

Branislav Uhrecký
Jitka Gurňáková
Peter Teličák

Pod tlakom zodpovednosti:

STRESS

A REGULÁCIA

**EMÓCIÍ V PRÁCI
ZDRAVOTNÍCKYCH
PROFESIONÁLOV**

Ústav
experimentálnej
psychológie

2025

Branislav Uhrecký, Jitka Gurňáková, Peter Teličák

Pod tlakom zodpovednosti: Stres a regulácia emócií v práci zdravotníckych profesionálov



Ústav experimentálnej psychológie SAV,
Centrum sociálnych a psychologických vied SAV, v.v.i.

Bratislava

2025

- © Ústav experimentálnej psychológie, Centrum spoločenských a psychologických vied SAV, v. v. i.
© Branislav Uhrecký, Jitka Gurňáková, Peter Teličák

Recenzenti: Doc. PhDr. Ľubor Pilárik, PhD.

Mgr. Zuzana Heinzová, PhD.

Vydavateľ: Centrum spoločenských a psychologických vied SAV, v. v. i.
Rozsah publikácie: 7,5 AH

*Monografia je súčasťou riešenia výskumného projektu VEGA 2/0083/22:
„Stratégie, zdroje a dôsledky regulácie emócií pri poskytovaní zdravotnej
starostlivosti“*

ISBN 978-80-8298-025-0
EAN 9788082980250

OBSAH

Predhovor	11
1. Regulácia emócií	13
1.1 VÝSKUM O EFEKTIVITE STRATÉGIÍ REGULÁCIE EMÓCIÍ	15
1.2 KRITIKA PROCESNÉHO MODELU EMOČNEJ REGULÁCIE	17
1.2.1. <i>Reakcie na kritické podnety</i>	21
1.3 KONCEPTUÁLNE ROZDIELY MEDZI EMOČNOU REGULÁCIOU A COPINGOM	22
2. Závažnosť a regulácia emócií v práci zdravotníckych profesionálov.....	25
2.1 ZÁŤAŽOVÉ FAKTORY V ZDRAVOTNÍCKYCH PROFESIÁCH	25
2.2 STRATÉGIE REGULÁCIE EMÓCIÍ A COPINGU U ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV	28
2.3 ZÁŤAŽOVÉ FAKTORY A VYROVNÁVANIE SA S NIMI V KONTEXTE PANDÉMIE COVID-19	32
3. Mapovanie duševného zdravia a pracovnej spokojnosti slovenských zdravotníckych pracovníkov v období po druhej vlne pandémie COVID-19	37
3.1 METÓDA	38
3.1.1 <i>Nábor respondentov a priebeh výskumu</i>	38
3.1.2 <i>Výskumná vzorka</i>	39
3.1.3 <i>Použité nástroje</i>	40
3.2 VÝSLEDKY	41
3.3 DISKUSIA	44
4. Vplyv pandémie COVID-19 na psychické zdravie a zmeny postojov k práci, pacientom, iným ľuďom a sebe samým u zdravotníkov s rôznou úrovňou reziliencie	47
4.1 METÓDA	49
4.1.1 <i>Analýza dát</i>	50
4.2 VÝSLEDKY	52
4.2.1 <i>Kvantitatívna analýza</i>	52
4.2.2 <i>Kvalitatívna analýza</i>	55
4.3 DISKUSIA	67

5. Zdroje stresu a stratégie regulácie emócie vo vzťahu k ukazovateľom mentálneho zdravia	75
5.1 METÓDA	77
5.1.1 Výskumná vzorka	77
5.1.2 Použité nástroje	77
5.2 VÝSLEDKY	78
5.3 DISKUSIA	83
6. Konštrukcia a overovanie psychometrických vlastností škály regulácie emócií pre zdravotníckych pracovníkov	88
6.1 ŠTÚDIA 1 – KONŠTRUKCIA A EXPLORAČNÁ FAKTOROVÁ ANALÝZA ŠKÁLY EMOČNEJ REGULÁCIE PRE ZDRAVOTNÍCKYCH PROFESIONÁLOV	91
6.1.1 Metódy	91
6.1.2 Výsledky	94
6.1.3 Diskusia	95
6.2 ŠTÚDIA 2 – KONFIRMAČNÁ FAKTOROVÁ ANALÝZA A KONŠTRUKTOVÁ VALIDITA ŠKÁLY PSYCHOLOGICKEJ VZDIALENOSTI PRE ZDRAVOTNÍCKYCH PROFESIONÁLOV	98
6.2.1 Metódy	98
6.2.2 Výsledky	100
6.3 DISKUSIA	102
6.3.1 Konceptuálne úvahy o psychologickej vzdialenosti	103
Záver	105
Referencie	108

