Strategie zvládání stresu, pracovní zátěž a depresivita u zdravotních sester

Kristýna Hájková

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Millová, Ph.D.

2017
Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

V Brně, 27. 4. 2017

Kristýna Hájková
Ráda bych poděkovala své vedoucí práce, PhDr. Kataríně Millové, Ph.D., bez jejíž laskavého vedení, cenných rad a připomínek by tato práce byla pravděpodobně jen změtí mých zmatených myšlenek nebo by nevznikla vůbec.

Dále chci poděkovat své úžasné rodině i svým studujícím kolegům za vytrvalou a neochvějnou podporu během celého studia i při psaní této závěrečné práce. Chci také poděkovat své tetě Simonce za inspiraci, kterou mi poskytla její práce zdravotní sestry a stejně tak všem ostatním zdravotním sestrám a všeobecným ošetřovatelům. Děkuji jim nejen za účast v tomto výzkumu, ale i za to, že pokračují ve své často nedoceněné práci a jsou tak nepostradatelnou ukázkou lidskosti v mnohdy děsivém nemocničním světě.

V posledních řádcích, ale rozhodně ne na posledním místě, chci poděkovat své snoubence Lucince, která mi každým dalším dnem po mém boku ukazuje, jak krásný může pobyt na tomto světě být.

Děkuji.
Obsah

Úvod ........................................................................................................................................ 6

I. TEORETICKÁ ČÁST ................................................................................................................ 7

1. Všeobecná zdravotní sestra a všeobecný ošetřovatel...................................................... 7
   1.1 Zastoupení mužů a žen v ČR ...................................................................................... 7
   1.2 Vzdělání a specializace ............................................................................................ 7
   1.3 Osobnostní charakteristiky zdravotní sestry ........................................................... 8
   1.4 Motivace zdravotní sestry ....................................................................................... 9
   1.5 Náplň práce zdravotních sester .............................................................................. 10
   1.6 Vliv délky praxe u zdravotních sester .................................................................... 11

2. Stres ..................................................................................................................................... 14
   2.1 Vymezení stresu ...................................................................................................... 14
   2.2 Dlouhodobé projevy a následky působení stresu .................................................... 16
   2.3 Pracovní zátěž ......................................................................................................... 17
      2.3.1 Pracovní zátěž zdravotních sester ................................................................... 19
   2.4 Strategie zvládání stresu – coping ........................................................................... 21
      2.4.1 Copingové strategie u zdravotních sester ......................................................... 23

3. Deprese .................................................................................................................................. 26
   3.1 Etiologie a průběh depresivního onemocnění .......................................................... 26
   3.2 Deprese v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi ............................................. 27
   3.3 Některé další projevy depresivního onemocnění ..................................................... 29
   3.4 Depresivita u zdravotních sester ............................................................................. 30
   3.5 Dopady depresie na práci zdravotních sester ......................................................... 32

4. Vztah stresu, deprese a pracovní zátěže ....................................................................... 34

5. Shrnutí teoretické části ............................................................................................... 36

II. VÝZKUMNÁ ČÁST .............................................................................................................. 37

6. Metodologie výzkumu ..................................................................................................... 37
   6.1 Cíle výzkumu ........................................................................................................... 37
   6.2 Výzkumné otázky a hypotézy .................................................................................. 37
6.3 Výzkumný soubor a sběr dat ................................................................. 38
6.4 Použité metody .............................................................................. 41
6.5 Analýza dat .................................................................................... 44

7. Výsledky výzkumu .......................................................................... 45
  7.1 Deskriptivní statistiky ................................................................. 45
    7.1.1 Coping Strategies Inventory ............................................... 45
    7.1.2 Meisterova metoda hodnocení pracovní zátěže .................. 47
    7.1.3 Beck Depression Inventory II ............................................. 49
  7.2 Prezentace výsledků v kontextu hypotéz ..................................... 50
  7.3 Další zjištění týkající se copingových strategií, deprese a pracovní zátěže ...... 55
    7.3.1 Typ stresové situace a její vnímání .................................... 55
    7.3.2 Deprese, copingové strategie a pracovní zátěž z hlediska stresové situace ... 57
    7.3.3 Vztah mezi délkou praxe, depresí, copingovými strategemi a pracovní zátěží ................................................................. 59
    7.3.4 Genderové rozdíly u deprese, copingových strategií a pracovní zátěže ...... 59
    7.3.5 Deprese a pracovní zátěž jako prediktory užití copingových strategií ...... 60

8. Diskuze .......................................................................................... 61
  8.1 Zátěžové situace v životě sestry ................................................ 61
  8.2 Deprese, pracovní zátěž a copingové strategie u zdravotních sester .......... 63
  8.3 Souvislost mezi depresí, pracovní zátěži a copingovými strategemi u sester .... 64
  8.4 Zhodnocení a limity studie .......................................................... 65
  8.5 Aplikace výsledků do praxe a doporučení pro další výzkum .............. 66

9. Závěr ............................................................................................. 68

Použitá literatura .............................................................................. 69
Přílohy ................................................................................................. 75
Úvod

Zdraví se ve společnosti považuje za jednu z nejzákladnějších hodnot. Možná i proto je nám od dětství vštěpováno, že člověk by měl žít aktivně, udržovat zdravý životní styl a chodit na preventivní prohlídky. I přesto se však většina z nás ve svém životě nevyhne nějakému pobytu v nemocnici. A v takovou chvíli oceníme spolehlivost našeho zdravotnictví.

Zdravotní péče ale nezahrnuje pouze práci lékařů. Jsou to právě zdravotní sestry, které dohlíží na každodenní chod nemocnice, starají se o pacienty i samotné lékaře. Ony jsou ty, které při návštěvě nemocnice vidíme nejdříve a po dobu pobytu nejčastěji. Dohlíží na nás, pomáhají s čímkoliv je potřeba. Dá se říci, že zdravotní sestry jsou tím základním stavebním kamenum každé nemocnice.

Jak je ale patrné z některých výzkumů, jejich přítomnost nemůžeme brát jako samozřejmost. Výkon této profese si žádá vysoké fyzické, a především psychické nároky, které se dříve nebo později začnou projevovat na jejich zdraví a duševní pohodě. Nemůžeme se poté divit, že velké množství zdravotních sester plánuje v blízké době svůj obor opustit. Alarmující je i fakt, že tito pracovníci jsou jedněmi z nejčastěji léčených skupin na psychiatrických odděleních závislostí i mnohých dalších. Syndrom vyhoření, deprese, nespavost a různá somatická onemocnění trápí velkou část těchto zdravotnických pracovníků. Přitom nejčastějším spouštěčem všech těchto problémů je stres.

Tato práce má za účel prozkoumat jednotlivé stresující situace, kterým zdravotní sestry čeli a zároveň zjistit, jak svůj každodenní boj zvládají. Zaměřuje se na typy účinných způsobů zvládání stresu, na měření psychické zátěže plynoucí z profesních nároků a v neposlední řadě na identifikaci projevů depresivního onemocnění. Dokud totiž nemáme dostatek informací o aktuální situaci psychického zdraví sester, nemůžeme jim účinně pomoci.
I. Teoretická část

1. Všeobecná zdravotní sestra a všeobecný ošetřovatel

„Hodnota vykonané práce je prakticky nevyčíslitelná, a možná i proto je nedostatečně oceněná. Pracovní úspěch se zde často měří morálními a duchovními hodnotami...“
(Venglářová, 2011, str. 38)

1.1 Zastoupení mužů a žen v ČR

Ve zdravotnictví České republiky obecně převládá podíl žen, které čítaly ke konci roku 2013 78,4 % ze všech zaměstnanců tohoto oboru. Největší rozdíl v poměru mužů a žen byl přitom zjištěn právě u zdravotních sester a porodních asistentek, kde mužští pracovníci zahrnovali pouhých 1,9 %, což je z celkového počtu 81 687 pracovníků 1 552 mužů (Český statistický úřad, 2014; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014).

Možná i proto je mezi veřejností více známé oslovení „zdravotní sestra“, zatímco oslovení mužského pracovníka může být pro některé oříškem. V praxi se proto používá pojem „zdravotní bratr“, ačkoliv správné označení této pozice u obou pohlaví je „všeobecný ošetřovatel“ a „všeobecná sestra“ (Sbírka zákonů, 2008).

Pro zjednodušení však budeme v této práci nazývat tuto skupinu (zahrnující všeobecné sestry i všeobecné ošetřovatele) souhrnně běžně užívaným pojmem zdravotní sestra (stejně jako zákon upravující tuto skupinu používá ve svém názvu souhrnně pojmů všeobecná sestra).

1.2 Vzdělání a specializace

Od roku 2017 se mění podmínka získání specializace všeobecná zdravotní sestra/všeobecný ošetřovatel pro dosavadní praktické sestry/ošetřovatele (dříve zdravotnický asistent). Tyto osoby mají nyní možnost nastoupit do zkráceného studia na vyšší odborné škole, které může, dle rozhodnutí ředitele, trvat pouze 1 nebo 2 roky.


1.3 Osobnostní charakteristiky zdravotní sestry

Práce zdravotní sestry by ovšem neměla být podmíněna pouze stupněm získaného vzdělání. Během náplně své práce se sestry dostávají do situací, ve kterých se musí rychle a správně rozhodnout, neboť na jejich jednání závisí život pacienta. K takovému rozhodnutí však sestry dospívají za pomoci všech dostupných informací – tedy nejen těch objektivních (jako jsou znalosti a naučené dovednosti), ale i těch, které získávají na základě vlastního emočního prožívání (Heydari, Kareshki, & Armat, 2016).

Ačkoliv neexistuje žádná ideální osobnost zdravotníka, byly identifikovány předpoklady, které by zdravotní sestra měla mít pro efektivní výkon profese. Patří sem dovednosti senzomotorické, projevující se manuální šikovností, zručností a pohybovou obratností, které zdravotní sestra uplatní jak při orientaci ve zdravotnickém prostředí, tak při výkonu ošetřovatelských úkonů. Sestra by měla mít i intelektové předpoklady, protože musí být schopna osvojit si velké množství pojmů a zároveň řešit proměnlivé situace, často pod časovým tlakem. S tím souvisí i její schopnost sebeřegulace. Tato profese s sebou totiž přináší požadavek na zvýšenou odolnost vůči stresu, přizpůsobení se, a dokonce sebezapření. Schopnost být dobrou zdravotní sestrou někdy neobnáší pouze dovednosti v ošetřovatelských výkonech a flexibilní myšlení. Velmi podstatný, a v těch nejnáročnejších situacích možná dokonce nejdůležitější, je její vztah s pacientem. Proto musí mít zdravotní sestra i sociální cítění, projevující se pozitivním vztahem k lidem, empatií a schopností ovládat své projevy, když je to žádoucí. Z hlediska komunikačních schopností musí umět naslouchat, naučit se mlčet a reflektovat. Možná trochu samozřejmě se mohou zdát požadavky na smysl
pro úpravu vlastního zevnějšku. Zdravotní sestra nicméně musí umět tyto estetické předpoklady užít i na úpravu okolního prostředí, tedy interiéru nemocnice nebo ordinace, což může mít velký vliv na pacientovo prožívání návštěvy tohoto zařízení (Bužgová et al., 2011).

1.4 Motivace zdravotní sestry

S osobností zdravotní sestry v jistém bodě souvisí i její motivace do této profese v první řadě vstoupit. V kvalitativním australském výzkumu se k této otázce samotné sestry vyjádřily tak, že vždy nějakým způsobem věděly, že se chtějí stát zdravotní sestrou, braly to jako jakousi součást své identity. Silným motivačním činitelem jim byla touha starat se o druhé, zahrnující i přání pozitivně ovlivnit jejich život (Eley, Eley, Bertello, & Rogers-Clark, 2012). Jeni ale tato touha starat se a pečovat o druhé rysem všech osob ženského pohlaví? Tuto otázku si kladli ve své studii Williams, Dean a Williamsová (2009). V porovnání s rozsáhlou kontrolní skupinou žen ovšem zjistili, že zdravotní sestry nejenže skórovaly výše ve škálech identifikovaných pro „pečující typ“, ale ukázalo se, že u nich ve vyšší míře dominují i rysy jakoextraverze, svědomitost a emoční stabilita. Z těchto zjištění můžeme usuzovat, že pečování nelze považovat za univerzální „ženskou“ charakteristiku. S větší pravděpodobností z výzkumů vyplývá, že profese zdravotní sestry spíše přitahuje osoby toužící pečovat o druhé a osoby orientované více na blaho ostatních než to vlastní.

Na motivaci zdravotních sester se ale musíme podívat i z druhé stránky a tou je motivace tuto profesi opustit. Dle výzkumu Harta (2001) je nejčastějším důvodem odchodu, který uvedlo 56 % všech sester, touha po zaměstnání, které nebude tak stresující a fyzicky náročné. Ve 22 % případů sestry uvedly jako důvod nepravidelný časový rozvrh, následovaný potřebou vydělat více peněz (18 %). 14 % sester by uvítalo zaměstnání s možností dalšího postupu, zatímco 11 % z dotázaných by chtělo strávit méně času v práci. Poslední skupinou bylo 14 % sester, které chtěly opustit místo z důvodu výchovy dětí. Dá se ale tato tendence sester odejít nějak změnit? Dle výpovědí samotných sester by je zaměstnavatel přesvědčil zůstat v nejvíce případech zvýšením platu (42 %) a najímáním více pracovních sil (36 %). Dalšími faktory ke změně rozhodnutí by byly lepší časový rozvrh, více respektu, více možností rozhodovat a podpora managementu. Tato okamžitá změna u konkrétních jednotlivců by nicméně nepomohla změnit situaci na ostatních pracovištích,
kde jsou další sestry uvažující o odchodu z profese. Pokud se mají snížit celková čísla odchodů sester ze zdravotnictví, musí se změnit celý koncept náplně práce zdravotní sestry, aby byl pro pracovnice více snesitelný.

1.5 Náplň práce zdravotních sester

Práce všeobecné sestry je velmi rozmanitá a její kompetence se liší nejen dle získané specializace, ale i dle zařízení či konkrétního oddělení, kterého je součástí. Jiné úkony vykonává sestra pracující na operačním sále, jiné na psychiatrické klinice. Odlišná je i práce sester v ordinacích praktických lékařů, kde mnohdy záleží čistě na dohodě spolupracujícího lékaře a sestry. Obecně lze ale říci, že sestra vykonává několik funkcí, které se vzájemně překrývají a často některá z nich zabírá příliš časového prostoru na úkor jiné. Časově dominantní je právě její administrativní funkce, do které patří například vedení zdravotnické dokumentace, sběr anamnestických dat, vypisování žádanek na vyšetření nebo inkaso plateb za výkony žádané pacientem. Zároveň ovšem sestra slouží jako poskytovatelka zdravotní péče, vykonává úkony bez odborného dohledu jako je orientační hodnocení fyziologických funkcí, odběr a vyšetření biologického materiálu i ošetření ran. Pomáhá pacientům s nácvikem sebeobsluhy a rehabilitací. Dle indikace lékaře dále podává léčivé přípravky a provádí screeningová vyšetření. Zdravotní sestra často v některých zařízeních slouží i jako školitelka nových budoucích zdravotnických pracovníků. Velmi zásadní je i její role ve formě prostředníka mezi lékařem a pacientem. Na jednu stranu informuje pacienta a tlumočí mu rady lékaře, vysvětluje mu účel všech vyšetření a dojednává s ním termíny objednání (Vojtíšková, 2006). Na druhou stranu má postavení jakési „advokátky“, která obhajuje pacientova práva, vysvětluje mu jeho možnosti a zároveň předkládá jeho názory a přání ošetřujícímu lékaři (Farkašová, 2006).

V praxi nicméně často nedochází k efektivnímu využití sester a jejich nabyté znalosti a dovednosti často nejsou využity. Jak bylo zjištěno v rozsáhlém výzkumu zahrnujícím 43 000 respondentů z nemocnic Spojených států amerických, Kanady, Anglie, Skotska a Německa, zdravotní sestry napříč zeměmi čeli podobnému problému – místo plnění činností, ke kterým jsou kvalifikované (např. hygiena úst a pokožky, edukace, poskytnutí emoční podpory) je většina jejich
času využita na činnosti jako úklid místností, transport pacientů a rozdávání jídla, pro které nejsou primárně určeny (Aiken et al., 2001).

Co by tedy sestry změnily na své profesi? Dle výzkumu Harta (2001) je pro sestry nejzásadnějším problémem nedostatek pracovních sil (43 %), následovaný velkým množstvím administrativní práce (34 %). Sestry dále uvedly, že ke zlepšení této profese by mělo proběhnout zvýšení platu a zdravotnických benefítů (27 %), stejně jako příležitostí k vyjádření svého názoru (14 %). Na posledním místě sestry zvolily jako faktory zlepšení profese flexibilnější rozvrh (8 %) a omezení fluktuace (8 %).

Navzdory všem negativům, které sestry vnímají, jsou momenty, které na své profesi oceňují. Největší přínos plynoucí ze své práce vidí sestry v možnosti pomáhat pacientům a jejich rodinám (62 %). Některé z nich jsou rovněž vděčné za zodpovědnost své práce, která je zajímavá a vyzývající (20 %). Dále sestry oceňují práci po boku lidí, které mají rády (15 %), možnost samostatného rozhodování (10 %) a neustálého vzdělávání (9 %). Na posledním místě sestry uvedly uspokojení z dobrého platu a benefítů (7 %) (Hart, 2001).

