

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Bc. Markéta Kopecská

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Úzkost a stres jako aspekt vzniku civilizačních chorob

Bc. Markéta Kopecká

Diplomová práce

2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Markéta Kopecká**
Osobní číslo: **Z18332**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Úzkost a stres jako aspekt vzniku civilizačních chorob**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

1. DOLINA, Jiří, ed., et al. *Civilizace a nemoci*. 1 vyd. Praha: Futura, 2009, 272 s. ISBN 978-80-86844-53-4.
2. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
3. PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRÁŠKOVÁ. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 226 s. ISBN 978-80-7367-986-6.
4. PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. *Přehled poruch psychického úvoje*. 1.vyd. Praha: Grada, 2016, 293 s. ISBN 978-80-247-5452-9.
5. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing, 2011, 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

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

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

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horácková, DiS.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA

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

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

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

V Pardubicích dne 10. 06. 2020

Bc. Markéta Kopecká

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucímu práce panu PhDr. Zdeňku Hrstkovi, Ph.D za ochotu, cenné rady, připomínky a věnovaný čas při osobních či e-mailových konzultacích. Děkuji za spolupráci také všem vedoucím pracovníkům, na jejichž odděleních průzkum probíhal. Všem respondentům za ochotu, zájem a věnovaný čas při dotazníkovém šetření. Další dík patří těm, kteří se podíleli na realizaci edukačního materiálu. Upřímné poděkování patří také mojí rodině a přátelům za neustálou podporu a trpělivost nejen při psaní diplomové práce, ale i během celého studia.

ANOTACE

Diplomová práce s názvem Úzkost a stres jako aspekt vzniku civilizačních chorob je teoreticko – průzkumnou prací. Zabývá se problematikou míry úzkosti a stresu a potencionálními zdravotními riziky u dvou sledovaných skupin – zdravotníků a pracovníků v sociálních službách. V teoretické části je stručně charakterizován stres a úzkost, dále časté civilizační choroby a poslední kapitola tvoří zdravotnické povolání a s ním úzce související syndrom vyhoření. V průzkumné části jsou zpracována data z dotazníkového šetření. Průzkum je zaměřený na možná zdravotní rizika, která vycházejí z úzkosti a stresu.

KLÍČOVÁ SLOVA

stres, úzkost, civilizační choroby, zdravotnické povolání, syndrom vyhoření

TITLE

Anxiety and stress as an aspect of diseases of civilization

ANNOTATION

The thesis is titled Anxiety and stress as an aspect of civilization diseases. The thesis consists of two parts a theoretical and research work. It deals with the anxiety, stress and potential health risks in two groups of respondents paramedics / social workers. In the theoretical part is briefly characterized anxiety and stress further frequent diseases of civilization and last chapter contains medical profession and burnout. In the research part are processed data from questionnaire survey. The research focuses on the possible health risks which are based on anxiety and stress.

KEYWORDS

stress, anxiety, civilization diseases, medical profession, burnout

OBSAH

ÚVOD.....	13
1 CÍLE PRÁCE.....	14
1.1 Teoretické cíle práce	14
1.2 Průzkumné cíle práce	14
2 TEORETICKÁ ČÁST	15
2.1 Stres.....	15
2.1.1 Teorie stresu.....	16
2.1.2 Stresory	16
2.1.3 Fyziologická reakce na stres	17
2.1.4 Zvládání stresu.....	18
2.1.5 Osobnostní charakteristiky při zvládání stresu	18
2.1.6 Techniky zvládání stresu	20
2.2 Úzkost	22
2.2.1 Vývoj úzkosti a strachu během lidského života.....	23
2.2.2 Typy úzkostných poruch.....	23
2.2.2.1 Fobie	24
2.2.2.2 Panický záchvat a panická porucha	24
2.2.2.3 Obsedantně – kompulzivní porucha	25
2.2.2.4 Posttraumatická stresová porucha	25
2.2.2.5 Generalizovaná úzkostná porucha	25
2.3 Civilizační choroby	27
2.3.1 Kardiovaskulární choroby.....	27
2.3.1.1 Ateroskleróza.....	27
2.3.1.2 Arteriální hypertenze	28
2.3.2 Poruchy metabolismu	29
2.3.2.1 Metabolický syndrom	29

2.3.2.2	Obezita.....	30
2.3.2.3	Diabetes mellitus	32
2.3.3	Onkologická onemocnění	33
2.3.3.1	Nádory prsu	34
2.3.3.2	Kožní nádory	35
2.3.3.3	Kolorektální karcinom.....	35
2.4	Zdravotnické povolání	37
2.4.1	Syndrom vyhoření.....	38
SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....		40
3	PRAKTICKÁ ČÁST	41
3.1	Metodika	41
3.1.1	Demografická data.....	42
3.1.2	Zungova sebesuzovací stupnice úzkosti	42
3.1.3	Stress Profile	42
3.2	Průběh průzkumu	44
3.3	Zpracování dat.....	45
3.4	Tvorba informačního materiálu.....	46
3.5	Analýza a interpretace výsledků	47
3.5.1	Analýza a interpretace dat získaných z dotazníku demografických dat.	48
3.5.2	Analýza a interpretace dat získaných pomocí dotazníku Stress Profile	54
3.5.3	Analýza a interpretace získaných dat pomocí sebesuzovací škály Zung.....	68
4	DISKUZE	70
4.1	Limitace průzkumu	74
4.2	Doporučení pro praxi	74
5	ZÁVĚR	76
6	POUŽITÁ LITERATURA	78
7	PŘÍLOHY	83

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Graf znázorňující pohlaví respondentů (zdroj: autor)	48
Obrázek 2 Graf znázorňující věkové kategorie respondentů (zdroj: autor).....	49
Obrázek 3 Graf nejvyššího vzdělání respondentů (zdroj: autor)	50
Obrázek 4 Graf popisující rodinný stav respondentů (zdroj: autor)	51
Obrázek 5 Graf znázorňující informaci o dětech respondentů (zdroj: autor)	52
Obrázek 6 Graf zachycující místo výkonu práce respondentů (zdroj: autor)	53
Obrázek 7 Graf zachycující míru úzkosti zdravotníků (zdroj: autor).....	68
Obrázek 8 Graf zachycující míru úzkosti u nezdravotníků (zdroj: autor)	69

Tabulka 1 Definice metabolického syndromu podle NCEP ATP III (zdroj: Souček, 2016).....	30
Tabulka 2 Pásma charakterizující hodnotu BMI a s nimi spojená rizika dle WHO (zdroj: Pichlerová, 2016).....	31
Tabulka 3 Vztah míry obvodu pasu a míry zdravotního rizika (zdroj: Pichlerová, 2016)	31
Tabulka 4 Pohlaví respondentů (zdroj: autor)	48
Tabulka 5 Věkové kategorie respondentů	49
Tabulka 6 Nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání respondentů (zdroj: autor)	50
Tabulka 7 Rodinný stav respondentů (zdroj: autor)	51
Tabulka 8 Tabulka zachycující informaci o dětech respondentů (zdroj: autor)	52
Tabulka 9 Pracoviště respondentů (zdroj: autor)	53
Tabulka 10 Interpretace T – skóre (zdroj: autor)	54
Tabulka 11 Význam použitých zkratk (zdroj: autor)	54
Tabulka 12 Věkové rozmezí respondentů 19–29 let (zdroj: autor)	55
Tabulka 13 Věkové rozmezí respondentů 30–39 let (zdroj: autor)	56
Tabulka 14 Věkové rozmezí respondentů 40–49 let (zdroj: autor)	57
Tabulka 15 Věkové rozmezí respondentů 50–59 let (zdroj: autor)	58
Tabulka 16 Nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské (zdroj: autor)	59
Tabulka 17 Nejvyšší dokončené vzdělání vyšší odborné (zdroj: autor)	60
Tabulka 18 Nejvyšší dokončené vzdělání vysokoškolské (zdroj: autor).....	61
Tabulka 19 Rodinný stav respondentů svobodná/ý (zdroj: autor)	62
Tabulka 20 Rodinný stav respondentů vdaná/ženatý (zdroj: autor)	63
Tabulka 21 Rodinný stav respondentů rozvedená/ý (zdroj: autor).....	64
Tabulka 22 Rodinný stav respondentů ovdovělá/ý (zdroj: autor).....	65
Tabulka 23 Respondenti mající děti (zdroj: autor)	66
Tabulka 24 Respondenti nemající děti (zdroj: autor)	67
Tabulka 25 Míra úzkosti u skupiny zdravotníků (zdroj: autor)	68
Tabulka 26 Míra úzkosti u skupiny nezdravotníků (zdroj: autor)	69

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

aj.	a jiné
ANS	Autonomní nervový systém
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
BMI	Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)
CMP	Cévní mozková příhoda
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DM	Diabetes mellitus
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
DP	Depersonalizace
DTK	Diastolický krevní tlak
EE	Emotial exhaustion (emoční vyčerpání)
EEG	Elektroencefalografie
ENCEP ATP III	National Cholesterol Education Program, Adult Treatment Panel III (Národní vzdělávací program pro cholesterol, Panel pro léčbu dospělých III)
GAD	Generalized Anxiety Disorders (Generalizovaná úzkostná porucha)
GAS	General Adaptation Syndrom (Generalizovaný adaptační syndrom)
HH	Helplessness Hopelessness (bezmocnost, beznaděj)
HPA	Hypotalamo-hypofyzární systém
ICHDK	Ischemická choroba dolních končetin
ICHS	Ischemická choroba srdeční
IM	Infarkt myokardu

LOC	Locus of contol (těžiště kontroly)
MBI	Malasch Burnout Inventory
mm Hg	milimetr rtuťového sloupce
mmol/l	milimol na litr
MS	Metabolický syndrom
NaCl	Chlorid sodný
např.	například
nmol/l	nanomol na litr
OCD	Obsedantně kompulzivní porucha
PA	Personal accomplishment (snížený pracovní výkon)
PTSP	Posttraumatická stresová porucha
RNA	Ribonukleová kyselina
Sb.	sbírka
st. př. Kr.	století před Kristem
STK	Systolický krevní tlak
SZÚ	Státní zdravotní ústav
tj.	to je
TOKS	Test okultního krvácení do stolice
TSH	Tyreotropin
tzv.	takzvaně
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistik
vyd.	vydání
WCRF	World Cancer Research Fund International (Světový fond pro výzkum rakoviny)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Důvodem výběru tématu diplomové práce s názvem Úzkost a stres jako aspekt vzniku civilizačních chorob bylo rozhodnutí poukázat na negativní dopad dlouhotrvajícího stresu a úzkosti na lidský organismus a psychiku. V dnešní hektické a uspěchané době přesycené množstvím informací, vjemů a povrchní reklamy hraje stres významnou roli. Je všudypřítomný, aniž bychom si to uvědomovali. Stal se součástí našich pracovních i osobních životů. „*Stres je jedním z velice často používaných pojmů a je považován za určitý fenomén naší doby*” (Bartůňková, 2010, s. 11). Dlouhodobý stres negativně působí na naše duševní a fyzické zdraví. Zjednodušeně řečeno, u zdravého člověka dochází vlivem dlouhodobého stresu k psychosomatickému působení. Postupem času se toto negativní působení může projevit na jakémkoliv tělesném systému a způsobit závažné onemocnění. Jistou souvislost lze spatřovat v nezdravém životním stylu a narušeném životním prostředí, v jejichž důsledku je možný vznik civilizačních chorob.

Pojmem civilizační choroby jsou označovány nemoci, které danou společnost nejvíce zatěžují. Jejich výčet se mění tak, jak se mění společnost a styl jejího života (Adámková, 2010). Ty se vyskytují v daleko větší míře ve vyspělých civilizacích než v rozvojových zemích.

Cílem práce je porovnat povolání zdravotních sester s pracovníky v sociálních službách a zjistit, která skupina je více vystavena psychické zátěži a potencionálnímu vzniku onemocnění spojeného se stresem. Diplomová práce je teoreticko – průzkumnou prací, která je rozdělena do dvou částí. V první, teoretické části, je stručně charakterizován stres, úzkost a stavy s nimi spojené. Dále je popsána problematika vybraných civilizačních chorob a v závěru je stručně přiblíženo zdravotnické povolání. V průzkumné části je popsán výzkumný nástroj složený z dotazníku sledujícího demografická data, sebesuzovací škály Zung a standardizovaného dotazníku Stress Profile, který podává informace o hodnocení stresu a zdravotních rizik. Pomocí dotazníku mapujeme ty oblasti, které člověku napomáhají odolat škodlivým účinkům každodenního stresu a odhalit oblasti, které člověka činí náchylným k onemocněním spojeným se stresem. Následně je zjišťována míra úzkosti sebesuzovací škálou Zung. Pomocí těchto standardizovaných metod budou získány odpovědi na předem stanovené výzkumné otázky.

1 CÍLE PRÁCE

1.1 Teoretické cíle práce

Hlavní cíl:

- Vytvořit teoretickou základnu k tématu úzkost a stres jako aspekt vzniku civilizačních chorob.

Dílčí cíle:

- Popsat problematiku úzkosti a stresu.
- Charakterizovat vybrané civilizační choroby.
- Přiblížit zdravotnické povolání a syndrom vyhoření.

1.2 Průzkumné cíle práce

- Zjistit, která skupina respondentů je více ohrožena onemocněním spojeným se stresem.
- Tvorba informačního materiálu.

VO1: Jaký je rozdíl v působení stresu u zdravotníků a pracujících v sociálních službách v závislosti na věku?

VO2: Jaký je rozdíl v působení stresu u zdravotníků a pracujících v sociálních službách v závislosti na vzdělání?

VO3: Jaký je rozdíl v působení stresu u zdravotníků a pracujících v sociálních službách v závislosti na rodinném stavu a dětech?

VO4: Zjistit u jaké skupiny respondentů je větší míra úzkosti?

2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část stručně popisuje problematiku stresu a úzkosti, dále jsou pak charakterizovány stavy s úzkostí a stresem spojené. Rozsáhlou kapitolu tvoří popis nejčastějších civilizačních chorob, které jsou rozděleny do tří okruhů. V závěru teoretické části je definováno zdravotnické povolání a s ním spojený syndrom vyhoření.

2.1 Stres

Stres pochází z anglického slova *stress*, které vzniklo z latinského slovesa *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum*, což v překladu znamená *utahovati*, *stahovati*, *zadržovati*. Na pojem stres je nahlíženo z širšího úhlu pohledu. V technice je stres velice blízký termínu *pres* – značí působení tlaku na daný předmět. V oborech zabývajících se člověkem se setkáváme se spojením *býti ve stresu*, čímž můžeme rozumět býti vystaven nejrůznějším tlakům, býti v tísní (Křivohlavý, 1994). V odborné literatuře nenalezneme jednotnou definici pro výraz stres. Tento termín byl však poprvé popsán v roce 1949 v díle Hanse Selyeho. „*Stres je nespecifická (tj. nastávající po nejrůznějších zátěžích stereotypně) fyziologická reakce organismu na jakýkoliv nárok na organismus kladený*” (Ulrichová, 2012 s. 14). V závislosti na tom, jak působí stres na člověka, rozlišujeme **eustres** – pozitivně působící stres a **distres** – negativně působící stres (Křivohlavý, 1994). Příkladem eustresu mohou být např. situace, kdy se jedinec snaží zvládnout něco, co mu přináší radost, avšak daná činnost vyžaduje určitou námahu. Do skupiny situací vyvolávajících eustres patří kladné zážitky – svatba, narození dítěte aj. K tomuto typu stresu je možno zařadit případy, kdy se jedinci z vlastní iniciativy dostávají do hraničních situací rizika např. sportovní výkony, vysokohorští horolezci. Distresem jsou vyjádřeny situace subjektivně prožívaného ohrožení dané osoby, doprovázeny negativními emocionálními příznaky. O distresu je hovořeno tam, kde se jedinec domnívá, že nemá dost sil a možností zvládnout to, co ho ohrožuje (Křivohlavý, 2009).

Dle Paulíka (2017) lze chápat stres jako stav, kde míra zátěže přesahuje únosnou mez z hlediska adaptačních schopností organismu za daných podmínek. Tato míra je stanovena podílem expozičních a dispozičních faktorů. Expozicí jsou chápány požadavky, kterým je jedinec vystaven. Dispozice jsou osobnostní předpoklady pro zvládnání kladených nároků. Stresové situace jsou tedy takové, kde dochází k rozporu mezi expozičními a dispozičními faktory.

Situace, které v lidském životě přesahují únosnou míru zátěže, jsou spojovány se stresem. Mezi ně jsou řazeny problémy, frustrace, deprivace, konflikty, nemoc, bolest, utrpení a krize. Lze je chápat jako stresové situace, nebo jako jejich významné zdroje (Paulík, 2017).

2.1.1 Teorie stresu

Zátěžové životní situace doprovázejí lidstvo od nepaměti. Vznikla řada otázek, jak tyto negativní situace působí na lidské tělo, psychiku a jak je možné jim čelit. V průběhu 20. století mnoho badatelů experimentálně testovalo působení tohoto jevu na zvířatech. Jsou známé experimenty I. P. Pavlova na psech, u kterých záměrně vyvolával stresovou situaci v podobě působení různých podnětů, při kterých psi dostali nažrat nebo při expozici jiného podnětu psi dostali elektrickou ránu. Za těchto podmínek sledoval, co se děje v organismu psů a zároveň pozoroval také jejich chování. Podobně Walter Cannon ve své laboratoři přiváděl zvířata do těžkých situací za pomoci např. nadměrného hluku nebo nadměrného tepla. Pozoroval, co se děje s jejich fyziologickými funkcemi. Zjistil, že dochází k mobilizaci celého organismu a ke zvýšení sympatického nervového systému. Tímto poznatkem se stal průkopníkem tzv. sympatoadrenálního systému při stresu. Na tuto studii navázal Hans Selye. Podobně jako W. Cannon pracoval se zvířaty a vystavoval je těžkým situacím. Při testování se zaměřoval na činnost endokrinního systému. Došel k závěru, že při působení různého druhu zátěže dochází ke stále stejné fyziologické reakci. Tuto stabilní odpověď organismu při zátěži nazval GAS – General Adaptation Syndrom. Naopak od výše zmíněných badatelů se Lazarus soustředil na lidskou psychiku v době působení těžké životní situace. Snažil se poznat smysl toho, co se děje, odkud nebezpečí pochází, jak moc může člověka ohrozit a co je možné proti nebezpečí učinit. Pozorováním došel k závěru, který popsal v modelu dvojího zhodnocování situace ohrožení (Křivohlavý, 2009).

2.1.2 Stresory

Stresory lze jednoduše definovat jako podněty, které vyvolávají stres. Rozlišujeme stresory vnější a vnitřní. Vnější stresory přicházejí zvenčí a mohou být povahy fyzikální (např. nadměrný hluk), chemické (např. pesticidy), biologické (např. nedostatek tekutin), psychické (např. nadměrná emociální zátěž), sociální (např. vztahy) a časové (např. časový tlak). Vnitřní stresory vycházejí z osobnostních charakteristik jedince (např. perfekcionismus, nízké sebehodnocení, sebepojetí a tím snížené sebevědomí). V životě se setkáváme s velkým množstvím vnějších podnětů, skutečností a environmentálních nároků, které jsou propojeny s prací, školou, vztahy apod. Objevují se nezávisle na naší vůli. Přinášejí změnu, a tím i zvýšené nároky na adaptaci. V kontextu s těmito změnami byla sestavena autory – Holmes a Rache v roce 1967 škála náročných životních událostí (Pugnerová, Kvintová, 2016).

Metoda se v ČR používá pod názvem Škála sociální readaptace (viz příloha A). Obsahuje 43 položek týkajících se různých životních situací (např. smrt životního partnera, sňatek, odchod do důchodu). Každá položka je bodově ohodnocena. Po sečtení bodového skóre dojde k vyhodnocení, které lze interpretovat následovně. Za poměrně bezrizikové skóre se považuje rozmezí do 150 bodů, v rozmezí 150–200 bodů je možný rozvoj psychosomatického onemocnění u 40 % osob, v rozmezí 200–299 bodů u 50 % osob a v rozmezí nad 300 bodů až u 80 % osob (SZÚ, 2007).

Každá životní změna ovlivňuje sociální vztahy a psychický stav jedince, bez rozdílu v tom, zda se jedná o pozitivní, či negativní událost. Obě situace narušují rovnováhu jedince, nutí jej přizpůsobit se. Jsou kladené vysoké nároky a ty jedince vyčerpávají. Mimo náročné životní události na jedince působí tzv. denní nepříjemnosti (*daily hassles*). Ty se vyskytují při každodenních činnostech a mají frustrující, iritující a stresující povahu. Jejich kumulace negativně působí na vyrovnávání se s náročnými životními situacemi. Každý jedinec má omezenou kapacitu adaptační energie. Ve chvíli, kdy je vystaven více náročným životním událostem během krátkého období, dochází k riziku vzniku somatických či psychických negativních projevů. Mnoho studií prokázalo souvislost mezi chronickým stresem z důsledku prožitých životních událostí a somatickým či psychickým onemocněním (Pugnerová, Kvintová, 2016).

2.1.3 Fyziologická reakce na stres

Pro pochopení spojitosti mezi stresem a nemocí je velice důležité vysvětlení reakce organismu na stres. Fyziologická reakce na stres vychází z reakce „*útok nebo útek*“. Na tomto ději se podílí autonomní nervový systém (ANS) jako první rychlá vlna reakce. Druhá pomalejší vlna reakce je řízena osou hypotalamo-hypofýzární (HPA). Sympatický nervový systém aktivuje organismus a připravuje tělo k bezprostřednímu jednání. V dřeni nadledvin dochází k produkci stresových hormonů, a to adrenalinu (*epinefrinu*) a noradrenalinu (*norepinefrinu*). Tímto dějem dochází ke stimulaci srdce a plic a k odvedení energie z dočasně méně důležitých funkcí jako je produkce slin, trávení a reprodukce. Současně se s první vlnou reakce aktivuje osa HPA, dochází k uvolňování kortikotropinu, který spouští další endokrinní děje, uvolňuje kortizol a další hormony z kůry nadledvin. Kortizol je zásadní stresový hormon, který způsobuje zvýšení hladiny cukru v krvi, zrychluje metabolismus, podílí se na regulaci krevního tlaku, imunitního systému i zánětlivé reakce. Za normálních okolností, kdy je stresová událost krátkodobá, přítomnost kortizolu v krevním řečišti vede hypotalamus k zástavě produkce kortikotropinu (Ayers, de Visser, 2015). K normální hladině kortizolu, čímž se rozumí ranní

hodnota v séru 118–618 nmol/l a odpolední hodnota v séru 85–460 nmol/l (Vokurka, 2015), dochází po 40-60 minutách od stresové události. Při dlouhodobém stresu přestane být osa HPA regulována a dochází ke chronicky zvýšené hladině kortizolu. Dlouhodobě tento stav může vést k negativním důsledkům, jakými jsou nahromadění břišního tuku, úbytky kostní a svalové tkáně (Ayers, de Visser, 2015).