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1 Výskumné vzorky longitudinálneho zberu údajov z hľadiska profesie	40
Tabuľka 2 Distribúcia výskumnej vzorky v jednotlivých kolách z hľadiska závažnosti depresie	43
Tabuľka 3 Rozloženie respondentov v pásmach rizika vyhorenia v jednotlivých kolách zberu údajov	43
Tabuľka 4 Výsledky lineárneho zmiešaného modelu pri porovnaní	

rozdielov medzi kolami zberu údajov v jednotlivých subškálach BAT	44
Tabuľka 5 Deskriptívne charakteristiky sledovaných premenných v extrémnych skupinách	52
Tabuľka 6 Porovnanie pozorovaných a očakávaných početností vo výskyte chronického somatického ochorenia pred príchodom pandémie v extrémnych skupinách s vysokou a nízkou rezilienciou ...	53
Tabuľka 7 Porovnanie pozorovaných a očakávaných početností vo výskyte duševného ochorenia pred príchodom pandémie v extrémnych skupinách s vysokou a nízkou rezilienciou	54
Tabuľka 8 Porovnanie pozorovaných a očakávaných početností v užívaní liekov kvôli svojmu duševnému stavu v priebehu dvoch predchádzajúcich týždňov v extrémnych skupinách s vysokou a nízkou rezilienciou	55
Tabuľka 9 Frekvencia výskytu identifikovaných kategórií a podkategórií percipovaných zmien vo vzťahu k práci v zdravotníctve a pacientom u zdravotníkov s nízkou /vysokou úrovňou reziliencie (N nízka reziliencia/N vysoká reziliencia; % nízka reziliencia/% vysoká reziliencia)	58
Tabuľka 10 Frekvencia výskytu identifikovaných kategórií a podkategórií percipovaných zmien vo vzťahu k sebe, životu, svetu a iným ľuďom u zdravotníkov s nízkou /vysokou úrovňou reziliencie (N nízka reziliencia/N vysoká reziliencia; % nízka reziliencia/% vysoká reziliencia)	63
Tabuľka 11 Frekvencia výskytu identifikovaných kategórií a podkategórií pozitívnych zmien vo vzťahu k sebe, životu, svetu a iným ľuďom u zdravotníkov s nízkou /vysokou úrovňou reziliencie (N nízka reziliencia/N vysoká reziliencia; % nízka reziliencia/% vysoká reziliencia)	66
Tabuľka 12 Stratégie kognitívnej regulácie emócií podľa Garnefskeho et al. (2001)	75
Tabuľka 13 Deskriptívne štatistiky frekvencie zdrojov stresu v práci zdravotníckych profesionálov	79
Tabuľka 14 Deskriptívne štatistiky pre viac adaptívne kognitívne stratégie ER	79
Tabuľka 15 Deskriptívne štatistiky pre menej adaptívne kognitívne stratégie ER	80
Tabuľka 16 Spearmanove korelačné koeficienty medzi frekvenciami zdrojov stresu a subškálami DASS-21	80
Tabuľka 17 Korelačná matica subškál DASS-21 a CERQ	82

Tabuľka 18 Prediktory miery stresu	82
Tabuľka 19 Prediktory miery úzkosti	83
Tabuľka 20 Prediktory miery depresie	83
Tabuľka 21 Zoznam vygenerovaných položiek pre exploračnú faktorovú analýzu	92
Tabuľka 22 Percentá variancie vysvetlené piatimi faktormi v EFA	95
Tabuľka 23 Faktorové sýtenia položiek v EFA	96
Tabuľka 24 Zoznam položiek pre CFA	99
Tabuľka 25 Psychometrické vlastnosti položiek škály DSHP	100

Zoznam grafov

Graf 1 Porovnanie úrovne depresie, vyhorenia a pracovnej spokojnosti naprieč tromi kolami zberu údajov	42
--	----

Zoznam obrázkov

Obrázok 1 Znázornenie procesného modelu emočnej regulácie (zdroj: Gross, 1998)	13
--	----

