti všeobecných sester. *KONTAKT – časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci* [online]. 2013, **15**(2), s. 115-127. Dostupné také z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2013/02/02.pdf>. ISSN 1804-7122.
41. ZACHAROVÁ, Eva a Ivica GULÁŠOVÁ. Kvalita života sester ve vztahu ke vzdělání. In: *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství* [online]. 2009, **4**, s. 183-185. Dostupné také z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2009>
42. ŽIDKOVÁ, Zdeňka. Životospráva sálových sester. *Sestra*. 2010, **20**(2), 40-41. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/zivotosprava-salovych-sester-449672>. ISSN 1210-0404.

Elektronické zdroje

43. Dotazník životní spokojenosti. *EBOZP: SAFE* [online]. Praha: Testcentrum, 2001 [cit. 2019-11-18]. Dostupné z: <http://ebozp.vubp.cz/guest/PersistentObjectAction.do?id=94970&m=mainpage>
44. Dotazník životní spokojenosti. *Hogrefe - Testcentrum* [online]. Praha: Testcentrum, 2001 [cit. 2019-11-18]. Dostupné z: <http://www.testcentrum.com/testy/dzs>
45. HUMPOLÍČEK, Pavel. Stres a jeho zvládání v kontextu psychosomatiky a metabolických poruch. *Psychologon* [online]. Brno: Department of Psychology, 2014 [cit. 2019-12-19]. Dostupné z:

<http://www.psychologon.cz/component/content/article/14-psycholog-online/270-stres-a-jeho-zvladani-v-kontextu-psychosomatiky-a-metabolicky-poruch>

46. KAPOUNKOVÁ, Kateřina a Zdeněk POSPÍŠIL. Stres. *Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity Brno: Obecná patofyziologie* [online]. Brno, ©2013 [cit. 2019-12-17]. Dostupné z: <http://www.fsps.muni.cz/inovace-RVS/kurzy/patofyziologie/stres.html>
47. Pracovníci ve zdravotnictví. *Český statistický úřad* [online]. Praha: ČSÚ, 2010 [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20534970/w-331510a3.pdf/87439c12-49e0-4fb3-822b-390f257f78cc?version=1.0>
48. RABOCH, Jiří a Radek PTÁČEK. Stres, deprese a životní styl v ČR. *Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta* [online]. Praha: Univerzita Karlova, 2015 [cit. 2019-10-03]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/stres-deprese-a-zivotni-styl-v-cr-lf1>.
49. SPECTOR, E. Paul. Job satisfaction survey. *University of South Florida* [online]. USA: Department of psychology, 1994 [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: <http://shell.cas.usf.edu/~pspector/scales/jsspag.html>
50. Strategie zvládání stresu – SVF 78. *Hogrefe - Testcentrum* [online]. Praha: Testcentrum, 2003 [cit. 2019-11-18]. Dostupné z: <http://www.testcentrum.com/testy/svf-78>
51. Stress Effects. *The American Institute of Stress* [online]. USA: The American Institute of Stress, ©2019 [cit. 2019-12-16]. Dostupné z: <https://www.stress.org/stress-effects#effects>
52. STRESS FACTS: STRESS RELATED FACTS AND STATISTICS. *Global Organization for Stress* [online]. USA: Global Organization for Stress, © 2019 [cit. 2019-12-28]. Dostupné z: <http://www.gostress.com/stress-facts/>
53. Všeobecná sestra. *Národní soustava povolání* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, © 2017 [cit. 2019-12-29]. Dostupné z: <https://nsp.cz/jednotka-prace/vseobecna-sestra-0359>
54. What is Stress?. *The American Institute of Stress* [online]. USA: The American Institute of Stress, ©2019 [cit. 2019-12-28]. Dostupné z: <https://www.stress.org/daily-life>