2.1.4 Zvládání stresu

Ve chvíli, kdy se člověk setkává se stresorem, se v první řadě snaží adaptovat na nové podmínky, aby opět nastala rovnováha organismu. Adaptaci chápeme jako přizpůsobení se nebo jako určitou přípravu k tomu, co jedinec čeká (Pugnerová, Kvintová, 2016). Adaptace se dělí do dvou podob, a to na **adaptaci pasivní** (akomodace – přizpůsobování se) nebo **adaptaci aktivní** (asimilace – přizpůsobování si); (Zacharová, 2017). Adaptace nastupuje v případech, kde je nutné vyrovnat se se zátěží v relativně normálních mezích. Mluvíme-li však o nadlimitní stresové události, adaptace je v takovém případě nedostačující, a jedinec tak přistupuje k vyššímu stupni adaptace tzv. coping (Pugnerová, Kvintová 2016). Dle Křivohlavého (2009) pod termínem coping rozumíme problematiku zvládání stresu.

Lazarus popsal dva základní typy copingu, které jedinec volí při nadlimitní zátěži. Prvním typem je **strategie zaměřená na řešení problému** – člověk vnímá situaci jako řešitelnou. K danému problému přistupuje aktivně a s konstruktivním řešením, které vede k vytyčenému cíli. Druhým typem je **strategie zaměřená na emoce**. Ta je volena v situacích, které jsou považovány za neřešitelné. Zvládání je zaměřeno na změnu ohrožujících podmínek. Jedinec reguluje a redukuje svůj emociální stav. Dále se můžeme setkat se stavy, jako je dočasné popření, mentální odpoutání k jiné aktivitě, hledání sociální a emociální opory apod. (Pugnerová, Kvintová, 2016).

2.1.5 Osobnostní charakteristiky při zvládání stresu

Psychologie osobnosti popisuje celou řadu osobnostních charakteristik. Některé pomáhají stresovou situaci zvládat, a naopak jsou i takové, které stresovou situaci negativně ovlivňují. Pro ilustraci jsou uvedeny některé příklady.

Rozdíly v přístupu k těžkostem – Rotter v roce 1966 na základě zjišťování rozdělil lidi do dvou kategorií dle přístupu k obtížím. *Lidé s interním locus of control* – LOC (osobní ohnisko řízení vlastní činnosti). Jedná se o takové jedince, kteří za pomoci vlastních schopností, možností a dovedností jdou s chutí do boje. Protipólem jsou *lidé s externím locus of control* – LOC (tito lidé očekávají řešení situace zvenčí). Předpokládají, že těžká

situace se vyřeší sama, iniciativa vychází ze situace, nikoliv z nich samotných. Každý z nás se nachází někde mezi těmito extrémny (Křivohlavý, 2009).

Nezdolnost – autorem tohoto pojmu je Jaro Křivohlavý, který tak přeložil termín *psychological hardness* – osobnostní tvrdost. Suzanne Kobasová tímto souslovím v roce 1979 označila trs osobnostních rysů, které napomáhají ke zvládnání zátěže. Nezdolnost je spojena se třemi ústředními rysy. Vložení se (*commitment*) – vložení se do věci s vírou v ně, jejich smysl v práci, životě, rodině. Výzva (*challenge*) – překážky jsou chápány jako výzvy. Vláda (*control*) – vláda nad svým životem. Nezdolnost typu *hardness* představuje podstatnou složku cesty ke zdraví (Baštecká, 2001).

Resilience (pružnost, nezlomnost) - resilienci se rozumí „*proces, schopnost i výsledek úspěšné adaptace člověka, vzdor nepříznivým či ohrožujícím podmínkám*“ (Baštecká, 2001 s. 294).

Sense of coherence (SOC) – jedná se o koncept, ve kterém jde o dlouhodobou osobnostní orientaci, pro níž je typický pohled na svět jako na smysluplný a vnitřně soudržný celek. Jedinec vynakládá energii na řešení úkolů, které chápe jako výzvu. Činnost jedinci přináší radost a spokojenost. Základní složky SOC: *Manageability* – zvládnutelnost situace. Jedná se o domnění, že je jedinec dostatečně silný a způsobilý sám, nebo za pomoci dalších adekvátním způsobem reagovat na dané situace a zvládat je. Představuje instrumentální složku. *Comprehensibility* – srozumitelnost, pochopitelnost. Převažuje osobní přesvědčení o smysluplném a přetrvávajícím uspořádání věcí a světa jako celku. Dochází k jistotě, že lze předvídat další vývoj a připravit se na něj. Definuje kognitivní složku SOC. *Meaningfulness* – smysluplnost řešení daného problému. Řešení situace je smysluplné, jedinec si stojí za tím, aby jí byla věnována pozornost. Přijal výzvu k dané aktivitě a následně vynaložil úsilí. Vložené úsilí je spojováno s pozitivním emočním laděním, které je doprovázeno přesvědčením, že dané úsilí přinese pozitivní efekt a sociální ocenění (Paulík, 2017).

2.1.6 Techniky zvládání stresu

Technika neboli dovednost vyjadřuje způsob, jak se s určitým problémem vyrovnat. Jedná se tedy o zvládání napjatého emočního stavu a o znovuoobnovení duševního klidu (Křivohlavý, 2009).

Dechová cvičení – metoda správného dýchání je důležitá pro relaxaci a představuje základ pro další techniky zvládání stresu. Dechová cvičení by se měla provádět na klidném a ničím nerušeném místě. Základem je pomalé nadechování se nosem tzv. do břicha, hluboký nádech vede směrem nahoru, při kterém dochází k rozšíření žeber, stále pokračuje nahoru až naplní plíce. Následuje pomalý výdech ústy, směrem od ramen dolů, žebra se přibližují k sobě, břicho se vtáhne dovnitř. Oba děje by měly být pomalé, každý může trvat až deset sekund (Pugnerová, Kvintová, 2016). **Relaxační cvičení** – při relaxačním cvičení dochází k vzájemnému ovlivňování tří faktorů – psychické tenze, funkčního stavu vegetativní nervové soustavy a napětí svalstva. Relaxaci dospějeme k záměrnému a postupnému uvolňování, které následně sníží psychickou tenzi a nastane uvolnění. V Evropě je rozšířená metoda nazvaná Schultzův autogenní trénink. Skládá se z šesti po sobě jdoucích kroků: navozování tíhy, tepla, koncentrace na srdeční činnost, dech, břišní oblast a hlavu. V Americe je preferována metoda nazývaná se Jacobsonova progresivní svalová relaxace, ve které se pravidelně střídá svalová kontrakce a svalové uvolnění (Pugnerová, Kvintová, 2016). **Imaginace** – imaginací se rozumí záměrné zobrazování např. návštěva hezkého koutu přírody, letní dovolená. Někteří autoři doporučují myslet na situace, které jedinci byly povzbuzením, naopak jiní autoři radí myslet na negativní obraz např. těžkou životní událost a její zvládnutí (Křivohlavý, 2009). **Meditace** je spojována s hinduistickým, buddhistickým i křesťanským náboženstvím. Opakují se slova tzv. mantra, např. *one* (vyslovuje se u-w-a-n), nepřetržitě se vyslovuje asi dvacet minut s každým nádechem a výdechem. Touto metodou meditace se jedinec odpoutává od problému. Existují i meditace cílené na obtěžující problém nebo meditace využívající hudbu. **Biofeedback** dává informace o biologických procesech probíhajících v těle jedince. Člověk se snaží vědomě ovlivňovat projevy autonomního nervového systému. Fyziologické funkce (srdeční činnost, teplota, krevní tlak, EEG aj.) jsou napojeny na přístroje, které jedince informují o fyziologických projevech. Efekt metody byl prokázán při snižování stresových projevů. **Kognitivní zpracování** – jedná se o jednu z efektivních metod boje s náročnou životní situací. Touto formou zvládání těžkých situací dochází ke kognitivnímu zpracování, přehodnocení myšlenek a nereálných přesvědčení na více racionální a logické. Hlavním cílem této metody je změna úhlu pohledu, případně postoje. „*To, že jedinec změní*

svůj pohled na konkrétní potenciální stresor, je podmíněno tím, že od něj odstoupí (jakýsi nadhled či odosobnění) a tím následně zreviduje prvotní vnímání potenciálního stresu na více racionální a logické” (Pugnerová, Kvintová 2016 s. 55). Při realizaci této metody je důležité poznat sám sebe, zejména své hodnoty a následně stanovit cíl, který s nimi bude v souladu (Pugnerová, Kvintová, 2016).

2.2 Úzkost

K úzkosti neoddělitelně patří strach. Mezi těmito pojmy není přesná hranice. Úzkost běžně přechází v strach a naopak. Na strach je nahlíženo jako na nepříjemný prožitek, který je vázaný k předmětu nebo situaci. U jedince vyvolává obavu z ohrožení. Ohrožení je děleno na vnější (např. provoz na ulici) a vnitřní (např. obava jedince, že na něco nestačí). Dále je možno strach rozdělit na reálný (v očích druhých pochopitelný) a nereálný (pro druhé nepochopitelný, iracionální). Naopak úzkost je charakterizována jako nepříjemný prožitek a stav. Jedinec si neuvědomuje její bezprostřední příčinu, předmět či situaci, která ji vyvolává. Bývá nepříjemnější než strach. Oba tyto stavy mají signální a obrannou funkci, jedná se o přirozené lidské dispozice, které jsou nutné k orientaci ve světě a k přežití (Vymětal, 2003).

Dle Libigerové (2003) je úzkost adaptivní biologický výstražný systém, který má za úkol připravit organismus po tělesné i duševní stránce k jednání v případě ohrožující situace. Zásluhou tohoto mechanismu většina lidí nejezdí na červenou, nebere drogy, aj. Běžná forma úzkosti má tedy preventivní charakter. Brání jedince před zbytečným vystavováním se rizikům. Významný problém nastává ve chvíli, kdy se v úzkost promění každá banální situace. Tomu je tak u úzkostných poruch, zejména u generalizované úzkostné poruchy GAD.

Jedinci se sklonem k úzkostným reakcím se obávají, že je strach přemůže, zpanikaří a přestanou se ovládat. Kvůli tomuto strachu se vyhýbají činnostem a situacím, které v nich pocit strachu vyvolávají. Na vyhýbání se rizikovým činnostem a situacím si velmi snadno zvyknou. Vzniká začarovaný kruh. Člověk cítí úzkost, přestane dělat věci, které úzkost vyvolávají. Ve chvíli, kdy je přestane dělat, si začíná stále méně věřit, že by je dokázal zvládnout, a proto se od nich čím dál více distancuje. Úzkost zahrnuje tři složky, které působí společně.

1. Tělesné pocity – např. tělesné napětí, třes, ztížené dýchání, palpitace, nutnost jít na toaletu.
2. Chování – např. odkládání nesnadných úkolů, zmatkování, naříkání.
3. Myšlenky – představy a přesvědčení, co si jedinci říkají sami pro sebe např. co, když přijdu o peníze, co když onemocní rodinný příslušník (Praško, 2012).

Úzkost jako ošetřovatelská diagnóza je zavedena v klasifikačním systému NANDA-I od roku 1973, byla revidována v letech 1982 a 1998. Úzkost (00146) je zařazena do domény 9: Zvládání/tolerance stresu, třídy 2: Reakce zvládání. Ošetřovatelské diagnózy definují úzkost jako *„neurčitý neklidný pocit diskomfortu nebo strachu provázený samovolnými reakcemi (zdroj často nespecifikovaný nebo neznámý pro jedince); pocit obav zapříčiněný anticipací*

nebezpečí. Je to výstražný signál, který upozorňuje na hrozící nebezpečí a umožňuje jedinci provést opatření pro zabývání se hrozbou“ (Vörösová, 2015 s. 118).

2.2.1 Vývoj úzkosti a strachu během lidského života

Během lidského života prochází úzkost a strach určitým vývojem. Po narození dítě odpovídá na nelibé či bolestivé podněty křikem a reflexními pohyby. Kolem sedmého a osmého měsíce prvního roku lze zachytit určité reakce dětí na cizí osoby. Předškolní věk je ovlivněn bohatými fantazijskými představami a z nich pramenícím strachem. Úzkostné reakce dětí se mohou vyskytovat při pocitu ohrožené jistoty a bezpečí. Tyto základní potřeby by však měla saturovat zejména rodina. V době školní docházky na dítě působí řada možných zdrojů úzkosti a strachu, těmi např. jsou strach z neúspěchu, z odsouzení, fyzického násilí. V období dospívání je významným zdrojem obav utváření vlastní identity a sebepojetí, což je spojováno s osobním vzhledem, partnerskými vztahy, studiem, prosazením vlastních schopností atd. Dospělost doprovází široký okruh podnětů vyvolávajících úzkost a strach. Těmi mohou být partnerský a rodinný život, ekonomické zajištění, pracovní kariéra, zdravotní stav vlastní i blízkých osob. V pozdějším věku se může jednat o otázky života a smrti (Paulík, 2017).

2.2.2 Typy úzkostných poruch

Chorobný úzkostný stav neboli *anxieta* je odvozen z latinského slova *anxius* (úzkostný). Úzkostné poruchy patří mezi jedny z nejčastějších duševních onemocnění. Ve vyspělých zemích postihují čtvrtinu populace. Úzkost se může projevit také jako sekundární příznak některých onemocnění např. kardiovaskulárních, respiračních. Dále se vyskytuje u většiny psychických poruch např. neurotické poruchy, deprese, schizofrenní poruchy (Akrmannová, 2015).

Za vznikem úzkostných stavů stojí řada faktorů genetické, výchovné, biologické a existenční povahy. Příčiny bývají často připisovány ke konfliktům prožitým v raném dětství, kde významnou roli hrála přísná a omezující výchova nebo špatné rodinné zázemí. Projevy úzkosti jsou somatické, psychické a sociální. Mezi somatické patří např. třes, rudnutí, rozechvělost, tachykardie, hypoventilace nebo pocení. Pocit ohrožení, nespavost či snížené libido spadá do psychických příznaků. Může také dojít ke změně chování, která se projevuje popocházením, okusováním nehtů, kouřením, konzumací alkoholu, vyhýbáním se určitým situacím, aj. Sociálním projevem úzkosti může být např. absence sociálních kontaktů. Při léčbě úzkostných stavů se volí kombinace farmakologické léčby a psychoterapie (kognitivně- behaviorální terapie, správné dýchání, relaxační techniky aj.).

Pomocí psychologické terapie se jedinec snaží o změnu pohledu na svět, založené na změně jeho myšlenkových postupů, názorů a postojů. U všech forem psychoterapie je doporučováno použití v okamžiku, kdy se úzkost začíná teprve projevovat, technika je tak neúčinnější (Akrmannová, 2015).

Praško (2012) tvrdí, že úzkostné poruchy mají řadu společných rysů. Rozeznáváme však několik typů poruch, které mají odlišný charakter.

2.2.2.1 Fobie

Zažívat strach je zcela běžné. Problém nastává v případě, kdy jedinec zažívá příliš silný až nepřiměřený strach, který ho nutí vyhýbat se určitým situacím nebo objektům. Postižený si uvědomuje, že jeho reakce je zcela nesmyslná vzhledem k dané situaci nebo objektu. Fobická reakce se zhoršuje v době zvýšeného stresu, při nemoci a zejména při depresivní náladě. Rozeznáváme tři hlavní fobické syndromy. **Specifické fobie** neboli izolované fobie, které jsou spojovány se specifickými situacemi např. bouřka, tma, blízkost určitých zvířat, uzavřené prostory, AIDS. **Agorafobie** strach z otevřených prostor, kde v případě záchvatu paniky není rychle dostupná pomoc. Postižení se vyhýbají supermarketům, dopravním prostředkům, divadlům nebo v některých případech neopouštějí domov bez doprovodu. **Sociální fobie** je strach ze situací, kdy člověk může být posuzován a pozorován druhými lidmi. Postižení mohou mít strach z psaní před druhými, ze setkání s neznámými lidmi nebo z vystupování na veřejnosti. U této fobie je kompenzace nepříjemných příznaků alkoholem častější, než u jiných fobických syndromů (Praško, 2012).

2.2.2.2 Panický záchvat a panická porucha

„Panická porucha je charakterizována náhlými epizodami intenzivního strachu až hrůzy, které se objevují bez zjevné vnější příčiny” (Praško, 2012, s. 35). Při záchvatu dochází k intenzivnímu strachu a zároveň k pocitu, že se něco zlého stane, a poté k pocitu ztráty kontroly. Typickými příznaky záchvatu jsou strach ze smrti, zbláznění se, palpitace, závratě, silný třes, návaly horka, zimnice, nauzea aj. Při expozici intenzivních příznaků je postižený přesvědčen, že trpí závažnou tělesnou nebo duševní chorobou. Prožitek je plný děsu a hrůzy, jedinec se cítí proti záchvatu bezmocný. Délka záchvatu se pohybuje kolem 10–20 minut, výjimečně déle. Reakcí na záchvat bývá únik ze situace, kde došlo k panice, nebo co nejrychlejší vyhledání pomoci a bezpečí. Lidé trpící panickou poruchou často vyhledávají pomoc u odborníků, jako jsou internisté, neurologové a další. K adekvátní psychiatrické pomoci se dostávají až po řadě bezvýsledných vyšetření a hospitalizací v jiných oborech (Praško, 2012).

2.2.2.3 Obsedantně – kompulzivní porucha

Obsedantně kompulzivní porucha (OCD) je typická vtíravými a nepříjemnými myšlenkami, které vedou k psychické nepohodě. Téma myšlenek může být u každého postiženého jiné jako např. infekce, agrese vůči druhým, ušpinění se apod. **Obsese** je nechtěná, vtíravá, mimovolní, opakující se neodbytná myšlenka nebo impuls, který se stereotypně vtírá do mysli člověka. Spouštěčem může být celá řada podnětů např. podání ruky s cizí osobou, po zamčení bytu, po doteku domněle kontaminovaného místa, ale také pouhá vzpomínka. Obsese bývají velmi nepříjemné. Postižený se snaží obsese neutralizovat nebo se vyhýbat situacím, které nepříjemné pocity vyvolávají. **Kompulze** zmírňuje negativní pocit, který vyvolala obsese. Při kompulzi jde o nutkavé chování nebo myšlenkový pochod. Postižený si uvědomuje, že vykonává nesmyslnou nebo nadměrnou činnost. Nepříjemný pocit přetrvává do chvíle, kdy se chování, nebo rituál neuskuteční. Typické kompulzivní chování je např. umývání, kontrolování, ujišťování se u okolí (Praško, 2008).

2.2.2.4 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (PTSP) je úzkostná porucha, která je reakcí na prožití traumatické události rozměru katastrofy. Příkladem mohou být povodně, války, přepadení, požár, znásilnění. Porucha je charakteristická pro svoje opakování, znovuvybavování nebo znovuprožívání traumatické události v podobě vzpomínek, snů a představ. Vzpomínky se typicky vybavují v podobě **flashbacků** – záblesků. Postižený se vyhýbá podnětům, které by událost připomněly. Bývají přítomny příznaky jako např. narušený spánek, podrážděnost, návaly vzteku, nesoustředěnost, hypervigilita. Dále může být přítomna trvajících bolest hlavy nebo zad, palpitace, potíže s dýcháním nebo vertigo (Polách, 2015).

2.2.2.5 Generalizovaná úzkostná porucha

Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) bývá charakterizována nadměrnými starostmi a obavami, týkajícími se všech oblastí života jedince – finance, vlastní zdraví i zdraví rodiny, vztahy s okolím aj. Typické pro ně je opakované očekávání nejhoršího, přehlížení vlastních předností a silných stránek. Lidé trpící GAD mají pocit, jako by se mělo stát něco ohrožujícího. Jsou stále ve stavu připravenosti na nebezpečí a prožívají stresovou reakci (Ocisková, 2017).

Praško (2009) uvádí, že při úzkosti se aktivuje sympatický systém, který připravuje jedince na reakci boj nebo útěk. Tato reakce je spuštěna nadměrnými starostmi a obavami, nebo při pomyslení na nepříjemnou situaci nebo pocit, který vznikl jako důsledek stresu. V důsledku toho, že mysl se zabývá starostmi a obávanými myšlenkami, dlouhá aktivace

sympatiku přetrvává nepřiměřeně dlouhou dobu, a dochází tak k rozvoji příznaků způsobených působením sympatického nervového systému. Ocisková (2017) píše, že GAD se nejčastěji projevuje kolem 16. - 25. roku života, ale může se projevit i v jakémkoliv jiném věku.

Příčiny GAD nejčastěji vznikají na podkladě dlouhodobého chronického stresu nebo u citlivých jedinců po závažné životní události (viz škála sociální readaptace, příloha A). Základním léčebným přístupem je systematická psychoterapie nebo farmakoterapie. U závažnějších případů je na místě kombinace psychofarmak s psychoterapií. Při léčbě se podávají benzodiazepiny, které jsou postupně nahrazeny antidepresivy, neboť ta jsou vhodnější pro dlouhodobou léčbu. Nejdůležitějším terapeutickým přístupem u GAD je psychoterapie, která jedinci napomáhá porozumět, co se děje s člověkem při úzkosti. Učí, jak zacházet s příznaky nemoci a problémy v životě (Praško, 2009).

2.3 Civilizační choroby

Dle Adámkové (2010) jsou pojmem civilizační choroby označovány nemoci, které danou společnost nejvíce trápí. Jejich výčet se mění tak, jak se mění společnost a styl jejího života. Dolina (2009) uvádí, že pod výrazem civilizační nemoci se skrývá celá řada zdravotních potíží. Mezi ně patří srdeční a cévní nemoci, zhoubné nádory, obezita, alergie, zubní kazy, cukrovka, artritidy, astma, osteoporóza, žlučové a ledvinové kameny, migréna, menstruační i prostatické potíže, předčasné stárnutí, deprese, Alzheimerova nemoc a mnoho dalších. V takové skupině onemocnění hraje významnou roli životní prostředí, životní styl a sociální faktory.

Civilizační choroby prodělaly vývoj, který je dán měnícími se etiologickými poznatky nemoci, které jsou ovlivňovány stylem života dané společnosti, čímž také dochází ke změnám v klinických projevech chorob. Dále zásadní jsou možnosti léčby daných chorob, které se definují stupněm vývoje společnosti. V současné době jsou veliké rozdíly napříč kontinenty v možnostech léčby. Pro rozšíření současných chorob je stěžejní životní styl, jako je tomu např. u kardiovaskulárních chorob. Medicína je spjatá s kulturou a dobou, ve které vznikala a vyvíjela se. Před založením Univerzity Karlovy v Praze lékaři působili pouze pro vysokou šlechtu. Po založení Univerzity jejich počet stoupl a byly zřizovány funkce městských lékařů. Ti pomáhali městské správě s bojem proti epidemiím, hlásili podezřelá onemocnění, prováděli kontrolní činnost apod. V r. 1834 se prof. Karel Rokitanský stal prvním profesionálním patologickým anatomem. Poukázal na to, že je potřeba systematicky konfrontovat orgánové poruchy s klinickou diagnózou. Velký problém představují přenosné choroby, které se v současnosti modifikují. Dnes známe formy mikroorganismů rezistentních na léčbu a u virů se setkáváme s nejrůznějšími změnami v jejich stavbě např. virus chřipky (Adámková, 2010).

2.3.1 Kardiovaskulární choroby

Kardiologická onemocnění tvoří hlavní příčinu úmrtí v mnoha rozvinutých zemích (Adámková, 2010). Dle ČSÚ (2019) bylo pro rok 2018 nejčtenější příčinou smrti onemocnění srdce. Nejvyšší úmrtnost na nemoci srdce u mužů i u žen tvořila chronická ischemická choroba srdeční, dále šlo o selhání srdce a akutní infarkty myokardu.