Predhovor

Možno ste si už neraz kládli otázku, či Váš ošetrojúci lekár práve nemá zlý deň, či zdravotnícky záchranár na výjazde k Vám nie je na nočnej službe extrémne unavený alebo či náhodou anesteziológ na Vašej operácii práve neprežíva v súkromnom živote náročný rozvod. Následky ich pochybení môžu byť v niektorých prípadoch veľmi závažné, a tak by sme očakávali, že bude prioritou zdravotných systémov v každej civilizovanej spoločnosti dbať na duševné zdravie ľudí, od ktorých závisí naše zdravie a životy. Pravdou však je, že zdravotnícky personál býva extrémne vyťažovaný. Často ťahajú dlhé služby, ošetrojú veľké množstvo pacientov v priebehu jedného dňa a pracujú s nedostačujúcim materiálnym vybavením. Ide pritom o celosvetový problém, hoci niektoré krajiny postihuje viac a iné menej – Slovensko v rámci krajín Európskej únie patrí k tým, ktoré postihuje viac. K tomu ešte pandémie COVID-19 v rokoch 2020-2022 predstavovala extrémnu záťaž pre zdravotníckych pracovníkov a výrazne sa v jej priebehu rozšírila atmosféra animozity a nedôvery k biomedicínskym autoritám. Keďže na Ústave experimentálnej psychológie existuje niekoľkoročná história skúmania psychologických aspektov práce zdravotníckych profesionálov, najmä zdravotníckych záchranárov, je len prirodzené, že sme na existujúcu situáciu reagovali projektom VEGA 2/0083/22: „Stratégie, zdroje a dôsledky regulácie emócií pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti“, pričom táto monografia predstavuje jeho završenie.

Prvé dve kapitoly predstavujú súhrn teórie a empirických poznatkov zhromaždených k ústrednej téme knihy. Konkrétne prvá kapitola sa venuje regulácii emócií vo všeobecnosti, venujeme sa v nej do značnej miery procesnému modelu emočnej regulácie a regulačných stratégií z neho odvodených, ale taktiež aj jeho kritike, jeho vývoja v čase a súvislostiam emočnej regulácie so zvládaním stresu. V druhej kapitole sa snažíme ucelene sumarizovať aktuálne poznatky o ústredných zdrojoch stresu, s ktorými sa stretávajú ľudia pracujúci v zdravotníctve, a spôsoboch, ktorými sa s nimi vyrovnávajú.

Ostatné kapitoly predstavujú vlastný empirický výskum autorského kolektívu. Tretia kapitola je longitudinálnou sondou do duševnej pohody zdravotníckych pracovníkov a prezentuje, aká bola miera depresie, vyhorenia a pracovnej spokojnosti v priebehu

tretej vlny pandémie COVID-19 a v nasledujúcich dvoch rokoch. V štvrtjej kapitole hlbšie analyzujeme samotný vplyv pandémie, či už na psychické zdravie, postoje k práci či k pacientom, v závislosti od úrovne ich psychickej odolnosti. Súvislosti stratégií emočnej regulácie s ukazovateľmi duševného zdravia u zdravotníckych pracovníkov, konkrétne distresom, úzkosťou a depesiou, vyhodnocujeme v piatej kapitole prostredníctvom korelačnej a regresnej analýzy. Posledná, šiesta kapitola, prezentuje snahu autorov o skonštruovanie vlastnej metodiky na zachytenie tendencie k využívaniu rôznych stratégií regulácie emócií, ktorá vyplýva z toho, že aktuálne dostupné metodiky majú svoje obmedzenia a nedokonalosti. Prezentujeme výsledky exploračnej faktoringovej analýzy a následného overovania psychometrických vlastností nami vytvorenej škály, ktorá môže byť následne použitá v ďalšom bádaní v danej problematike.

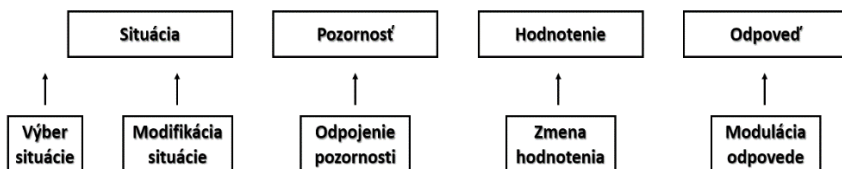
Na záver tohto úvodu by sme chceli poďakovať MUDr. Jane Šeblovej, PhD., a Dominike Šeblovej, PhD., M.Sc., za úzku spoluprácu pri selekcii a preklade dotazníkov do longitudinálneho zberu údajov o duševnom zdraví zdravotníckych pracovníkov. Rovnako aj doc. Mgr. Michalovi Kohútovi, PhD., za technickú pomoc pri zbieraní dát a Mgr. Jane Tencerovej, PhD., za pomoc s kvalitatívnou štúdiou, ktorá je v štvrtjej kapitole tejto monografie. Taktiež veľké poďakovanie patrí všetkým zdravotníkom aj nezdravotníkom, ktorí sa zúčastnili našich výskumov a umožnili nám tak prispieť k poznaniu o ich duševnom zdraví a regulácii emócií.