1.6 Vliv délky praxe u zdravotních sester

Zdravotní sestry procházejí po ukončení vzdělávání a nástupu do praxe neustálým vývojem. Dle svých předchozích zkušeností vnímají jinak jednotlivé stresové situace a odlišně na ně i následně reagují. Mastiliaková (2002) se ve své publikaci zmiňuje v souvislosti s praxí o očekávané profesní výkonnosti zdravotních sester. Sestry v nemocnici by podle autorky měly mít dle počtu let v praxi odlišné profesní znalosti, dovednosti a chování. Jejich úroveň se stanovuje na základě plnění čtyř základních funkcí zdravotní sestry – klinické, řídící (manažerské), výzkumné a edukační. Sestra s praxí do 1 roku by tak dle autorky měla být schopna sbírat informace vhodnými nástroji, vést základní formy rozhovorů pro sbírání získané informace. Sestra s praxí od 1 do 3 let pak dokáže zhodnotit stav pacienta, provést jeho základní tělesné a psychosociální zhodnocení a umět rozlišit získané informace. Sestra s praxí od 1 do 3 let pak dokáže zhodnotit stav pacienta, provést jeho základní tělesné a psychosociální zhodnocení a umět rozlišit získané informace. Sestra s praxí od 1 do 3 let pak dokáže zhodnotit stav pacienta, provést jeho základní tělesné a psychosociální zhodnocení a umět rozlišit získané informace. Sestra s praxí od 1 do 3 let pak dokáže zhodnotit stav pacienta, provést jeho základní tělesné a psychosociální zhodnocení a umět rozlišit získané informace. Sestra s praxí od 1 do 3 let pak dokáže zhodnotit stav pacienta, provést jeho základní tělesné a psychosociální zhodnocení a umět rozlišit získané informace. Sestra s praxí od 1 do 3 let pak dokáže zhodnotit stav pacienta, provést jeho základní tělesné a psychosociální zhodnocení a umět rozlišit získané informace. Sestra s praxi od 1 do 3 let pak dokáže zhodnotit stav pacienta, provést jeho základní tělesné a psychosociální zhodnocení a uměť rozlišit získané informace.
zhodnotí úplný stav pacienta a všimne si časných změn včetně rizika zhoršení ještě před objevením skutečných příznaků. Zároveň dokáže rozeznat mezery v informacích i jejich nesrovnalosti. Sestru s praxí nad 5 let rozděluje autorka na středně pokročilou a expertru. Středně pokročilá sestra se dokáže na rozdíl od méně zkušených sester zapojit i do nezávislých ošetřovatelských aktivit a rozlišit neobvyklé symptomy nebo reakce pacienta a jeho rodiny. Zároveň dokáže rozeznat neobvyklé modely chování a srovnávat je s již získanými informacemi o pacientovi. Sestra v roli experta, jejíž úrovňě dosáhne jen málo sester, pracuje se současnými teoriemi a principy, které používá pro sběr informací i vedení rozhovoru a je tak schopná získat i informace skrývané pacientem. Dokáže shrnout získané informace, vyhodnotit data a z nich předvidat výsledky i pacientovo chování. Pokud je to nutné, iniciuje konzilia.

Dalšími rozdíly u zdravotních sester dle délky vykonané praxe se zabývalo několik výzkumů. Jeden australský výzkum konaný na 43 sestrách z oddělení duševního zdraví například zjistil, že zdravotní sestry s profesní praxí do dvou let byly oproti zkušenějším sestrám více stresované z hlediska nedůvěry ve vlastní schopnosti nutných pro výkon profese. S počtem let v profesi se však tato nedůvěra snížovala (Humpel & Caputi, 2001). Studie Norbeckové (1985) zahrnující 180 zdravotních sester z jednotek intenzivní péče rovněž ukázala vztah mezi dobou výkonu profese a stresem. Dle výsledků této studie se spolu s nárůstem délky práce zvyšovala pracovní spokojenost a snížoval stres. Tyto výsledky potvrzuje i studie konaná na 314 australských sestrách. Zdravotní sestry v této studii, které měly méně než jednoroční praxi, zažívaly více stresu než sestry s praxí v rozmezí 1 – 5 let. Tato míra stresu se dále spolu s rostoucí praxí snížovala i u sester vykonávajících profesi 6 – 10 let nebo více jak 10 let. Zajímavé bylo ovšem zjištění autorů, že spolu s nárůstem délky práce v současné nemocnici se zároveň zvyšovala i míra deprese (Lam, Ross, Cass, Quine, & Lazarus, 1999).

Jak napovídají tyto studie, výsledky týkající se praxe v oboru nelze generalizovat na veškerá pracoviště. Z hlediska stresu a pracovní spokojenosti tak musíme rozlišovat například délku praxe v profese zdravotní sestry a dobu strávenou na jednom oddělení, jak ukázal americký výzkum konaný na 376 nemocničních sestrách. Zatímco s nárůstem pracovních zkušeností v souvislosti s delkou praxe se sestrám snížovala míra stresu, čím déle tyto sestry pracovaly na konkrétním oddělení, tím méně byly se svou prací spokojeny a tím více vzrostla míra prožívaného stresu (Decker, 1997). Nebyla pro ně tedy sama o sobě zatěžující práce zdravotní sestry,
ale dlouhodobá práce na stejném oddělení. Pro další výzkum se zde tedy nabízí otázka, jaké jsou ty faktory na konkrétních odděleních, které sestrám snižují spokojenost s prací a zvyšují stres.
2. Stres

2.1 Vymezení stresu


Pohled na stres jako fyziologickou odpověď organismu zastávali výzkumníci jako například Pavlov (1954), který zkoumal chování a zažívací ústrojí zvířat. Další zastáncé biologické teorie, Cannon (2014), sledoval organismus v době emocionálního vzrušení a identifikoval doprovodné příznaky pro dnes již známé pojmy útok a útěk. Kanadský fyziolog Selye (2016, str. 70), který definuje stres jako „...stav projevující se specifickým syndromem, který zahrnuje všechny nespecificky vyvolané změny uvnitř biologického systému“, identifikoval tři etapy, doprovázející stresovou odezvu (viz Obrázek 1):

1. **Poplachová reakce** (Alarm) – dočasný pokles normální hladiny všeobecné rezistence organismu vůči stresoru

2. **Stadium rezistence** – adaptace organismu na stresor, zvýšený nárůst rezistence nad normu

3. **Stadium vyčerpání** – rezistence organismu opět klesá, a to až pod normální úroveň (vyčerpání tzv. adopťční energie)
Obrázek 1 - Fyziologický průběh stresové reakce (volně upraveno dle Selye, 1974)

Autor ovšem nepovažuje všechny formy stresu za negativní. V rámci své teorie rozdělil stres do dvou polarit – na eustres a distres. Distres je v jeho pojetí nazírán jako negativní, zdraví poškozující činitel a je spojován s negativními emocemi, zatímco eustres je oproti tomu spojován s pozitivními emocemi a dobrým zdravím. Autor označoval tyto dva typy stresů také pojmy destruktivní a konstruktivní stres (Selye, 1974).

Jako odpověď organismu na nedostatek vyrovnávacích strategií chápe stres Bartošíková (2006, str. 8), která uvádí, že „stres je stavem či psychofyzickou reakcí na selhání adaptačních mechanismů (tj. našeho „já“) v přizpůsobení se určité zátěžové situaci“. Tato odpověď organismu ovšem nemusí být pouze v rámci již probíhající zátěžové situace. Jak vysvětluje ve své definici Křivohlavý (1994, str. 10), stres se vyskytuje u člověka, který „...je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná.“ Dle této teorie by se tak dala zařadit i anticipační úzkost způsobená obavou z budoucnosti, pro nás známá nejčastěji jako tréma. Psychologický koncept pohledu na stres zastávají i Lazarus a Folkmanová (1984, str. 19), kteří jej chápou jako „...určitý vztah mezi osobou a prostředím, který je touto osobou vyhodnocen jako namáhavý nebo přesahující její zdroje a ohrožující její well-being“.

Jak je patrné, většina biologických a psychologických teorií chápe stres jako něco ohrožujícího nebo vychylujícího rovnováhu organismu. V krátkodobém měřítku může být toto dočasné přizpůsobení organizmu ztíženým podmínkám ochraňující, stejně jako to bylo před stovkami let, kdy byla rychlá reakce záležitostí života a smrti. Na dlouhodobé působení stresorů však není organismus přizpůsobený a jak uvidíme dále, toto působení z psychického i fyzického hlediska pouze škodí.
### 2.2 Dlouhodobé projevy a následky působení stresu

Příznaky, jež autor Selye (2016) uvádí ve své publikaci pro akutní stres, se mohou při dlouhodobém působení stresorů vyskytovat trvaleji. Stejně jako je pro každého jedince typická jiná strategie zvládání stresu, liší se i u jednotlivých osob výskyt těchto příznaků:

| 1. Celková podrážděnost, přecitlivělost či sklíčenost (projevi se buď agresivitou či pasivitou) | 17. Hypermotilita, neschopnost zůstat v klidu |
| 2. Bušení srdce (způsobené vysokým krevním tlakem, často ze stresu) | 18. Průjem, poruše trávení, žaludeční nevolnost a někdy zvracení |
| 3. Sucho v krku a v ústech | 19. Častá potřeba močení |
| 4. Impulzivní chování, emocionální nestabilita | 20. Pocení |
| 6. Neschopnost soustředit se, unikání myšlenek a celková dezorientace | 22. Premenstruační napětí nebo vynechávání menstruačního cyklu |
| 7. Pocit nereálnosti, slabost nebo závratě | 23. Migrenózní bolestí |
| 8. Sklon k unavenosti a ztráta chuti do života | 24. Častější kouření |
| 9. „Bezdůvodná úzkost“, člověk má strach a neví z čeho | 25. Ztráta chuti k jídlu či nadměrné přejídání |
| 10. Silné nutkání rozplakat se nebo utéct a schovat se | 26. Častější užívání předepisovaných léků (např. sedativ či amfetaminů) |
| 11. Třes, nervové tíky | 27. Závislost na alkoholu nebo drogách |
| 13. Pronikavý, nervózní smích | 29. Neurotické chování |
| 15. Tendence nechat se snadno vylekat těžkými zvuky apod. | 31. Náchylnost k nehodám (v práci, při řízení vozidla apod.) |
| 16. Nespavost | |

Nadměrný dlouhodobý stres nicméně neovlivňuje pouze samotného jedince, ale má dopad i na jeho rodinný a pracovní život. V rodinách vytravovaných osob se začíná vyskytovat zjevně nebo skrytě napětí, členové rodiny se odcizují, nemají na sebe dost času a projevují se nízkou mírou porozumění. U manželů hrozí vyšší riziko rozvodů, u dětí zanedbání a citová deprivace z nedostatku komunikace nebo nutnost zastoupit roli svých rodičů. To vše přináší negativní dopad na jejich duševní vývoj i na koexistenci celého rodinného systému. V práci mají stresovaní lidé větší problémy v komunikaci, mohou se u nich projevit tendence k manipulaci nebo k vytváření krizí, které nejsou nezbytné. Zároveň dochází k postupné ztrátě výkonnosti, energie
i postupnému zanedbávání povinností. Stres poté může přerůst až v **syndrom vyhoření**. A právě tento syndrom se ve zdravotnictví vyskytuje poměrně často (Nešpor, 2007). Jak uvádí Bartošková (2006), výskyt syndromu vyhoření může ve zdravotnictví i v pomáhajících profesích souviset s velkým výkonovým a emočním nasazením, které však není navráceno ve stejné míře osobního a emočního zisku.

2.3 Pracovní zátěž

S pojmem stresu úzce souvisí i pojem zátěž, jejíž definice se může v některých aspektech překrývat. Zatímco Baumgartner (2001, str. 192) označuje zátěž jako „méně intenzivní ohrožení“, Daniel (1997) vymezdil pojem stres pro fyziologický a těžký psychický stres a pojem zátěž pro střední a lehký psychický stres. Zátěž rozdělil i dle stupně:

a) Těžká psychická zátěž – ohrožení života, havarijní situace, adrenalinový zážitek
b) Střední psychická zátěž – stav, kdy v úspěšně činnosti zabraňují určité podmínky
c) Lehká psychická zátěž – lze vykonávat běžnou činnost, není dosaženo hraničního prahu stresoru

Dle Lazaruse a Folkmanové (1984) existují tři typy zátěžových situací vyvolávajících psychologický stres. Ztráta je dle autorů stav, při kterém došlo v životě člověka buď k poškození, nebo právě ke ztrátě nějakého objektu, zatímco při stavu, který autoři pojmenovali jako hrozba, tomu hrozí v blízké budoucnosti. Tato hrozba se ovšem objevuje i při výskytu zátěže ve formě ztráty, jelikož každá ztráta má své dopady na budoucí život. Třetí typ stresového stavu je označován jako výzva a připodobňuje se v některých znacích k hrozbě. Tento stav totiž doprovází rovněž mobilizace sil směřovaná důsledně do budoucnosti. Rozdíl je v zaměření jedince, které je u ztráty charakterizováno myšlenkami na to, co může ztratit, což doprovází emoce strachu, úzkosti nebo vzteku, zatímco u výzvy se soustředí na skutečnosti, které může získat a prožívá pozitivní emoce jako je dýchavost, vzrušení a radost.

Hladký a Židková (1999) rozlišují rovněž tři druhy zátěže. Jejich rozdělení se ovšem řídí charakterem působících podnětů a primární reakcí organismu:

2. **Fyzická zátěž** – jedná se převážně o svalovou činnost, která může být dynamická nebo statická, či o nevhodnou polohu těla. Odráží se v psychickém prožívání.

3. **Psychická zátěž** – tělesné reakce jsou až sekundárně vyvolané psychickým procesem. Do této skupiny se řadí zátěž senzorická, mentální a emoční.

2.3.1 Pracovní zátěž zdravotních sester

Jak je patrné z předchozí kapitoly, pro zdravotní sestry plyne vysoké riziko pracovní zátěže. Tato rizika úzce souvisí s konkrétní náplní práce, takže jednotlivé stresory se mohou lišit podle toho, na jakém oddělení nebo v jakém zařízení zdravotní sestra pracuje. Obečně lze ale říci, že v práci zdravotní sestry je velké množství zátěže fyzické, která zahrnuje například narušení spánkového rytmu směnovým provozem, zatížení páteře a kloubů při zvedání pacientů, riziko infekce, hlučné prostředí nebo kontakt s nepřijemnými podněty (exkrementy, otevřené rány, vyrážka a další) (Bartošíková, 2006). Dle výzkumu Komačekové (2009) zabývajícího se fyzickou zátěží u souboru 55 zdravotních sester, je velkým problémem nedostatek informací pracovnic o tom, jak efektivně využívat pomůcky k manipulaci s těžkými břemeny a aplikaci principů páky, sily tření a setrvačnosti při přesunu pacientů. Navzdory tomu, že sestry jsou schopné manipulovat s pacienty ve dvojicích a tím trochu ulevit své námaze, při nočních směnách není tato spolupráce z důvodu nedostatku pracovníků možná. Není proto překvapením, že 96,4 % sester uvedlo časté bolesti páteře v době ošetřování a 72,7 % otoky a bolesti dolních končetin. Veřejnost i pacienty jen stěží uvědomovaná, ale o to rizikovější je zátěž psychická. Málko sledovat, že zdravotní sestra musí rychle reagovat, obvykle v časové tísni, je na ní kladena velká zodpovědnost a často musí improvizovat. Velmi zátěžové je setkávání s lidmi umírajícími, v bolesti či těžkých emočních stavech. Sestra musí vykonávat činnosti, které běžně vzbuzují odpor, často přichází do kontaktu s intimitou cizích osob a některými výkony pacientům působí bolest. Na co se dále nesmí zapomínat, je role sestry ve vztahu k lékaři. Problémem a velkým zdrojem stresu je sestrami uváděno nevhodné chování, nepochopení nebo přehlížení ze strany lékařů. Sestry zde slouží zároveň jako jistý „hromosvod“ na který se směřuje negativní nálada jak ze strany lékařů, tak pacientů (Bartošíková, 2006). Pro sestry je dle Venglářové (2011) velmi zatěžující péče o chronicky nemocné, depresivní a umírající. Mezi další pracoviště s vysokými nároky na psychiku sestry patří krizová centra a centra pro léčbu závislostí, psychoterapeutická oddělení a zařízení pro gerontopsychiatrickou péči.

Gray-Toftová a Anderson (1981) identifikovali ve svém výzkumu zahrnujícím 122 zdravotních sester tři největší zdroje stresu. Sestry si nejčastěji stěžovaly na pracovní přetížení, pocit neschopnosti dostatečně uspokojit emoční potřeby pacientů a jejich rodin a setkání se smrtí a umíráním. Podobné výsledky uveřejnila ve své studii Parkesová (1985), která zkoumal stresující situace u 86 studujících pro pozici
zdravotní sestra. Dvě třetiny ze všech uváděných situací tvořila péče o umírající pacienty (29,6 %) doprovázená nejistotou v profesních schopnostech, respektive strachem ze selhání (19,3 %) a konflikty s ostatními sestrami (17,8 %). Mezi další uváděné stresory patřily interpersonalní problémy s pacienty (10,4 %), pracovní přetížení (7,4 %) a obavy týkající se nevhodné péče o pacienty (3,4 %). Zbylých 11,9 % případů zahrnovaly epizody nesouvisející s prací zdravotní sestry. Aktuálnost těchto výsledků dokládá i další výzkum konaný na britském venkově. LeSergentová a Haneyová (2005) dospěly ve svém šetření konaném na 87 zdravotních sestrách ke stejným kategoriím stresujících situací, ovšem s rozdílným procentuálním zastoupením. Nejčastěji udávanou kategorii zde bylo pracovní přetížení (46 %), následované konflikty s personálelem (23 %), obavami o adekvátní péči (12 %), kontaktem se smrtí a umíráním (6 %), problémy s pacienty (6 %) a strachem ze selhání/nejistotou v profesních schopnostech (4 %). Zajímavých výsledků se dopátraly Zálešáková a Bužgová (2011) v tuzemské studii168 zdravotních sester. Navzdory tomu, že se celý soubor skládal ze sester starajících se o onkologicky nemocné pacienty, nejčastěji udávanou psychicky zatěžující situací byla přílišná administrativní práce, až poté kontakt s bolestí, utrpením a smrtí. Dalšími zdroji zátěže byla velká zodpovědnost za následky své práce a pracovní vztahy, zahrnující z největší části problematické vztahy s lékaři. Changová a kolektiv (2006) ve svém výzkumu 320 australských sester identifikovali jako největší stresor rovněž pracovní přetížení. Následovaly ho kategorie smrt a umírání, konflikt s lékaři, obavy v souvislosti s léčbou a konflikty s ostatními sestrami.