2.3.1.1 Ateroskleróza

Aterosklerózou se rozumí proces přestavby cévní stěny. Dochází k ukládání tukových látek a tvorby aterosklerotického plátu v cévních stěnách. Proces vede k zúžení cévního lumina, a následně ke snížení průtoku krve tepnou. Aterosklerotické změny jsou na tepnách patrné již v prvních letech života, ke klinickým změnám dochází až mnohem později (Vojáček, 2004).

V pozdějším věku se aterosklerotické postižení může projevit závažnou klinickou komplikací ischemické choroby srdeční, ischemické cévní mozkové příhody nebo ischemické choroby dolních končetin a ojediněle také jako aneuryzma abdominální aorty (Pitřha, 2016).

ICHS se klinicky dělí na akutní a chronickou formu. Akutní formy vyžadují okamžitou hospitalizaci na koronárních jednotkách a představují závažné ohrožení života. Ischemická choroba mozkových tepen se klinicky projevuje ve většině případů ischemickou cévní mozkovou příhodou. Tato etiologie je zodpovědná za 80 % vzniklých ischemických iktů, z toho 50 % je způsobeno aterosklerotickým uzávěrem a asi 30 % je původu embolického. Při ICHDK dochází ke klaudikacím. Jedná se o svíravé křečovité bolesti, jejichž příčinou je ischemie svalů dolních končetin při nedostatečném průtoku arteriální krve (Dolina, 2009).

Příčiny aterosklerózy nelze zcela jednoznačně definovat, a proto neexistuje kauzální léčba. Terapie se zaměřuje na odstranění symptomů a léčbu komplikací. Důležitou roli v průběhu a vzniku komplikací spojených s aterosklerózou hraje prevence. Tu dělíme na primární a sekundární. V primární prevenci je kladen důraz na ovlivnitelné rizikové faktory u relativně zdravé populace s cílem zabránit vzniku aterosklerózy a jejím klinickým manifestacím. Mezi léčebná opatření patří úprava životního stylu, zákaz kouření, racionální výživa, aerobní cvičení, snížení denní spotřeby NaCl zejména u hypertoniků, udržování hodnot krevního tlaku pod 140/90 mm Hg, normalizace hodnot plazmatických lipidů, kompenzace krevních hodnot cukru u diabetiků, která se co nejvíce přibližuje normální hladině. Dle Vokurky (2015) se normální hladina krevního cukru u zdravého jedince pohybuje v rozmezí mezi 3,9 – 5,6 mmol/l. Cílem sekundární prevence je zabránit progresi choroby nebo zpomalit její průběh u osob s již prokazatelnými příznaky aterosklerózy pomocí farmakologické profylaxe (Dolina, 2009).

2.3.1.2 Arteriální hypertenze

„Arteriální hypertenze (vysoký krevní tlak) je definovaný jako opakované zvýšení systolického krevního tlaku (STK) na hodnoty ≥ 140 mm Hg a diastolického krevního tlaku (DTK) na hodnoty ≥ 90 mm Hg ” (Bulava, 2017, s. 85). Výskyt arteriální hypertenze je další významný rizikový faktor výše zmíněných klinických komplikací. Je prokázáno, že snížení hodnot STK o 10–12 mm Hg a DTK o 5–6 mm Hg znamená nižší riziko CMP o 42 % a koronárního rizika o 16 %. Proto má pečlivá diagnostika a léčba tak důležitý význam. Literatura rozděluje primární (esenciální) a sekundární hypertenzi. U esenciální hypertenze nelze zjistit jedinou vyvolávající příčinu, je považována za funkční poruchu periferních arteriol

se sklonem k vazokonstrikci. Jedná se o složitou patogenezi, kde významnou roli hraje zvýšený příjem soli, genetické vlivy, stres, kouření, nadměrná konzumace alkoholu apod. Sekundární hypertenze je důsledkem jiného onemocnění nejčastěji endokrinního nebo renálního původu (Bulava, 2017).

Prevalence hypertenze se v ČR pohybuje u osob ve věku 25–64 let okolo 40 % s výrazným nárůstem ve vyšších věkových skupinách (v rozmezí 55–64 let má vysoký krevní tlak 72 % mužů a 65 % žen). Hypertenzi často provází následující rizikové faktory – diabetes mellitus, obezita a dyslipoproteinemie (Souček, 2016).

2.3.2 Poruchy metabolismu

Obecně metabolismem rozumíme všechny pochody biochemické povahy, které vedou k přísunu energie a přeměně dalších látek nutných k výstavbě a udržení funkce buněk, tkání, orgánů, a tím i celého organismu. Ovlivnění těchto procesů je zajištěno neurohumorální cestou. S tím jsou spojené dva metabolické děje – *katabolismus* (negativní) a *anabolismus* (pozitivní). Pro správné fungování všech dějů jsou nutné vitamíny, prvky a hormony jako je např. inzulin, glukagon, růstový hormon, pohlavní hormony. Patologické stavy jsou způsobeny příčinami narušeného metabolismu. Jedná se o poruchu příjmu a složení živin, jejich využití v metabolických procesech a ostatní faktory jako např. nedostatek hormonů, genetické vady (Kapounková, 2013).

2.3.2.1 Metabolický syndrom

„Metabolický syndrom je komplex poruch v metabolismu krevních cukrů a tuků, v řízení krevního tlaku a ukládání tukových zásob“ (Dolina, 2009, s. 118). Dnes je známo, že MS je hlavní rizikový faktor zvýšené nemocnosti a úmrtnosti na kardiovaskulární nemoci. Jeho vznik je spojován s genetickou predispozicí, zevními vlivy, nedostatečnou fyzickou aktivitou, kouřením, stresem a přejídáním (Dolina, 2009).

Metabolický syndrom, který je definován od roku 2001 v rámci National Cholesterol Education Program, Adult Treatment Panel III. MS se objevuje u jedinců se třemi a více z pěti předložených rizikových faktorů (Souček, 2016).

Tabulka 1 Definice metabolického syndromu podle NCEP ATP III (zdroj: Souček, 2016)

Rizikový faktor	Definice
Abdominální obezita, obvod pasu	muži > 102 cm ženy > 88 cm
Triglyceridy	≥ 1,7 mmol/l
HDL – cholesterol	muži < 1,0 mmol/l ženy < 1,3 mmol/l
Krevní tlak	≥ 130/85 mm Hg
Glykémie nalačno	≥ 5,6 mmol/l

2.3.2.2 Obezita

Dle Pichlerové (2016) počty obézních lidí od roku stoupají a obezita se stala závažným problémem vyspělých společností. Podle odhadů v roce 2030 může trpět 60 % světové populace nadváhou nebo obezitou. Obézní jedinec je třikrát více ohrožen IM, CMP a hypertenzí. Pacienti s DM 2. typu zhruba v 80 % případů trpí nadváhou či obezitou. Obezita je rizikovým faktorem malignit.

Obezita negativně ovlivňuje tělesné systémy a má za následek řadu zdravotních komplikací. Pro ilustraci např. *metabolické komplikace* (inzulinová rezistence, poruchy metabolismu lipidů, hyperurikémie), *endokrinní poruchy* (hyposekrece růstového hormonu, změna aktivity sympatoadrenálního systému), *kardiovaskulární komplikace* (hypertenze, arytmie, ICHS, náhlá smrt, CMP, tromboembolická nemoc) *respirační komplikace* (Pickwickův syndrom, syndrom spánkové apnoe), *gastrointestinální a hepatobiliární komplikace* (hiátová hernie, jaterní steatóza, gastroezofageální reflux), *gynekologické komplikace* (poruchy cyklu, komplikace v těhotenství a při porodu, pokles dělohy), *kožní komplikace* (strie, celulitida, ekzémy), *psychosociální komplikace* (deprese, úzkost, společenská diskriminace, poruchy příjmu potravy) a další (Hainer, 2011).

Při diagnostice obezity je nutné získat podrobnou anamnézu. Sběr osobní anamnézy je zaměřen na přidružená onemocnění, stravovací návyky, fyzickou aktivitu, konzumaci alkoholu apod. V rodinné anamnéze je zjišťován výskyt obezity, neboť ve 40–70 % je za vznik zodpovědný genetický faktor. Dále následuje fyzikální vyšetření, které zahrnuje měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, obvodu pasu a obvodu boků (Braunerová, 2010). Pomocí naměřených hodnot výšky a hmotnosti lze vypočítat BMI (Body Mass Index) za použití vzorce $\text{hmotnost (kg)} / \text{výška (m}^2\text{)}$. S vyšším BMI koreluje vzrůstající zdravotní riziko.

Důležité je podotknout výjimku, kde nelze BMI použít. Jedná se o svalnaté jedince, u kterých je hodnota BMI falešně vysoká.

Tabulka 2 Pásma charakterizující hodnotu BMI a s nimi spojená rizika dle WHO (zdroj: Pichlerová, 2016)

BMI	Kategorie	Zdravotní riziko
<18,5	Podváha	Zvýšené
18,5 – 24,9	Normální rozmezí	Minimální
25,0 – 29,9	Nadváha	Zvýšené
30,0 – 34,9	Obezita 1. stupně	Vysoké
35,0 – 39,9	Obezita 2. stupně	Vysoké
> 40	Obezita 3. stupně	Velmi vysoké

Hodnoty obvodu pasu, lze porovnat v tabulce, ze které je patrné riziko, ve kterém se jedinec nachází (Pichlerová, 2016).

Tabulka 3 Vztah míry obvodu pasu a míry zdravotního rizika (zdroj: Pichlerová, 2016)

Pohlaví	Obvod pasu (cm)	Zdravotní riziko
Muži	94–107	Zvýšené
	> 107	Vysoké
Ženy	80–88	Zvýšené
	> 88	Vysoké

V laboratorním vyšetření je sledována hladina glykémie, lipidů, jaterních testů a kyseliny močové. Součástí je také vyšetření hladiny TSH za účelem vyloučení hypotyreózy. Další vyšetření jsou indikována na základě zdravotního stavu pacienta. Tato vyšetření jsou realizována ve specializovaných centrech, která disponují širokou škálou vyšetřovacích metod (Braunerová, 2010).

Péče o pacienty s nadváhou, tedy do BMI 30 kg/m², spadá do léčby praktických lékařů. Základem léčby jsou vhodné dietní a pohybové intervence zahrnující edukaci o velikosti porcí, načasování jídel, správném výběru potravin a vhodné pohybové aktivitě. Při BMI > 30 kg/m² by mělo být jedinci doporučeno obezitologické pracoviště. Bariatrické výkony jsou indikovány u jedinců s BMI > 40 kg/m² a pacientů s BMI > 35 kg/m² s přítomností komorbidit. Bariatrická chirurgie potvrdila pozitivní účinek na remisi či zlepšení DM 2. typu. Aby byla léčba úspěšná, musí být indikována u vhodného pacienta. Poté je nutná celoživotní pravidelná dispenzarizace (Pichlerová, 2016).

2.3.2.3 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus neboli cukrovka, úplavice cukrová, žíznivka je onemocnění, které lidstvo provází velmi dlouho. První zmínky o této chorobě pravděpodobně zaznamenává Ebersův papyrus, který pochází z 16. st. př. Kr. (Adámková, 2010). Dle ÚZIS byl v roce 2018 DM zaznamenán u více než 1 milionu osob, z toho 760 tisíc osob bylo léčeno antidiabetiky (ÚZIS, 2019). Dle Doliny (2009) se narůstající výskyt diabetu rovná světové pandemii.

Při diabetu tělo nedokáže správně hospodařit s glukózou, která je hlavním a nejdůležitějším zdrojem energie v těle. Rozlišujeme dva základní typy DM. DM 1. typu – při této formě dochází k autoimunitní destrukci B-buněk Langerhansových ostrůvků. Buňky neprodukují inzulin a v krvi zcela chybí. V tomto případě je nutná substituce inzulinu. Forma 1. typu se obvykle vyskytuje u dětí, mladistvých a u dospělých do 40 let. DM 2. typu trpí až 90 % diabetiků. Tento typ je způsobený tzv. inzulinovou rezistencí – snížená účinnost inzulinu. Postihuje osoby v dospělém a pokročilém věku. Na vzniku DM 2. typu se podílí genetické vlivy společně s vlivy zevního prostředí. Za nejdůležitější ovlivnitelný rizikový faktor se považuje obezita (Dolina, 2009).

Příznaky diabetu 1. typu jsou nadměrná žízeň, zvýšený příjem tekutin, nadměrné močení, unavenost, malátnost, dech páchnoucí po acetonu apod. Při laboratorním vyšetřování jsou detekovány vysoké hladiny krevního cukru – hyperglykémie, glykosurie a přítomnost ketolátek v krvi a moči. Diabetes 2. typu se mnohdy zjistí náhodně při jiném vyšetření, nebo při cíleném screeningu, neboť počáteční stádia bývají chudá na příznaky. Tento typ často doprovází nevysvětlitelná únava a zhoršená chuť k jídlu. Nadměrné močení, žízeň a zvýšený příjem tekutin jsou typické pro rozvinuté onemocnění (Dolina, 2009).

Cílem léčby diabetu 2. typu je prodloužení a zkvalitnění života nemocných, zpomalení vzniku a rozvoje chronických mikrovaskulárních komplikací diabetu a také minimalizování rizika vzniku akutních komplikací jako je hypoglykémie a hyperglykémie. Léčebný plán by měl být sestaven tak, aby se dosáhlo optimální kompenzace diabetu s přihlédnutím k věku, fyzické aktivitě, přidruženým chorobám, přítomnosti komplikací a osobnosti nemocného. Léčebný plán zahrnuje (Škrha, 2016).

- Individuální doporučení dietního režimu.
- Doporučení změny životního stylu.
- Určení individuálních cílů (glykémie nalačno, hmotnost, krevní tlak apod.).
- Edukaci pacienta, popř. členů rodiny.

- Selfmonitoring pacienta.
- Farmakologickou léčbu diabetu a přidružených onemocnění.
- Psychosociální podporu.

Výskyt diabetu 2. typu stále narůstá a s ním i počet cévních komplikací postihujících jak mikro, tak makroangiopatii (Škrha, 2016).

2.3.3 Onkologická onemocnění

Mezi civilizační choroby ve vyspělých zemích se řadí také vysoký výskyt nádorového onemocnění. V ČR během života onemocní některým typem nádorového onemocnění každý třetí občan (Adámková, 2010). V roce 2016 bylo v Národním onkologickém registru ČR nově nahlášeno 96 500 případů zhoubných novotvarů a novotvarů in situ, z toho 49 302 případů u mužů a 47 198 případů u žen (ÚZIS, 2016). Incidence v ČR dlouhodobě roste. Zvyšující se počet hlášených případů můžeme částečně dávat do souvislostí se stárnutím populace, vyšším výskytem fyzikálních a chemických karcinogenů, změnami životního stylu, zlepšením diagnostiky zhoubných novotvarů a celkovou kvalitní lékařskou péčí. V roce 2016 byl nejčastějším diagnostikovaným onkologickým onemocněním „jiný zhoubný novotvar kůže“. Pod tuto diagnózu spadají převážně bazaliomy a spinocelulární karcinomy. Těchto nádorů bylo hlášeno celkem 28 251. Zhruba třetinu nově zjištěných zhoubných nádorů tvořily u mužů zhoubné nádory kolorekta a prostaty, zhoubné nádory prsu u žen a zhoubné nádory průdušnice, průdušek a plic (ÚZIS, 2016).

Zhoubné nádory lze definovat jako skupinu nemocí, jejichž charakteristickým znakem je neomezený růst buněk. Mechanismus kontrolující růst buněk je trvale poškozen, a dochází tak k nárůstu buněčné masy nádoru, která napadá a ničí normální zdravou tkáň. Nádory jsou rozdělovány do dvou skupin: **benigní** – nezhoubné a **maligní** – zhoubné. Je známo více jak 250 různých druhů nádorů, kdy každý z nich má charakteristickou symptomatologii a terapeutický přístup. Dalším znakem nádoru je šíření v organismu, a to dvěma mechanismy – přímé šíření neboli pokračující místní růst (šíření per continuitatem) a zakládání vzdálených dceřiných ložisek čili metastazování (Vorlíček, 2012).

World Cancer Research Fund International je nezisková organizace zaměřená na výzkum rakoviny a publikaci zdravotnických informací. Mimo jiné sleduje i globální výskyt rakoviny. Pro rok 2018 obsadily první příčky v globálním výskytu rakoviny u obou pohlaví Austrálie, Nový Zéland a Irsko, přičemž Česká republika se nachází na 22. místě z 50 států (WCRF, 2018). Evropská komise za účelem snížit riziko vzniku onkologických onemocnění

u občanů vydala Evropský kodex proti rakovině (viz příloha B). Jedná se o soubor 12 doporučení. Čím více budou doporučení jednotlivci dodržovat, tím u nich bude riziko rakoviny nižší. Současný kodex je čtvrtým vydáním, které připravili vědci, specialisté a odborníci v oblasti nádorových onemocnění z celé Evropské unie v letech 2012-2013 (WHO, 2016).

2.3.3.1 Nádory prsu

Jedná se o nejčastější onkologické onemocnění u žen, vyjma kožních nádorů. Nejpostiženější věkovou skupinou jsou ženy nad 55 let. V posledních letech se diagnostika pokročilejších národů mírně snižuje (Dolina, 2009). Důvodem je zavedený celoplošný mamografický screening, který v ČR platí od roku 2002. Preventivní vyšetření mléčné žlázy se provádí u žen od 45 let jednou za dva roky (Linkos (1), 2019).

Díky prevenci a včasnému odhalení nádoru může být pacientka současnými léčebnými postupy zcela vyléčena. Samovyšetření prsu je nejjednodušší metodou záchytu karcinomu prsu. Vyšetření si provádí žena pravidelně každý měsíc, nejlépe druhý nebo třetí den po skončení menstruace. Pro nemenstruuující ženy je to pak jakýkoliv libovolný den. Samovyšetření se provádí před zrcadlem. Pomocí bříšek tří prostředních prstů se provádí krouživé pohyby. Jedna paže je zvednutá nad hlavou a druhá vyšetřuje prs i oblast podpažní jamky. Samovyšetření se provádí ve stoje i vleže, a to stejným postupem (Komárek, 2006).

Nejčastějším zhoubným nádorem je duktální invazivní karcinom vycházející z výstelky mléčných vývodů – vyskytuje se v 75 % případů. Druhým nejčastějším zhoubným nádorem projevujícím se v 10 % případů je lobulární invazivní karcinom vycházející z prsních lalůček. Nádory se klinicky projevují tuhou hmatnou rezistencí, bolestivostí, změnou barvy prsu, deformací bradavek, výtoky z bradavek od mléčné po krvavou sekreci. Mezi rizikové faktory vzniku nádorů patří časná menstruace a pozdní menopauza, za vysoce rizikový se považuje také první porod po 35. roce života. Dále sem řadíme genetickou predispozici a mutaci genu BRCA 1 a BRCA 2, které mohou způsobit karcinom prsu i vaječnicků (Dolina, 2009).

Terapie karcinomu prsu je chirurgická, chemoterapeutická, radiační a hormonální. Chirurgická je indikována tam, kde je možné nádor chirurgicky odstranit a nejedná se o pokročilé metastatické onemocnění. Chirurgický zákrok lze provést několika způsoby. Chemoterapií se rozumí systémová léčba aplikací cytostatických látek žilní nebo perorální cestou. Rozeznáváme adjuvantní chemoterapii neboli zajišťovací – podává se po chirurgickém výkonu k eliminaci případných recidiv či relapsů. Neoadjuvantní se podává s cílem zmenšit

nádor před operací. Při kurativní chemoterapii je záměrem léčba a stabilizace onkologického onemocnění. Paliativní chemoterapie se podává v době, kdy nelze onemocnění stabilizovat a léčit, ale cílem je odstranit nežádoucí projevy onemocnění, a tím zlepšit kvalitu života nemocného. Chemoterapie je doprovázena celou řadou nežádoucích účinků, jimiž jsou poškození krvevotvorby, nevolnost, zvracení, alopecie, kardiotoxicita, nefrotoxicita apod. Hormonální terapie je systémovou terapií a dělí se na adjuvantní, kurativní a paliativní. Radioterapie je další léčebná metoda, která vždy doplňuje léčbu chirurgickou (Dolina, 2009).

2.3.3.2 Kožní nádory

Bazocelulární karcinom (bazaliom) - jedná se o pomalu rostoucí, lokálně invazivní, epidermální karcinom. Jde o nejčastější kožní maligní nádor. Vyskytuje se více u mužů ve věku nad 50 let. Důvodem je častější expozice sluneční radiaci. Příčina není zcela známá, ale predisponujícím faktorem je zmiňovaná expozice slunečního záření. Bazaliomy se nejčastěji vyskytují v oblasti obličeje, kde pomalu rostou v průběhu měsíců nebo let. Šíří se plošně a pronikají do hloubky tkání, kde destrukují chrupavky či kosti. Lymfatické uzliny zpravidla nejsou postiženy a metastazují zřídka. Bazaliomy se odstraňují chirurgicky, zmrazením velmi nízkými teplotami tekutého dusíku nebo lokální aplikací interferonu alfa atd. (Dolina, 2009).

Spinocelulární karcinom (spinaliom) - častý kožní nádor, který metastazuje. Vychází z dlaždicového epitelu kůže nebo sliznice. Postihuje třikrát více muže než ženy. Rizikovými faktory jsou vysoké kumulativní dávky ultrafialového světla, dlouhodobá expozice dehtu, olejů, kožní tuberkulóza typu lupus vulgaris, lupus erythematosus, dlouhodobé dráždění teplem spojené s kouřením dýmek. Typický je květákovitý vzhled tumorů s prorůstáním do hloubky a krvácením. Zpravidla se vyskytují v obličeji na tvářích a rtech, hřbetu ruky, ovlášené části hlavy, genitálu, jazyku apod. Lymfatické uzliny mohou být zvětšené. Růst do průměru 1 cm trvá obvykle rok a více, na sliznicích je růst rychlejší. Metastázy do regionálních uzlin se objevují v pozdějším stádiu. V diagnostice je důležité histopatologické vyšetření. Při léčbě se volí chirurgický výkon a radioterapie (Dolina, 2009).

2.3.3.3 Kolorektální karcinom

Kolorektální karcinom je souhrnný název pro zhoubné nádory oblasti tlustého střeva a konečníku. Nádory dělíme na maligní a benigní. Nezhoubný charakter nádoru mají polypy či deformace střeva např. u Crohnovy choroby. Mluvíme o takzvaných prekancerózách neboli předstupních. Nejčastějším typem v zažívacím traktu jsou tzv. dysplazie.

Pravděpodobnými příčinami vzniku nádorů jsou fyzikální faktory (např. ionizující záření, ultrafialové záření), chemické faktory (těžké kovy, azbest, vinylchlorid apod.) a virové faktory (např. RNA viry, DNA viry, papilomaviry). Na vzniku se podílí celý výčet rizikových faktorů (kouření, alkoholový abúzus, nevhodné stravovací návyky apod.), které lze ovlivnit protinádorovou prevencí (Dolina, 2009). V rámci studie CALGB-89803 z roku 2018 zabývající se vlivem ořechovin na rekurenci kolorektálního karcinomu u pacientů po adjuvantní léčbě kolorektálního karcinomu bylo zjištěno, že u pravidelných konzumentů ořechů (mandle, pistácie, vlašské ořechy, lískové ořechy a kešu, vyjma arašídů) je zvýšené období bez nádoru o 42 % a celkové přežití o 57 % (John, 2019).