Bakalářské a diplomové práce

55. DOLEJŠOVÁ, Dana. *Psychosociální aspekty práce perioperační sestry*. Pardubice, 2019. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.
56. HÁJKOVÁ, Kristýna. *Strategie zvládnutí stresu, pracovní zátěž a depresivita u zdravotních sester*. Brno, 2017. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Katarína Millová, Ph.D.
57. KRATOCHVÍLOVÁ, Tereza. *Vliv práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví*. Pardubice, 2019. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Věra Záhorová, Ph.D.
58. ONDROVÁ, Karolína. *Pracovní spokojenost sester*. Brno, 2016. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce Petra Juřeníková.
59. POLÁCHOVÁ, Radka. *Strategie zvládnutí zátěže u sester na různých zdravotnických pracovištích*. Zlín, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce doc. PhDr. Josef Konečný, CSc.
60. RAMBOUSKOVÁ, Anna. *Motivace v profesi všeobecných sester*. Plzeň, 2018. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.
61. ŠVANDOVÁ, Jolana. *Faktory životní spokojenosti osob seniorského věku, vzhledem k nabídce zdravotních a sociálních služeb*. Olomouc, 2011. Diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Marie Chrásková.

7 PŘÍLOHY

Příloha A – Anamnestický dotazník – Spokojenost na pracovišti	98
Příloha B – Dotazník žiovtní spokojenosti - DŽS.....	101
Příloha C – Dotazník strategie zvládání stresu - SVF 78	105

PŘÍLOHA A – Anamnestický dotazník – Spokojenost na pracovišti



Univerzita
Pardubice
Fakulta
zdravotnických studií

Vážené respondentky, vážení respondenti,

Jmenuji se Kateřina Tučková a jsem studentkou 1. ročníku magisterského studia oboru Perioperační péče na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Pro svoji diplomovou práci jsem zvolila téma „Životní spokojenost a zvládání stresu u perioperačních sester“. Obracím se na Vás s prosbou vyplnění tří dotazníků. Analýzou výsledků bych ráda zjistila aktuální stav úrovně životní spokojenosti a strategie zvládání stresu perioperačních sester. Zároveň bych ráda prozkoumala vzájemnou souvislost výsledků všech tří dotazníků a zjistila tak spojitost mezi životní spokojeností (životní situací) a způsobem zvládání stresu. Ráda bych Vás proto poprosila o zamyšlení a chvilku Vašeho času na vyplnění. Dotazníky jsou zcela anonymní a údaje budou použity pouze pro zpracování diplomové práce.

Za vyplnění dotazníků předem děkuji.

Kateřina Tučková

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK – SPOKOJENOST NA PRACOVIŠTI

Vyberte vždy jen jednu možnost

1) Jak dlouho pracujete na operačních sálech v roli perioperační sestry?

1-5 let

6-10 let

11 let a více

2) Jak dlouho pracujete na nynějším pracovišti?

1-5 let

6-10 let

11 let a více

3) Pracoval/a jste během své kariéry ve zdravotnictví i jinde než na operačních sálech?

ano

ne

Pokud ano, je pro Vás práce na operačních sálech příznivější?

ano

ne

4) Máte specializační vzdělání v perioperační péči?

ano

ne

Pokud ano, změnilo specializační vzdělání jakýmkoliv způsobem Vaše zaměstnání (např. platové ohodnocení, náplň práce atd.)

- ano
 ne

5) Jaký je, dle Vašeho názoru, počet zaměstnanců na Vašem pracovišti?

- nadbytečný dostatečný těsně pod danou normou
nedostatečný

6) Jak jste spokojen/a s:

Pracovním kolektivem:

spokojen/a spíše spokojen/a spíše nespokojen/a nespokojen/a

Náplní práce:

spokojen/a spíše spokojen/a spíše nespokojen/a nespokojen/a

Pracovní vytížeností:

spokojen/a spíše spokojen/a spíše nespokojen/a nespokojen/a

Počtem odpracovaných hodin za měsíc (počtem služeb):

spokojen/a spíše spokojen/a spíše nespokojen/a nespokojen/a

Platovým ohodnocením:

spokojen/a spíše spokojen/a spíše nespokojen/a nespokojen/a

Technickým vybavením operačních sálů:

spokojen/a spíše spokojen/a spíše nespokojen/a nespokojen/a

7) Uveďte míru spokojenosti ze spolupráce s nadřízeným:

Kvalita komunikace s nadřízeným:

spokojen/a spíše spokojen/a spíše nespokojen/a nespokojen/a

Nakolik mi nadřízení prokazují uznání/chválu

spokojen/a spíše spokojen/a spíše nespokojen/a nespokojen/a

Zapojení do mého profesního rozvoje:

spokojen/a spíše spokojen/a spíše nespokojen/a nespokojen/a

Úroveň profesní odbornosti nadřízeného:

spokojen/a spíše spokojen/a spíše nespokojen/a nespokojen/a

8) Můj nadřízený:

Zná dobře mou práci:

- ano
- ne

Má reálné požadavky vztahující se k mnou vykonané práci:

- ano
- ne

Má čas se mnou pohovořit:

- ano
- ne

Poctivě hodnotí mou práci:

- ano
- ne

9) Naplňuje Vás práce na operačních sálech?

- ano naplňuje
- vidím to jako zdroj příjmu
ne nenaplňuje, chtěl/a bych dělat něco jiného

10) Ohodnoťte úroveň celkové spokojenosti z práce:

(1 = max. nespokojenost, 10 = max. spokojenost, zakroužkujte)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



PŘÍLOHA B – Dotazník životní spokojenosti – DŽS

DOTAZNÍK

Dotazník životní spokojenosti

J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher, E. Brähler

Zaškrtněte prosím u každého z tvrzení na následujících stranách vždy to číslo, které nejvíce odpovídá vaší spokojenosti ve vztahu k danému tvrzení.

Příklad:	①	②	③	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
S počasím jsem ...				X			

Pokud tedy – jako v tomto případě – nejste s počasím ani spokojen(a), ani nespokojen(a), zaškrtněte prosím ④. U každého tvrzení zaškrtněte prosím pouze jedno políčko.

ZDRAVÍ	①	②	③	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým tělesným zdravotním stavem jsem...							
Se svou duševní kondicí jsem...							
Se svou tělesnou kondicí jsem...							
Se svou duševní výkonností jsem...							
Se svou obranyschopností proti nemoci jsem...							
Když myslím na to, jak často mám bolesti, jsem...							
Když myslím na to, jak často jsem až dosud byl(a) nemocný(á), jsem ...							

PRÁCE A ZAMĚSTNÁNÍ (osoby v důchodu: hodnotte prosím své bývalé zaměstnání)	①	②	③	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤	⑥	⑦
	velmi nespokojen(a)	nespokojen(a)	spíše nespokojen(a)	spíše spokojen(a)	spíše spokojen(a)	spokojen(a)	velmi spokojen(a)
Se svým postavením na pracovišti jsem...							
Když myslím na to, jak jistá je moje budoucnost v zaměstnání, jsem...							
S úspěchy, které mám v zaměstnání, jsem...							
S možnostmi postupu, které mám na svém pracovišti, jsem...							
S atmosférou na pracovišti jsem...							
Co se týká mých pracovních povinností a zátěže, jsem...							
S pestrostí, kterou mi nabízí mé zaměstnání, jsem...							

FINANČNÍ SITUACE	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svým příjmem / platem jsem...							
S tím, co vlastním, jsem...							
Se svým životním standardem jsem...							
S hmotným zajištěním své existence jsem...							
Se svými budoucími možnostmi výdělku jsem...							
S možnostmi, které mohu vzhledem ke své finanční situaci nabídnout své rodině, jsem...							
Se svým budoucím očekávaným (finančním) zajištěním ve stáří jsem...							

VOLNÝ ČAS	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S délkou své každoroční dovolené jsem...							
S množstvím svého volného času po práci a o víkendech jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší dovolená, jsem...							
S kvalitou odpočinku, který mi přináší volný čas po práci a víkendy, jsem...							
S množstvím času, který mám k dispozici pro své koníčky, jsem...							
S časem, který mohu věnovat blízkým osobám, jsem...							
S pestrostí svého volného času jsem...							