Jak je patrné z těchto výzkumů, zdravotní sestry se více než kteří uvádí v vnímaných stresujících situacích při výkonu své práce. Ačkoliv u studentů připravujících se na profesi zdravotní sestry je nejvíce vnímanou zátěží smrt a umírání pacientů, zdravotní sestry pohybující se v praxi mnohem hůře snášejí každodenní pracovní přetížení zahrnující i administrativní práci. Velkým problémem se ukázal i vztah s ostatním personálem, včetně vztahů s lékaři. V této souvislosti se poté odkryl další častý stresor v práci zdravotních sester, což byla obava, že pacient nedostal adekvátní léčbu.

Jejich reakcí byl nástup cynismu a vzdálení se pacientům jako ochrana před dalším vyčerpáním. Výsledkem ovšem bylo i snížení pracovní efektivity a kompetencí, jelikož hlavní složkou práce sestry je péče, která byla tímto ochuzena. V další studii zkoumající pracovní přetížení s podobnými výsledky byly výzkumnou skupinou sestry „přeživší“ snížování stavů. Tato skupina je specifická tím, že její pracovní přetížení jako výrazný stresor vzniká náhle, po odchodu kolegyň, jejichž pracovní náplň musí sestry připojit ke své stávající práci. Sestry, které byly takto vystaveny pracovnímu přetížení trpěly dle výsledků studie cynismem, pocity vzteku a emočního vyčerpání (Greenglass, Burke, & Moore, 2003).

To, že je pracovní přetížení sester velký problém, dokládají i další studie. Ať už se jednalo o sestry pracující na pohotovosti nebo jiných odděleních, nejčastějším a největším stresorem v práci těchto sester bylo souhrnně vždy uváděno pracovní přetížení (Healy & McKay, 2000; Lambert, Lambert, & Ito, 2004; Liu, Pan, Wen, Chen, & Lin, 2010). A jak je patrné z výše uvedených výzkumů, toto přetížení nemá pouze vliv na psychický stav zdravotních sester, ale i na pacienty, o které se starají.

2.4 Strategie zvládání stresu – coping

Zvládání stresu, plynoucího z životních těžkostí a překážek, je v literatuře označováno pojmem coping. Tento pojem pochází z původního slova kolaphos, což je řecké pojmenování pro situaci, kdy boxer dává ránu svému protivníkovi. Pod protivníkem si můžeme představit stresor, se kterým se tímto řízením dáváme ránou (tedy ránnou) snažime vypořádat (Křivohlavý, 2002).

Styl, jakým se právě vypořádáváme s životními těžkostmi je jedním z dominantních témat ve výzkumu stresu, neboť se zdá, že ovlivňuje zdravotní následky plynoucí ze stresu stejně jako například množství stresu, kterému je jedinec vystaven (Tobin, Holroyd, Reynolds, & Wigal, 1989). Lazarus a Folkmanová (1984, str. 178) definují coping jako „neustále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí ke zvládnutí vnějších nebo vnitřních požadavků, které jsou vnímány jako namáhavé nebo přesahující zdroje osoby“. Jejich přístup je považován za spíše situační (process-oriented), což je směr vysvětlujející užití copingových strategií z hlediska kontextu, tedy podle jednotlivých stresujících situací (Porter & Stone, 1996). Autoři definovali dvě hlavní třídy copingových strategií, které rozdělují dle jejich funkce. První jsou na problém zaměřené (problem-focused), jež mají za účel změnit situaci způsobující stres a druhé, na emoce zaměřené (emotion-focused), slouží k řízení
a regulaci doprovázejících emocí. Ve většině stresujících situací přítom lidé užívají oba typy strategií najednou, jak zjistili Lazarus a Folkmanová (1980) ve svém výzkumu. Zvolení konkrétních strategií však záleží na primárním a sekundárním kognitivním zhodnocení problému (primary appraisal; secondary appraisal). Při **primárním zhodnocení** osoba zjišťuje, zda je do problémové situace nějak zapletena, zda je v sázce nějaká věc, která se jí týká. Může se jednat o osobní hodnoty, cíle, závazky nebo přesvědčení. **Sekundární zhodnocení** se již týká promyšlení, jaké copingové strategie jsou jedinci k dispozici, a které z nich nejlépe splní svůj účel (Lazarus & Folkman, 1984).

Pro zkoumání na problém a na emoce zaměřených strategií zvládání vyvinuli autoři dotazník *Ways of Coping*, sestávající ze 68 položek, který administrovali u 100 mužů a žen ve věku 45 – 64 let. Při svém výzkumu zjistili, že věk ani genderové rozdíly nijak neovlivňují užití některého z typů copingu, neboť hlavní podíl má typ stresující situace. Zatímco u událostí z pracovního prostředí respondenti častěji užívali na problém zaměřený coping, u událostí týkajících se zdraví častěji volili strategie zaměřené na emoce. Tato zjištění ovšem může dle autorů ovlivňovat i fakt, že události týkající se zdraví lidě více označovali jako neměnné, které je nutné akceptovat. To byl totiž jeden z hlavních faktorů, který podněcoval k užití na emoce zaměřených strategií. Na problém zaměřené strategie byly častější u situací, u kterých lze něco konstruktivního podniknout nebo je potřeba zjistit více informací k rozhodnutí, což zahrnovalo nejčastěji situace z pracovního prostředí. Jediný zjištěný rozdíl ve volbě copingových strategií u mužů a žen byl zjištěn právě u neměnných situací, ve kterých muži častěji než ženy zůstávali u strategií zaměřených na problém (Lazarus & Folkman, 1980).

Ve svém dalším výzkumu, pracujícím s revidovanou verzí *Ways of Coping*, se Folkmanová a Lazarus, spolu s Dunkel-Schetterovou, DeLongisovou a Gruenem (1986) zaměřili i na testování škál strategií zvládání, mezi které patří:

1. **Konfrontační zvládání** – agresivní úsilí ke změně situace
2. **Distancování se** – snaha izolovat se od problému nebo vidět jeho pozitiva
3. **Sebekontrola** – snaha o regulaci vlastních prožitků a chování
4. **Hledání sociální opory** – vyhledání informační i emoční podpory v okolí
5. **Přijmutí zodpovědnosti** – uznání vlastní role v problému a snaha o nápravu
6. Únik – vyhýbání – únik do fantazie a vyhýbavé chování
7. Plánované řešení problému – promyšlená akce k vyřešení situace
8. Pozitivní přehodnocení – zaměření se na osobnostní růst plynoucí ze situace či religiozní témata


Jiným možným směrem nahlížení na coping je přístup dispoziční (trait-oriented), který vníma copingové styly jako součást osobnostních rysů, které jsou viceměrně nezávislé na situaci a v průběhu času se příliš nemění. Posuzování užití copingových strategií z hlediska vrozených charakteristik bylo doménou raných copingových teorií, které vycházely z psychoanalytické ego-psychologie. Ačkoliv v dnešní době tento přístup ustupuje směru integračnímu, stále jsou ve výzkumu hojně užívány metody vycházející alespoň částečně z přístupu dispozičního (Porter & Stone, 1996). Mezi tyto metody patří například dotazník COPE, který zahrnuje části z obou přístupů a měří jak na emoce a problém zaměřené strategie zvládání, tak strategie maladaptivní (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

**2.4.1 Copingové strategie u zdravotních sester**

Aby mohly zdravotní sestry zvládat svou práci a nároky s ní spojené, musí se naučit vypořádávat s každodenním stresem, který se v této profesi bezesporu vyskytuje. Komačková (2009) doporučuje pro zvládání stresu tři základní strategie. Sestra tak podle ní může ovládat základní zvládání stresu, což znamená využívat znalosti o tom, jak se při vzniku stresové situace zachovat. Tento způsob zahrnuje řešení problémů, práci s emocemi, vyhledání sociální opory a omezení fyziologických reakcí těla na stres. Dále se může pokusit rozpoznávat stresory a řídit jejich vliv. Třetí strategií při boji se stresem je vytvořit si zdravý životní styl. Výzkum autorky na 257 zdravotních sestrách ukázal, že tyto pracovnice využívaly při výskytu stresu prakticky ve stejném poměru strategie zaměřené na řešení problému, strategie zaměřené na emoce a jejich zpracování a strategie mentálního úniku. Výzkum rovněž ukázal, že spolu s narůstající délou praxe sester se snižovala míra užívání strategie mentálního
úniku a úniku do humoru. Autorka tento fenomén přisuzuje postupnému odvýkání užívání neadaptivních strategií. Způsoby zvládání stresu u zdravotních sester se zabývaly i zahraniční výzkumy.

Jak ukazuje studie provedená na singapurských zdravotních sestrách, pro účinné zpracování stresu se osvědčily příklonové strategie zaměřené na problém. Tyto strategie, zahrnující především orientaci na problém a změnu perspektivy, častěji užívaly zdravotní sestry, které se snadněji adaptovaly na pracovní stres a udávaly větší pracovní uspokojení (Boey, 1998). Četnější užívání strategií zaměřených na problém oproti strategiím zaměřeným na emoce ukazují i výsledky studie provedené na zdravotních sestrách pracujících na pohotovosti u ozbrojených sil v Tchaj-wanu (Liu et al., 2010). Další tchajwanská studie provedená na souboru psychiatrických sester tyto výsledky potvrzuje. Zajímavé je ovšem zjištění, že čím více zdravotní sestry užívaly na problém zaměřené strategie, tím více užívaly zároveň i strategie zaměřené na emoce (Lin, Probst, & Hsu, 2010). Strategie zaměřené na problém, konkrétně položky týkající se řešení problému byly nejčastěji volenými způsoby zvládání i u australských zdravotních sester. Jako další nejčastější strategie ovšem následovaly strategie zaměřené na emoce, u kterých osoby volily způsoby zvládání hledání sociální opory a sebekontrolu (Chang et al., 2006; Healy & McKay, 2000). Jak bylo zjištěno v první studii, sebekontrola jako coping, projevovaná snahou zakrýt své pocity a nepochopení před ostatními závažnost situace, se nicméně ukázala jako škodlivá strategie, neboť byla u zkoumaných osob propojená se špatným psychickým zdravím. Naopak zlepšení psychiky ukazuje strategie držení odstupu, pokud zahrnuje pohled na věc z lepší stránky a snahu nepovažovat situaci za příliš vážnou (Chang et al., 2006). Autoři další z těchto studií, Healyová a McKay (2000), zjistili, že strategie vyhýbání se problému (ačkoliv užita nejméně ze všech strategií) je spojena s vyšší úrovní stresu a poruch nálady. Tyto výsledky se shodují i se zjištěními výše uvedené singapurské studie, ve které více stresované sestry uváděly častěji užívání strategií vyhýbání se problému než sestry méně stresované (Boey, 1998).

Britská studie LeSergentové a Haneyové (2005) odkryla vztah mezi stresem a strategiem zaměřenými na emoce. Více stresované sestry se zde častěji spoléhaly na emoční způsob zvládání, což si autorky vysvětlovaly tím, že sestry zažívající vyšší úroveň stresu zároveň vyhodnocují, že situaci nemohou změnit (a tudíž uplatnit na problém zaměřené strategie). Tyto stresované sestry přitom užívaly nejčastěji strategie zahrnující vyhýbání se problému a hledání sociální opory. Po takovéto situaci
se sestry dočasně uchýlí k rozebírání situace a ventilaci pocitů, než se opět vrátí ke strategiím zaměřeným na problém. Zároveň se ve výzkumu ukázalo, že zkoumané sestry pocitovaly jen minimum kontroly nad změnou stresující situace.
3. Deprese

Dle Světové zdravotnické organizace trpí depresí okolo 350 milionů lidí po celém světě. Tato duševní nemoc, která se nevyhýbá žádné věkové kategorii a postihuje muže i ženy, se považuje za jednu z hlavních příčin pracovní neschopnosti. Ačkoliv na ni v dnešní době existuje účinná medikace, léčena je méně než polovina jedinců s depresí. Vliv na tento poměr může mít několik faktorů. Jedním z nich je fakt, že pro některé osoby je deprese stále stigmatizující nálepka, a proto pro ně je jednodušší se pomoci vyhýbat. Existuje ničméně i skupina lidí, kteří pomoci vyhledají, ale nejsou správně diagnostikováni. Deprese je ovšem téma, kterým se společnost musí zabývat, jak napovídá i alarmující číslo více než 800 000 lidí, kteří každý rok spáchají sebevraždu (WHO, 2016).

3.1 Etiologie a průběh depresivního onemocnění

Jak uvádí Praško, Buliková a Sigmundová (2009), významnou formou deprese trpí alespoň jednou za život každý pátý člověk. Nejrizikovějším obdobím pro obě pohlaví je věk mezi 25 – 44 lety, přičemž dvakrát častěji se objevuje u žen. To potvrzuje i Janů a Racková (2007), kteří zmiňují 9 – 26 % žen a 5 – 12 % mužů, kteří v průběhu života trpí klinicky vyjádřenou depresí.

Ačkoliv přesná příčina vzniku deprese u konkrétního jedince není vždy jasná, existují skupiny faktorů, které se mohou spolupodílet na jejím vzniku. Mezi biologické činitele patří genetický faktor, který dokazuje 1,5 – 3krát vyšší riziko propuknutí choroby u biologických příbuzných prvého stupně pacientů s depresí. Vliv má také hladina neurotransmiterů v mozku, zejména noradrenalinu, serotoninu, acetylcholinu, dopaminu a kyselinu gamaaminomáselné, stejně jako senzitivita a počet receptorů. U pacientů s depresí byly dále pozorovány neuroendokrinní abnormality, například ve formě zvýšeného vylučování kortizolu nadledvinami a spánkové abnormality až poruchy. Nezanedbatelnou úlohu ve vzniku deprese ovšem hrají i psychosociální faktory. Jedinec neschopný zamezit stresujícím situacím se postupem času přestává bránit a propadá se stále hlouběji do pocitu naučené bezmocnosti. Stahuje se do sebe a tvoří bariéru mezi sebou a okolím. Odpovědí je mu ale naprosto stejná reakce okolí, která se na jeho chování adaptéuje. Jeho pocit osamělosti a beznaděje jsou tedy o to více posilovány představou, že se od něj okolí neodvratně vzdaluje (Smolík, 1996).
Dále lze z hlediska psychosociálních faktorů obecně říci, že rizikové je pro vznik deprese každé období, které se pojí s nějakou výraznou změnou, ať už jde o narození dítěte, nástup do práce nebo odchod do důchodu (Praško, Buliková, & Sigmundová, 2009).

3.2 Deprese v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi

Deprese se řadí v Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi (dále MKN-10), mezi afektivní poruchy (poruchy nálady). Tyto poruchy, ačkoliv se odlišují v jednotlivých symptomech, většinou ovlivňují celkovou aktivitu člověka. Depresivní příznaky v různé míře můžeme nalézt u 6 typů afektivních poruch uvedených v MKN-10 (2014):

F31 – Bipolární afektivní porucha
Tato porucha je typická dvěma nebo více fázemi, při kterých pozorujeme někdy zlepšenou náladu pacienta, zvýšenou energii a aktivitu (hypomanie nebo manie), jindy zhoršenou náladu a sníženou energii a aktivitu (deprese). Aby se tato porucha ovšem dála takto diagnostikovat, musí zde být přítomnost obou polarit.

Depresivní fáze této poruchy má stejné rozdělení a podmínky jako níže uvedená depresivní fáze (F32).

F32 – Depresivní fáze
Tato fáze se dle příznaků rozděluje na lehkou, středně těžkou a těžkou formu, přičemž těžká forma se dále rozlišuje na typ s psychotickými příznaky a bez nich. Na rozdíl od dále uvedené periodické depresivní poruchy (F33) se tato kategorie diagnostikuje při jediném výskytu depresivní fáze.

Projevy jsou: zhoršená nálada (která se příliš nemění), energie a aktivita; narušení smyslu pro zábavu a schopnosti koncentrace; po minimální snaze přítomná únava; zhoršené sebehodnocení a sebedůvěra; pocit viny a beznaděje (i u lehkých případů); „somatické“ příznaky jako je ztráta zájmů a pocitů uspokojení; narušení spánku, ranní probouzení o několik hodin dříve před obvyklou dobou a největší zhoršení nálady v ranních hodinách; psychomotorická retardace a agitovanost, zhoršení až ztráta chuti k jídlu, hubnutí, ztráta libida.
K diagnostice lehké formy depresivní fáze by měly být přítomny alespoň dva až tři příznaky, pro určení středně těžké fáze čtyři a více. V každodenním životě se tyto formy rozlišují tak, že při lehké fázi je člověk většinou schopen účastnit se běžných denních aktivit, zatímco při středně těžké fázi už s tím má větší potíže.

U těžké fáze deprese se již vyskytuje velká řada vyjmenovaných příznaků, včetně těch „somatických“. Velmi patrná je zde ztráta sebehodnocení, pocit bytí bezděce a viny. Při této formě depresivní fáze jsou časté suicidální myšlenky i pokusy, ale život je ohrožen i nenaplněním fyziologických potřeb jako je přijímání potravy a tekutin.

**F33 – Periodická depresivní porucha**

Tato porucha se v příznacích a rozdělení nijak neliší od výše zmíněné depresivní fáze až na fakt, že se tyto fáze vyskytují opakovaně. Bezprostředně po nich se může objevit dočasné lehké zvýšení nálad a aktivity (hypomanie), které ovšem může souviset s antidepresivní léčbou.

**F34 – Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)**

Tyto poruchy se projevují ve formě trvalých kolísajících nálad, které nejsou dost silné, aby mohly být diagnostikovány jako výše uvedené poruchy. Trvají ovšem mnoho let, někdy i celý život pacienta, a tím mu velmi znepříjemňují život. Nejčastěji se vyskytují ve dvou podobách:

- **Cyklothymie** – Perzistentní nestabilita nálady s obdobími deprese i lehké manie.
- **Dysthyymie** – Chronické zhoršení nálady trvající alespoň několik let.

Další oddíly v této kapitole obsahují poruchy nálady, které nelze jednoduše zařadit do výše uvedených kategorií.