V ČR funguje kolorektální screening, jehož cílem je zachytit rozvíjející se zhoubný nádor v tlustém střevě nebo konečniku. U občanů ve věku 50-54 let by mělo být pravidelně jednou za rok prováděno TOKS. Test je k dostání u praktických lékařů. Občané starší 55 let mohou pokračovat v pravidelných testech TOKS, nebo se rozhodnout pro screeningovou kolonoskopii, která se provádí jednou za deset let (Linkos (2), 2019).

Klinický obraz kolorektálních karcinomů se projevuje anemií, úbytkem na váze, zvýšenou plynatostí, změnou defekačního stereotypu, přítomností krve nebo hlenu ve stolici, nutkáním na stolici, zúžením průsvitu střeva, později může dojít i k ileózním stavům aj. V rámci diagnostiky je důležitý sběr anamnestických údajů, pohmatové vyšetření per rektum, endoskopické vyšetření a laboratorní vyšetření průkaz nádorových markerů CEA a CA19-9. Volba terapie se řídí lokalizací a Dukesovou klasifikací. Chirurgická léčba je jedinou kurativní terapií. Dále je pak volena radioterapie nebo chemoterapie. Pacient je v době léčby a také minimálně 4 roky po jejím ukončení zapojen do dispenzárního programu. Cílem je včas odhalit případnou recidivu nebo vznik metastáz (Dolina, 2009).

2.4 Zdravotnické povolání

Pro vymezení pojmu zdravotnické povolání jsou nejlépe uchopitelné definice obsažené v textu platných právních předpisů, a to v zákoně o nelékařských povoláních zákon č. 96/2004 Sb. Zákon O nelékařských zdravotnických povoláních. „*Pro účely tohoto zákona se rozumí zdravotnickým povoláním souhrn činností při poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona, zejména ošetrovatelské péče, péče v porodní asistenci, preventivní péče, diagnostické péče, léčebné péče, léčebně rehabilitační péče, paliativní péče, lékárenská péče a klinickofarmaceutická péče, neodkladné péče, anesteziologicko-resuscitační péče, posudkové péče a dispenzární péče*“ (Zákon č. 96/2004 Sb., § 2).

Vzhledem k odborné přípravě i konkrétnímu profesionálnímu výkonu se zdravotnické povolání řadí mezi povolání náročná. Cílovou skupinou zdravotníků je nemocný člověk. Náročnost výkonu zdravotnického povolání tkví v komunikačních schopnostech ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům, odborné činnosti jako je manipulace s moderní technikou a administrativní práce. Od zdravotnických pracovníků se očekává, že zvládnou unést fyzickou zátěž práce a dovedou ovlivnit a vést prožívání a jednání nemocných. Dále je nutné, aby se vypořádali s pracovními a rodinnými problémy. Všechny tyto potřeby jsou náročné na osobnost člověka, profesionální průpravu, způsob života i duševní stabilitu (Zacharová, 2017).

Dle Zacharové (2017) by měl zdravotnický pracovník disponovat určitými osobnostními předpoklady, jako jsou např. tvůrčí přístup k řešení svěřených úkolů, empatie, vhodné vystupování, trpělivost, pohotové reakce, smysl pro povinnost a odpovědnost, umění se ovládat, přiměřené sebevědomí, smysl pro humor. Z historického hlediska byla osobnost zdravotníka ovlivněna a poznamenala tak obsah činnosti sestry i prestiž povolání. Nahlížení na práci sestry ovlivňuje současné sociální prostředí. Společnost oceňuje význam dané profese, ale také ovlivňuje její pojetí. Existují základní Etické kodexy, které pomáhají činnost zdravotnických pracovníků zkvalitnit.

Literatura popisuje řadu závažných jevů spojených s výkonem zdravotnického povolání, které mohou působit negativně na lidskou psychiku. Jedním z nich je častý syndrom vyhoření.

2.4.1 Syndrom vyhoření

„Termín burnout – syndrom vyhoření, vyprahlosti, vypálení – popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebehodnocení a negativní postoje v povolání” (Venglářová, 2011, s. 23).

Syndrom vyhoření je spojován s profesemi, ve kterých se pracovníci setkávají s lidmi, jejich bolestí a těžkými osudy (Venglářová, 2011). Křivohlavý (2012) popisuje řadu profesí, které jsou ohroženy syndromem vyhoření. Těmi jsou například lékaři, zdravotní sestry, psychologové a psychoterapeuti, sociální pracovníci, učitelé všech stupňů, duchovní, vedoucí pracovníci všech stupňů, podnikatelé, obchodníci, úředníci apod.

Vyhoření je neustále se vyvíjející proces, který může nastat u motivovaného jedince nástupem do pomáhající profese. Pracovník je plný elánu, představ a očekávání, chce realizovat své plány a je trvale přetěžován. Syndrom vyhoření má několik stupňů. Existuje řada členění syndromu vyhoření do fází. Venglářová (2011) popisuje jednu z nich.

- **Nadšení** – v popředí jsou ideály, jasný cíl, smysluplnost, dochází k přetěžování se.
- **Stagnace** – nadšení postupně uvažá, slevování ze svých ideálů.
- **Frustrace** – jedinec se zajímá o otázky efektivity a smyslu vlastní práce, cítí se osamělý se svými problémy, dostavuje se deziluze a zklamání.
- **Apatie** – povolání je vnímáno jen jako zdroj obživy, jedinec dělá pouze nejnnutnější práci, vyhýbá se komunikaci s nemocnými a dalšímu vzdělávání. V této fázi se může vyskytnou tzv. HH – syndrom (helplessness – bezmoci a hopelessness – beznaděje).
- **Vyhoření** – naprosté vyhýbání se profesním požadavkům, vyčerpání, negativismus a lhostejnost.

Pro syndrom vyhoření je charakteristické, že se projevuje zejména v psychice postiženého. Jedná se o psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému a emocionálnímu vyčerpání organismu. Příznaky jsou rozdělovány do tří oblastí.

Tělesné vyčerpání se projevuje chronickou únavou, nedostatkem energie, tělesnou slabostí, nemocností, změnami tělesné hmotnosti. Objevuje se zvýšená potřeba spánku, nekvalitní spánek, ráno se člověk budí neodpočatý a nevyspalý. **Psychické vyčerpání** se vyznačuje negativními postoji k sobě i k druhým. Postižený si přestává věřit, je cynický, pesimistický a negativistický. Objevují se poruchy soustředění, zapomnětlivost, útlum celkové aktivity. Práce a život přestává mít smysl a mohou se dostavit i sebevražedné myšlenky.

Při **emocionálním vyčerpání** člověk cítí pocity beznaděje, bezmoci, vyhýbá se lidem, uzavírá se do sebe. Přestává mít radost z kontaktu s lidmi nejdříve v práci poté i v rodině. Na své blízké reaguje podrážděně a stávají se pro něho další přítěží (Venglářová, 2011).

V rámci diagnostiky k odhalení burnout syndromu se nejčastěji používá dotazníková metoda MBI Maslach Burnout Inventory. „*Tato dotazníková metoda byla podrobena faktorové analýze (hledaly se „kořeny” toho, co se odpověďmi na otázky vlastně měří)*”; (Křivohlavý, 2012, s. 54). Zjišťují se tedy tři faktory (činitelé), kterými jsou *EE – emotional exhaustion*, tj. emocionální vyčerpání, *DP – depersonalizace*, tj. ztráta úcty k druhým lidem, *PA – personal accomplishment*, tj. snížený pracovní výkon. Dotazník je sestaven tak, že 9 otázek je zaměřených na EE, 5 otázek na DP a 8 otázek cílí na PA. Respondent na otázky odpovídá jedním ze sedmi stupňů odpovědní škály (Křivohlavý, 2012).

SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Řada významných badatelů jako například I. P. Pavlov, W. Cannon, H. Selye jsou spojováni s termínem stres. Každý z nich nahlíží na tento stav z jiného úhlu, což způsobuje nejednotnost a neschopnost určit přesnou definici stresu. Dá se říci, že jejich společným cílem bylo objasnit, jak tento negativní jev působí na lidské tělo, psychiku a jak je možné mu čelit. Studiemi byl prokázán negativní vliv dlouhodobého stresu na lidské zdraví a psychiku.

Úzkost je doprovázena strachem. Mezi těmito dvěma pojmy nelze určit přesnou hranici. Tyto stavy mají obrannou a signální funkci, které napomáhají k orientaci ve světě a přežití. Od roku 1973 byla úzkost označena jako ošetřovatelská diagnóza a zařazena do klasifikačního systému

NANDA- I. Během lidského života prochází úzkost určitým vývojem od narození po období pozdějšího věku života. Projevy úzkosti mají mnoho podob od rudnutí, nespavosti až po změnu chování aj. Existuje celá řada úzkostných poruch a každá z nich má své specifické projevy.

Problematika civilizačních chorob není spojována pouze se stresem a úzkostí, ale tyto determinanty jsou jedny z významných rizikových faktorů při jejich vzniku. Výčet těchto chorob se mění v závislosti na vývoji dané společnosti, jejím životním rytmu a stylu. Existují významné rozdíly napříč kontinenty v přítomnosti tohoto onemocnění, v terapii apod. Pro každou civilizaci jsou typické jiné nemoci. Civilizační choroby mohou postihovat všechny systémy lidského organismu.

Zdravotnické povolání je definováno zákonem O nelékařských zdravotnických povoláních. Nutné podotknout, že se jedná o náročnou profesi, kde je kladen důraz na odbornost, lidskost a profesionalitu zaměstnanců. Výkon těchto povolání úzce souvisí s psychickým vyčerpáním vyvolaným zvyšujícími se požadavky zaměstnavatelů nebo jedinců samotných. Tyto stavy vedou k dnes častému syndromu vyhoření, který postihuje nejen zdravotníky, ale obecně osoby pracující v úzkém kontaktu s lidmi.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část diplomové práce vychází ze stanovených výzkumných otázek. Tato část obsahuje průběh výzkumného šetření, analýzu a interpretaci výsledků získaných na základě kvantitativního šetření. V diskusi jsou zjištěné výsledky porovnány s jinými odbornými studiemi.

3.1 Metodika

Diplomová práce je teoreticko – průzkumného charakteru. Průzkumná část je realizována na základě kvantitativního šetření za pomoci standardizovaného dotazníku Stress Profile, sebesposuzovací škály Zung a demografických otázek vlastní tvorby.

Cílem práce bylo zjistit míru stresu respondentů a zároveň porovnat, jaká skupina respondentů je více ohrožena onemocněním spojeným se stresem a dále zjistit, u jaké skupiny respondentů je větší míra úzkosti.

Cílová skupina dotazníkového šetření byla rozdělena do dvou skupin. První skupinu respondentů tvořily zdravotní sestry bez ohledu na vzdělání (SŠ, VOŠ, VŠ) ve věku 19–59 let pracující na lůžkovém interním, chirurgickém a neurologickém oddělení jedné nemocnice krajského typu. Druhou cílovou skupinu tvořili respondenti pracující v sociálních službách dle regulí zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách (tzn. pracovníci pečovatelských služeb, odlehčovacích center, stacionářů, osobní asistenti apod.); (dále jen nezdravotníci) ve věkovém rozmezí 19–59 let. Důležitým předpokladem zařazení osob do průzkumu byla ochota spolupracovat. Respondenti byli vybíráni z regionu východní Čechy.

Metodou výzkumu byl zvolen standardizovaný dotazník Stress Profile, sebesposuzovací škála ZUNG a otázky týkající se demografických informací. Celkový počet distribuovaných dotazníků činil 100 kusů - 50 dotazníků pro zdravotníky a 50 dotazníků pro pracující v sociálních službách. Z celkového počtu distribuovaných dotazníků bylo navráceno 94 dotazníků, což činí 94% návratnost.

Dotazník Stress Profile byl za pomoci vedoucího práce pana PhDr. Zdeňka Hrstky, Ph.D. objednan a následně zakoupen ve formě papír tužka v Testcentru-Hogrefe. Důvodem zvolení varianty papír – tužka místo elektronické verze byl předpoklad jednodušší administrace respondentů, kde není zapotřebí PC, ale možnost dotazníkový soubor odnést a vyplnit v klidu a soukromí. Standardizovaný dotazník není veřejný, proto není možné dotazník v diplomové práci zveřejňovat.

3.1.1 Demografická data

První část dotazníkového souboru tvoří oddíl zabývající se demografickými daty respondentů. Tato část je jako jediná vlastní konstrukce. Skládá se z pěti otázek týčících se na základní informace o respondentovi (pohlaví, věk, nejvyšší dokončené kvalifikační vzdělání, rodinný stav a děti). Byly sestaveny dvě verze dotazníků. Pro skupinu zdravotníků (Dotazník pro sestry SŠ, VOŠ, VŠ vzdělání, viz příloha C) byla v otázce č. 3 Nejvyšší dokončené kvalifikační vzdělání vynechána varianta odpovědi „základní vzdělání“. Dále byla přidána otázka č. 6, která zjišťuje oddělení, na kterém respondent pracuje. Druhá verze dotazníku je zhotovena pro skupinu nezdravotníků (Dotazník pro pracující respondenty v sociálních službách, viz příloha D), která čítá pět otázek zabývajících se demografickými daty.

3.1.2 Zungova sebeposuzovací stupnice úzkosti

Zungova sebeposuzovací škála se skládá z dvaceti položek (viz příloha E). Otázky jsou sestaveny tak, že se zaměřují na charakteristické symptomy typické pro úzkost. Pomocí škály 1–4 respondent vybere nejvhodnější odpověď. Možnosti volby odpovědí jsou: „*nikdy*“ – „*někdy*“ – „*často*“ – „*stále*“. Čím více vypovídá odpověď o vyšší míře úzkosti, tím vyšší hodnotu má na škále. SAS index stanovuje „*Míru úzkosti*“. Hodnota SAS se získá vydělením sumy dosaženého skóre osmdesáti a vynásobením stem. Osmdesát je maximální možné skóre, kterého lze dosáhnout. Dle vypočítané hodnoty SAS indexu je interpretace pro míru úzkosti následující: SAS index méně než 50 „Normální, nejvíe známky úzkosti“, SAS index 50–60 „Přítomny známky minimální nebo lehké úzkosti“, SAS index 60–69 „Přítomna středně silná až zřetelně vyjádřená úzkost“, SAS index 70 a více „Přítomna těžká až extrémně těžká úzkost“ (Honzák, 1999).

3.1.3 Stress Profile

Jedná se o sebeposuzovací dotazník, jehož autorem je Kenneth K. Nowack. Dotazník byl přeložen a upraven Jiřím Klosem a Pavlem Králem. Cílem je poskytnout informace o psychologických faktorech, které ovlivňují vztah mezi stresem a nemocí. Podává informace o životním stylu a zdravotním chování, které se mohou podílet u konkrétního jedince na onemocnění a poruchách ovlivňovaných stresem. Nástroj byl normován pro širokou veřejnost. Dotazník je složen ze 123 otázek, které jsou součástí 15 obsahových škál. S vyplněním dotazníku by dle autora neměl mít potíže nikdo, kdo má alespoň základní vzdělání. Průměrná doba vyplňování je 20-25 minut.

Pro představu je uvedena interpretace jednotlivých škál a subškál.

Škálu **Stres** tvoří šest položek a měří stresory v oblastech: zdraví, práce, finanční situace, rodiny, společenské povinnosti a životního prostředí. Respondenti uvádějí, jak často zakouší stres v daných oblastech za poslední 3 měsíce. Druhým zkoumaným okruhem jsou **Zdravotní návyky**, tím se rozumí specifické chování. Jestliže se opakuje pravidelně, dochází tak k fyzické a psychické pohodě. Tuto škálu tvoří čtyři oblasti, které zároveň představují samostatné podokruhy: cvičení, odpočinek/spánek, jídlo/výživa a prevence. Subškála prevence zahrnuje trs položek ARC. Tyto položky jsou skórovány samostatně a zároveň tvoří celkové skóre škály zdravotních návyků. Subškála **cvičení** sleduje četnost cvičení, kterému se dotazovaný věnuje pravidelně. **Odpočinek/spánek** tvoří další subškálu, která je složena z pěti položek. Ty se týkají dostatečného odpočinku a relaxace. **Jídlo/výživa** je třetí subškálou škály zdravotních návyků. Ta hodnotí, zda dotazovaní dostatečně dbají na vyváženou a výživnou stravu. Poslední subškálu škály zdravotních návyků tvoří **prevence**. Tato oblast je tvořena jedenácti položkami. Ty sledují, jak se respondenti věnují preventivním zdravotním a hygienickým postupům jako např. preventivní prohlídky, užívání předepsaných léků. **Trs položek ARC** je součástí subškály prevence. Jedná se o tři položky, které zkoumají užívání návykových látek a kouření.

Dalším sledovaným okruhem je škála **Sociální podpora okolí**. Patnáct položek v této škále přináší přehled o respondentovi. Zjišťuje se, zda má kolem sebe osoby, u kterých nalezne emoční podporu, radu, poučení, lásku a pomoc. Položky jsou zaměřeny na okruh pěti osob v respondentově okolí: nadřízený, spolupracovníci, manžel/manželka, partner/partnerka nebo jiní blízcí členové rodiny, příbuzní a přátelé.

Čtvrtým zkoumaným okruhem je **Chování typu A**. Škála se zaměřuje na reakce typu A, což zahrnuje „vnitřní“ vztek, pocit časové tísně, netrpělivost, vysokou pracovní angažovanost, ctižádostivost apod. S reakcí chování typu A je možné se nejčastěji setkat u osob v manažerských funkcích. Charakteristiky tohoto chování přispívají k rozvoji nemocí převážně kardiovaskulárních.

Kognitivní nezdolnost je další zkoumanou škálou. Za pomoci třiceti položek je zjišťováno, jaké životní a pracovní atributy, postoje a přesvědčení respondent zaujímá.

Posledním zkoumaným okruhem je **strategie zvládání zátěže**. Zaměřuje se na čtyři odlišné strategie vyrovnávání se se zátěží. Těmi jsou pozitivní pohled, negativní pohled, minimalizace hrozeb a zaměřenost na problém. **Pozitivní pohled** zahrnuje pět položek, které se věnují použití

podpůrných výroků pro minimalizaci vnímání stresu. Jedinci používající tuto strategii se zaměřují na pozitivní aspekty situace, redukují dopad problémů, připomínají si šťastnější zkušenosti nebo vizualizují pozitivní řešení problematické situace. Škála **negativní pohled** je složena z pěti položek, které měří, jakým způsobem proband přistupuje k problémovým situacím. Negativní pohled lze charakterizovat sebeobviňováním, sebekritikou nebo katastrofickým myšlením. Pětipožková škála **minimalizace hrozeb** sleduje, zda má proband tendenci k používání této strategie. Za minimalizací hrozeb si lze představit způsob vyrovnání se se stresory tím, že snižuje jejich významnost, nebo že se jimi jedinec nezabývá. Osoby volící tuto strategii jako způsob vyrovnávání se s problémy si z problematické situace dělají legraci nebo o ní vtipkují. Svoji pozornost úmyslně zaměřují daleko od problému. **Zaměřenost na problém** je aktivní snaha jedince měnit environmentální stresory nebo své chování. Jedinci volící tuto strategii zkoumají svou vlastní zkušenost a zkušenost jiných tak, aby naplánovali efektivní postup pro vyřešení problémové situace. Škála **psychická pohoda** zahrnuje dvanáct položek, které sledují pocit uspokojení a psychické vyrovnanosti během posledních tří měsíců (Klose a Král, 2006).

3.2 Průběh průzkumu

Výzkumné šetření bylo zahájeno v prosinci 2019 a ukončeno v únoru 2020. Pro distribuci dotazníků zdravotnickým respondentům bylo nutné v první fázi kontaktovat náměstkyni ošetrovatelské péče nemocnice krajského typu o schválení dotazníkového šetření na interním, chirurgickém a neurologickém oddělení dané nemocnice. Po jejím svolení probíhala následná komunikace s jednotlivými vrchními sestrami v některých případech i staničnými sestrami daných oddělení. Vedoucí pracovníci byli seznámeni s požadavky a kritérii pro vyplňování dotazníků. Pro jakékoliv nejasnosti s vyplňováním byla pro jistotu v hlavičce dotazníku uvedena emailová adresa, která sloužila pro případné dotazy. Vzhledem k časové náročnosti byly dotazníky dle domluvy na daných pracovištích ponechány měsíc. Respondenti tak měli možnost si dotazník odnést i domů.

Distribuce dotazníků pro nezdravotníky probíhala na základě osobního oslovení. Respondenti vstupovali do šetření dobrovolně. Vyplněné archy probandi zasílali prostřednictvím České pošty, případně probíhalo předání osobně.

3.3 Zpracování dat

Získaná data byla následně zpracována za pomoci programu MS Excel a ke statistickému vyhodnocení byl použit program STATISTICA. Pro přehlednost jsou data prezentována za pomoci tabulek a sloupcových grafů se slovním popisem.

Výzkum byl ukončen v únoru 2020 a následně byly dotazníky rozděleny do dvou skupin zdravotníci/nezdravotníci. Jednotlivé otázky týkající se demografických dat respondentů byly vyhodnoceny pro každou skupinu zvlášť. Pro snazší porovnatelnost a přehlednost jsou data prezentována společně v podobě tabulek a sloupcových grafů. Dotazník Stress Profile byl vyhodnocen následujícím způsobem. V první fázi byla zkontrolována úplnost vyplněných dat v záznamovém archu, poté následoval přepis výsledků do vyhodnocovacího listu. Abychom zamezili zkreslení výsledků byl u každého dotazníku vyhodnocen L-skór a index inkonzistentních odpovědí.

L-skór obsahuje pět položek pravda – nepravda. Ve výsledkovém listu je skórující odpověď s hodnotou 1. Výsledkem L-skóre je počet položek, které byly označeny jako skórující. V těchto položkách je nezvyklé skórovat. Index inkonzistentních odpovědí obsahuje deset párů položek, které jsou obsahově podobné, proto i odpovědi bývají podobné. Hodnoty odpovědí se mezi sebou porovnají a pokud je jejich rozdíl větší jak 1 a rozdíl se opakuje u třech a více párů položek, jedná se o 68 % pravděpodobnost, že zaznamenané odpovědi nebyly konzistentní s obsahem otázek. Tyto skóry mají administrátorovi pomoci při identifikaci těch respondentů, kteří nepřístupovali k vyplňování zodpovědně, nebo měli tendenci se jevit zdravější, či popírali svoje emoční a tělesné problémy (Klose a Král, 2006).

Z celkového počtu distribuovaných 100 kusů dotazníků bylo navráceno 94 kusů, což činí 94% návratnost. Vyhodnocením L-skóre a indexu inkonzistentních odpovědí došlo k vyřazení 3 dotazníků. V následné analýze dat bylo tedy zahrnuto 91 dotazníků. Ve druhé fázi byly sečteny hrubé skóry jednotlivých škál a subškál a zaznamenány do pomocné tabulky v programu MS Exel. Z hrubých skórů jednotlivých škál a subškál byl vypočítán aritmetický průměr. Na základě získané hodnoty bylo hrubé skóre převedeno na T-skóre za pomoci převodové tabulky.