MANŽELSTVÍ A PARTNERSTVÍ (Vyplňte prosím pouze pokud máte stálého partnera / partnerku)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S požadavky, které na mne klade mé manželství / partnerství, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							
S upřímností a otevřeností svého partnera / partnerky jsem...							
S pochopením, které má pro mne můj partner / partnerka, jsem...							
S něžností a náklonností, kterou mi můj partner / partnerka projevuje, jsem...							
S bezpečím, které mi poskytuje můj partner / partnerka, jsem...							
S ochotou pomoci, kterou mi projevuje můj partner / partnerka, jsem...							

VZTAH K VLASTNÍM DĚTEM (Vyplňte pouze pokud máte vlastní děti)	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Když myslím na to, jak s dětmi vzájemně vycházíme, jsem...							
Když myslím na úspěchy svých dětí ve škole a zaměstnání, jsem...							
Když myslím na to, kolik radosti mám ze svých dětí, jsem...							
Když myslím na námahu a výdaje, které mě mé děti stály, jsem...							
S vlivem, který mám na své děti, jsem...							
S uznáním, kterého se mi od mých dětí dostává, jsem...							
S našimi společnými aktivitami jsem...							

VLASTNÍ OSOBA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem...							
Se způsobem, jak jsem až doposud žil, jsem...							
Se svým vnějším vzhledem jsem...							
Se svým sebevědomím a sebejistotou jsem...							
Se svým charakterem (povahou) jsem...							
Se svou vitalitou (tzn. s radostí ze života a životní energií) jsem...							
Když myslím na to, jak vycházím s ostatními lidmi, jsem...							

SEXUALITA	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Se svou tělesnou přitažlivostí jsem...							
Se svou sexuální výkonností jsem...							
S četností svých sexuálních kontaktů jsem...							
S tím, jak často se mi můj partner / má partnerka tělesně věnuje (dotýká se mne, hladí mne), jsem...							
Se svými sexuálními reakcemi jsem...							
Když myslím na to, jak otevřeně mohu mluvit o sexuální oblasti, jsem...							
Když myslím na to, jak se k sobě s partnerem v sexualitě hodíme, jsem...							

PŘÁTELE, ZNÁMÍ A PŘÍBUZNÍ	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
Když myslím na okruh svých přátel a známých, jsem...							
S kontaktem se svými příbuznými jsem...							
S kontaktem se svými sousedy jsem...							
S pomocí a podporou, kterou mi poskytují přátelé a známí, jsem...							
Se svými veřejnými a spolkovými aktivitami jsem...							
Se svou společenskou angažovaností jsem...							
Když myslím na to, jak často se dostanu mezi lidi, jsem...							

BYDLENÍ	① velmi nespokojen(a)	② nespokojen(a)	③ spíše nespokojen(a)	④ ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	⑤ spíše spokojen(a)	⑥ spokojen(a)	⑦ velmi spokojen(a)
S velikostí svého bytu jsem...							
Se stavem svého bytu jsem...							
S výdaji za svůj byt (nájem, příp. splátky) jsem...							
S polohou svého bytu jsem...							
S dosažitelností dopravních prostředků jsem...							
Když myslím na míru zátěže hlukem, jsem ve svém bytě...							
Se standardem svého bytu jsem...							

Odpovězte, prosím, na následující otázky tak, že zaškrtnete hodící se odpověď.

Pohlaví: muž žena

Věk: let

Dosažené vzdělání:

- nedokončené základní vzdělání
 základní
 vyučen bez maturity
 vyučen s maturitou
 ukončené středoškolské vzdělání
 ukončené vysokoškolské vzdělání

Rodinný stav:

- ženatý / vdaná
 svobodný(á)
 vdovec / vdova
 rozvedený(á)

Jste zaměstnaný(á)?

- ano
 ano, ve vlastní firmě
 v domácnosti

– anebo jste:

- žák / žákyně
 student / studentka
 v učení
 v důchodu
 nezaměstnaný(á)

Zaměstnaní:

Děkujeme za vaši spolupráci.

PŘÍLOHA C – Dotazník strategie zvládání stresu – SVF 78

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

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 ji i výrazně podtrhněte.*

Pracujte plynule, ale pečlivě; nezdržujte 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	možná	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	velmi pravděpodobně
28) ... přepadají mne myšlenky na útěk	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 kontroloju 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 možnost 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) ... nejráději bych od toho jednoduše utekl(a)	0	1	2	3	4