**F38 – Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady)**

**F39 – Neurčená afektivní porucha (poruchy nálady)**

(Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů 10. revize: MKN – 10, 2014)
3.3 Některé další projevy depresivního onemocnění

Příznaky depresivní poruchy se mimo jiné zabývali i Praško, Buliková a Sigmundová (2009), kteří je ve své publikaci pro přehlednost sdružili do několika tematických celků. Deprese se tak dle autorů může projevovat jako porucha nálad, charakterizovaná smutkem, vymízením radosti, „prázdnou“ náladou, úzkostí, strachem, pocitem ztráty, vztukem na sebe, nerozhodností, bezmocí a beznaději, podráždění a plačivostí. Typické jsou i automatické depresivní myšlenky symbolizující obavy, předvidání selhání, negativní vize do budoucnosti, pocity viny a sebeobviňování, komplexy méncennosti, negativní sebehodnocení a hodnocení okolí. Depresivní chování se projevuje nízkou úrovní aktivity, odkládáním činností spolu s následnými sebevýčitkami, vyhýbavým chováním, vyhledáváním pomocí a ujištění, zanedbáváním příjemných aktivit, přičemž tím nejnezávěrnějším je samozřejmě sebevražedné chování. Tělesné příznaky typické pro depresivní onemocnění mohou dle autorů zahrnovat nespavost či nadměrnou spavost, vyšší pozornost vlastnímu zdravotnímu stavu, únavnost, pocení, zácpu, zhoršení paměti, bušení srdce, tlač v hlavě, pocity sevření, tlhu na hrudi, nechuť k sexu a podobně.

Depresivní onemocnění se ovšem nemanifestuje vždy těmito obvyklými příznaky. Problémy v její časné diagnostice způsobuje široké spektrum symptomů, které v lepším případě zavedou pacienta k jinému odborníkovi, zatímco v horším případě jako hypochondrie. Lesse (1983) se ve své studii trvající 17 let zaměřil na symptomy tzv. larvované (maskované) deprese, která takto může svými projevy mást kdejakého odborníka. Jak zjistil u souboru zahrnujícího téměř 1500 pacientů s larvovanou depresí, pro tento typ deprese je charakteristické, že se může projevit v různých orgánových soustavách a částech těla. Pacienty nejčastěji provádí chronická bolest této oblasti a doprovázející potíže. Tento syndrom se tak může projevit například v pohybovém aparátu ve formě bolesti zad, krční páteře či končetin. Dalším symptomem jsou bolesti hlavy tenzního nebo pulzního charakteru, migréna nebo atypické bolesti obličejových svalů. Pacienti si dále stěžují na kardiovaskulární a respirační problémy, potíže gastrointestinální, endokrinologické, gynekologické či urologické. Takto maskovaná deprese je o to závažnější, jelikož není dlouhodobě léčena a nemocný ztrácí naději na zmírnění svých potíží. Jelikož zde navíc nejsou žádné objektivní nálezy, které by vyvrátily hypochondrii, postupně se k němu mohou odborníci i jeho vlastní okolí obracet záhy a tím pouze přizivovat tuto nebezpečnou nemoc.
3.4 Depresivita u zdravotních sester

Zdravotní sestry se v rámci své profese setkávají s mnoha zátěžovými situacemi, patří to prakticky k náplni jejich práce. Každý den vídají smrt, nemoc a bolest různého druhu u pacientů, o které se starají. Jsou s nimi ve dne v noci a jsou přítomni i u případů, které nemohou ovlivnit, nelze nijak pomoci. Jejich práce je velice zodpovědná, jsou na ně kladeny vysoké psychické i fyzické nároky a velmi často musí jednat v časovém tlaku. Nelze tedy divu, že byl u nich v americké studii zjištěn dvojnásobný výskyt depresie (18 % vs. 9,4 %) v porovnání s běžnou populací (Letvak, Ruhm, & McCoy, 2012). Welschová (2009), autorka další americké studie zabývající se depresivní symptomatikou u zdravotnického personálu, odkryla příznaky mírné až střední deprese u 35 % zdravotních sester. Tato čísla se ovšem dále mění podle toho, v jaké zemi byl výzkum týkající se deprese u zdravotních sester konán.

zde identifikovali autoři u 9,3% respondentů ze zkoumaného souboru (Enns, Currie, & Wang, 2015).

Výskyt deprese nicméně není ovlivněn pouze místem výkonu profese. Zajímavých výsledků se dopátrali autoři hledající rozdíly v depresivitě uvnitř zkoumaných skupin. Výrazné rozdíly v míře depresivity tak byly zjištěny při porovnání mužských a ženských pracovníků. Řecká studie, zkoumající 17 mužů a 62 žen na pozici zdravotní sestry zjistila, že v Beckově škále depresivity (BDI), skórovaly výrazně výše ženy (Tselebis, Moulou, & Ilias, 2001). Stejných výsledků se dopátrali i autoři jiné řecké studie (Bratis et al., 2009). Souvislost s mírou deprese ukázal i rodinný stav respondentů. Studie pořádaná na tchajwanských sestách zveřejnila výsledky, podle nichž trpí depresí nejvíce osoby rozvedené, které byly srovnávány se sezdanými a nezadanými respondenty (Chang et al., 2011). Podobné výsledky uvádějí i autoři kanadské studie, které uvádí, že výskyt deprese byl nejvyšší u osob mladších, rozvedených nebo ovdovělých, s nejméně jedním evidovaným chronickým onemocněním. Dle autorů bylo ale právě chronické onemocnění největším prediktorem deprese (Enns et al., 2015). Tyto výsledky dále potvrzuje i další kanadská studie, která uvádí, že 85,9% sester trpících depresí mělo alespoň jedno chronické onemocnění (Ohler, Kerr, & Forbes, 2010).

Velká část zdravotních sester se musí v rámci chodu nemocnice podřídit směnovému provozu. Pro porovnání skupiny 46 sester pracujících na střídavé směně se skupinou 48 pracovnic s pevnými směnami se rozhodli autoři jihokorejské studie. Ve svém výzkumu zjistili, že sestry se střídavými směnami trpěly častěji horší kvalitou spánku, somatickými problémy a v neposlední řadě i depresí (Ho & Choi, 2012).

Zdravotní sestry se ovšem neuplatňují pouze v nemocnici. Jejich hojně zastoupení naleznete i v soukromých ordinacích nebo jiných medicínských zařízeních. Liší se ale nějak výskyt deprese u těchto sester? Tuto otázku si pokládali autoři kanadské studie, které srovnávaly sestry pracující v nemocnici se sestrami z jiných pracovišť. Navzdory jejich očekáváním se ukázalo, že zdravotní sestry pracující v nemocnici trpěly depresí v nižší míře než sestry pracující v jiných zařízeních. Autoři si to vysvětlují tak, že práci v nemocnici, charakterizovanou náročnějším pracovním tempem i požadavky, si spíše volí osoby s vyšší mírou odolnosti. Z jejich výzkumu dále vyplývá, že vyšší samostatnost sester na pracovišti snižuje u těchto sester výskyt deprese a nepřítomnost v práci. Stejný vliv má i pocit sester, že jejich znalosti
a dovednosti jsou plně využity pro poskytnutí kvalitní péče pacientům (Enns et al., 2015).

3.5 Dopady deprese na práci zdravotních sester

Jak je uvedeno v MKN-10 (2014), poruchy nálady většinou ovlivňují celkovou aktivitu člověka. Projevují se tedy nejen v jeho osobním životě formou poklesu aktivity, zájmů a podobně, ale i v profesním životě. Stejně je to i s depresí a jejimi projevy v práci zdravotní sestry. Bylo tak zjištěno, že deprese ovlivňuje počet absencí sestry v práci, její výkon v podobě snížení kvality práce a v nejhorším případě i chybové a nedbalost, což se může projevit například v podání nesprávné medikace. Psychický stav sestry má tedy výrazný vliv na uspokojení potřeb a léčbu pacientů. Zásadní je ale i pro samotné pracoviště. Deprese u sester totiž způsobuje vyšší míru fluktuace zaměstnanců a s tím související přetížení jejich kolegů (Lin et al., 2015).

Depresivní onemocnění může mít vliv na pracovní výkon zdravotních sester i nepřímo. Tento stav totiž výrazně ovlivňuje i další povahové charakteristiky, které se tak nemusí vyskytovat ve zdravé míře, jak by tomu bylo u nepřítomnosti onemocnění. Bylo takto například zjištěno, že s vyšší mírou deprese se zároveň objevuje snížený výskyt optimismu a sebe-účinnosti. A zatímco výsledky týkající se optimismu se daly očekávat, ze sníženého pocitu sebe-účinnosti plynou dle autorů následky jak pro samotnou sestru, tak pro její pacienty. Tyto zdravotní sestry si nejsou jisté ve své práci, což je o to více zatěžuje. Zároveň se mohou izolovat od pacientů, nenavštěvovat je v jejich pokojích a vyhýbat se náročnějším ošetřovatelským zákrokům (Chang et al., 2011). Dále se ukazuje úzké propojení mezi depresí a syndromem vyhoření. Nejenže tyto dvě onemocnění sdílí některé společné znaky jako pokles aktivity, zájmu a iniciativy, ale zároveň se zjišťuje, že osoby s depresivními příznaky jsou zvýšeně zranitelné k propuknutí syndromu vyhoření. Autoři řecké studie si tento fenomén vysvětlují sníženou schopnost těchto osob získat uspokojení ze své práce (Bratis et al., 2009). Podobné spojení syndromu vyhoření a deprese nalezli i autoři zkoumající karibský soubor zdravotních sester. V jejich modelu ovšem syndrom vyhoření vyvolaný pracovním stresem depresí předchází a částečně ji spouští. Tato deprese poté vede ke zvýšené míře nepřítomnosti v práci a záměru změnit pracovní místo (Baba, Galperin, & Lituchy, 1999).
Nelze opomenout dopady deprese na zdraví a výskyt dalších, zejména somatických onemožnění u zdravotní sestry. Komorbidními onemozněními u sester trpících depresí se zabývali autoři maďarské studie konané na 1713 sestrách. Ve svém výzkumu zjistili výskyt depresivních symptomů u 35 % respondentů, přičemž 13 % ze souboru splňovalo kritéria pro diagnostikování klinické deprese. Depresivita byla spolu se syndromem vyhoření identifikována jako prediktor somatizace. Deprese se zde dále ukázala v silné souvislosti s onemozněními kardiovaskulárního systému a tvorbou nádorových útvarů (Ádám, Cserháti, & Mészáros, 2015).
4. Vztah stresu, deprese a pracovní zátěže

Jak je patrné z předchozích kapitol, profese zdravotních sester s sebou přináší množství stresu, pracovní zátěže fyzické i psychické a s tím spojený velký počet pracovníků s depresivními symptomy. Tyto tři fenomény se ale mnohdy nevyskytují izolovaně a vzájemně se u různých profesí, včetně těch zdravotnických, ovlivňují. Jak již bylo uvedeno dříve, stres způsobuje velké množství příznaků a symptomů. Ve své dlouhodobé formě však může způsobovat i psychická onemocnění. V tchajwanské studii byla totiž zjištěna korelace mezi pracovním stresem a mírou deprese, což naznačuje, že vysoká míra pracovního stresu u sester způsobovala vážné formy deprese (Lin et al., 2015). Pozitivní vztah mezi pracovním přetížením, definovaném autory jako příliš velké množství práce v krátkém čase, a depresí byl nalezen ve výzkumu karibských zdravotních sester. Z těchto výsledků se dá rovněž usuzovat, že čím větší pracovní zátěž sestry zažívají, tím těžší forma deprese se u nich objevuje (Baba et al., 1999). Depresivita ovšem nemá vztah pouze se stresem a zátěží. Poruchy nálady dle výzkumů ovlivňují i volbu a užití copingových strategií. Tomu napovídají výsledky studie zkoumající soubor psychiatrických zdravotních sester. V tomto výzkumu, realizovaném rovněž v Tchaj-wanu, byl nalezen pozitivní vztah mezi copingovými strategiemi zaměřenými na emoce a depresí. U strategií zaměřených na problém takový signifikantní vztah nalezlo byl. V souladu s předchozími studiemi zde byl také zjištěn vztah mezi pracovním stresem a depresí. Tyto výsledky mohou naznačovat i vztah mezi stresem a strategiemi zaměřenými na emoce. Jak se totiž ukázalo, stresované osoby zde trpěly častěji deprese a depresivní osoby volily častěji strategie zaměřené na emoci (Lin et al., 2010). Propojení bylo nalezeno i v dalším výzkumu, ve kterém optimistické sestry užívaly více strategií zaměřených na řešení problému oproti sestrám, které byly v depresi a jejich míra optimismu byla v této souvislosti snížená (Chang et al., 2011). Tematice depresy a strategií zvládání se věnovali i Coyne, Aldwinová a Lazarus (1981), kteří zkoumali ve své studii copingové strategie u vzorku 15 depresivních a 72 nedepresivních osob. Během tohoto výzkumu zjistili, že tyto dvě skupiny se nijak neliší v typu stresujících situací, které je potkávají, ale liší se ve stylech jejich zvládání. Rozdíly byly pozorovány v situacích pracovního charakteru, u kterých depresivní osoby častěji hledaly emoční podporu a v situacích týkajících se rodiny, kde inklinovaly více ke strategiím fantazijního úniku a sebeobviňování. Depresivní osoby zároveň ve stresujících situacích
inklinovaly častěji k pocitu, že potřebují více informací, než budou jednat. Méně ovšem vnímaly situace jako neměnitelné, na které je nutné si zvyknout. Autoři z těchto výsledků usuzují, že depresivní osoby se tak nemusí zdržovat akce z důvodu pocitů bezmocnosti, ale z nejistoty, jak jednat.

Propojení deprese, copingových strategií i pracovního přetížení se podařilo nalézt autorům australské studie. Healyová a McKay (2000) se ve svém výzkumu zabývali vlivem pracovního stresu a jeho zvládání na spokojenost v práci a poruchy nálady u zdravotních sester. Výsledky jejich studie ukázaly, že stresované sestry byly v zaměstnání méně spokojené a trpěly ve více případech poruchami nálady. Zároveň se ovšem zjistilo, že strategie vyhýbání se, ve spojení s vnímanou pracovní zátěží, prokazatelně způsobovaly poruchy nálady.
5. Shrnutí teoretické části

První část této práce se zabývala především specifickými charakteristikami výzkumné skupiny a tématy z oblastí zkoumaných níže uvedenými metodami. Představili jsme si některé české i zahraniční výzkumy z dané oblasti a tím položili základy budování hypotéz ve výzkumné části práce.

V první kapitole jsme popsali blíže profesi všeobecné zdravotní sestry a všeobecného ošetřovatele. Seznámili jsme s genderovým zastoupením v ČR a potřebným vzděláním pro výkon této profese. Zároveň zde byla představena ideální osobnostní struktura zdravotní sestry v souvislosti s motivací výběru tohoto zaměstnání. V poslední části kapitoly byla identifikována rizika plynoucí z každodenní náplně práce zdravotního pracovníka.

Druhá kapitola se zabývala tématem stresu, jeho vymezením různými autory na základě psychologických nebo biologických teorií a projevy stresového stavu. Součástí kapitoly bylo i pojednání o psychické zátěži a její vztahnutí do výkonu profese zdravotních sester. Strategie zvládání stresu, patřící rovněž do této kapitoly, jsme rozdělili dle historických přístupů autorů a zmínil se o některých měřících metodách.

Třetí kapitola přestavila obsáhlé téma deprese, o kterém jsme informovali z hlediska výskytu, klinického zakotvení, hlavních i vedlejších projevů a rovněž praktického dopadu na práci zdravotních sester.

Čtvrtá kapitola zhodnotila vztahy mezi tématy deprese, copingových strategií a zátěže. Toto propojení přenesla i do zdravotnických profesí, čímž vybudovala další základy pro postavení výzkumných otázek a hypotéz.
II. Výzkumná část

6. Metodologie výzkumu

6.1 Cíle výzkumu

Výzkum v této práci má za účel zjistit, v jaké míře trpí zdravotní sestry a všeobecní ošetřovatelé psychickou zátěží a zda existuje riziko, že tato zátěž ovlivňuje jejich zdraví. Dále se zaměřuje na strategie zvládání stresu a míru depresivity u této skupiny.

6.2 Výzkumné otázky a hypotézy

Dle poznatků z oblasti depresivity, copingových strategií a pracovní zátěže v teoretické části a v návaznosti na cíle výzkumu byly formulovány následující výzkumné otázky a hypotézy.

VO1: Jaké jsou sestrami nejčastěji uváděné zátěžové situace?

Na základě výzkumů týkajících se stresových situací v práci sestry, ve kterých sestry nejčastěji uváděly pracovní přetížení, smrt a umírání a konflikty na pracovišti (Chang et al., 2006; Gray-Toft & Anderson, 1981; Healy & McKay, 2000; Lambert et al., 2004; LeSergent & Haney, 2005; Liu et al., 2010), je vyvozena následující hypotéza:

H1. Zdravotní sestry nejčastěji uvádějí zátěžové situace týkající se pracovního přetížení a časové tísň.

VO2: Jak souvisí pracovní zátěž s depresí u zdravotních sester?

Studie zabývající se pracovním stresem nebo zátěží v souvislosti s depresí potvrdily u zdravotních sester pozitivní vztah těchto dvou proměnných (Baba et al., 1999; Healy & McKay, 2000; Lin et al., 2015), z čehož byla vyvozena následující hypotéza:

H2. Pracovní zátěž pozitivně koreluje s depresí u zdravotních sester.
VO3: Jak souvisí míra deprese u sester s užíváním copingových strategií?

V tchajwanské studii nalezli autoři pozitivní vztah mezi depresí a strategiemi zaměřenými na emoce (Lin et al., 2015). Propojení bylo ovšem nalezeno i u konkrétních strategií. Výzkum Healyové a McKay (2000) ukázal, že strategie Vyhýbání se problému byla u zdravotních sester spojena s vyšší mírou stresu a poruch nálady. Na základě těchto výsledků byly odvozeny tyto hypotézy:

H3a. Strategie zaměřené na emoce pozitivně korelují s depresí.
H3b. Užívání odklonových strategií zaměřených na problém pozitivně koreluje s výskytem deprese.