3.4 Tvorba informačního materiálu

Součástí diplomové práce tvoří informační materiál (viz příloha F) s názvem *Jak se rychle a účinně zbavit stresu na pracovišti*. Plakát obsahuje několik tipů, které mohou vést k eliminaci stresu na pracovišti. Jedná se o jednoduché tipy, které lze okamžitě aplikovat bez nároku na pomůcky a čas. Plakát je primárně vytvořen pro zdravotní sestry, ale jeho obsah je natolik obecný a technicky dostupný, že ho smí použít kdokoli, kdo se v zaměstnání setkává s krátkodobým stresem. Informační plakát byl zhotoven za pomoci programu MS Power Point. Osoba zachycená na fotografiích udělila souhlas se zveřejněním plakátu. Veškeré prezentované fotografie jsou majetkem autora plakátu.

3.5 Analýza a interpretace výsledků

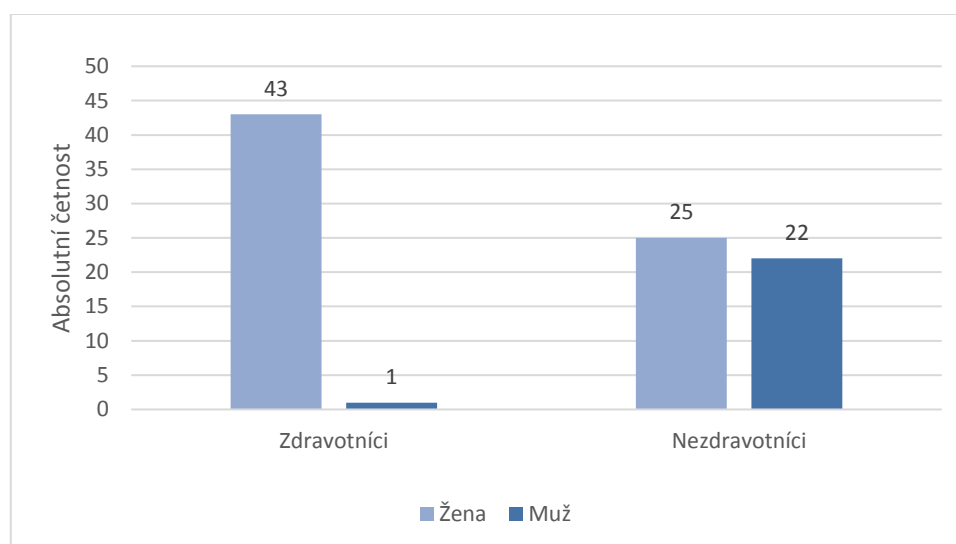
Typickými respondenty jsou pro skupinu zdravotníků vdané matky ve věkovém rozmezí 19-39 let a 40-49 let se středoškolským vzděláním. Pro skupinu nezdravotníků je typickým respondentem svobodná žena nemající děti ve věkovém rozmezí 19–29 let s nejvyšším dosaženým středoškolským vzděláním.

3.5.1 Analýza a interpretace dat získaných z dotazníku demografických dat.

Otázka č. 1: Pohlaví respondentů.

Tabulka 4 Pohlaví respondentů (zdroj: autor)

Varianty odpovědí	Zdravotníci		Nezdravotníci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost v (%)
Žena	43	97,73	25	53,19
Muž	1	2,27	22	46,81
Celkem	44	100	47	100



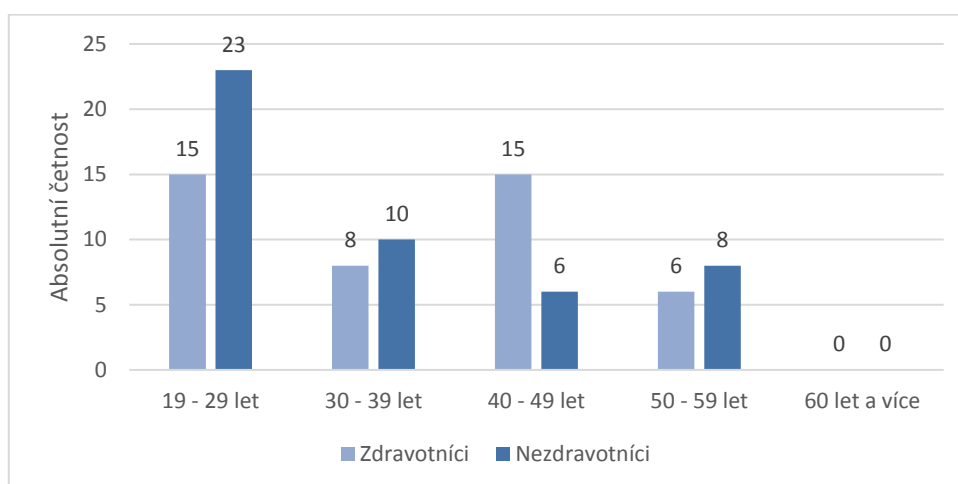
Obrázek 1 Graf znázorňující pohlaví respondentů (zdroj: autor)

Z následující tabulky a grafu je patrné, že se průzkumu zúčastnilo ve skupině zdravotníků 44 (100 %) respondentů, z toho 43 (97,73 %) žen a 1 (2,27 %) muž. Naopak u druhé skupiny, nezdravotníků, kde celkový počet respondentů činí 47 (100 %), je zastoupení pohlaví téměř srovnatelné, a to 25 (53,19 %) žen a 22 (46,81 %) mužů. V obou skupinách je tedy zastoupeno více žen než mužů.

Otázka č. 2: Věk respondentů.

Tabulka 5 Věkové kategorie respondentů

Varianty odpovědí	Zdravotníci		Nezdravotníci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost v (%)
19–29 let	15	34,09	23	48,94
30–39 let	8	18,18	10	21,28
40–49 let	15	34,09	6	12,77
50–59 let	6	13,64	8	17,02
60 let a více	0	0,00	0	0,00
Celkem	44	100,00	47	100,00



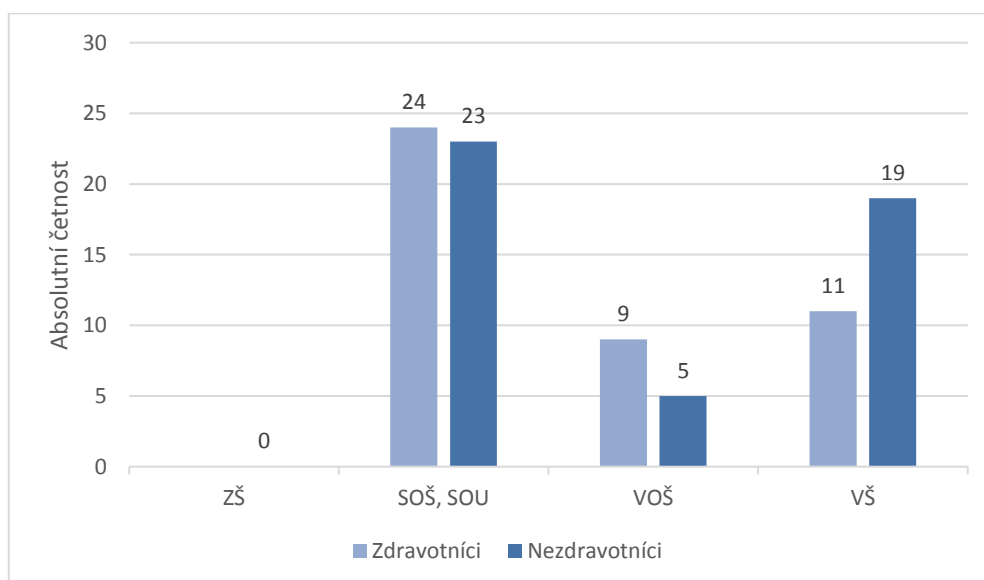
Obrázek 2 Graf znázorňující věkové kategorie respondentů (zdroj: autor)

Následující grafické zobrazení znázorňuje věkové kategorie respondentů. U skupiny zdravotníků jsou dvě věkové kategorie zastoupené ve stejném počtu. Jedná se o věkové rozhraní 19–29 let a 40–49 let. Tyto skupiny jsou zastoupeny v obou případech 15 (34,09 %) respondenty. Druhou nejvíce obsazenou věkovou skupinou bylo rozmezí 30–39 let, a to 8 (18,18 %) respondenty. Nejméně zastoupenou kategorií bylo věkové rozmezí 50–59 let, a to v počtu 6 (13,64 %) respondentů. Ve skupině nezdravotníků tvoří nejčetnější věkovou kategorii 19–29 let, ke které se přihlásilo 23 (48,94 %) dotazovaných. Kategorii 30–39 let zvolilo 10 (21,28 %) respondentů. Do věkového rozhraní 40–49 let spadá 6 (12,77 %) respondentů, což je nejméně zastoupená kategorie ve skupině nezdravotníků. Poslední zaznamenané věkové rozmezí je 50–59 let, které zvolilo 8 (17,02 %) respondentů. Věková kategorie 60 a více nebyla zvolena žádným respondentem ve skupině zdravotníků i nezdravotníků.

Otázka č. 3: Nejvyšší dokončené kvalifikační vzdělání.

Tabulka 6 Nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání respondentů (zdroj: autor)

Varianty odpovědí	Zdravotníci		Nezdravotníci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost v (%)
ZŠ vzdělání	/	/	0	0,00
SOŠ, SOU vzdělání	24	54,55	23	48,94
VOŠ vzdělání	9	20,45	5	10,64
VŠ vzdělání	11	25,00	19	40,43
Celkem	44	100,00	47	100,00



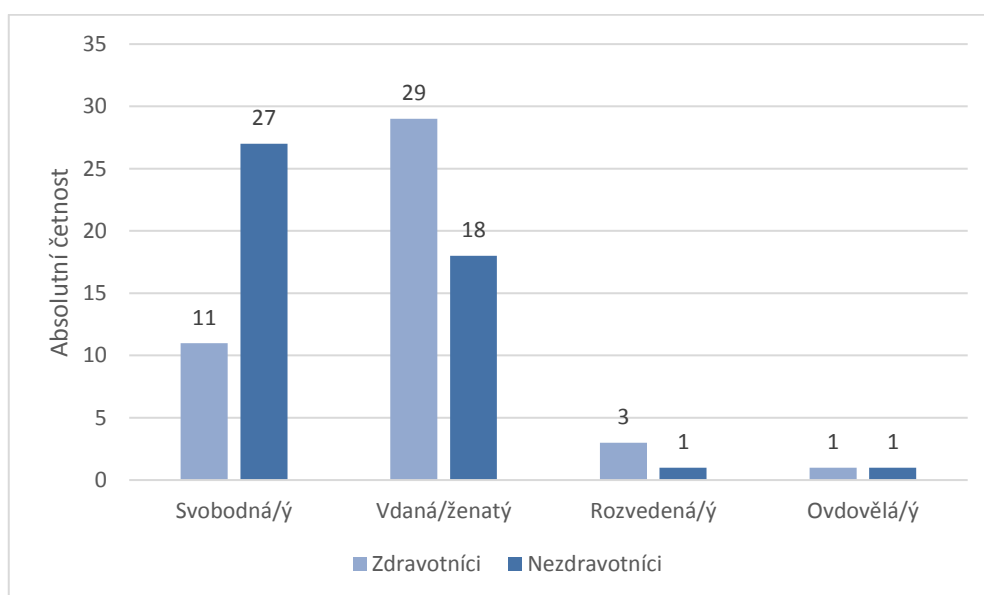
Obrázek 3 Graf nejvyššího vzdělání respondentů (zdroj: autor)

Následující tabulka a graf sledují nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných. Ve skupině zdravotníků nebyla v dotazníku zařazena varianta odpovědi *základní vzdělání*. V této skupině více jak polovina respondentů uvedla středoškolské vzdělání, a to ve 24 (54,55 %) případech. Přesně jedna čtvrtina dotazovaných, 11 (25,00 %), dosáhla vysokoškolského vzdělání a vyšší odborné vzdělání uvedlo 9 (20,45 %) respondentů. Ve skupině nezdravotníků nikdo z dotazovaných nevedl základní vzdělání. Podobně jako u předešlé skupiny i zde nejvýše zastoupené vzdělání respondentů představuje středoškolské vzdělání, a to u necelé poloviny dotazovaných, 23 (48,94 %). Vysokoškolské vzdělání uvedlo 19 (40,43 %) respondentů. Nejméně respondentů uvedlo vyšší odborné vzdělání, a to v 5 (10,64 %) případech.

Otázka č. 4: Rodinný stav respondentů.

Tabulka 7 Rodinný stav respondentů (zdroj: autor)

Varianty odpovědí	Zdravotníci		Nezdravotníci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost v (%)
Svobodná/ý	11	25,00	27	57,45
Vdaná/ženatý	29	65,91	18	38,30
Rozvedená/ý	3	6,82	1	2,13
Ovdovělá/ý	1	2,27	1	2,13
Celkem	44	100,00	47	100,00



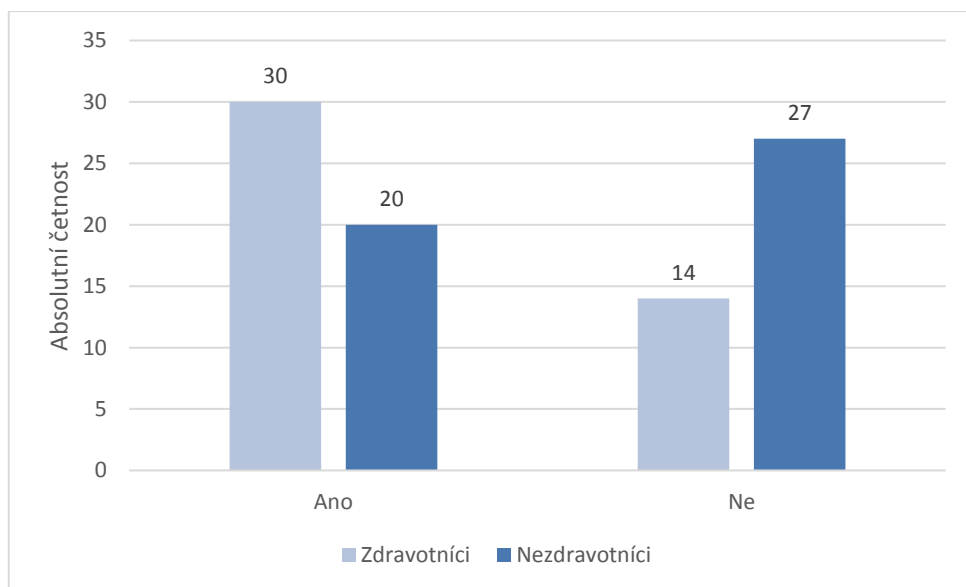
Obrázek 4 Graf popisující rodinný stav respondentů (zdroj: autor)

Následující grafické znázornění obsahuje informace o rodinném stavu dotazovaných. Ve skupině zdravotníků přesně jedna čtvrtina, 11 (25,00 %) dotazovaných, uvedla svůj rodinný stav jako svobodná/ý. Variantu vdaná/ženatý zaznamenala více jak polovina, 29 (65,91 %) dotazovaných. Na variantu rozvedená/ý odpověděli 3 (6,82 %) respondenti. Na nejméně zastoupenou odpověď ovdovělá/ý odpověděl 1 (2,27 %) respondent. Ve skupině nezdravotníků byl rodinný stav zastoupen následovně. Více jak polovina, 27 (57,45 %) respondentů, uvedla variantu svobodná/ý. Odpověď vdaná/ženatý zaznamenalo 18 (38,30 %) dotazovaných. Nejméně zastoupené byly varianty odpovědí rozvedená/ý a ovdovělá/ý, a to ve stejném počtu jako v předešlé skupině, tedy 1 (2,13 %) respondent.

Otázka č. 5: Máte děti ?

Tabulka 8 Tabulka zachycující informaci o dětech respondentů (zdroj: autor)

Varianty odpovědí	Zdravotníci		Nezdravotníci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost v (%)
Ano	30	68,18	20	42,55
Ne	14	31,82	27	57,45
Celkem	44	100,00	47	100,00



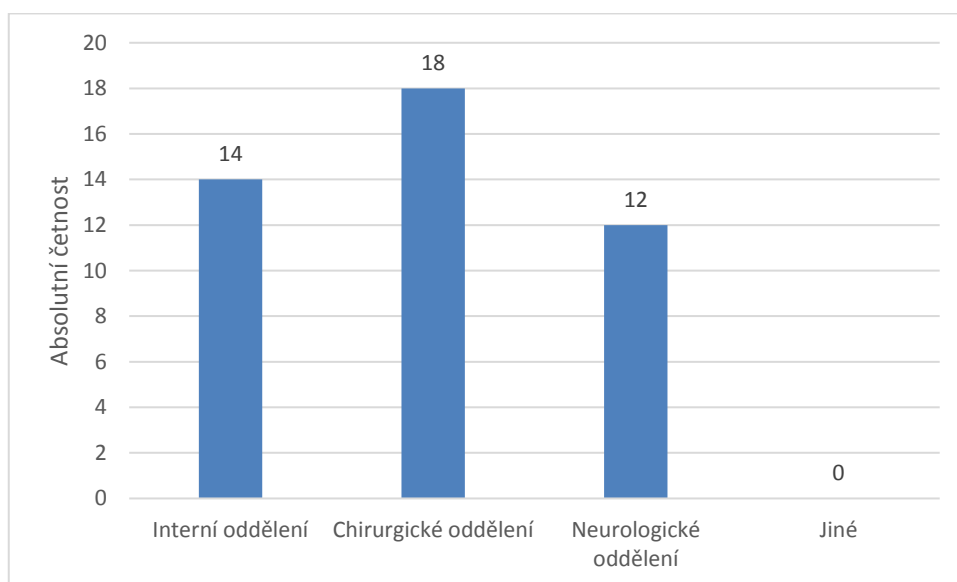
Obrázek 5 Graf znázorňující informaci o dětech respondentů (zdroj: autor)

Ve skupině zdravotníků necelé tři čtvrtiny, 30 (68,18 %) respondentů, odpověděly ano, tedy dítě mají. Dítě nemá 14 (31,82 %) dotazovaných. Ve skupině nezdravotníků bylo méně respondentů, 20 (42,55 %), kteří uvedli, že dítě mají. Více jak polovina, 27 (57,45 %) dotazovaných, na otázku ohledně dětí odpověděla ne.

Otázka č. 6: Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka 9 Pracoviště respondentů (zdroj: autor)

Varianty odpovědí	Zdravotníci	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v (%)
Interní oddělení	14	31,82
Chirurgické oddělení	18	40,91
Neurologické oddělení	12	27,27
Jiné	0	0,00
Celkem	44	100,00



Obrázek 6 Graf zachycující místo výkonu práce respondentů (zdroj: autor)

Uvedená tabulka a graf prezentují jednotlivá oddělení, na kterých respondenti pracují. Tato otázka byla zahrnuta pouze v dotaznících pro skupinu zdravotníků. Nejvíce zastoupenou variantou odpovědi bylo chirurgické oddělení, které uvedlo 18 (40,91 %) respondentů. Interní oddělení bylo uvedeno 14 (31,82 %) respondenty. Více jak jedna čtvrtina, 12 (27,27 %) respondentů, uvedla neurologické oddělení. Variantu jiné oddělení nikdo z dotazovaných nezaznamenal.

3.5.2 Analýza a interpretace dat získaných pomocí dotazníku Stress Profile

Interpretace T – skóre získaného z dotazníku Stress Profile. Výsledky jsou porovnávány se stanovenými normami české populace.

Tabulka 10 Interpretace T – skóre (zdroj: autor)

T – skóre	Význam
<39	Zdravotní riziko
40–59	Průměr
60>	Odolnost

Vysoké výsledky představují relativní odolnost vůči nemocem pramenícím ze stresu a lze je chápat jako zdroje ochrany zdraví. Nízké výsledky naznačují relativní ohrožení a jsou chápány jako varující před zdravotními riziky. V interpretaci T – skóre existuje výjimka, a to u čtyř následujících škál – stres, *chování typu A*, *negativní pohled* a *trs položek ARC*, zde je interpretace opačná. Vysoké skóre představuje relativní ohroženost nemocí ze stresu, tedy výstrahu před zdravotními riziky a nízké skóre znázorňuje odolnost vůči takovým nemocem (Klose a Král, 2006).

Tabulka 11 Význam použitých zkratk (zdroj: autor)

Zkratka	Význam zkratky
STR	Stres
ZDR	Zdravotní návyky
CVI	Cvičení
ODP	Odpočinek/spánek
JID	Jídlo/výživa
PRV	Prevence
ARC	Trs položek ARC
SOC	Sociální podpora okolí
TYP	Chování typu A
NEZ	Kognitivní nezdolnost
POZ	Pozitivní pohled
NEG	Negativní pohled
MIN	Minimalizace hrozeb
PRO	Zaměřenost na problém
POH	Psychická pohoda

VO1: Jaký je rozdíl v působení stresu u zdravotníků a pracujících v sociálních službách v závislosti na věku?

Tabulka 12 Věkové rozmezí respondentů 19–29 let (zdroj: autor)

Zdravotníci				Nezdravotníci			
Věkové rozmezí 19–29 let				Věkové rozmezí 19–29 let			
	H – skóre	T-skóre	Význam		H –skóre	T –skóre	Význam
STR	14	58	Průměr	STR	15	61	Riziko
ZDR	87	38	Riziko	ZDR	86	36	Riziko
CVI	9	45	Průměr	CVI	9	45	Průměr
ODP	16	39	Riziko	ODP	17	43	Průměr
JID	16	47	Průměr	JID	15	43	Průměr
PRV	42	37	Riziko	PRV	41	35	Riziko
ARC	14	45	Průměr	ARC	13	52	Průměr
SOC	63	59	Průměr	SOC	59	53	Průměr
TYP	30	57	Průměr	TYP	28	63	Riziko
NEZ	96	38	Riziko	NEZ	100	42	Průměr
POZ	17	51	Průměr	POZ	16	47	Průměr
NEG	14	36	Odolnost	NEG	15	59	Průměr
MIN	16	48	Průměr	MIN	16	48	Průměr
PRO	12	45	Průměr	PRO	12	45	Průměr
POH	44	47	Průměr	POH	39	40	Průměr

Následující tabulka podává informace o působení stresu u respondentů obou skupin ve věkovém rozmezí 19–29 let. Respondentům v obou skupinách hrozí zdravotní riziko ve škále zdravotních návyků a prevenci. Z toho u skupiny zdravotníků hrozí malé zdravotní riziko ve škále odpočinek, neboť T – skóre se přibližuje hranici průměru. Naopak ve škále negativní pohled disponují zdravotníci nízkým skóre, což představuje odolnost. Skupina nezdravotníků se dále nachází ve škálách stres a chování typu A ve zdravotnickém riziku.

Můžeme říci, že skupina nezdravotníků ve věkovém rozmezí 19–29 let je ve větším zdravotním riziku než skupina zdravotníků.