VO4: Jak souvisí pracovní zátěž s užíváním copingových strategií?


H4a. Příklonové strategie zaměřené na problém negativně korelují s pracovní zátěží.
H4b. Odklonové strategie zaměřené na problém pozitivně korelují s pracovní zátěží.
H4c. Strategie zaměřené na emoce pozitivně korelují s pracovní zátěží.

6.3 Výzkumný soubor a sběr dat

Získávání respondentů probíhalo formou oslovění zdravotnických zařízení po celé České republice s nabídkou vyplnění online dotazníku určeného pro zdravotní sestry a všeobecné ošetřovatele. Další technikou náboru respondentů byla metoda Snowball (metoda sněhové koule, lavinová metoda), díky které kontaktování respondenti nabídlí účast ve výzkumu svým kolegům a známým ze stejné profese. Pro vyšší návratnost dotazníků jsme využili i sdílení odkazu na sociálních sítích,

Tímto způsobem se podařilo získat zkoumanou skupinu skládající se ze 455 osob ze zdravotnického personálu. Z důvodu opakujících se odpovědí nebo opakovaných vyplnění poté bylo nutné vyloučit data některých respondentů buď z celého výzkumu nebo z jednotlivých dotazníků. Z důvodu udávání ryze krajních hodnot nebo stále stejních odpovědí ve všech dotaznících bylo z výzkumu vyloučeno 8 osob (2 muži a 6 žen). Data získaná z dotazníkuCSI musela být ze stejného důvodu vyloučena u 24 osob (řady).

Po vyloučení těchto osob se zbylý vzorek skládal ze 447 osob, z nichž tvoří 96,4 % (N = 431) všeobecné zdravotní sestry a 3,6 % (N = 16) všeobecní ošetřovatelé. Ačkoliv se toto zastoupení mužů vůči ženám ve výzkumném souboru zdá nepatrné, je třeba připomenout, že muži tvoří celorepublikově pouhých 1,9 % z této profese, do které byly původně zařazeny i porodní asistentky (Český statistický úřad, 2014; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014). Věk respondentů se pohyboval od 20 do 67 let, s průměrem 41,6 let. Z hlediska dalších demografických informací byl zjišťován rodinný stav respondentů. V tomto ohledu tvořily největší skupiny osoby v manželském svazku či registrovaném partnerství (55,7 %). Úroveň dosaženého vzdělání rozdělovala respondenty téměř rovnoměrně na skupinu se střední školou ukončenou maturitní zkouškou (51,5 %) a skupinu s vysokoškolským vzděláním (48,5 %). Podrobnější informace jsou uvedené v Tabulce 1.

**Tabulka 1 – Demografické charakteristiky výzkumného souboru (N = 447)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pohlaví</th>
<th>Počet (N)</th>
<th>Počet (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Muž</td>
<td>16</td>
<td>3,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Žena</td>
<td>431</td>
<td>96,4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stav</th>
<th>Počet (N)</th>
<th>Počet (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Svobodný/á</td>
<td>48</td>
<td>10,7</td>
</tr>
<tr>
<td>V partnerském svazku</td>
<td>90</td>
<td>20,1</td>
</tr>
<tr>
<td>V manželském svazku/registrovaném partnerství</td>
<td>249</td>
<td>55,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Rozvedený/á</td>
<td>51</td>
<td>11,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Ovdovělý/á</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dosažené vzdělání</th>
<th>Počet (N)</th>
<th>Počet (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Střední s maturitou</td>
<td>230</td>
<td>51,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Vysokoškolské</td>
<td>217</td>
<td>48,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Sběr dat probíhal celorepublikově a jak je patrné v Grafu 1, do výzkumu se podařilo získat respondenty se sídlem pracoviště ve všech krajích. Nejpočetnější skupiny respondentů byly získány z kraje Středočeského (13,65 %), z hlavního města Prahy (12,30 %), z kraje Moravskoslezského (12,08 %), Jihomoravského (11,19 %) a Libereckého (9,84 %).

Graf 1 – Zastoupení pracovišť respondentů z hlediska krajů (N = 447)

Údaje týkající se profese respondentů jsou uvedené v Tabulce 2. Jak je patrné, respondenti nejčastěji pracovali v hospitalizačním zařízení (74 %), ale zastoupení byli i zaměstnanci ambulancí (20,6 %), domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem a mobilních nebo klasických hospiců (2,9 %). 2,5 % respondentů pracovalo v jiném typu zařízení, mezi kterými byla uváděna lázeňská zařízení, zdravotnický záchranný systém, různá soukromá pracoviště nebo centrum sociálních služeb. Největší zastoupení ve výzkumu získali respondenti s praxí s 15 a více lety praxe (64,7 %). Zjišťována byla i délka směny respondentů. V tomtéž případě byla nejčastější směna 8hodinová (52,3 %) následovaná směnou 12 hodinovou (40,5 %). Část respondentů
se vyjádřila, že má zkrácený úvazek, střídavé směny nebo pružnou pracovní dobu dle potřeby.

**Tabulka 2 – Profesní údaje respondentů (N = 447)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Typ pracoviště</th>
<th>Počet (N)</th>
<th>Počet (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hosp. zařízení (nemocnice, psychiat. nemocnice, LDN)</td>
<td>331</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>Ambulance (i v rámci nemocnice)</td>
<td>92</td>
<td>20,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Domov pro seniory, DZR, hospic, domácí péče</td>
<td>13</td>
<td>2,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné nebo nespecifikováno</td>
<td>11</td>
<td>2,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Praxe v oboru</th>
<th>Počet (N)</th>
<th>Počet (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>do 1 roku</td>
<td>10</td>
<td>2,2</td>
</tr>
<tr>
<td>1 - 3 roky</td>
<td>28</td>
<td>6,3</td>
</tr>
<tr>
<td>3 - 5 let</td>
<td>24</td>
<td>5,4</td>
</tr>
<tr>
<td>5 - 10 let</td>
<td>39</td>
<td>8,7</td>
</tr>
<tr>
<td>10 - 15 let</td>
<td>57</td>
<td>12,8</td>
</tr>
<tr>
<td>15 a více let</td>
<td>289</td>
<td>64,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Délka směny</th>
<th>Počet (N)</th>
<th>Počet (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Zkrácený úvazek</td>
<td>7</td>
<td>1,6</td>
</tr>
<tr>
<td>8hodinová</td>
<td>234</td>
<td>52,3</td>
</tr>
<tr>
<td>12hodinová</td>
<td>181</td>
<td>40,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Střídání 8 + 12hodinových směn</td>
<td>7</td>
<td>1,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Jiné</td>
<td>18</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**6.4 Použité metody**

**Coping Strategies Inventory**

*Coping Strategies Inventory* (CSI) od autorů Tobina, Holroyda a Reynoldse (1984, 2001) je inventář tvořený 72 položkami hodnocenými na 5bodové Likertově škále (od „Vůbec nesouhlasím“ po „Zcela souhlasím“). Zkoumané osoby nejprve popíší libovolnou stresující situaci, ve které se ocitly nebo právě ocitají a poté hodnotí, jak dané výroky odpovídají jejich reakci na tuto situaci.

Pro účely této práce byla užita zkrácená 32položková verze dotazníku (Tobin, 1995). Obě verze dotazníku se skládají z dvou terciárních, čtyř sekundárních a osmi primárních škál (viz *Tabulka 3*). Vnitřní konzistence dotazníku byla měřena Cronbachovou alף, která udávala hodnotu 0,80.
Tabulka 3 – Rozdělení copingových strategií (upraveno dle Tobin, Holroyd, & Reynolds, 1984, 2001)

<table>
<thead>
<tr>
<th>PRIMÁRNÍ ÚROVEŇ</th>
<th>SEKUNDÁRNÍ ÚROVEŇ</th>
<th>TERCIÁRNÍ ÚROVEŇ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Řešení problému</td>
<td>Zaměření se na problém</td>
<td>Příklon</td>
</tr>
<tr>
<td>Kognitivní restrukturalizace</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sociální opora</td>
<td>Zaměření se na emoce</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vyjádření emocí</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vyhýbání se problému</td>
<td>Zaměření se na problém</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fantazijní únik</td>
<td></td>
<td>Odklon</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociální izolace</td>
<td>Zaměření se na emoce</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sebeobviňování</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Jak je patrné z Tabulky 3, v terciární úrovni rozlišují autoři strategie na dvě třídy - na příklonové („engagement“), které zahrnují aktivní způsoby zvládání problému, a odklonové („disengagement“) sdružující strategie nápomocné u odtažení se od problémové situace. Sekundární úroveň tyto dvě třídy rozděluje dále dle jejich zaměření na problém („problem focused“) nebo na emoce („emotion focused“):

1) **Příklonové strategie zaměřené na problém** – zahrnují chování zaměřené na změnu problémové situace nebo změnu jejího vnímání jedincem.

2) **Příklonové strategie zaměřené na emoce** – položky odpovídají otevřené emoční odezvě na problém pomocí zvýšené exprese emocí a zapojení sociálního okolí.

3) **Odklonové strategie zaměřené na problém** – tyto strategie se zaměřují na popření a vyhýbání se problémové situaci.

4) **Odklonové strategie zaměřené na emoce** – tato subškála obsahuje položky poukazující na stažení jedince i jeho pocitů od okolí a obviňování se z nastalé situace.

Primární úroveň rozděluje položky do 8 subškál:

a) **Řešení problému** - chování zaměřené na odstranění zdroje stresu pomocí změny zátěžové situace.
b) Kognitivní restrukturalizace – snaha o změnu vnímání dané situace, nalezení dalších alternativ.

c) Sociální opora – hledání emoční podpory, nejčastěji od rodiny nebo přátel.

d) Vyjádření emocí – uvolnění a vyjádření emocí plynoucích ze situace.

e) Vyhýbání se problému – popírání problému a vyhýbání se myšlenkám nebo chování související se situací.

f) Fantazijní únik – soustředění se na přání, aby se situace zlepšila bez úsilí ze strany jedince.

g) Sociální izolace – stažení se do sebe a izolace od okolí.

h) Sebeobviňování – sebekritika a obviňování se ze způsobení situace.

Meisterova metoda hodnocení pracovní zátěže

Meisterovo hodnocení je dotazník, který se skládá z 10 položek, přičemž každá položka hodnotí na škále s pěti stupni vlastní zátěžovou oblast:

<table>
<thead>
<tr>
<th>1. Časová tísně</th>
<th>6. Monotonie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2. Malé uspokojení</td>
<td>7. Nervozita</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Vysoká odpovědnost</td>
<td>8. Přesycení</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Otupující práce</td>
<td>9. Únava</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Problémy a konflikty</td>
<td>10. Dlouhodobá únosnost</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tyto položky lze poté sdružit do 3 faktorů:

1. **Přetížení** - časová tísně, vysoká odpovědnost, problémy a konflikty.
2. **Monotonie** - malé uspokojení, otupující práce, monotonie.
3. **Nespecifický faktor** – **stresová reakce na pracovní zátěž** - nervozita, přesycení, únava, dlouhodobá únosnost.

Hrubý skór získaný součtem všech položek udává celkovou percipovanou psychickou zátěž, která může dosáhnout stupně 1 – 3, z nichž stupeň 3 svědčí pro zdravotní riziko plynoucí ze zátěže (Hladký & Židková, 1999; Židková, Martinková, Paulová, & Svačinková, 2001).

Cronbachova alfa testu činila 0,85.
Beck Depression Inventory II

Beck Depression Inventory II (BDI – II), v českém překladu Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé BDI-II, od autorů Becka, Steera a Browna (1966) je inventář s 21 položkami pro měření depresivních symptomů v průběhu posledních dvou týdnů.

Skládá se z oblastí: Smutek, Pesimismus, Minulá selhání, Ztráta radosti, Pocit viny, Pocit potrestání, Znechucení sám ze sebe, Sebekritika, Sebevražedné myšlenky nebo přání, Plačivost, Agitovanost, Ztráta zájmu, Nerozhodnost, Pocit bezcennosti, Ztráta energie, Změna spánku, Podrážděnost, Změny v chuti k jídlu, Koncentrace, Únava a Ztráta zájmu o sex.

Tento nástroj, inspirovaný diagnostickými kritérii DSM-IV, je vyhodnocován součtěm všech odpovědí, které se hodnotí na Likertově 4bodové škále, od 0 do 3 bodů. Výsledkem je skór, který se rozhodne do oblasti nedepresivní (0 – 13 bodů), mírně depresivní (14 – 19 bodů), středně depresivní (20 – 28 bodů) nebo těžce depresivní (nad 29 bodů). Autoři české verze testu ovšem doporučují zmírnění skórování při použití testu pro účely výzkumu a užití cut off skóru 17 bodů (Preiss & Vacíř, 1999).

Cronbachova alfa tohoto dotazníku dosáhla hodnoty 0,88.

6.5 Analýza dat

Ke statistickému zpracování dat byl použit program IBM SPSS Statistics. K základnímu přehledu byla využita deskriptivní statistika spolu s přehledovými tabulkami a k identifikaci kategorií stresových situací obsahová analýza. Normalita rozložení byla ověřována pomocí histogramů. Jejich analýza ukázala, že u dat získaných prostřednictvím dotazníku BDI je rozložení nenormální a je tedy vhodné použít neparametrické testy. U ostatních typů dat se ukázalo normální rozložení a ke statistickým operacím byly tedy použity parametrické testy (Histogramy - viz PŘÍLOHY).

Vztahy mezi proměnnými byly zkoumány pomocí korelační a regresní analýzy. K porovnání průměrů testů jsme využili neparametrickou verzi ANOVY – Kruskal-Wallisův test a neparametrickou verzi t-testu – Mann-Whitneyův test.
7. Výsledky výzkumu

7.1 Deskriptivní statistiky

7.1.1 Coping Strategies Inventory

Dle odpovědí na otázku týkající se stresující situace bylo vytvořeno 8 skupin (včetně skupiny Nespecifikováno, u které sestry bud’ pouze potvrdily, že se setkávají s náročnými situacemi nebo si nemohly na žádnou takovou vzpomenout). Jak je patrné v Grafu 2, nejčastěji uváděným stresorem se ukázaly Konflikty na pracovišti (21,7 %), těsně následované Konflikty s pacienty/rodinami (20,36 %). U konfliktů na pracovišti se jednalo převážně o neshody s kolegy nebo s lékaři. Zvláštní skupinou, která by se do této části dala rovněž zařadit je Šikana (1,57 %), která byla ale pro přehlednost uvedena zvlášť. Zařazení stresové situace do této skupiny ovšem proběhlo, pouze pokud by byl konflikt na pracovišti sestrou takto přímo pojmenován. Ve skupině Konflikty s pacienty/rodinami byl v naprosté většině případů uváděn stres plynoucí z jednání s agresivním pacientem, který mnohdy i napadal personál, z menší části i verbální agrese rodin pacientů. V 14,99 % případů byla stresující situace zařazena do kategorie Nedostatek zaměstnanců/času. Tuto kategorii plnily nejvíce výpovědi sester o tom, že neměly dost času na všechny pacienty. Problém měly i nadřízené sestry, které měly potíž naplnit služby z důvodu trvalého nedostatku zaměstnanců. Další početnou skupinou byla tzv. Péče o pacienty (14,77 %), do které byly zařazeny stresující situace spojené s ošetřováním pacientů. V této kategorii často uváděly resuscitace, úmrtí pacienta nebo různé komplikace. Stres ve vztahu k profesi (12,53 %) se týkal sester, které byly stresované nějakou změnou na pracovišti (nejčastěji akreditace nebo výměna nadřízených), vypořádáváním se s problémy (nedostupnost lékařů) a plněním některých povinností (zvedání telefonů). Poslední skupina Osobní problémy (10,96 %) se netýkala stresové situace související s profesi, ale patřily sem problémy jako nemoc příbuzného, úmrtí v rodině nebo vlastní zdravotní potíže.
Součástí dotazníku bylo i zhodnocení stresové situace pěti faktory, na stupnici 1 – 5. Výsledky v Tabulce 4 ukazují odpovědi 1 a 2, které jsou považovány za přítomnost faktoru a odpovědi 4 a 5, které značí spíše jeho neprítomnost. Zbylá procenta, která nejsou v tabulce uvedena, jsou pro hodnotu 3, což byla hodnota na pomezí výskytu faktoru. Jak ukazuje Tabulka 4, respondenti hodnotili situaci vyrovnaně, co se týče řešitelnosti (35,2 % vs. 37,5 %, m = 2,95). Polovině respondentů se situace jevila jako neovlivnitelná (49,2 %, m = 3,42), závažná (55,8 %, m = 2,31) a známá (52,5 %, m = 2,44). V naprosté většině případů nicméně respondenti necítili, že by tuto situaci zavinili (79,4 %, m = 4,41).

**Tabulka 4 – Hodnocení stresové situace (N = 423)**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Průměr</th>
<th>Směrodatná odchylka</th>
<th>Ano (1, 2)</th>
<th>Ne (4,5)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Řešitelnost</td>
<td>2,95</td>
<td>1,32</td>
<td>35,2 %</td>
<td>37,5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ovlivnitelnost</td>
<td>3,42</td>
<td>1,38</td>
<td>25,8 %</td>
<td>49,2 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Závažnost</td>
<td>2,31</td>
<td>1,38</td>
<td>55,8 %</td>
<td>20,5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Zavinění</td>
<td>4,41</td>
<td>1,24</td>
<td>11,3 %</td>
<td>79,4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Známost</td>
<td>2,44</td>
<td>1,40</td>
<td>52,5 %</td>
<td>21,3 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Jak vidíme v Tabulce 5, z hlediska konkrétních strategií respondenti nejvíce užívali strategie Řešení problému (m = 14,79), Kognitivní restrukturalizace (m = 13,32), Sociální opora (m = 13,13) a Fantazijní únik (m = 11,23). Nejméně užívanými byly oproti tomu strategie Sebeobviňování (m = 6,94) a Sociální izolace (m = 6,52).