Tabulka 13 Věkové rozmezí respondentů 30–39 let (zdroj: autor)

Zdravotníci				Nezdravotníci			
Věkové rozmezí 30–39 let				Věkové rozmezí 30–39 let			
	H – skóre	T-skóre	Význam		H – skóre	T –skóre	Význam
STR	13	54	Průměr	STR	13	54	Průměr
ZDR	88	39	Riziko	ZDR	96	48	Průměr
CVI	9	45	Průměr	CVI	10	49	Průměr
ODP	17	43	Průměr	ODP	16	39	Riziko
JID	17	50	Průměr	JID	18	53	Průměr
PRV	41	35	Riziko	PRV	48	52	Průměr
ARC	13	52	Průměr	ARC	13	52	Průměr
SOC	61	56	Průměr	SOC	54	47	Průměr
TYP	32	61	Riziko	TYP	27	51	Průměr
NEZ	97	39	Riziko	NEZ	104	46	Průměr
POZ	16	47	Průměr	POZ	15	44	Průměr
NEG	15	59	Průměr	NEG	14	56	Průměr
MIN	16	48	Průměr	MIN	15	45	Průměr
PRO	13	49	Průměr	PRO	13	49	Průměr
POH	40	41	Průměr	POH	44	47	Průměr

Z následující tabulky je patrné, že zdravotníci ve věkovém rozmezí 30–39 let jsou ve větším zdravotním riziku než skupina nezdravotníků. Zdravotníci jsou ve zdravotnickém riziku ve škálách – zdravotní návyky, prevence, kognitivní nezdolnost a chování typu A. Z toho však kognitivní nezdolnost, zdravotní návyky a chování typu A představují malé riziko, neboť hodnota T-skóre se přibližuje k hranici průměru. Pro skupinu nezdravotníků v daném věkovém rozmezí představuje malé zdravotní riziko škála odpočinek. Ve všech dalších škálách a subškálách jsou nezdravotníci v průměru s běžnou populací.

Z porovnání vyplývá, že skupina zdravotníků je v tomto věkovém rozmezí více ohrožena zdravotními riziky než skupina nezdravotníků.

Tabulka 14 Věkové rozmezí respondentů 40–49 let (zdroj: autor)

Zdravotníci				Nezdravotníci			
Věkové rozmezí 40–49 let				Věkové rozmezí 40–49 let			
	H – skóre	T-skóre	Význam		H –skóre	T –skóre	Význam
STR	15	61	Riziko	STR	14	58	Průměr
ZDR	88	39	Riziko	ZDR	89	40	Průměr
CVI	7	38	Riziko	CVI	7	38	Riziko
ODP	15	35	Riziko	ODP	17	43	Průměr
JID	18	53	Průměr	JID	16	47	Průměr
PRV	43	40	Průměr	PRV	46	47	Průměr
ARC	13	52	Průměr	ARC	13	52	Průměr
SOC	57	51	Průměr	SOC	59	53	Průměr
TYP	29	55	Průměr	TYP	27	51	Průměr
NEZ	95	37	Riziko	NEZ	95	37	Riziko
POZ	17	51	Průměr	POZ	17	51	Průměr
NEG	15	59	Průměr	NEG	14	56	Průměr
MIN	15	45	Průměr	MIN	16	48	Průměr
PRO	14	53	Průměr	PRO	12	45	Průměr
POH	40	41	Průměr	POH	41	43	Průměr

Uvedená tabulka obsahuje data tykající se věkové skupiny v rozmezí 40–49 let. U skupiny zdravotníků je patrné, že respondenti v tomto věkovém rozmezí jsou v malém zdravotním riziku ve třech škálách, a to ve škále stres, zdravotní návyky a kognitivní nezdolnost. Tyto škály představují pro respondenty malé riziko, neboť hodnota T – skóre se přibližuje hranici průměru. Další zdravotní rizika představují subškály cvičení a odpočinek. Ve skupině nezdravotníků je patrné, že malé zdravotní riziko tvoří subškála cvičení a škála kognitivní nezdolnost. U obou skupin je v rizikových oblastech stejná hodnota T – skóre.

Ve věkovém rozmezí 40–49 let je ve větším zdravotním riziku skupina zdravotníků než skupina nezdravotníků.

Tabulka 15 Věkové rozmezí respondentů 50–59 let (zdroj: autor)

Zdravotníci				Nezdravotníci			
Věkové rozmezí 50–59 let				Věkové rozmezí 50–59 let			
	H – skóre	T-skóre	Význam		H –skóre	T –skóre	Význam
STR	13	54	Průměr	STR	14	58	Průměr
ZDR	98	50	Průměr	ZDR	91	42	Průměr
CVI	8	42	Průměr	CVI	9	45	Průměr
ODP	20	55	Průměr	ODP	19	51	Průměr
JID	19	56	Průměr	JID	16	47	Průměr
PRV	47	50	Průměr	PRV	43	40	Průměr
ARC	14	45	Průměr	ARC	13	52	Průměr
SOC	69	66	Odolnost	SOC	55	48	Průměr
TYP	25	47	Průměr	TYP	29	55	Průměr
NEZ	100	42	Průměr	NEZ	99	41	Průměr
POZ	17	51	Průměr	POZ	15	44	Průměr
NEG	14	56	Průměr	NEG	15	59	Průměr
MIN	17	51	Průměr	MIN	14	42	Průměr
PRO	12	45	Průměr	PRO	12	45	Průměr
POH	42	44	Průměr	POH	39	40	Průměr

V následující tabulce jsou uvedena data týkající se věkového rozmezí respondentů 50–59 let. Skupina zdravotníků je ve všech škálách a subškálách v průměru v porovnání s běžnou populací. Výjimku tvoří škála sociální podpora okolí, kde zdravotníci mají velkou odolnost, kterou lze chápat jako zdroj ochrany zdraví. Skupina nezdravotníků je ve všech škálách a subškálách v průměru s běžnou populací.

Na základě následujícího zjištění lze konstatovat, že nejméně ohroženou věkovou skupinu tvoří skupina zdravotníků ve věkovém rozmezí 50–59 let.

VO2: Jaký je rozdíl v působení stresu u zdravotníků a pracujících v sociálních službách v závislosti na vzdělání?

Tabulka 16 Nejvyšší dokončené vzdělání středoškolské (zdroj: autor)

Zdravotníci				Nezdravotníci			
Středoškolské vzdělání				Střední odborné s vyučením, maturitou			
	H-skóre	T-skóre	Význam		H-skóre	T-skóre	Význam
STR	15	61	Riziko	STR	13	54	Průměr
ZDR	89	40	Průměr	ZDR	89	40	Průměr
CVI	8	42	Průměr	CVI	8	42	Průměr
ODP	16	39	Riziko	ODP	17	43	Průměr
JID	18	53	Průměr	JID	16	47	Průměr
PRV	43	40	Průměr	PRV	44	42	Průměr
ARC	13	52	Průměr	ARC	13	52	Průměr
SOC	58	52	Průměr	SOC	59	53	Průměr
TYP	29	55	Průměr	TYP	27	51	Průměr
NEZ	99	41	Průměr	NEZ	97	39	Riziko
POZ	16	47	Průměr	POZ	15	44	Průměr
NEG	15	59	Průměr	NEG	14	56	Průměr
MIN	15	45	Průměr	MIN	16	48	Průměr
PRO	13	49	Průměr	PRO	12	45	Průměr
POH	41	43	Průměr	POH	41	43	Průměr

Následující tabulka podává informace o respondentech, jejichž nejvyšší dokončené kvalifikační vzdělání je u zdravotníků středoškolské a u skupiny nezdravotníků střední odborné s vyučením nebo s maturitou. Ve skupině zdravotníků tvoří zdravotní riziko škála stres a malé zdravotní riziko subškála odpočinek. Ve všech dalších oblastech jsou respondenti v průměru s běžnou populací. Naopak u skupiny nezdravotníků tvoří zdravotní riziko škála kognitivní nezdolnost. Jedná se však o malé riziko, neboť hodnota T – skóre se přibližuje hodnotě průměru. Nezdravotníci jsou v ostatních škálách a subškálách také v průměru s běžnou populací.

Z porovnání vyplývá, že skupina zdravotníků je ve větším zdravotním riziku než skupina nezdravotníků.

Tabulka 17 Nejvyšší dokončené vzdělání vyšší odborné (zdroj: autor)

Zdravotníci				Nezdravotníci			
Vyšší odborné vzdělání				Vyšší odborné vzdělání			
	H-skóre	T-skóre	Význam		H-skóre	T-skóre	Význam
STR	14	58	Průměr	STR	15	61	Riziko
ZDR	86	36	Riziko	ZDR	82	32	Riziko
CVI	7	38	Riziko	CVI	9	45	Průměr
ODP	16	39	Riziko	ODP	17	43	Průměr
JID	16	47	Průměr	JID	15	43	Průměr
PRV	42	37	Riziko	PRV	40	33	Riziko
ARC	13	52	Průměr	ARC	13	52	Průměr
SOC	64	60	Odolnost	SOC	54	47	Průměr
TYP	28	53	Průměr	TYP	30	57	Průměr
NEZ	92	34	Riziko	NEZ	100	42	Průměr
POZ	16	47	Průměr	POZ	18	54	Průměr
NEG	15	59	Průměr	NEG	15	59	Průměr
MIN	17	51	Průměr	MIN	16	48	Průměr
PRO	11	41	Průměr	PRO	12	45	Průměr
POH	38	39	Riziko	POH	42	44	Průměr

Tabulka uvádí informace o respondentech s vyšším odborným vzděláním. Z tabulky je patrné, že skupina zdravotníků je ve větším zdravotním riziku než skupina nezdravotníků. Pro zdravotníky představuje zdravotní riziko šest sledovaných oblastí. Jedná se o škály zdravotní návyky, kognitivní nezdolnost a psychická pohoda, subškály cvičení, odpočinek a prevence. Zdravotní návyky pro respondenty této skupiny tvoří veliké zdravotní riziko, neboť součástí této škály jsou také subškály cvičení, odpočinek a prevence, jejichž hodnota T – skóre značí též zdravotní riziko. Skupina zdravotníků je odolná ve škále sociální podpory okolí. Skupina nezdravotníků je ve velkém riziku ve škále zdravotních návyků a v subškále prevence, další zdravotní riziko představuje i škála stres. Ve všech dalších sledovaných oblastech je skupina nezdravotníků v průměru s běžnou populací.

Tabulka 18 Nejvyšší dokončené vzdělání vysokoškolské (zdroj: autor)

Zdravotníci				Nezdravotníci			
Vysokoškolské vzdělání				Vysokoškolské vzdělání			
	H-skóre	T-skóre	Význam		H-skóre	T-skóre	Význam
STR	13	54	Průměr	STR	15	61	Riziko
ZDR	91	42	Průměr	ZDR	93	44	Průměr
CVI	9	45	Průměr	CVI	9	45	Průměr
ODP	18	47	Průměr	ODP	17	43	Průměr
JID	17	50	Průměr	JID	17	50	Průměr
PRV	44	42	Průměr	PRV	46	47	Průměr
ARC	14	45	Průměr	ARC	13	52	Průměr
SOC	67	64	Odolnost	SOC	57	51	Průměr
TYP	31	59	Průměr	TYP	28	53	Průměr
NEZ	95	37	Riziko	NEZ	102	44	Průměr
POZ	17	51	Průměr	POZ	16	47	Průměr
NEG	14	56	Průměr	NEG	15	45	Průměr
MIN	16	48	Průměr	MIN	15	51	Průměr
PRO	13	49	Průměr	PRO	12	45	Průměr
POH	45	49	Průměr	POH	39	40	Průměr

Následující tabulka obsahuje data týkající se respondentů s vysokoškolským vzděláním. Pro skupinu zdravotníků tvoří zdravotní riziko škála kognitivní nezdolnost. Naopak odolní jsou v oblasti sociální podpory okolí. Ve všech dalších škálách a subškálách jsou zdravotníci v průměru s běžnou populací. Ve skupině nezdravotníků představuje zdravotní riziko pouze škála stres. Ve všech dalších oblastech jsou také v průměru s běžnou populací.

VO3: Jaký je rozdíl v působení stresu u zdravotníků a pracujících v sociálních službách v závislosti na rodinném stavu a dětech?

Tabulka 19 Rodinný stav respondentů svobodná/ý (zdroj: autor)

Zdravotníci				Nezdravotníci			
Svobodná/ý				Svobodná/ý			
	H-skóre	T-skóre	Význam		H-skóre	T-skóre	Význam
STR	12	52	Průměr	STR	14	58	Průměr
ZDR	88	39	Riziko	ZDR	89	40	Průměr
CVI	8	42	Průměr	CVI	9	45	Průměr
ODP	17	43	Průměr	ODP	17	43	Průměr
JID	17	50	Průměr	JID	22	65	Odolnost
PRV	43	40	Průměr	PRV	43	40	Průměr
ARC	14	45	Průměr	ARC	13	52	Průměr
SOC	66	63	Odolnost	SOC	59	53	Průměr
TYP	28	53	Průměr	TYP	28	53	Průměr
NEZ	101	43	Průměr	NEZ	100	42	Průměr
POZ	17	51	Průměr	POZ	15	44	Průměr
NEG	14	56	Průměr	NEG	15	59	Průměr
MIN	16	48	Průměr	MIN	17	67	Odolnost
PRO	11	41	Průměr	PRO	12	45	Průměr
POH	45	49	Průměr	POH	39	40	Průměr

Tabulka zachycuje odpovědi svobodných respondentů. Ve skupině zdravotníků tvoří malé zdravotní riziko škála zdravotní návyky, T – skóre se přibližuje hranici průměru. Naopak škála sociální podpora okolí tvoří odolnost vůči škodlivým účinkům každodenního stresu respondentů. V dalších sledovaných oblastech jsou respondenti v průměru. Ve skupině nezdravotníků nebyla shledána žádná zdravotní rizika. Naopak respondenti jsou velmi odolní v subškále jídlo/výživa a škále minimalizace hrozeb. Ve všech dalších sledovaných oblastech jsou také v průměru s běžnou populací.

Tabulka 20 Rodinný stav respondentů vdaná/ženatý (zdroj: autor)

Zdravotníci				Nezdravotníci			
Vdaná/ženatý				Vdaná/ ženatý			
	H-skóre	T-skóre	Význam		H-skóre	T-skóre	Význam
STR	15	61	Riziko	STR	14	58	Průměr
ZDR	88	39	Riziko	ZDR	90	41	Průměr
CVI	9	45	Průměr	CVI	8	42	Průměr
ODP	16	39	Riziko	ODP	17	43	Průměr
JID	17	50	Průměr	JID	16	47	Průměr
PRV	42	37	Riziko	PRV	45	45	Průměr
ARC	13	52	Průměr	ARC	13	52	Průměr
SOC	60	55	Průměr	SOC	56	49	Průměr
TYP	30	57	Průměr	TYP	28	53	Průměr
NEZ	95	37	Riziko	NEZ	98	39	Riziko
POZ	17	51	Průměr	POZ	16	47	Průměr
NEG	15	59	Průměr	NEG	14	56	Průměr
MIN	16	48	Průměr	MIN	15	45	Průměr
PRO	13	49	Průměr	PRO	12	45	Průměr
POH	40	41	Průměr	POH	40	41	Průměr

Tabulka znázorňuje data získaná od vdaných/ženatých probandů. Ze skupiny zdravotníků je patrné, že jsou ve zdravotním riziku v pěti sledovaných oblastech. Zdravotní riziko představují škály stres, zdravotní návyky a kognitivní nezdolnost a subškály odpočinek a prevence. Žádná oblast nezachycuje odolnost. U skupiny nezdravotníků je situace jiná, zdravotní riziko představuje pouze škála kognitivní nezdolnost, a to pouze v malém riziku, neboť hodnota T-skóre se přibližuje hranici průměru. Ve všech dalších oblastech jsou vdané/ženatí respondenti v průměru s běžnou populací.

Tabulka 21 Rodinný stav respondentů rozvedená/ý (zdroj: autor)

Zdravotníci				Nezdravotníci			
Rozvedená/ý				Rozvedená/ý			
	H-skóre	T-skóre	Význam		H-skóre	T-skóre	Význam
STR	15	61	Riziko	STR	9	42	Průměr
ZDR	97	49	Průměr	ZDR	103	56	Průměr
CVI	6	35	Riziko	CVI	14	62	Odolnost
ODP	18	47	Průměr	ODP	14	31	Průměr
JID	19	56	Průměr	JID	24	72	Odolnost
PRV	49	54	Průměr	PRV	46	47	Průměr
ARC	13	52	Průměr	ARC	14	45	Průměr
SOC	56	49	Průměr	SOC	30	20	Průměr
TYP	27	51	Průměr	TYP	26	49	Průměr
NEZ	104	46	Průměr	NEZ	119	61	Odolnost
POZ	16	47	Průměr	POZ	17	51	Průměr
NEG	14	56	Průměr	NEG	19	73	Riziko
MIN	17	51	Průměr	MIN	18	54	Průměr
PRO	14	53	Průměr	PRO	19	74	Odolnost
POH	43	46	Průměr	POH	59	69	Odolnost

Následující tabulka disponuje daty týkajícími se rozvedených respondentů. U skupiny zdravotníků činí zdravotní riziko oblast stres a subškála cvičení. Ve všech dalších sledovaných oblastech jsou zdravotníci v průměru. U skupiny nezdravotníků představuje vysoké zdravotní riziko škála negativní pohled. Dále pět oblastí jako je subškála cvičení, jídlo, škála kognitivní nezdolnost, zaměřenost na problém a psychická pohoda tvoří významnou odolnost ochrany zdraví.

Tabulka 22 Rodinný stav respondentů ovdovělá/ý (zdroj: autor)

Zdravotníci				Nezdravotníci			
Ovdovělá/ý				Ovdovělá/ý			
	H-skóre	T-skóre	Význam		H-skóre	T-skóre	Význam
STR	12	52	Průměr	STR	8	39	Odolnost
ZDR	105	58	Průměr	ZDR	93	44	Průměr
CVI	7	38	Průměr	CVI	6	35	Riziko
ODP	22	63	Odolnost	ODP	21	59	Průměr
JID	21	62	Odolnost	JID	20	59	Průměr
PRV	50	57	Průměr	PRV	41	35	Riziko
ARC	14	45	Průměr	ARC	15	39	Odolnost
SOC	64	60	Odolnost	SOC	75	75	Odolnost
TYP	27	51	Průměr	TYP	30	57	Průměr
NEZ	100	42	Průměr	NEZ	103	45	Průměr
POZ	14	41	Průměr	POZ	15	44	Průměr
NEG	16	63	Riziko	NEG	14	56	Průměr
MIN	15	45	Průměr	MIN	18	54	Průměr
PRO	14	53	Průměr	PRO	12	45	Průměr
POH	45	49	Průměr	POH	50	56	Průměr

Tabulka zachycuje data ovdovělých respondentů. U skupiny zdravotníků činí zdravotní riziko škála negativní pohled, naopak odolnost vůči každodennímu stresu představuje škála sociální podpora okolí a subškály odpočinek a jídlo. U skupiny nezdravotníků představuje zdravotní riziko oblast cvičení a prevence. Škála stres a trs položek ARC představují odolnost, a dokonce vysokou odolnost vůči každodennímu stresu zachycuje škála sociální podpora okolí. Ve všech dalších sledovaných škálách a subškálách jsou výsledky srovnatelné s běžnou populací.

Tabulka 23 Respondenti mající děti (zdroj: autor)

Zdravotníci				Nezdravotníci			
Ano – mají děti				Ano – mají děti			
	H-skóre	T-skóre	Význam		H-skóre	T-skóre	Význam
STR	15	61	Riziko	STR	15	54	Průměr
ZDR	91	42	Průměr	ZDR	92	43	Průměr
CVI	8	42	Průměr	CVI	8	42	Průměr
ODP	16	39	Riziko	ODP	17	43	Průměr
JID	18	53	Průměr	JID	17	50	Průměr
PRV	43	40	Průměr	PRV	46	47	Průměr
ARC	14	45	Průměr	ARC	13	52	Průměr
SOC	60	55	Průměr	SOC	56	49	Průměr
TYP	29	55	Průměr	TYP	28	53	Průměr
NEZ	96	38	Riziko	NEZ	100	42	Průměr
POZ	16	47	Průměr	POZ	16	47	Průměr
NEG	15	59	Průměr	NEG	14	56	Průměr
MIN	16	48	Průměr	MIN	16	48	Průměr
PRO	13	49	Průměr	PRO	12	45	Průměr
POH	41	43	Průměr	POH	42	44	Průměr

Tabulka obsahuje údaje o respondentech majících děti. Skupina zdravotníků je ohrožena zdravotními riziky ve třech oblastech, a to ve škálách stres a kognitivní nezdolnost a subškále odpočinek. Ve všech dalších sledovaných oblastech jsou v průměru s běžnou populací. U skupiny nezdravotníků nejsou zachycena žádná zdravotní rizika, ani oblasti, kde by byli respondenti odolní vůči každodenní stresu. Hodnoty všech sledovaných oblastí se pohybují v průměru s běžnou populací.

Tabulka 24 Respondenti nemající děti (zdroj: autor)

Zdravotníci				Nezdravotníci			
Ne – nemají děti				Ne – nemají děti			
	H-skóre	T-skóre	Význam		H-skóre	T-skóre	Význam
STR	14	58	Průměr	STR	14	58	Průměr
ZDR	86	36	Riziko	ZDR	89	40	Průměr
CVI	9	45	Průměr	CVI	9	45	Průměr
ODP	16	39	Riziko	ODP	17	43	Průměr
JID	16	47	Průměr	JID	22	65	Odolnost
PRV	42	37	Riziko	PRV	43	40	Průměr
ARC	14	45	Průměr	ARC	13	52	Průměr
SOC	65	61	Průměr	SOC	59	53	Průměr
TYP	29	55	Průměr	TYP	28	53	Průměr
NEZ	97	39	Riziko	NEZ	99	41	Průměr
POZ	17	51	Průměr	POZ	15	44	Průměr
NEG	14	56	Průměr	NEG	15	59	Průměr
MIN	16	48	Průměr	MIN	12	36	Riziko
PRO	11	41	Průměr	PRO	12	45	Průměr
POH	44	47	Průměr	POH	39	40	Průměr

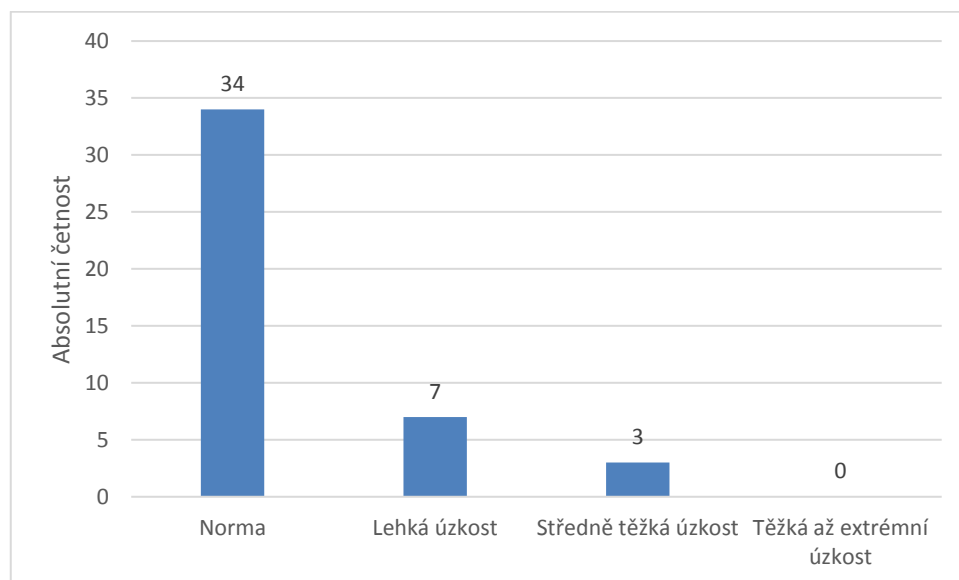
Tabulka prezentuje informace o respondentech, kteří děti nemají. Skupina zdravotníků je ohrožena zdravotními riziky ve čtyřech sledovaných oblastech. Jedná se o tyto škály a subškály – zdravotní návyky, kognitivní nezdolnost, odpočinek a prevence. Ve zbývajících sledovaných oblastech jsou respondenti v průměru. U skupiny nezdravotníků je situace lepší. Nízké zdravotní riziko představuje pouze škála minimalizace hrozeb. Naopak subškála jídlo znázorňuje u skupiny nezdravotníků odolnost. Ve zbývajících třinácti oblastech jsou respondenti v průměru s běžnou populací.

3.5.3 Analýza a interpretace získaných dat pomocí sebesposuzovací škály Zung

VO4: Zjistit u jaké skupiny respondentů je větší míra úzkosti?

Tabulka 25 Míra úzkosti u skupiny zdravotníků (zdroj: autor)

Zdravotníci		
Rozmezí	Absolutní četnost	Relativní četnost v (%)
Norma	34	77,27
Lehká úzkost	7	15,91
Středně těžká úzkost	3	6,82
Těžká až extrémní úzkost	0	0,00
Celkem	44	100,00

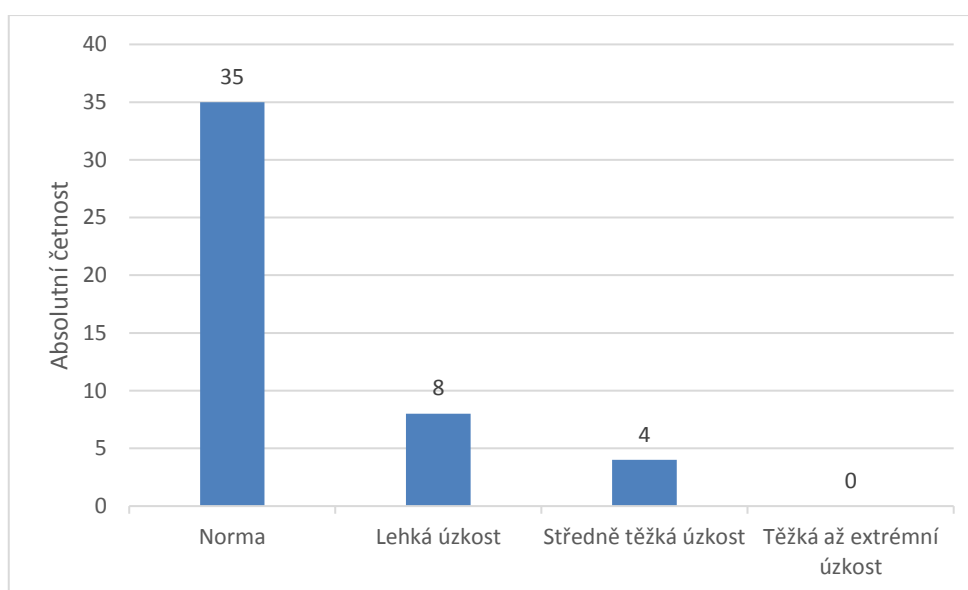


Obrázek 7 Graf zachycující míru úzkosti zdravotníků (zdroj: autor)

Tabulka s grafem poskytují přehledné informace o míře úzkosti respondentů ze skupiny zdravotníků. Více jak tři čtvrtiny, 34 (77,27 %), respondentů nejeví známky úzkosti, tedy jsou v normě. Z vyhodnocení dále vyplývá, že lehkou úzkost prožívá 7 (15,91 %) dotazovaných a u 3 (6,82 %) probandů je přítomna středně těžká úzkost. Nikdo z dotazovaných neprožívá těžkou až extrémní úzkost.

Tabulka 26 Míra úzkosti u skupiny nezdravotníků (zdroj: autor)

Nezdravotníci		
Rozmezí	Absolutní četnost	Relativní četnost v (%)
Norma	35	74,47
Lehká úzkost	8	17,02
Středně těžká úzkost	4	8,51
Těžká až extrémní úzkost	0	0,00
Celkem	47	100,00



Obrázek 8 Graf zachycující míru úzkosti u nezdravotníků (zdroj: autor)

Tabulka podává informace o míře úzkosti u nezdravotnických respondentů. Z následující tabulky je patrné, že téměř tři čtvrtiny, 35 (74,47 %), respondentů nejeví známky úzkosti. Lehkou úzkost však prožívá 8 (17,02 %) dotazovaných a středně těžká úzkost byla zachycena u 4 (8,51 %) respondentů. U nikoho z dotazovaných nebyla zachycena těžká až extrémní úzkost.

4 DISKUZE

Průzkumná část diplomové práce se zabývá otázkou stresu a úzkosti. Cílem práce bylo zjistit, jaká skupina respondentů zdravotníci / nezdravotníci je více ohrožena onemocněním spojeným se stresem. Na tento cíl bylo zodpovězeno pomocí předem stanovených výzkumných otázek. V kapitole jsou porovnány zjištěné výsledky s výsledky jiných závěrečných prací a zveřejněných odborných studií. V diskuzní části práce bude zodpovězeno na předem stanovené výzkumné otázky.

VO1: Jaký je rozdíl v působení stresu u zdravotníků a pracujících v sociálních službách v závislosti na věku?

K této výzkumné otázce se vztahuje dotazníková otázka v demografické části č. 2, která zjišťuje věk respondentů. Z našeho průzkumu vyplývá, že nejvíce ohroženi jsou respondenti spadající do skupiny zdravotníků ve věkovém rozmezí 40–49 let. U nezdravotníků spadá do nejrizikovější skupiny věková kategorie 19–29 let. Nejméně ohroženou skupinu pak představují zdravotníci i nezdravotníci ve věkovém rozmezí 50–59 let.

Výsledky porovnáváme s podobným průzkumem v bakalářské práci s názvem Problematika a prevence stresu u dopravní policie v Přerově od autorky Moniky Sedlákové (2018). Výzkumný vzorek autorky tvořili zaměstnanci dopravní policie v Přerově v počtu 30 respondentů. Jako výzkumný nástroj byl použit sebeposuzovací dotazník Stress Profile. Mimo jiné se výzkum zabýval otázkou, zda: Hraje významnou roli v působení stresu obecně v jednotlivých škálách věk? Věkové kategorie autorka rozdělila následovně 25–29 let, 30–34 let, 35–39 let, 40–44 let, 45–49 let, 50–55 let. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že největší zdravotní riziko hrozí věkové kategorii 25–29 let. Odolnost vůči účinkům každodenního stresu představují respondenti ve věkové kategorii 35–39 let (Sedláková, 2018).

Lze konstatovat, že výsledky obou průzkumů se shodují pouze v první věkové kategorii. V našem případě se jedná o skupinu nezdravotnických respondentů ve věku 19–29 let a v porovnávaném průzkumu autorky Sedlákové o skupinu ve věkovém rozmezí 25–29 let. Tyto skupiny jsou každodenním stresem ohroženy nejvíce.

Na základě tohoto zjištění lze vidět možnou souvislost s vývojovou psychologií. Věková hranice mladé dospělosti není přesně definována, dle Blatného (2016) se však jedná o věkovou hranici 18–29 let. Tato životní etapa je charakteristická přechodem z adolescence do dospělosti a následným rozvíjením dospělých sociálních rolí, čímž se rozumí stabilizace

zaměstnání, budování kariéry, stabilní partnerské vztahy a zakládání vlastní rodiny. Jedná se o období velkých změn v sociálních rolích a vztazích a intenzita prožívaných emocí je velmi vysoká a variabilní (Blatný, 2016).

VO2: Jaký je rozdíl v působení stresu u zdravotníků a pracujících v sociálních službách v závislosti na vzdělání?

Se zodpovězením této výzkumné otázky souvisí dotazníková otázka v demografické části č. 3 zabývající se nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů. Z našeho průzkumu vyplývá, že v obou skupinách tvoří nejohroženější kategorii skupina respondentů s vyšším odborným vzděláním. Naopak nejméně riziková jsou respondenti ze skupiny nezdravotníků spadající do kategorie středoškolského vzdělání a vysokoškolského vzdělání. Zdravotníci s vysokoškolským vzděláním jsou odolní v oblasti sociální podpory okolí.

Následující výsledky jsou porovnány s výzkumem v diplomové práci s názvem Překlad a psychometrické vlastnosti české verze škály vnímaného stresu od autorky Nikoly Figalové (2019). Autorka pro svůj výzkum zvolila deseti položkovou škálu vnímaného stresu PSS – 10 Perceived Stress Scale. Tento výzkumný nástroj zjišťuje, do jaké míry je život jedince zatěžující a nepředvídatelný. Sebeuposuzovací škála je určena ke stanovení nespécificky vnímaného stresu. Respondenti své odpovědi zaznamenávají na Likertově škále (0 až 4, kde 0 = nikdy a 4 = velmi často). Vyšším skórem PSS je míněno větší množství vnímaného stresu. Zjištěná data se vztahují ke vzorku 1725 respondentů. Autorka zjistila, že osoby s nižším vzděláním (29,28 %) dosahovaly v průměru vyššího skóre než osoby s vyšším vzděláním (70,72 %). Nižším vzděláním se dle autorky rozumí základní, střední odborné a střední vzdělání s maturitou, vyšším pak vzdělání vysokoškolské (Figalová, 2019).

Odborníci z Wake Forest University Baptist Medical Center v Severní Karolíně se zabývali otázkou každodenního stresu. Výzkumu bylo podrobena více jak tisíc dospělých lidí. Výzkumníci mapovali po dobu osmi dní stresující situace jedinců zařazených do studie. Respondenti k dané situaci přiřadili vysokou či nízkou závažnost. Výsledky byly následně zhodnoceny vyškolenými odborníky, jejichž úkolem bylo určit závažnost stresoru. Došli k závěru, že lidé se základním vzděláním trpí stresovou zátěží ve 30 %, osoby se středoškolským vzděláním ve 38 % a vysokoškolsky vzdělaní jedinci trpí stresovou zátěží ve 44 % (Grzywacz, 2004).

Další zajímavý pohled na vzdělání sester představuje článek s názvem Vzdělávání sester jako nepostradatelný aspekt poskytování profesionální ošetrovatelské péče publikovaný v odborném

časopise Florence. Autorky citují mnoho studií, které potvrzují, že vyšší vzdělání sester zlepšuje výsledky péče o pacienty i jejich bezpečí. Například v průřezové studii probíhající v nemocnicích akutní péče v evropských zemích týkající se zručnosti sester bylo prokázáno, „že každé 10% snížení počtu vzdělaných sester zvyšuje mortalitu pacientů o 11 % a zvyšuje nízké hodnocení nemocnice pacienty“, dále bylo zjištěno, „že náhradou jedné vzdělané sestry za zdravotnického asistenta při 25 pacientech se zvyšuje riziko úmrtí o 25 %“ (Bartoníčková et al., 2017, s. 28-29).

VO3: Jaký je rozdíl v působení stresu u zdravotníků a pracujících v sociálních službách v závislosti na rodinném stavu a dětech?

S následující výzkumnou otázkou souvisí dvě dotazníkové položky z demografické části, a to otázky č. 4 a 5. Otázka číslo čtyři zjišťuje rodinný stav respondentů. Otázka číslo pět se táže, zda probandi mají, či nemají děti. Z výsledků vyplývá, že nejrizikovější skupinou je skupina zdravotníků v kategorii vdaná/ženatý. Nejodolnější skupinu představují svobodní nezdravotníci. Zdravotníci mající a nemající děti jsou téměř ve stejném zdravotním riziku. Naopak nezdravotníci mající děti jsou v průměru s běžnou populací a nezdravotníci nemající děti jsou v mírném riziku narozdíl od běžné populace. Skupiny rozvedená/ý a ovdovělá/ý netvoří reprezentativní vzorek, neboť respondenti nebyli zastoupeni v dostatečném počtu, ze kterého by bylo možné vyvozovat závěry.

Rodina je základní společenskou jednotkou, která je složena z manželského páru a přímých potomků. Ve společnosti může mít rozdílnou strukturu v rozložení rolí a mocí, různé postavení v široké sociální síti apod. Základní funkce rodiny jsou však všude stejné: funkce reprodukční – vznik nové generace, hospodářská funkce – vedení domácnosti apod., emocionální funkce – poskytování emocionálního uspokojení všech svých členů a funkce socializační – rodina učí dítě základním způsobům společenského chování, začleňuje dítě do společnosti apod. (Langmeier, 2006).

Na Tchaj-wanu byla provedena studie, jejímž cílem bylo zhodnotit vzájemné působení práce na směny a vliv na rodinné funkce. Do studie bylo zahrnuto 1 438 zdravotních sester ve věku 20–45 let. Výzkumný nástroj tvořil dotazník, který obsahoval informace o demografických datech, pracovním stavu a škálu Family APGAR – pro vyhodnocení funkce rodiny. Bylo zjištěno, že nejlepší variantou pro vdané sestry a pro plnění rodinných funkcí jsou jednosměnné provozy. Dále bylo zjištěno, že střídání denních a nočních služeb negativně ovlivňuje kvalitu spánku a duševní zdraví sester. Noční směny mají dále významný dopad

na rodinný život vdaných sester, avšak tento dopad nebyl potvrzen u sester svobodných, rozvedených a ovdovělých. Toto tvrzení převážně ovlivňuje ty sestry s dětmi, které mají potřebu starat se o rodinu. Pravděpodobným vysvětlením může být to, že mnoho rodinných aktivit se odehrává večer (TAI, 2014).

VO4: Zjistit u jaké skupiny respondentů je větší míra úzkosti?

Pro zodpovězení výzkumné otázky číslo čtyři byla použita sebesposuzovací škála Zung. Po vyhodnocení získaných dat nebyl zjištěn rozdíl u sledovaných skupin. Lze tedy říci, že míra úzkosti je u obou skupin stejná.

Dle zveřejněných výzkumů je nutné na zdravotníky nahlížet jako na potenciální rizikovou skupinu. Vévodová (2016) a kolektiv se v roce 2016 zabývali výzkumem, jehož cílem bylo zjistit vliv směnného provozu na kvalitu spánku a výskyt úzkosti u všeobecných sester. Studie byla prováděna ve dvou lůžkových zařízeních poskytujících zdravotní péči v Olomouckém kraji. Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo 121 sester. Za pomoci dotazníků Pittsburské škály spánku a Beckova inventáře úzkosti bylo zjištěno, že u sester ve směnném provozu činí průměrná délka spánku 6,49 hodin a u sester pracujících pouze na ranní směny je průměrná délka spánku 6,88 hodin. Prokázalo se, že s rostoucí mírou spánkových obtíží vzrůstá míra úzkosti u všeobecných sester (Vévodová, 2016).

Náš průzkum dále odhalil překvapující informaci. Bylo zjištěno, že sledovaná skupina zdravotníků se nachází ve větším zdravotním riziku v oblastech zdravotních návyků a prevence než běžná populace. Z profesního zaměření zdravotníků je předpoklad, že jsou ve zmíněných oblastech erudovaní, a mohou tak bezpečně edukovat své pacienty. Proto by zdravotní stav a chování zdravotníků mělo být kvalitnější než zdravotní stav a chování běžné populace.

Bylo provedeno mnoho výzkumů, které se zabývají zdravotním stavem zdravotních sester. Následující studie probíhala v nemocnici v Midwesternu v USA. Testování bylo podrobena 120 zdravotních sester. Autoři zjistili, že sestry hodnotí své zdraví jako dobré a svými výsledky došli ke zjištění, že dochází k rozporu mezi zdravotním stavem a jejich zdravotním chováním. Poukázali na fakt, že většina sester pravidelně necvičí, nezařazuje do svých jídelníčků doporučené množství zeleniny a ovoce, mnohdy nadměrně pijí alkoholické nápoje a užívají tabákové výrobky. Dle tělesné váhy respondentů byly zjištěny následující poznatky. Sestry pracující na plný úvazek váží v průměru o 20 kg více než sestry na částečný úvazek. Sestry pracující na chirurgických odděleních nebo na JIP mají v průměru o 20 kg tělesné hmotnosti více než sestry pracující na jiných odděleních. Tělesná hmotnost je pravděpodobně

ovlivněna stravovacími návyky v zaměstnání, které je dále ovlivněno stresem. Necelá polovina, 47 %, sester uvedla, že se v práci stravují více nezdravě než doma, 41 % respondentek uvedlo, že jedí stejně jako doma a 12 % dotazovaných přiznalo, že v práci jedí zdravěji než doma. Mezi dvě nejčastější překážky ve zdravém stravování sestry uvedly omezený výběr zdravých potravin a příliš mnoho práce během směny (Jordan, 2016).

4.1 Limitace průzkumu

Cílem kapitoly je upozornit na jistá omezení výzkumného šetření. Nutno zmínit, že sběr dat probíhal v přelomovém období roku. Konkrétně začátkem prosince 2019 až do konce února 2020. Všeobecně je toto období plné shonu a stresu, což na některé jedince může působit velmi negativně. Z časových důvodů nebylo možno termín sběru dat přeložit na klidnější období. Lze předpokládat, že výsledky mohou být těmito okolnostmi mírně zkresleny. Nutno podotknout, že výzkum probíhal v menším nemocničním zařízení a nebylo tedy možné rozdělit cílovou skupinu zdravotních sester na specifické skupiny jako například sestry pro intenzivní péči, pro ambulantní péči apod., neboť by se nejednalo o reprezentativní vzorek. Důvodem výběru zdravotnického zařízení do průzkumného šetření byla na prvním místě dostupnost zařízení a finanční nezatíženost realizace průzkumu.

4.2 Doporučení pro praxi

V souvislosti se zjištěnými výsledky je nutné dbát na psychické zdraví zdravotních sester, neboť se jedná o rizikovou skupinu. V době profesní přípravy na výkon povolání se studenti oboru Všeobecná sestra setkávají s prevencí stresu a se základy duševní hygieny v předmětech jako je Psychologie a Zdravotnická psychologie. Podobně i obor Diplomovaná všeobecná sestra. Studenti středoškolského vzdělání se se základy prevence a ochrany zdraví seznamují v povinném předmětu Ochrana zdraví a prevence nemocí. Některá zdravotnická zařízení svým zaměstnancům poskytují semináře či přednášky s touto tematikou. Jiná zařízení disponují možností využít pomoc supervizora či psychologa.

Zdá se, že studenti těchto oborů vstupují do praxe s vhodnými a dostatečnými vědomostmi o problematice stresu a jeho zvládání. Přesto se v praxi setkáváme s mnohými zdravotníky, kteří se stresem každodenně bojují, což se negativně odráží na jejich odvedené práci, vztazích v kolektivu, ale i vztazích v rodině a v neposlední řadě i na jejich vlastním zdraví.

Z tohoto důvodu vidím jako důležitý krok zřizovatelů zdravotnických či sociálních zařízení, aby v jejich zájmu bylo psychické a fyzické zdraví svých zaměstnanců na prvním místě.

Možné opatření spatřuji v:

- dostatku zaměstnanců;
- kvalitní informovanosti o problematice stresu a možnostech jeho zvládnání formou pravidelných přednášek, kurzů apod.;
- včasné detekci varovných příznaků a adekvátní pomoci;
- zaměstnaneckých benefitech pro regeneraci organismu s možností výběru;
- propagaci odborné psychologické pomoci a odbourání stigmatizace z jejího využití.

Návrhy pro rozšíření průzkumu:

- zmapovat stresory, které na zdravotníky negativně působí na pracovišti;
- zjistit jakými způsoby se zdravotníci vyrovnávají s pracovním stresem.

5 ZÁVĚR

Hlavním tématem této diplomové práce byla problematika úzkosti a stresu jako aspektu vzniku civilizačních chorob. Tato problematika byla sledována u dvou skupin probandů, a to u skupiny zdravotníků a u pracujících v sociálních službách – nezdravotníků. Teoretická část je rozdělena do kapitol a podkapitol a stručně popisuje základní informace o stresu a úzkosti. Následující kapitola se zabývá civilizačními chorobami, které jsou rozděleny do tří okruhů, a to kardiovaskulární, metabolické poruchy a onkologická onemocnění. V této práci byly popsány pouze nejčastější choroby, neboť spektrum civilizačních chorob je natolik pestré a objemné, že není možné jej zde uvést v celé šíři a ani to není naším cílem. Poslední kapitola teoretické části se okrajově zabývá problematikou zdravotnického polování. Teoretická část byla zhotovena na základě prostudované odborné a vědecké literatury.

V průzkumné části byl vypracován přehled zjištěných výsledků z kvantitativního šetření. Výzkumný nástroj představoval soubor dotazníků. První dotazník zabývající se demografickými daty respondentů byl jako jediný vlastní konstrukce, dále následovala sebeposuzovací škála Zung a poslední standardizovaný dotazník Stress Profile. Poslední nástroj Stress Profile není součástí příloh, neboť se na něj vztahují autorská práva. Pro lepší přehlednost a orientaci byly zhotoveny tabulky a sloupcové grafy, jejichž obsahem jsou zjištěná data.

Pomocí šetření jsme se přesvědčili, že skupinu ohroženou onemocněním spojeným se stresem tvoří zdravotníci. K tomuto zjištění jsme došli za pomoci předem stanovených výzkumných otázek, na které bylo odpovězeno v diskuzi. Výzkumné otázky korespondovaly s demografickými daty jako je věk, nejvyšší dokončené vzdělání, rodinný stav a děti. Poslední výzkumná otázka se zabývala mírou úzkosti. K té se vztahovala získaná data ze sebeposuzovací škály Zung. Ve sledovaných oblastech byli zdravotníci v největším riziku ve věkové kategorii 40–49 let. V oblasti nejvyššího dosaženého vzdělání bylo zjištěno, že rizikovou skupinu tvoří zdravotníci vyššího odborného vzdělání. V oblasti rodinného stavu ohroženou skupinu zastupovali vdané/ženatí zdravotníci nemající děti. Z dat týkajících se míry úzkosti nebyl nalezen významný rozdíl mezi skupinami respondentů. Průzkum dále odhalil překvapující informaci, která jistě stojí za zmínku. Ve většině případů se skupina zdravotníků nachází ve zdravotním riziku ve škálách zdravotních návyků a prevence, jak vyplývá z dat získaných ze standardizovaného dotazníku Stress Profile.

Zjištěné výsledky z dotazníkového šetření nás vedly k tvorbě edukačního materiálu s názvem *Jak se rychle a účinně zbavit stresu na pracovišti*, který může posloužit nejen zdravotním sestřám, pro které je plakát primárně vytvořen, ale komukoliv, kdo se pohybuje ve zdravotnickém zařízení a bojuje s krátkodobým stresem. Poster obsahuje několik nenáročných tipů, jak rychle a účinně eliminovat stres v pracovním prostředí. Celá diplomová práce může sloužit jako zdroj základních informací o problematice úzkosti, stresu a zdravotních rizik, která z nich plynou. Tento zdroj mohou využít sami zdravotníci, studenti zdravotnických oborů nebo laická veřejnost, která se touto problematikou zabývá.