Tabulka 5 – Dosažené hodnoty v I. úrovni Inventáře copingových strategií (N = 423)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Strategie</th>
<th>Průměr</th>
<th>Směrodatná odchylka</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maximum</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Řešení problému</td>
<td>14,79</td>
<td>3,65</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Kognitivní restrukturalizace</td>
<td>13,32</td>
<td>3,54</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Vyjádření emocí</td>
<td>8,66</td>
<td>3,69</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociální opora</td>
<td>13,13</td>
<td>4,52</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Vyhýbání se problému</td>
<td>9,69</td>
<td>3,30</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Fantazijní únik</td>
<td>11,23</td>
<td>3,71</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Sebeobviňování</td>
<td>6,94</td>
<td>3,60</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociální izolace</td>
<td>6,52</td>
<td>3,26</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
</tr>
</tbody>
</table>

S těmito zjištěními koresponduje i Tabulka 6, která ukazuje, že nejvíce užívanými strategiemi byly příklonové strategie (m = 49,91), konkrétně příklonové strategie zaměřené na problém (m = 28,12). Nejméně se respondenti při řešení stresové situace uchylovali k odklonovým strategiím zaměřeným na emoce (m = 13,46).

Tabulka 6 – Dosažené hodnoty v II. a III. úrovni Inventáře copingových strategií (N = 423)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Strategie</th>
<th>Průměr</th>
<th>Směrodatná odchylka</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maximum</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Příklonové strategie zam. na problém</td>
<td>28,12</td>
<td>5,97</td>
<td>12</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Příklonové strategie zam. na emoce</td>
<td>21,79</td>
<td>6,75</td>
<td>8</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>Odklonové strategie zam. na problém</td>
<td>20,92</td>
<td>5,31</td>
<td>8</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Odklonové strategie zam. na emoce</td>
<td>13,46</td>
<td>5,88</td>
<td>8</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Příklonové strategie</td>
<td>49,91</td>
<td>9,67</td>
<td>23</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>Odklonové strategie</td>
<td>34,38</td>
<td>9,29</td>
<td>16</td>
<td>74</td>
</tr>
</tbody>
</table>

7.1.2 Meisterova metoda hodnocení pracovní zátěže

Tabulka 7 uvádí průměrné hodnoty dosažené respondenty v hodnocení pracovní zátěže. Jak je patrné při srovnání s normami v Tabulce 8 (u kterých vycházíme spíše z hodnot uvedených pro ženy, jelikož muži tvoří pouhá 3,6 % souboru), výraznější rozdíl je patrný pouze u faktoru Monotonie, ve kterém sestry dosahovaly nižšího průměru (m = 5,01 vs. 7,60). Ani u jednoho z těchto faktoru nicméně nedosáhly kritické hodnoty (KH), která by napovídala o zvýšené zátěži.
Tabulka 7 – Dosažené hodnoty v jednotlivých faktorech Meisterova dotazníku (N = 447)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Průměr</th>
<th>Medíán</th>
<th>Směr. odchylka</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maximum</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Přetížení</td>
<td>8,96</td>
<td>9</td>
<td>2,48</td>
<td>3</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Monotonie</td>
<td>5,01</td>
<td>5</td>
<td>2,02</td>
<td>3</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Nespecifický faktor</td>
<td>10,03</td>
<td>10</td>
<td>3,75</td>
<td>4</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Hrubý skór (HS)</td>
<td>24,01</td>
<td>24</td>
<td>6,84</td>
<td>10</td>
<td>45</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabulka 8 – Normy a kritické hodnoty pro ženy a muže (volně upraveno dle Hladký & Židková, 1999)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Ženy</th>
<th>Muži</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Průměr</td>
<td>Směr. odchylka</td>
</tr>
<tr>
<td>Přetížení</td>
<td>8,40</td>
<td>3,20</td>
</tr>
<tr>
<td>Monotonie</td>
<td>7,60</td>
<td>3,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Nespecifický faktor</td>
<td>11,70</td>
<td>4,40</td>
</tr>
<tr>
<td>Hrubý skór (HS)</td>
<td>25,00</td>
<td>8,10</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Při součtu mediánů faktorů I a III vzorku docházíme k hodnotě 19. Tato hodnota je horní hranicí stupně 1, u kterého není dle autorů tendence k zátěži.

Při srovnání hrubého skóru jednotlivých respondentů s normami individuální diagnostiky zátěže uvedené v Tabulce 9, byla největší část respondentů (76 %) vyhodnocena jako zažívající přiměřenou tendenci k zátěži. Jak je ovšem patrné v Grafu 3, nepříznivou tendenci k zátěži zažívá 11 % respondentů.

Tabulka 9 – Zařazení mužů a žen dle HS (volně upraveno dle Hladký & Židková, 1999)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Ženy</th>
<th>Muži</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Rozsah škály</td>
<td>Rozsah škály</td>
</tr>
<tr>
<td>Prožívání zátěže</td>
<td>Nepříznivé</td>
<td>33 - 50</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Přiměřené</td>
<td>17 - 32</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Příznivé</td>
<td>0 - 16</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Vzhledem k doporučení autorů dotazníku byl cut off skór určující mírnou depresi posunut ze 14 bodů na 17 bodů (Beck, Steer, & Brown, 1996). Ostatní bodování je již odpovídající původnímu rozdělení:

1. 0 – 13 bodů – minimální
2. 14 – 19 bodů – mírná
3. 20 – 28 – střední
4. 29 – 63 - těžká

Jak vidíme v Grafu 4, i po posunutí cut off skóru se 15 % respondentů zařadilo do kategorie s některou z form deprese. Ze tří zjišťovaných stupňů deprese se ukázalo, že největší počet respondentů tvoří skupina se střední depresí (8 %), následovaná respondenty s depresí mírnou (6 %).
Graf 4 – Rozdělení respondentů dle míry zjištěné deprese (N = 447)

Dle autorů dotazníku je rovněž důležité zaměřit se na otázky Pesimismus a Sebevražedné myšlenky nebo přání, jejichž vyšší hodnocení může napovídat o riziku sebevražedného jednání. 2 – 3 body v otázce Pesimismus přitom skórovalo 7 respondentů, v otázce Sebevražedné myšlenky nebo přání to byli 2 respondenti.

7.2 Prezentace výsledků v kontextu hypotéz

VO1: Jaké jsou sestrami nejčastěji uváděné zátěžové situace?

První výzkumná otázka se zaměřovala na stresující situace, které zdravotní sestry každý den zažívají. Účelem bylo zjistit nejčastěji uváděné situace, tedy ty, které sestry vnímaly nejvýrazněji. V rámci výzkumů uvedených v teoretické části byla vyvozena následující hypotéza:

H1. Zdravotní sestry nejčastěji uvádějí zátěžové situace týkající se pracovního přetížení a časové tísně.

Pro ověření této hypotézy byly stresové situace, uváděné v rámci dotazníku CSI, rozděleny pomocí obsahové analýzy do několika kategorií. Nejčastěji uváděnou kategorií byly Konflikty na pracovišti (21, 7 %), a to buď s lékaři, nebo s dalšími sestrami. Další kategorií byly Konflikty s pacienty nebo jejich rodinami (20,36 %), kde byl dominantním problémem agresivní pacient. Do kategorie Nedostatek
zaměstnanců/času (14,99 %) byly řazeny situace týkající se nedostatku pomocných sil pro sestry a s tím souvisejícím pocitem časové tísni a pracovního přetížení. Dalšími uváděnými situacemi byly Péče o pacienty (14,77 %), Stres ve vztahu k profesi (12,53 %), Osobní problémy (10,96 %), Nespecifikované situace (3,13 %) a Šikana na pracovišti (1,57 %).

Nejčastěji uváděnou zátěžovou situací tedy nebylo pracovní přetížení a časová tísň, nýbrž konflikty na pracovišti. Z tohoto důvodu **H1 nepřijímáme.**

**VO2: Jak souvisí pracovní zátěž s depesí u zdravotních sester?**

Druhá výzkumná otázka se zaměřila na souvislost mezi mírou pracovní zátěže a depresivitou. Na základě výzkumů předpokládáme, že depresivita a pracovní zátěž se vzájemně ovlivňují.

**H2. Pracovní zátěž pozitivně koreluje s depesí u zdravotních sester.**

Pro ověření výše uvedené hypotézy byla užita korelační analýza. Jak je patrné v **Tabulce 10,** mezi proměnnými pracovní zátěž a deprese byl nalezen pozitivní vztah na hladině významnosti $p < 0,01$ ($r = 0,51$), který napovídá o středně těsném vztahu. Na základě těchto výsledků **H2 přijímáme.**

**Tabulka 10 – Výsledky korelační analýzy mezi pracovní zátěží a depesí (N = 447)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pracovní zátěž</th>
<th>Deprese</th>
<th>0,51**</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>korelace významná na hladině významnosti</strong></td>
<td>p &lt; 0,01</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**VO3: Jak souvisí míra deprese u sester s užíváním copingových strategií?**

Tato výzkumná otázka se zabývá vztahem mezi mírou deprese a užíváním copingových strategií. Otázku vztahu mezi těmito proměnnými se na základě dříve uvedených výzkumů zabývají následující hypotézy:

**H3a. Strategie zaměřené na emoce pozitivně korelují s depesí.**

**H3b. Užívání odklonových strategií zaměřených na problém pozitivně koreluje s výskytem deprese.**
Pro zodpovězení výzkumné otázky jsme se zaměřili na korelační analýzu dotazníku BDI se všemi úrovněmi CSI. Jak ukazuje *Tabulka 11*, signifikantní vztah s BDI na hladině významnosti $p < 0,01$ byl nalezen u subškál Vyjádření emocí ($r = 0,27$), Fantazijní únik ($r = 0,23$) a Sociální izolace ($r = 0,29$). Všechny tyto vztahy byly pozitivní, ale ne příliš těsné. Na hladině významnosti $p < 0,05$ byl nalezen pozitivní vztah i se subškálou Obviňování ($r = 0,10$), ale vzhledem k jeho síle je tento vztah zanedbatelný.

*Tabulka 11* – Výsledky korelační analýzy mezi depresí a copingovými strategiemi I. úrovně ($N = 423$)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Deprese</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Řešení problému</td>
<td>-0,07</td>
</tr>
<tr>
<td>Kognitivní restrukturalizace</td>
<td>-0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Vyjádření emocí</td>
<td>0,27**</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociální opora</td>
<td>-0,02</td>
</tr>
<tr>
<td>Vyhýbání se problému</td>
<td>0,03</td>
</tr>
<tr>
<td>Fantazijní únik</td>
<td>0,23**</td>
</tr>
<tr>
<td>Sebeobviňování</td>
<td>0,10*</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociální izolace</td>
<td>0,29**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*korelace významná na hladině významnosti $p < 0,05$  
**korelace významná na hladině významnosti $p < 0,01$

*Tabulka 12* uvádí korelační vztahy mezi BDI a sekundární úrovní CSI. V této analýze byl nalezen statisticky významný pozitivní vztah na hladině významnosti $p < 0,01$ u Odklonových strategií zaměřených na problém ($r = 0,19$), jejichž vztah je zanedbatelný, i u Odklonových strategií zaměřených na emoce ($r = 0,23$), které vykazují s depresí nepříliš těsný vztah. Zanedbatelný, ale statisticky významný vztah na hladině významnosti $p < 0,05$ byl nalezen i u Příklonových strategií zaměřených na emoce ($r = 0,13$). Na základě potvrzení existence pozitivního vztahu mezi Příklonovými i Odklonovými strategiemi zaměřenými na emoce a BDI přijímáme H3a. Jelikož byl dále potvrzen i pozitivní vztah mezi BDI a Odklonovými strategiemi zaměřenými na problém, přijímáme i H3b.
Tabulka 12 – Výsledky korelační analýzy mezi depresí a copingovými strategiemi II.
úrovně (N = 423)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Deprese</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Příklonové strategie zaměřené na problém</td>
<td>-0,055</td>
</tr>
<tr>
<td>Příklonové strategie zaměřené na emoce</td>
<td>0,13*</td>
</tr>
<tr>
<td>Odklonové strategie zaměřené na problém</td>
<td>0,19**</td>
</tr>
<tr>
<td>Odklonové strategie zaměřené na emoce</td>
<td>0,23**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*korelace významná na hladině významnosti p < 0,05
**korelace významná na hladině významnosti p < 0,01

Analýza vztahů mezi BDI a terciární úrovní CSI ukázala statisticky významný pozitivní vztah mezi depresí a odklonovými copingovými strategiemi (r = 0,26, p < 0,01). Shrnutí nabízí Tabulka 13.

Tabulka 13 – Výsledky korelační analýzy mezi depresí a copingovými strategiemi III.
úrovně (N = 423)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Deprese</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Příklonové strategie</td>
<td>0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Odklonové strategie</td>
<td>0,26**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**korelace významná na hladině významnosti p < 0,01

VO4: Jak souvisí pracovní zátěž s užíváním copingových strategií?

Čtvrtá výzkumná otázka se zaměřuje na vztah mezi pracovní zátěží měřenou Meisterovým dotazníkem a copingovými strategiemi. Na základě předešlých výzkumů týkajících se této oblasti byly formulovány následující hypotézy:

H4a. Příklonové strategie zaměřené na problém negativně korelují s pracovní zátěží.
H4b. Odklonové strategie zaměřené na problém pozitivně korelují s pracovní zátěží.
H4c. Strategie zaměřené na emoce pozitivně korelují s pracovní zátěží.

V Tabulce 14 vidíme korelační vztahy hrubého skóru Meisterova dotazníku a jeho třech kategorií s copingovými strategiemi. V signifikantním pozitivním vztahu s pracovní zátěží se zde ukázaly strategie Vyjádření emocí (r = 0,23, p < 0,01), Fantazijní únik (r = 0,23, p < 0,01) a Sociální izolace (r = 0,27, p < 0,01), jejichž vztah

53
byl nejsilnější, ale i tak nepříliš těsný. Signifikantní ke vztahu k BDI na hladině významnosti p < 0,05 byla i strategie Vyhýbání se problému (r = 0,10). Tento vztah se ale dá považovat spíše za zanedbatelný. Jak ukazuje dále Tabulka 14, významné vztahy byly nalezeny i při porovnání jednotlivých kategorii dotazníku pracovní zátěže s copingovými strategiemi. U kategorie Monotonie byl prokázán nejsilnější vztah se strategií Sociální izolace (r = 0,21, p < 0,01), následované Vyhýbáním se problému (r = 0,19, p < 0,01) a Fantazijním únikem (r = 0,18, p < 0,01). Kategorie Přetížení měla nejsilnější vztah se strategií Sociální izolace (r = 0,21, p < 0,01), zatímco Nespecifický faktor se Sociální izolací (r = 0,24, p < 0,01) a Vyjádřením emocí (r = 0,24, p < 0,01).

Tabulka 14 – Výsledky korelační analýzy mezi pracovní zátěží a copingovými strategiemi
I. úrovni (N = 423)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Prac. zátěž</th>
<th>Monotonie</th>
<th>Přetížení</th>
<th>Nespecifický faktor</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Řešení problému</td>
<td>-0,04</td>
<td>-0,16**</td>
<td>0,07</td>
<td>-0,04</td>
</tr>
<tr>
<td>Kognitivní restrukturizace</td>
<td>-0,03</td>
<td>-0,10*</td>
<td>0,01</td>
<td>-0,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Vyjádření emocí</td>
<td>0,23**</td>
<td>0,14**</td>
<td>0,17**</td>
<td>0,24**</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociální opora</td>
<td>0,09</td>
<td>-0,02</td>
<td>0,08</td>
<td>0,12**</td>
</tr>
<tr>
<td>Vyhýbání se problému</td>
<td>0,10*</td>
<td>0,19**</td>
<td>-0,02</td>
<td>0,10*</td>
</tr>
<tr>
<td>Fantazijní únik</td>
<td>0,23**</td>
<td>0,18**</td>
<td>0,19**</td>
<td>0,21**</td>
</tr>
<tr>
<td>Sebeobviňování</td>
<td>0,06</td>
<td>0,06</td>
<td>0,04</td>
<td>0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Sociální izolace</td>
<td>0,27**</td>
<td>0,21**</td>
<td>0,21**</td>
<td>0,24**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*příznací významná na hladině významnosti p < 0,05
**příznací významná na hladině významnosti p < 0,01

Vztahy pracovní zátěže se sekundární úrovní dotazníku CSI ukazuje Tabulka 15. Zde si můžeme povšimnout statisticky významných pozitivních vztahů hrubého skóru Meisterova dotazníku s Příklonovými strategiemi zaměřenými na emoce (r = 0,19, p < 0,01), a s Odklonovými strategiemi zaměřenými na problém (r = 0,23, p < 0,01) i na emoce (r = 0,19, p < 0,01). Při zaměření na konkrétní subškály dotazníku pracovní zátěže si můžeme povšimnout, že nejsilnější vztah vykazuje faktor Monotonie s Odklonovými strategiemi zaměřenými na problém (r = 0,24, p < 0,01) a Nespecifický faktor s Příklonovými strategiemi zaměřenými na emoce (r = 0,21, p < 0,01). Těmto zjištěním odpovídají i výsledky uvedené v Tabulce 16, která ukazuje nejsilnější vztah dotazníku i jeho subškál s Odklonovými strategiemi (r = 0,25, p < 0,01). Jelikož nebyl prokázán signifikantní negativní vztah mezi Příklonovými strategiemi zaměřenými na problém a pracovní zátěži, zamítáme H4a. Pozitivní signifikantní vztah
mezi pracovní zátěží a Odklonovými strategiemi zaměřenými na problém i Strategiemi zaměřenými na emoce ovšem prokázán byl, takže přijímáme H4b i H4c.

Tabulka 15 - Výsledky korelační analýzy mezi pracovní zátěží a copingovými strategiemi
II. úrovňě (N = 423)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prac. zátěž</th>
<th>Monotonie</th>
<th>Přetížení</th>
<th>Nespecifický faktor</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Příklonové strategie zaměřené na problém</td>
<td>-0,05</td>
<td>-0,16**</td>
<td>0,05</td>
</tr>
<tr>
<td>Příklonové strategie zaměřené na emoce</td>
<td>0,19**</td>
<td>0,06</td>
<td>0,15**</td>
</tr>
<tr>
<td>Odklonové strategie zaměřené na problém</td>
<td>0,23**</td>
<td>0,24**</td>
<td>0,12**</td>
</tr>
<tr>
<td>Odklonové strategie zaměřené na emoce</td>
<td>0,19**</td>
<td>0,15**</td>
<td>0,14**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*korelace významná na hladině významnosti p < 0,05
**korelace významná na hladině významnosti p < 0,01

Tabulka 16 - Výsledky korelační analýzy mezi pracovní zátěží a copingovými strategiemi
III. úrovňě (N = 423)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Prac. zátěž</th>
<th>Monotonie</th>
<th>Přetížení</th>
<th>Nespecifický faktor</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Příklonové strategie</td>
<td>0,10*</td>
<td>-0,05</td>
<td>0,13**</td>
</tr>
<tr>
<td>Odklonové strategie</td>
<td>0,25**</td>
<td>0,24**</td>
<td>0,16**</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*korelace významná na hladině významnosti p < 0,05
**korelace významná na hladině významnosti p < 0,01

7.3 Další zjištění týkající se copingových strategií, deprese a pracovní zátěže

V průběhu zpracování dat vyvstaly mnohé otázky vztahující se k dalším možným zajímavým oblastem, které nám naše nasbíraná data umožňují. Proto jsme se rozhodli využít ještě několika statistických operací a tyto oblasti prozkoumat.

7.3.1 Typ stresové situace a její vnímání

Hypotézu, zda se vnímání stresové situace liší dle jejího typu, jsme testovali Kruskal-Wallisovým testem, jelikož data jsou ordinální povahy. Test ukázal, že statisticky významné rozdíly jsou u hodnocení Řešitelnost (H = 23,24, p < 0,01), Ovlivnitelnost (H = 24,05, p < 0,01), Závažnost (H = 42,80, p < 0,01) a Zavinění (H = 14,94, p < 0,05). Signifikantní rozdíl neukázalo pouze hodnocení situace z hlediska Známostí situace (H = 8,90, p = 0,26). Velké rozdíly v hodnocení situace
dle jejího typu potvrzuje i Tabulka 17. Jak již bylo řečeno dříve, nižší hodnoty u těchto kategorií značí pro Ano (např. Řešitelná) a vyšší pro Ne (např. Neřešitelná). Dle tohoto klíče můžeme konstatovat, že jako spište neřešitelné hodnotili respondenti situace týkající se šikany na pracovišti (m = 292,92) a nedostatku zaměstnanců/času (m = 242,43), zatímco řešitelná byla pro respondenty situace, kterou blíže nespecifikovali (m = 86,04). Jako ovlivnitelnou vnímaли respondenti situaci Nespecifickou (m = 123,88) následovanou Konflikty na pracovišti (m = 174,12). Měně se dle jejich názoru daly ovlivnit situace týkající se šikany (m = 274,50), péče o pacienty (m = 236,63) a nedostatku zaměstnanců/času (m = 235,43). Jako závažná byla hodnocena nespecifická situace (m = 282,71), následovaná konflikty na pracovišti (m = 245,26) a konflikty s pacienty/rodinami (m = 234,87). Na druhé straně jako méně závažná byla považována stresující situace týkající se péče o pacienty (148,65), šikany na pracovišti (m = 156,58) nebo osobních problémů (m = 166,98). Poslední signifikantní rozdíl se ukázal u zavinění situace, u kterého si největší vinu přisuzovali respondenti u šikany na pracovišti (m = 193,83) a nejméně pocitovali vinu u situací způsobených nedostatkem zaměstnanců/času (m = 235,78).

Tabulka 17 – Porovnání průměrů hodnocení situací dle jejího typu (N = 423) (I. část)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hodnocení situace</th>
<th>Typ stresující situace</th>
<th>Počet (N)</th>
<th>Průměr</th>
<th>Medián</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Neřešitelnost</td>
<td>Šikana na pracovišti</td>
<td>6</td>
<td>292,92</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nedostatek zaměstnanců/času</td>
<td>64</td>
<td>242,43</td>
<td>3,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty s pacienty/rodinami</td>
<td>87</td>
<td>224,10</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Osobní problémy</td>
<td>47</td>
<td>216,48</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty na pracovišti</td>
<td>89</td>
<td>206,94</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Péče o pacienty</td>
<td>62</td>
<td>198,27</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stres ve vztahu k profesi</td>
<td>56</td>
<td>196,24</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nespecifikováno</td>
<td>12</td>
<td>86,04</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Celkem</td>
<td>423</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Neovlivnitelnost</td>
<td>Šikana na pracovišti</td>
<td>6</td>
<td>274,50</td>
<td>4,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Péče o pacienty</td>
<td>62</td>
<td>236,63</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nedostatek zaměstnanců/času</td>
<td>64</td>
<td>235,43</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty s pacienty/rodinami</td>
<td>87</td>
<td>227,36</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Osobní problémy</td>
<td>47</td>
<td>211,05</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stres ve vztahu k profesi</td>
<td>56</td>
<td>207,28</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty na pracovišti</td>
<td>89</td>
<td>174,12</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nespecifikováno</td>
<td>12</td>
<td>123,88</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Celkem</td>
<td>423</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabulka 17 - Porovnání průměrů hodnocení situací dle jejího typu (N = 423) (II. část)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hodnocení situace</th>
<th>Typ stresující situace</th>
<th>Počet (N)</th>
<th>Průměr</th>
<th>Medián</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nezávažnost</td>
<td>Nespecifikováno</td>
<td>12</td>
<td>282,71</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty na pracovišti</td>
<td>89</td>
<td>245,26</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty s pacienty/rodinami</td>
<td>87</td>
<td>234,87</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Štěstí v závětku k profesi</td>
<td>56</td>
<td>224,86</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nedostatek zaměstnanců/času</td>
<td>64</td>
<td>209,77</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Osobní problémy</td>
<td>47</td>
<td>166,98</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Šikana na pracovišti</td>
<td>6</td>
<td>156,58</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Péče o pacienty</td>
<td>62</td>
<td>148,65</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Celkem</strong></td>
<td></td>
<td><strong>423</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nezavinění</td>
<td>Nedostatek zaměstnanců/času</td>
<td>64</td>
<td>235,78</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Péče o pacienty</td>
<td>62</td>
<td>230,50</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Střídání ve vztahu k profesi</td>
<td>56</td>
<td>226,07</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nespecifikováno</td>
<td>12</td>
<td>204,63</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Osobní problémy</td>
<td>47</td>
<td>199,04</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty na pracovišti</td>
<td>89</td>
<td>197,12</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty s pacienty/rodinami</td>
<td>87</td>
<td>196,74</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Šikana na pracovišti</td>
<td>6</td>
<td>193,83</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Celkem</strong></td>
<td></td>
<td><strong>423</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Neznámost</td>
<td>Osobní problémy</td>
<td>47</td>
<td>241,06</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Péče o pacienty</td>
<td>62</td>
<td>230,72</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Šikana na pracovišti</td>
<td>6</td>
<td>229,25</td>
<td>2,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nespecifikováno</td>
<td>12</td>
<td>223,75</td>
<td>2,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Střídání ve vztahu k profesi</td>
<td>56</td>
<td>218,24</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty s pacienty/rodinami</td>
<td>87</td>
<td>208,20</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty na pracovišti</td>
<td>89</td>
<td>197,78</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nedostatek zaměstnanců/času</td>
<td>64</td>
<td>188,18</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Celkem</strong></td>
<td></td>
<td><strong>423</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

7.3.2 Deprese, copingové strategie a pracovní zátěž z hlediska stresové situace

Při zkoumání, zda se liší průměry dotazníků dle stresové situace, jsme pomocí Kruskal-Wallisova testu zjistili, že signifikantní rozdíly jsou u příklonových strategií (N = 423, H = 25,37, p < 0,01), odklonových strategií (N = 423, H = 27,96, p < 0,01) i u pracovní zátěže (N = 447, H = 17,04, p < 0,05). U depresivity signifikantní rozdíl prokázán nebyl (N = 447, H = 9,10, p = 0,25). Jak je patrné v Tabulce 18, příklonové i odklonové strategie užívali shodně nejčastěji respondenti potýkající se s Šikanou na pracovišti (m = 299,58, resp. 368,75) a Osobními problémy (m = 250,46, resp. 256,22). U příklonových strategií to byli dále respondenti uvádějící Stres ve vztahu k profesi (m = 249,63), zatímco u odklonových strategí respondenti trpící...
Konflikty na pracovišti (m = 230,31). Nejméně se k příklonovým strategiím uchylovali respondenti v situacích týkajících se Péče o pacienty (m = 167,31) a Nedostatku zaměstnanců/času (m = 189,62). Odklonové strategie nejméně volili respondenti při nespecifikovaných situacích (m = 166,83) a u situací plynoucí z Péče o pacienty (m = 169,31). Pracovní zátěž je více zažívali respondenti uvádějící Šikana na pracovišti (m = 352,43), dále Konflikty s pacienty/rodinami (m = 240,03) a Nedostatek zaměstnanců/času (m = 239,87). Nejnižší míru pracovní zátěže přitom vykazovali respondenti s nespecifikovanými situacemi (m = 153,61) a Osobními problémy (m = 192,45).

Tabulka 18 – Porovnání průměrů škál dle typu stresující situace (N = 423, resp. 447) 
(I. část)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Škála</th>
<th>Typ stresující situace</th>
<th>Počet (N)</th>
<th>Průměr</th>
<th>Medián</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Příklonové strategie</td>
<td>Šikana na pracovišti</td>
<td>6</td>
<td>299,58</td>
<td>56,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Osobní problémy</td>
<td>47</td>
<td>250,46</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stres ve vztahu k profesi</td>
<td>56</td>
<td>249,63</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty na pracovišti</td>
<td>89</td>
<td>223,54</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty s pacienty/rodinami</td>
<td>87</td>
<td>199,32</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nespecifikováno</td>
<td>12</td>
<td>198,58</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nedostatek zaměstnanců/času</td>
<td>64</td>
<td>189,62</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Péče o pacienty</td>
<td>62</td>
<td>167,31</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Celkem</td>
<td>423</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Odklonové strategie</td>
<td>Šikana na pracovišti</td>
<td>6</td>
<td>368,75</td>
<td>53,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Osobní problémy</td>
<td>47</td>
<td>256,22</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty na pracovišti</td>
<td>89</td>
<td>230,31</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty s pacienty/rodinami</td>
<td>87</td>
<td>206,17</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nedostatek zaměstnanců/času</td>
<td>64</td>
<td>204,32</td>
<td>31,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stres ve vztahu k profesi</td>
<td>56</td>
<td>203,77</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Péče o pacienty</td>
<td>62</td>
<td>169,31</td>
<td>30,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nespecifikováno</td>
<td>12</td>
<td>166,83</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Celkem</td>
<td>423</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pracovní zátěž</td>
<td>Šikana na pracovišti</td>
<td>7</td>
<td>352,43</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty s pacienty/rodinami</td>
<td>91</td>
<td>240,03</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nedostatek zaměstnanců/času</td>
<td>67</td>
<td>239,87</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stres ve vztahu k profesi</td>
<td>56</td>
<td>226,31</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty na pracovišti</td>
<td>97</td>
<td>221,44</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Péče o pacienty</td>
<td>66</td>
<td>212,33</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Osobní problémy</td>
<td>49</td>
<td>192,45</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nespecifikováno</td>
<td>14</td>
<td>153,61</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Celkem</td>
<td>447</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tabulka 18 – Porovnání průměrů škál dle typu stresující situace (N = 423, resp. 447) (II. část)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Škála</th>
<th>Typ stresující situace</th>
<th>Počet (N)</th>
<th>Průměr</th>
<th>Median</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Deprese</td>
<td>Šikana na pracovišti</td>
<td>7</td>
<td>271,86</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stres ve vztahu k profesi</td>
<td>56</td>
<td>250,24</td>
<td>9,5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nedostatek zaměstnanců/času</td>
<td>67</td>
<td>246,99</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Péče o pacienty</td>
<td>66</td>
<td>217,01</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty s pacienty/rodinami</td>
<td>91</td>
<td>216,69</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Konflikty na pracovišti</td>
<td>97</td>
<td>215,75</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Osobní problémy</td>
<td>49</td>
<td>209,70</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Nespřízněno</td>
<td>14</td>
<td>172,79</td>
<td>4,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Celkem</td>
<td></td>
<td>447</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

7.3.3 Vztah mezi délkou praxe, depresí, copingovými strategiemi a pracovní zátěží

Jak je patrné v níže uvedené Tabulce 19, při zkoumání souvislosti délky praxe a zkoumaných proměnných nebyl prokázán žádný signifikantní vztah (p > 0,05). Z důvodu ordinální proměnné zde byla provedena Spearmanova korelační analýza.

Tabulka 19 – Korelační analýza vztahů mezi depresí, pracovní zátěží a copingovými strategiemi s délkou praxe (N = 423)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Délka praxe</th>
<th>Deprese</th>
<th>Pracovní zátěž</th>
<th>Příklonové strategie</th>
<th>Odklonové strategie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>-0,04</td>
<td>-0,04</td>
<td>0,07</td>
<td>-0,06</td>
</tr>
</tbody>
</table>

7.3.4 Genderové rozdíly u depresí, copingových strategií a pracovní zátěže

Z důvodu získání poměrně velkého podílu mužů v souboru (N = 16) jsme považovali za zajímavé zjistit, zda se liší průměry testů u mužů a žen. Pomoci Mann-Whitneyova testu jsme nicméně došli k výsledkům, že nebyl nalezen signifikantní rozdíl (p > 0,05). Konkrétní výsledky ukazuje Tabulka 20.

Tabulka 20 – Porovnání průměrů dotazníků z hlediska genderu (N = 447; 423)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Mann - Whitney U test</th>
<th>Sig.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Deprese</td>
<td>3 803,50</td>
<td>0,48</td>
</tr>
<tr>
<td>Pracovní zátěž</td>
<td>3 134,00</td>
<td>0,54</td>
</tr>
<tr>
<td>Příklonové strategie</td>
<td>3 908,50</td>
<td>0,17</td>
</tr>
<tr>
<td>Odklonové strategie</td>
<td>3 724,50</td>
<td>0,33</td>
</tr>
</tbody>
</table>
7.3.5 Deprese a pracovní zátěž jako prediktory užití copingových strategií

Pomocí regresní analýzy jsme zkoumali, do jaké míry predikují deprese a pracovní zátěž užívání příklonových a odklonových copingostratégii. Jak ukazuje Tabulka 21, prediktory deprese a pracovní zátěž vysvětlují 10 % variabilitu příklonových strategií, přičemž silnější vliv by měla pracovní zátěž (Beta = 0,11). Tento vztah ovšem nelze brát v úvahu, jelikož nevyšel signifikantně. Tabulka 22 oproti tomu ukazuje signifikantní vztah na hladině významnosti p < 0,01. Prediktory zde vysvětlují přibližně 8,5 % variability v užití odklonových copingových strategií. Silnější vliv se přitom ukázal u prediktoru deprese (Beta = 0,18).

Tabulka 21 – Regresní analýza se závislou proměnnou příklonové copingové strategie

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Beta</th>
<th>t</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Deprese</td>
<td>-0,02</td>
<td>-0,35</td>
<td>0,73</td>
</tr>
<tr>
<td>Pracovní zátěž</td>
<td>0,11</td>
<td>1,97</td>
<td>0,05</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*F = 2,23; Sig. = 0,11; R² = 0,01; Adj. R² = 0,01

Tabulka 22 – Regresní analýza se závislou proměnnou odklonové copingové strategie

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Beta</th>
<th>t</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Deprese</td>
<td>0,18</td>
<td>3,32</td>
<td>0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Pracovní zátěž</td>
<td>0,15</td>
<td>2,84</td>
<td>0,01</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*F = 19,41; Sig. = 0,00; R² = 0,09; Adj. R² = 0,08
8. Diskuze

Zdravotní sestry se v rámci své profese setkávají s velkým množstvím cizích osob s různými zdravotními komplikacemi. Očekává se od nich profesionalita, schopnost vyjít s každým a zvládnout pestrou paletu problémů, které je každý den potkávají. To, že je to psychicky i fyzicky náročná práce, v hloubi duše z naší třetí strany cítíme. Stále ovšem není zcela prozkoumané, jak se sestry s tímto profesním stresem vyrovnávají a zda má na ně nějaké dopady. Na tuto oblast jsme s v našem výzkumu zaměřili a rozhodli se tak propátrat tři okruhy v kontextu práce zdravotní sestry: a) zátěžové situace a jejich zvládání, b) deprese, c) pracovní zátěž.

8.1 Zátěžové situace v životě sestry

Pro zkoumání strategií zvládání v rámci správného kontextu bylo nejprve nutné zjistit, s jakými stresovými situacemi se sestry musí vypořádávat. V tomto ohledu výzkum ukázal, že dvěma dominantními stresujícími faktory v souboru našich sester byly Konflikty na pracovišti (21,70 %) a Konflikty s pacienty/rodinami (20,36 %). Tato zjištění zcela neodpovídají předešlým studiím na toto téma, ve kterých bylo nejčastějším uváděným stresorem pracovní přetížení (Chang et al., 2006; Gray-Toft & Anderson, 1981; Healy & McKay, 2000; Lambert et al., 2004; LeSergent & Haney, 2005; Liu et al., 2010). Rozdíl ve výsledcích našeho výzkumu může být zapříčiněn kulturními rozdíly v mentalitě sester nebo fakt, že většina těchto výzkumů zahrnovala vzorek sester pouze z nemocnic, zatímco náš vzorek zahrnoval i sestry z ostatních zařízení. Velkou roli hraje i výběr metody testování, která byla v našem výzkumu odlišná od předešlých výzkumů (CSI). Když se ovšem znovu zaměříme na výsledky našeho výzkumu, míra Konfliktů na pracovišti, což je stresor, který není přímo spojený s povahou práce zdravotní sestry, je alarmující. V tomto ohledu musíme připomenout, že z důvodu opakujících výpovědí, byla vytvořena vlastní kategorie pro šikanu na pracovišti. Kdyby tomu tak nebylo, procenta v kategorii Konflikty na pracovišti by byla o to vyšší. Velkým problémem se ukázal i nedostatek zaměstnanců, který způsobuje pracovní přetížení sester a dělá starosti nadřízenému personálu rozdělující služby. To, že péče o pacienty, zahrnující i stres z neúspěšné léčby, bolesti pacientů a umírání, není z hlediska stresu na prvním místě, se neukázalo jako příliš překvapující. Kromě výzkumu Parkesové (1985), která se ptala studujících na pozici zdravotní sestra, zjistili autoři podobných studií, že smrt a umírání pacientů je až na
dalších příčkách po zdlouhavé administrativní práci, pracovním přetížení a konfliktech s lékaři (Chang et al., 2006; Gray-Toft & Anderson, 1981; LeSergent & Haney, 2005; Zálesáková & Bužgová, 2011).