Samotná práce pro mě jako studentku oboru Ošetřovatelství v interních oborech byla velice přínosná, neboť jsem si uvědomila, jak je důležité se v této oblasti stále vzdělávat a pečovat o své fyzické, a především psychické zdraví. Protože pouze sestra, která je psychicky vyrovnaná a emočně stabilní, může poskytovat kvalitní profesionální péči svým pacientům.

6 POUŽITÁ LITERATURA

Seznam knižních zdrojů:

1. ADÁMKOVÁ, Věra. *Civilizační choroby – žijeme spolu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010, 130 s. ISBN 978-80-7387-413-1.
2. AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Přeložila Helena HARTLOVÁ. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, 552 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
3. BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 2010, 137 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1874-6.
4. BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
5. BLATNÝ, Marek. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2016, 290 s. ISBN 978-80-246-3462-3.
6. BULAVA, Alan. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2017, 223 s. ISBN 978-80-271-0468-0.
7. DOLINA, Jiří, ed., et al. *Civilizace a nemoci*. 1 vyd. Praha: Futura, 2009, 272 s. ISBN 978-80-86844-53-4.
8. HAINER, Vojtěch a kol. *Základy klinické obezitologie*. 2., přeprac. A dopl. Vyd. Praha: Grada, 2011, 448 s., 16 s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-3252-7.
9. HONZÁK, R. *Deprese, depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 111 s. ISBN 80-85824-95-7.
10. KLOSE, Jiří a Pavel KRÁL. *Stress profile – příručka*. 1. české vydání. Praha: Testcentrum – Hogrefe, 2006, 45 s.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994, 190 s. ISBN 80-7169-121-6.
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
14. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., akt. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.
15. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2017, 264 s. ISBN 978-80-247-5822-0.

16. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vyd. Praha: Grada, 2017, 368 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
17. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 69 s. ISBN 978-80-7262-531-4.
18. PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRÁŠKOVÁ. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 226 s. ISBN 978-80-7367-986-6.
19. PRAŠKO, Ján. *Jak zvládnout generalizovanou úzkostnou poruchu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 84 s. ISBN 978-80-7262-631-1.
20. PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. *Přehled poruch psychického vývoje*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, 293 s. ISBN 978-80-247-5452-9.
21. ULRICHOVÁ, Monika. *Člověk, stres a osobnostní předpoklady: souvislost osobnostních rysů a odolnosti vůči stresu*. 1. vyd. Ústí nad Orlicí: Oftis ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Hradec Králové, 2012, 100 s. ISBN 978-80-7405-186-9.
22. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing, 2011, 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
23. VOJÁČEK, Jan a Martin MALÝ. *Arteriální a žilní trombóza v klinické praxi*. Praha: Grada, 2004, 276 s. ISBN 80-247-0501-X.
24. VOKURKA, Martin, HUGO Jan a kol. *Velký lékařský slovník*. 10., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2015, 1152 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-5.
25. VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vyd. Praha: Grada, 2012, 448 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
26. VÖRÖSOVÁ, Gabriela, Andrea SOLGAJOVÁ a Alexandra ARCHALOUSOVÁ. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, 208 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5538-0.
27. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003, 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
28. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

Seznam použitých periodických zdrojů:

1. BARTONÍČKOVÁ, Daniela, KALÁNKOVÁ Dominika a MIKŠOVÁ Zdeňka. *Vzdělávání sester jako nepostradatelný aspekt poskytování profesionální ošetrovatelské péče*. Florence: časopis moderního ošetrovatelství. 2017, Roč. 13 č. 3, s. 28–29. ISSN 1801 – 464X.
2. BRAUNEROVÁ, Radka a Vojtěch HAINER. *Obezita – diagnostika a léčba v praxi*. Med.praxi. 2010. Roč. 7, č 1., 19–22 s. ISSN 1803-5310.
3. JOHN, Stanislav. *Co je nového u kolorektálního karcinomu?* Onkologie. 2019. Roč. 13., č 2, 59–62 s. ISSN 1803-5345.
4. PICHLEROVÁ, Dita. *Obezita – diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře*. Med.praxi. 2016. Roč. 13. č 4., 204–210 s. ISSN 1803-5310.
5. PÍTHA, Jan. *Boj s aterosklerózou: větší síla nebo lepší načasování?* AtheroRev. 2016. Roč 1., č 1. s. 14-18. ISSN 2464-6563.
6. SOUČEK, Miroslav. *Jaké máme další možnosti snížit krevní tlak bez užití antihypertenziva*. AtheroRev. 2016. Roč. 1., č 3. s 155-159. ISSN 2464-6563.
7. VÉVODOVÁ, Šárka et al. *Vliv směnného provozu na spánek a výskyt úzkosti u všeobecných sester*. Pracov. Lék. 2016. Roč. 68., č. 3. s. 103–109. ISSN 0032-6291.

Seznam internetových zdrojů:

1. AKRMANNOVÁ, Jana. *Úzkost a její léčba*. [online]. 2015 [cit. 2019-10-28]. Dostupné z: <<https://zdravi.euro.cz/clanek/uzkost-a-jeji-lecba-480228>>
2. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Téměř třetina Čechů umírá na nemoci srdce*. [online]. 2019 [cit. 2019-12-15]. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/csu/czso/ceske-tretina-cechu-umira-na-nemoci-srdce>>
3. GRZYWACZ, G. Joseph, ed. et al. *Less Educated People Have Lower Stress, But More Health Effects*. Science News. [online] 2004, [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <<https://www.sciencedaily.com/releases/2004/05/040510013544.htm>>
4. JORDAN, R. Timothy, KHUBCHANDANI Jagdish and WIBLISHAUSER Michael. *The Impact of Perceived Stress and Coping Adequacy on the Health of Nurses: A Pilot Investigation*. [online] 2016. [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5108847/>>

5. KAPOUNKOVÁ, Kateřina a Zdeněk POSPÍŠIL. *Poruchy metabolismu*. [online] 2013, [cit. 2020-04-03]. Dostupné z: <<http://www.fsps.muni.cz/inovace-RVS/kurzy/patofyziologie/metabolismus.html>>
6. KOMÁREK, Lumír. *Samovyšetření prsu jistota v cestě za krásou a zdravím*. [online] 2006, [cit. 2019-12-16]. Dostupné z: <<https://www.mou.cz/oegn-samovysetreni-prsu/f1190>>
7. LIBIGEROVÁ, Eva. *Úzkost, stres a úzkostné poruchy na počátku 21. století*. REMEDIA [online]. 2003, (6) [cit. 2019-10-28]. Dostupné z: <<http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2003/6-2003/Uzkost-stres-a-uzkostne-poruchy-na-pocatku-21-stoleti/e-9l-9C-e4.magarticle.aspx>>
8. LINKOS (1). *Program screeningu karcinomu prsu*. [online] 2019, [cit. 2019-12-16]. Dostupné z: <<https://www.linkos.cz/onkologicka-prevence/screening/program-screeningu-karcinomu-prsu/>>
9. LINKOS (2). *Program screeningu kolorektálního karcinomu*. [online] 20019, [cit. 2019-12-16]. Dostupné z: <<https://www.linkos.cz/onkologicka-prevence/screening/program-screeningu-kolorektalniho-karcinomu/>>
10. POLÁCH, Ladislav. *Posttraumatická stresová porucha*. Upsychiatra.cz [online]. 2015, [cit. 2019-12-16]. Dostupné z: <<http://www.upsychiatra.cz/posttraumaticka-stresova-porucha/>>
11. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Hodnocení psychosociálních faktorů*. [online]. 2007 [cit. 2019-10-21]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/hodnoceni-psychosocialnich-faktoru>>
12. ŠKRHA, Jan. PELIKÁNOVÁ, Terezie a Milan KVAPIL. *Doporučený postup péče o diabetes mellitus 2. typu*. Praha: Česká diabetologická společnost. [online] 2016, [cit. 2019-12-16]. Dostupné z: <http://www.diab.cz/dokumenty/standard_lecba_dm_typ_II.pdf>
13. TAI, Shu -Yu. et. al. *Effects of Marital Status and Shift Work on Family Function among Registered Nurses*. [online] 2014. [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4243015/>>
14. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Novotvary*. [online] 2016, 250 s. ISSN: 1210-857X. [cit. 2019-12-16]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/novotvary>>

15. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. [online] 2019, [cit. 2020-05-05]. Dostupné z: <<https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf> >
16. WHO. *European Code Against Cancer*. [online] 2016, [cit. 2019-12-16]. Dostupné z: <<http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/about-code>>
17. WORLD CANCER RESEARCH FUND. *Global cancer data by country*. [online] 2018, [cit. 2019-12-16]. Dostupné z: <<https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/data-cancer-frequency-country>>
18. ZÁKON Č. 96/2004 Sb. *Zákony pro lidi* [online]. 2004 [cit. 2020-04-15]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>>

Seznam citovaných závěrečných prací:

1. FIGALOVÁ, Nikol. *Překlad a psychometrické vlastnosti české verze škály vnímaného stresu*. Olomouc 2019. 134 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Miroslav Charvát, PhD.
2. KVAPILÍK, Tomáš. *Projevy anxiety v příbězích TAT*. Brno 2013. 63 s. Diplomová práce. Masarykova Univerzita Brno, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc.
3. SEDLÁKOVÁ, Monika. *Problematika stresu u dopravní policie v Přerově*. Zlín 2018. 64 s. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta logistiky a krizového řízení. Vedoucí práce Mgr. Veronika Kavková, Ph.D.

7 PŘÍLOHY

Příloha A: Škála sociální readaptace (zdroj: SZÚ, 2007).....	84
Příloha B: Evropský kodex proti rakovině (zdroj: WHO, 2016).....	85
Příloha C: Dotazník pro sestry (SŠ, VOŠ, VŠ) vzdělání (zdroj: autor).....	86
Příloha D: Dotazník pro pracující respondenty (zdroj: autor)	88
Příloha E: Zungův dotazník úzkosti (zdroj: Kvapilík, 2013).....	89
Příloha F: Informační plakát s názvem Jak se rychle a účinně zbavit stresu na pracovišti (zdroj: autor)	90

Škála sociální readaptace

Jméno a příjmení.....

Datum narození Datum

1. Smrt životního partnera	100
2. Rozvod	73
3. Zásadní roztržka s manželským partnerem.....	65
4. Nucený pobyt (ve vězení, psychiatrické léčebně atd.)	63
5. Úmrtí člena rodiny	63
6. Vážný úraz nebo onemocnění.....	53
7. Sňatek	50
8. Propuštění ze zaměstnání.....	47
9. Usmíření s manželským partnerem.....	45
10. Odchod do důchodu	45
11. Závažná změna v rodině (chování v rodině, zdravotní stav atd.)	44
12. Těhotenství.....	40
13. Sexuální potíže.....	39
14. Nový člen v rodině (narození dítěte, adopce, přistěhování příbuzného)	39
15. Závažné změny v zaměstnání (fúze podniků, reorganizace, úpadek)	38
16. Závažné změny ve finanční situaci (k horšímu nebo k lepšímu)	38
17. Smrt blízkého přítele.....	37
18. Přejít na jiný druh práce	37
19. Změna počtu hádek s manželským partnerem.....	35
20. Půjčka nebo hypotéka na pořízení domu nebo na jinou větší investici	31
21. Vypovězení půjčky nebo vybavení hypotéky	30
22. Zásadní změny odpovědnosti v zaměstnání (povýšení, degradace, přeložení).....	29
23. Odchod syna nebo dcery z domova (v důsledku studií, sňatku atd.)	29
24. Potíže s tchánem nebo tchýní	29
25. Dosažení významného životního úspěchu.....	28
26. Nástup do (nebo odchod z) práce manželského partnera.....	26
27. Zahájení nebo ukončení studií (školní docházka)	26
28. Zásadní změny životních podmínek (výstavba nového domu, adaptace bytu)	25
29. Změny v osobních zvyklostech (způsob oblékání, chování, navázání nových přátelství).....	24
30. Neshody s vedoucím	23
31. Zásadní změny pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
32. Změna bydliště	20
33. Přejít na jinou školu	20
34. Zásadní změny způsobu, místa či délky rekreace.....	19
35. Zásadní změny v církevních aktivitách (podstatně více či méně)	19
36. Zásadní změny společenských aktivit (kino, tanec)	18
37. Půjčka nebo hypotéka na menší investice (lednička, televize, video atd.)	17
38. Zásadní změna návyků spánku.....	16
39. Zásadní změna v počtu rodinných setkání	15
40. Zásadní změna ve stravovacích návycích.....	15
41. Dovolená	13
42. Vánoce	12
43. Menší přestupky zákona (dopravní prostředek, rušení spánku atd.).....	11

EVROPSKÝ KODEX PROTI RAKOVINĚ

12 způsobů, jak omezit riziko rakoviny

- 1 Nekuřte. Neužívejte žádnou formu tabáku.
- 2 Udržujte doma nekuřácké prostředí. Podporujte nekuřáckou politiku na svém pracovišti.
- 3 Udržujte si zdravou tělesnou hmotnost.
- 4 Buďte v každodenním životě fyzicky aktivní. Omezte dobu strávenou sezením.
- 5 Stravujte se zdravě:
 - Jezte hodně celozrnných potravin, luštěnin, zeleniny a ovoce.
 - Omezte vysoce kalorické potraviny (potraviny s vysokým obsahem cukrů nebo tuků) a vyhýbejte se slazeným nápojům.
 - Vyhýbejte se zpracovaným masným výrobkům, omezte červené maso a potraviny s vysokým obsahem soli.
- 6 Pokud pijete alkohol, ať již jakéhokoli druhu, omezte jeho spotřebu. V zájmu prevence rakoviny je lepší alkohol nepít.
- 7 Vyhýbejte se přehřívání slunění, zejména v případě dětí. Používejte ochranu proti slunci. Nepoužívejte solária.
- 8 Na pracovišti se dodržováním pravidel bezpečnosti práce chraňte před látkami způsobujícími rakovinu.
- 9 Zjistěte, zda nejste ve vašem domově vystaveni záření pocházejícímu z přirozeně vysokých úrovní radonu. Snažte se vysoké úrovně radonu snížit.
- 10 Pro ženy:
 - Kojení snižuje riziko výskytu rakoviny u matky. Je-li to možné, kojte své dítě.
 - Hormonální substituční terapie zvyšuje riziko některých typů rakoviny. Omezte používání hormonální substituční terapie.
- 11 Zajistěte, aby se vaše děti účastnily očkovacích programů proti:
 - hepatitidě B (pro novorozence)
 - lidskému papilomaviru (HPV) (pro dívky).
- 12 Účastněte se organizovaných screeningových programů zaměřených na:
 - rakovinu tlustého střeva a konečníku (muži a ženy)
 - rakovinu prsu (ženy)
 - rakovinu děložního čípku (ženy).

Evropský kodex proti rakovině se zaměřuje na kroky, které mohou podniknout jednotliví občané s cílem pomoci předcházet rakovině. Pro úspěšnou prevenci rakoviny je zapotřebí, aby byly tyto jednotlivé kroky podpořeny vládními politikami a opatřeními.

Více informací o Evropském kodexu proti rakovině naleznete na adrese: <http://cancer-code-europe.iarc.fr>

International Agency for Research on Cancer



Tento projekt je spolufinancován Evropskou unií a koordinován Mezinárodní agenturou pro výzkum rakoviny, která je specializovanou agenturou pro výzkum rakoviny Světové zdravotnické organizace.



DOTAZNÍK PRO SESTRY (SŠ, VOŠ, VŠ) VZDĚLÁNÍ

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Kopecká a jsem studentkou navazujícího magisterského oboru Ošetřovatelství v interních oborech, Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Pro zhotovení své diplomové práce s názvem: *Úzkost a stres jako aspekt vzniku civilizačních chorob* jsem vytvořila soubor dotazníků, který nyní držíte v ruce. Skládá se ze Zungovy sebesupozovací škály a standardizovaného dotazníku Stress Profile. Každý z nich sleduje jiné hledisko stresové zátěže a úzkosti. Vzhledem k časové náročnosti cca 40 min Vás prosím, abyste si vymezili požadující čas na vyplnění a zároveň na otázky odpovídali **PRAVDIVĚ** a **KOMPLETNĚ**. Dotazník je **DOBROVOLNÝ** a **ANONYMNÍ**. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze pro zhotovení diplomové práce. Vyplněním dotazníku dáváte souhlas se zpracováním uvedených údajů. V případě nejasností nebo připomínek obraťte se prosím na moji e-mailovou adresu st47214@student.upce.cz

Děkuji Vám za spolupráci a věnovaný čas.

Bc. Markéta Kopecká

DEMOGRAFICKÁ DATA

1. Pohlaví:

a) Žena

b) Muž

2. Věk:

a) 19–29 let

b) 30–39 let

c) 40–49 let

d) 50–59 let

e) 60 let a více

3. Nejvyšší dokončené kvalifikační vzdělání:

a) Středoškolské vzdělání

b) Vyšší odborné vzdělání

c) Vysokoškolské vzdělání

4. Rodinný stav:

a) Svobodná/ý

b) Vdaná/ženatý

c) Rozvedená/ý

d) Ovdovělá/ý

5. Máte děti?

a) Ano

b) Ne

6. Na jakém oddělení pracujete?

a) Interní oddělení

b) Chirurgické oddělení

c) Neurologické oddělení

d) Jiné

DOTAZNÍK PRO PRACUJÍCÍ RESPONDENTY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Kopecká a jsem studentkou navazujícího magisterského oboru Ošetřovatelství v interních oborech, Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Pro zhotovení své diplomové práce s názvem: *Úzkost a stres jako aspekt vzniku civilizačních chorob* jsem vytvořila soubor dotazníků, který nyní držíte v rukou. Skládá se ze Zungovy sebeposuzovací škály a standardizovaného dotazníku Stress Profile. Každý z nich sleduje jiné hledisko stresové zátěže a úzkosti. Vzhledem k časové náročnosti cca 40 min Vás prosím, abyste si vymezili požadující čas na vyplnění a zároveň na otázky odpovídali **PRAVDIVĚ** a **KOMPLETNĚ**. Dotazník je **DOBROVOLNÝ** a **ANONYMNÍ**. Výsledky tohoto šetření budou použity pouze pro zhotovení diplomové práce. Vyplněním dotazníku dáváte souhlas se zpracováním uvedených údajů. V případě nejasností nebo připomínek obraťte se prosím na moji e-mailovou adresu st47214@student.upce.cz

Děkuji Vám za spolupráci a věnovaný čas.

Bc. Markéta Kopecká

DEMOGRAFICKÁ DATA

1. Pohlaví:

a) Žena

b) Muž

2. Věk:

a) 19–29 let

b) 30–39 let

c) 40–49 let

d) 50–59 let

e) 60 let a více

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

a) Základní

b) Střední odborné s vyučením nebo maturitou

c) Vyšší odborné

d) Vysokoškolské

4. Rodinný stav:

a) Svobodná/ý

b) Vdaná/ženatý

c) Rozvedená/ý

d) Ovdovělá/ý

5. Máte děti?

a) Ano

b) Ne

ZUNGŮV DOTAZNÍK ÚZKOSTI

Instrukce pro vyplnění:

Přečtete si pečlivě každou větu. Pro každou položku zaškrtněte ve sloupcích to číslo, které nejlépe vyjadřuje, jak jste se cítil/a v průběhu posledních dvou týdnů.

nikdy – někdy – často – stále

- | | |
|--|---------|
| 1. Cítím se více nervózní a úzkostný než obvykle. | 1–2–3–4 |
| 2. Mám strach, a vlastně nevím z čeho. | 1–2–3–4 |
| 3. Snadno se rozzuřím nebo zpanikařím. | 1–2–3–4 |
| 4. Mám pocit, že jsem rozvrácený a rozpadlý na kusy. | 1–2–3–4 |
| 5. Je se mnou všechno v pořádku a neobávám se ničeho nepříjemného. | 1–2–3–4 |
| 6. Cítím chvění a rozklepnout v rukou a v nohou. | 1–2–3–4 |
| 7. Obtěžují mě bolesti hlavy, bolesti v šíji, bolesti v kříži. | 1–2–3–4 |
| 8. Cítím se slabý a snadno se unavím. | 1–2–3–4 |
| 9. Jsem klidný a mohu spokojeně sedět. | 1–2–3–4 |
| 10. Cítím, že mi srdce tlučte rychleji. | 1–2–3–4 |
| 11. Obtěžují mě závratě. | 1–2–3–4 |
| 12. Někdy je mi na omdlení. | 1–2–3–4 |
| 13. Volně se mi dýchá. | 1–2–3–4 |
| 14. Mám otupělost nebo brnění v prstech na ruce či nohou. | 1–2–3–4 |
| 15. Trpím bolestmi v žaludku nebo poruchami trávení. | 1–2–3–4 |
| 16. Mám časté nutkání močit. | 1–2–3–4 |
| 17. Ruce mám obvykle suché a teplé. | 1–2–3–4 |
| 18. Mám pocit, že rudnu v obličeji. | 1–2–3–4 |
| 19. Snadno usínám a dobře se vyspím. | 1–2–3–4 |
| 20. Mám noční děsy (nepříjemné sny). | 1–2–3–4 |

Jak se rychle a účinně zbavit stresu na pracovišti

Autor: Bc. Markéta Kopecká

Rok: 2020

Tip 1 Dechové cvičení

Hluboké dýchání

1. Pomalu se nadechněte nosem tzv. do břicha.
2. Pomalu vydechněte ústy směrem od ramen dolů.
3. Každý nádech a výdech by měl být pomalý, může trvat až deset sekund.
4. Několikrát cyklus opakujte.

Pozn. Při nádechu si lze představovat postupně se naplňující plíce.
Při výdechu se snažíme vytlačit všechny vzduch z plic ven.

Tip 2 Cvičení proti stresu

Úklony hlavou

1. Posadte se rovně na židli.
2. S výdechem se uklánějte pravým uchem k pravému rameni (v pozici setrvejte na 3 nádechy a výdechy), totéž opakujte na druhé straně.
3. Stejný princip zachovejte i při záklonu a předklonu hlavy.

Pozn. Cvik uvolňuje napětí v oblasti krku a tím i napětí mentální.



Uvolnění kyčlí

1. Položte si pravý kotník na levé koleno.
2. Pravá ruka leží na pravém kolenu a levá na levém kotníku.
3. Předklánějte se do, pokud možno, do nejhlubšího předklonu.
4. V předklonu setrvejte 3-5 nádechů a výdechů.
5. Cyklus opakujte na druhé končetině.

Pozn. Cvik uvolňuje nahromaděné napětí v oblasti beder, kyčlí a nohou.



Rotace trupu

1. Položte si pravou ruku na levé koleno.
2. Vytočte se celým trupem vpravo.
3. Dýchejte pomalu a po 3-5 nádechů opakujte cyklus na druhé straně.

Pozn. Cvik uvolňuje napětí celého trupu.



Propletence rukou

1. V sedě si propleťte ruce před hrudníkem a paže zvedněte vzhůru.
2. S výdechem se hluboce předkloňte. V předklonu setrvejte 3-5 nádechů a výdechů.
3. Stejný cyklus proveďte s opačným propletením rukou.