Co se týče vnímání stresové situace, ukázalo se, že velmi záleží právě na jejím typu. V tomto ohledu vybočila Šikana na pracovišti, která se respondentům jeví jako nejméně řešitelná a ovlivnitelná, ale ve srovnání s dalšími situacemi i nejvíce zaviněná. Nejméně zaviněným stresorem se jevil Nedostatek zaměstnanců/času, projevující se v nestihání úkonů a péče o všechny přidělené pacienty při nízkém počtu pracovních sil na směně. To naznačuje, že tento stresor není sestrami vnímán jako důsledek nedostatku vlastních kompetencí či pomalého pracovního tempa. V nemocnicích se jednalo převážně o nízké obsazení pracovních pozic na počet lůžek, zatímco v ambulancích o krátké objednací doby a velký počet pacientů. Z tohoto důvodu není překvapující, že sestry tento stresor hodnotily jako spíše neřešitelný a ovlivnitelný. Při péči o pacienty, ve které stresor plynul nejčastěji z neupešeného příděleného lůžka, si sestry nekladly za vinu, ale považovaly jít za závažnou. Zajímavé je, že se jim tyto situace jevily spíše jako neovlivnitelné, ovšem řešitelné. Jedním z důvodů může být interpretace těchto dvou slov, kdy sestry nebyly sice schopné ovlivnit výsledek, který byl negativní, ale z hlediska řešitelnosti pro jeho změnu udělaly, co bylo v jejich silách. Jako spíše nezávažné považovaly sestry Konflikty na pracovišti a Konflikty s pacienty/rodinami.

Při srovnání těchto dvou stresorů ovšem sestry jako řešitelnější a ovlivnitelnější vnímaly konflikty s ostatním personálem.

Jak jsme dále zjistili, stresová situace souvisí i s výskytem pracovní zátěže a užíváním copingových strategií. Respondenti zažívající Šikanu na pracovišti tak skórovali nejvýše v testu pracovní zátěže a zároveň nejvíce užívali příklonové i odklonové strategie. Pracovní zátěži rovněž trpěli respondenti uvádějící Konflikty s pacienty, Nedostatek zaměstnanců/času, Stres ve vztahu k profesi a Konflikty na pracovišti. V těchto výsledcích se nám zdá významné, že velká množství těchto stresových situací souvisí s interpersačními vztahy. Jejich náprava by tak snad mohla ovlivnit i zažívanou pracovní zátěž. Tyto výsledky částečně potvrzují i japonský výzkum, ve kterém byla nalezena souvislost mezi pracovní zátěži a stresem plynoucím z konfliků s pacienty (Shimizutani et al., 2008). Nízkou pracovní zátěži ve srovnání s ostatními skupinami trpěli naopak respondenti, kteří uvedli jako stresovou situaci nějaký osobní problém nesouvisící s prací. Tento fakt může být zapříčiněn tím, že zaměstnání těchto respondentů nepřináší tolik stresujících situací, a proto museli
čerpat ve svém osobním životě nebo faktem, že nějaká výrazná osobní záležitost (například rozvod nebo úmrtí člena rodiny) zcela zastínila jakékoli pracovní problémy. Tito respondenti zároveň užívali velké množství příklonových i odklonových strategií.

8.2 Deprese, pracovní zátěž a copingové strategie u zdravotních sester

Zdravotní sestry v našem souboru trpěly v 15 % případů depresí. Z této skupiny byla největší část sester s depresí střední (8 %) následovaná sestrami s depresí mírou (6 %). Nejmenší skupinou byly sestry s těžkou depresí (1 %). Míra zjištěné deprese v našem souboru je výrazně nižší než procenta uvedená v tchajwanském (41 % resp. 52,5 %) nebo čínském (25 %) souboru (An et al., 2015, Chang et al., 2011, Lin et al., 2015). Naše výsledky se spíše shodují s výsledky americké (18 %) či řecké studie (16,8 %), což přisuzujeme výrazně odlišné kultuře asijských zemí, která se promítá i do jejich zdravotnictví. Ve srovnání s těmito zeměmi se může 15 % zdá jako nízké číslo, ale autoři kanadské studie jistili u svého souboru sester více než 9,3 % (Enns et al., 2015). Jak vidíme, míra zjištěné deprese se velmi odlišuje s každou zkoumanou zemí. Tuto variabilitu přisuzujeme jednak kulturním rozdílům, tak i rozdílným testovým metodám, které mohou mít různě nastavené cut off skóry. Některé studie mohou dále při diagnostice deprese vycházet z DSM-IV, zatímco v našem výzkumu vycházíme z MKN-10.

Při zkoumání pracovní zátěže jsme zjistili, že zdravotní sestry se nijak výrazně neliší od norem obecné populace uvedené autory dotazníku (Hladký & Židková, 1999). Jediný větší rozdíl byl u faktoru Monotonie (značící monotónní, málo uspokojivou a otupující práci), který u zdravotních sester vyšel nižší. Tento výsledek si vysvětlujeme tím, že náplň práce zdravotních sester je rozmanitá a neustále se mění, tedy pravý opak od monotónní. I tak jsme ovšem individuální diagnostikou zjistili, že každá 10. sestra trpí nepříznivou tendencí k pracovní zátěži. Toto číslo se nesmí opominout, neboť dle výzkumů se toto pracovní přetížení u sester projevuje výrazným emočním vyčerpáním, cynismem, pocitům vzteku, ale i snížením pracovní efektivity a kompetencí (Greenglass et al., 2001; Greenglass et al., 2003).

V našem výzkumu jsme dále zjistili, že nejčastěji užívanými copingovými strategiemi sester bylo Řešení problému, Kognitivní restrukturalizace, Sociální opora a Fantazijní únik. Tento výsledek koresponduje například s výzkumem Boeyho (1998), který uvádí jako nejčastější strategie rovněž příklonové strategie zaměřené na problém.
Zároveň ovšem uvádí, že tyto strategie jsou více typické pro sestry snáze adaptované na pracovní stres a s vyšším pracovním uspokojením. Naše zjištění jsou i v souladu s výsledky australských studií, ve kterých sestry užívali nejvíce strategie týkající se řešení problému a strategie sociální opory (Chang et al., 2006; Healy & McKay, 2000).

8.3 Souvislost mezi depresí, pracovní zátěží a copingovými strategiemi u sester

Jak jsme očekávali, v našem výzkumu byl prokázán pozitivní vztah mezi pracovní zátěží a depresí. Z toho můžeme usuzovat, že sestry trpící pracovní zátěží mají vyšší riziko výskytu deprese, což je v souladu s předchozími výzkumy na toto téma (Baba et al., 1999; Healy & McKay, 2000; Lin et al., 2010; Lin et al., 2015).

Dle našich očekávání na základě předešlých výzkumů jsme potvrdili i vztah mezi depresí a užíváním copingových strategií. V tomto ohledu byl nalezen pozitivní vztah deprese se strategiemi Vyjádření emocí, Fantazijní únik, Sociální izolace a Sebeobviňování. Tyto výsledky se částečně shodují se zjištěními Coyna, Aldwinové a Lazaruse (1981), kteří u depresivních osob pozorovali strategie Fantazijního úniku a Sebeobviňování. V neshodě s naším výzkumem ovšem autoři zjistili, že tyto osoby inklinovali i k hledání emoční opory, což příliš nesouhlasí s našimi nalezenými výsledky týkající se Sociální izolace. Zároveň jsme ovšem zjistili přítomnost strategií Vyjádření emocí, což považujeme za jeden z důležitých prvků emoční opory, a tak nás výsledek není zcela v nesouladu se zjištěními autorů. Když se na tyto výsledky podíváme ze sekundární a terciární úrovně, silný vztah byl nalezen převážně mezi depresí a odklonovými strategiemi zaměřenými na emoce a poté i s odklonovými strategiemi zaměřenými na problém. Slabší vztah byl nalezen i u příklonových strategií zaměřených na emoce. Tato zjištění potvrdila naše hypotézy, jelikož podobné výsledky byly nalezeny i v předešlých studiích (Healy & McKay, 2000; Lin et al., 2015).

Při zaměření na vztah pracovní zátěže a copingových strategií jsme zjistili, že osoby trpící pracovní zátěží častěji volily strategie Sociální izolace, Vyjádření emocí, Fantazijní únik a Vyhýbání se problému. Zjištění, týkající se strategie Vyhýbání se problému je v souladu s předchozími studiemi (Boey, 1998; Healy & McKay, 2000; LeSergent & Haney, 2005). Při analýze sekundární a terciární úrovně jsme zjistili, že se potvrdil pozitivní vztah mezi pracovní zátěží a odklonovými strategiemi

64
zaměřenými na problém i strategiemi zaměřenými na emoce, což je rovněž v souladu s předchozími výzkumy (Boey, 1998; Healy & McKay, 2000; LeSergent & Haney, 2005). Náš výzkum ovšem nepotvrdil negativní vztah mezi přiklonovými strategiemi zaměřenými na problém a depresi, což není v souladu s našimi očekávánami vycházejícími z jiného výzkumu (Boey, 1998). Nesplnění těchto předpokladů může vycházet z faktu, že jsme užili jiné metody měření zátěže i copingových strategií nebo proto, že v náš soubor se neskládá pouze ze zdravotních sester pracujících v nemocnicí, jak tomu bylo v předešlém výzkumu.

Deprese a pracovní zátěž se ničméně ukázaly i jako prediktory některých copingových strategií. Při zvážení statistické významnosti jsme tak zjistili, že přibližně 8,5 % variability v užití odklonových strategií predikuje kombinace deprese a pracovní zátěže, přičemž silnější vliv se ukázal u deprese.

8.4 Zhodnocení a limity studie

Navzdory tomu, že jsme se snažili předejít některým omezením, která by nás mohla potkat při testování, výsledná studie má stále mnoho limitů. Jedním z nich může být například sběr dat, který probíhal formou online dotazníků a nebylo tak možné kontrolovat, zda je vyplnění cílová skupina. Tento limit jsme se pokusili omezit kontaktem konkrétních osob a skupin osob patřících do cílové skupiny (na rozdíl od odkazu přístupného široké veřejnosti), stejně jako informací v dotazníku, pro koho je určen. V dotazníku jsme se dále ptali na otázky (např. typ pracoviště, oddělení), u kterých jsme doufali v protřídění osob nepatřících do výzkumu. Dalším limitem je samotná metoda, tedy dotazníkové šetření, které vždy přináší riziko sociálně žádoucí odpovědí nebo udávání extrémních hodnot. Tomu jsme se snažili předejít tím, že jsme respondenty udávající extrémní hodnoty a pouze středové hodnoty z některé části nebo z celého výzkumu vyřadili. Dalším limitem je malé množství mužů (3,6 %), kterému se ovšem nedalo vzhledem k množství mužských pracovníků na pozici zdravotní sestry (1,9 % v ČR) nijak zabránit. Jedním z limitů může být i zařazení respondentů, kteří nijak nespecifikovali stresovou situaci. V tomto případě jsme ovšem vypožorovali, že respondenti, kteří uvedli odpovědi typu „Žádná“, „Ne“, „Nic“, ve většině případů udávali krajní hodnoty a byli tak z výzkumu nebo části týkající se copingových strategií vyloučeni. Skupinu Nespecifikováno tak z největší části tvořili
respondenti, kteří uváděli: „Takových situací je tolik, že si nemůžu vybrat“ nebo „Je to velmi stresující práce“ apod. a tuto skupinu jsme nechtěli z výzkumu vyloučit.

8.5 Aplikace výsledků do praxe a doporučení pro další výzkum

V předloženém výzkumu se nám odkrylo několik zajímavých oblastí, se kterými lze dále pracovat a tím ovlivnit nejen kvalitu pracovního života zdravotních sester, ale i kvalitu poskytované péče, která s tím přímo souvisí. Jak se ukázalo, velkou roli pro psychický stav sester hrají typy samotných zátěžových situací, kterým denně čelí, takže čím více je bude možné redukovat, tím lépe. Problém konfliktů na pracovišti (včetně šikany), který se ukázal jako nejvíce akutní patří ale do oblasti, která se dá přímo ovlivnit. Stejně jako se zaměstnavatel stará o to, aby jeho zaměstnanci pracovali ve fyzicky bezpečném prostředí, je nutné i pečovat o psychické ovdvouši. Atmosféra se tak může jednou za čas monitorovat pomocí dotazníků nebo rozhovorů se zaměstnanci, zjišťující jejich spokojenost se spoluprací kolektivu. Vhodné je i podpora teambuildingových aktivit, které tak mohou pomoci vzniku lepších vztahů mezi lékaři a dalším zdravotnickým personálem. Výskytu problémových pacientů a jejich rodin nelze zabránit, a proto je důležité, aby byli zdravotníci připraveni, že taková situace může nastat. Pro zvýšení dovedností a znalostí, jak s těmi osobami efektivně jednat, je vhodné nabízet pravidelná školení s praktickým nácvikem komunikačních dovedností například formou modelových situací. Tyto intervence poté mohou ovlivnit i následné vnímání stresové situace respondenty a přesunout jej do dimenze řešitelnosti, ovlivnitelnosti a známosti dané situace, což může změnit dynamiku celého pracoviště.

Ve výpovědí sester se ovšem objevují i velmi vypjaté situace, kterým se bohužel nedá v rámci této profese vyhnout (resuscitace, umírání a bolesti pacientů, péče o těžce nemocné děti apod.). V těchto případech jde tedy pouze možné zaměřit se na adekvátní zpracování psychicky náročné situace sestrou, a to buď v rámci intervie nebo za pomoci psychoterapeuta. V krajních případech, ve kterých žádná z nabízených možností nepomáhá, se pak už nabízí jediné řešení – profesi sestry opustit.

Pracovní přetížení, kterým zdravotní sestry trpí z důvodu nedostatku pracovních sil na pracovišti je dlouhodobý problém projevující se po celé republice. V této oblasti se dá pouze doporučit větší propagace toho oboru se snahou získat více absolventů.
Při naší literární rešerši jsme zjistili velký nedostatek tuzemských výzkumů týkajících se deprese, copingových strategií nebo pracovní zátěže u zdravotních sester. Tato oblast je u nás doposud neprobádaná, což je škoda, neboť náš výzkum ukázal, že tyto faktory se sester týkají a velmi ovlivňují jejich pracovní i osobní život. Z tohoto důvodu doporučujiště konání dalších výzkumů na toto téma, ideálně kvalitativní povahy, které napomohou porozumět této problematice z dalších úhlů pohledu. Vzhledem k výsledkům našeho výzkumu bychom dále navrhovali zaměřit se na konflikty na pracovišti, jelikož je to námi zjištěný nejčastější stresor v životě zdravotní sestry. Bližší prozkoumání tohoto tématu by mohlo pomoci nalézt klíčové faktory, které tyto konflikty způsobují, a tak jim účinněji předcházet.
9. Závěr

V naší práci jsme se snažili zmapovat, jaké stresové situace zažívají zdravotní sestry, jak tyto situace vnímají a jakými zvládacími strategiemi s nimi bojují. Dalším cílem našeho výzkumu bylo zjistit, do jaké míry trpí zdravotní sestry depresí a pracovním přetížením a zda tyto dva faktory nějak souvisí s výskytem stresových situací a jejich zvládáním.

V první části této práce jsme pokusili shrnout dosavadní poznatky týkající se deprese, pracovní zátěže a copingových strategií a zasadit je do specifického kontextu práce zdravotních sester.

Druhá, empirická část práce, se věnovala výzkumným cílům, vyvození výzkumných otázek a hypotéz na základě informací z teoretické části, popisu získaného souboru a metodiky měření. Analýza dat ukázala, že nejčastěji uváděnými stresovými situacemi z pohledu sester jsou konflikty na pracovišti a konflikty s pacienty či jejich rodinami. Zdravotní sestry užívaly ke zvládání stresových situací nejvíce strategie Řešení problému, Kognitivní restrukturalizace, Sociální opora a Fantazijní únik. Míra deprese zjištěná u sester v našem souboru bylo 15 %, zatímco nepříznivá tendence k pracovní zátěži u 11 % sester. Při zkoumání vztahů mezi proměnnými jsme potvrdili signifikantní vztah mezi copingovými strategiemi, pracovní zátěží a depresí a zároveň jsme zjistili, že variabilita v užití odklonových copingových strategií je kombinací deprese a pracovní zátěže částečně predikována.
Použitá literatura

Ádám, S., Cserháti, Z., & Mészáros, V. (2015). High prevalence of burnout and depression may increase the incidence of comorbidities among hungarian nurses. Ideggyogyaszati szemle, 68(9-10), 301 – 309.


PŘÍLOHY

Graf č. 3 – Histogram rozložení dat u deprese (Beckova sebeposuzovací škála depresivity)

Graf č. 4 – Histogram rozložení dat u pracovní zátěže (Meisterova metoda hodnocení pracovní zátěže)
Graf č. 5 – Histogram rozložení dat u příklonových strategií (Inventář copingových strategií)

Graf č. 6 – Histogram rozložení dat u odklonových strategií (Inventář copingových strategií)