1. Regulácia emócií

Ako regulujeme svoje emócie je problematikou v oblasti psychológie, ktorá celé desaťročia pútala pozornosť odborníkov a taktiež aj laikov, pričom pri snahe nájsť odpovede na páliivé otázky vznikali rôzne teoretické konceptualizácie v klinickom aj akademickom diskurze. Najvplyvnejšími a najdôležitejšími z nich boli obranné mechanizmy zo psychoanalytickej školy (Kaščáková, 2007) a coping (Folkman & Lazarus, 1988a), avšak okrajovo sa regulácie emócií dotýkajú aj teórie emočnej inteligencie (Salovey & Mayer, 1990) či sebaregulácie (Baumeister et al., 1994). V 90. rokoch minulého storočia sa napokon etablovala emočná regulácia ako samostatný psychologický koncept, v čom mal významnú zásluhu Thompson (1994), avšak rozhodujúci míľnik zaznamenal Gross (1998), keď predstavil procesný model emočnej regulácie. Ten nadobudol v empirickom výskume regulácie emócií status paradigmy – sotva by sme našli v ňom našli publikáciu, ktorá sa na tento model neodvoláva.

Gross (1998, 2015) definuje emočnú reguláciu (ER) ako procesy, ktorými je modulovaná kvalita, intenzita a trvanie prežívaných emócií. Svoj model emočnej regulácie postavil Gross (1998) na hypotetických fázach, ktorými prechádza vznik emočnej odpovede, pričom typy stratégií sú komplementárne voči týmto fázam (viď obrázok 1). Proces vzniku emočnej odpovede podľa Grossa (1998) prechádza konkrétno štyrmi fázami: situácia, pozornosť, hodnotenie a odpoveď. Na začiatku pôsobí na mentálny aparát situácia, pozostávajúca z viacerých aspektov. Niektoré aspekty situácie prechádzajú filtrom pozornosti, kde im je priradovaný význam a ten determinuje emočnú odpoveď s jej zážitkovou, fyziologickou a behaviorálnou zložkou.

Obrázok 1 Znázornenie procesného modelu emočnej regulácie (zdroj: Gross, 1998)



Na základe štyroch fáz generovania emócie, koncipoval Gross (1998) päť kategórií stratégií ER, keďže predpokladal, že k regulácii emócií môže dôjsť už pred prvou fázou procesu vzniku emočnej odpovede, a to konkrétne na úrovni výberu situácie. Ďalšie úrovne regulácie zodpovedajú opísaným štyrom fázam – modifikácia situácie, zameranie pozornosti, kognitívna zmena a modulácia odpovede. Posledná zmienená úroveň sa od predchádzajúcich líši v tom, že ako jediná je zameraná na odpoveď, zatiaľ čo ostatné sú zamerané na antecedenty, teda procesy predchádzajúce konečnej odpovedi. Dôležitosť rozlíšenia zameraní stratégií v procesnom modeli spočíva v tom, že Gross (1998) na ňom postavil kľúčovú hypotézu – stratégie zamerané na antecedenty majú skoršie načasovanie, a tým pádom aj vyššiu efektivitu. Predtým, ako sa dostaneme k tomu, čo o efektivite stratégií hovorí výskum, si však najprv v stručnosti popíšeme jednotlivé úrovne ER podľa procesného modelu:

1) **Výber situácie** je správanie, ktorým ovplyvňujeme stret s konkrétnymi emociogénnymi podnetmi. Vyhľadáваме podnety, o ktorých predpokladáme, že v nás vyvolajú pozitívne emócie a vyhýbame sa podnetom, ktoré by v nás mohli vyvolať negatívne emócie (Jurišová, 2016). Výber situácie môže byť prevenciou vzniku problému, ale môže v extrémnych prípadoch nadobudnúť podobu vyhýbavého správania, nachádzajúceho sa až v pásme patológie v podobe úzkostných porúch či vyhýbavej poruchy osobnosti (Campbell-Sills & Barlow, 2007).

2) **Modifikácia situácie** predstavuje správanie, ktoré znižuje emočný dopad situácie a aj keď sa v procese nachádza pred emočnou odpoveďou, nastávajú spravidla po jej vzniku (Gross, 1998). Stratégie spadajúce do tejto fázy by sa dali označiť ako behaviorálne stratégie a často sú ekvivalentom riešenia problému, i keď môžu mať aj odlišné podoby, ako napríklad vyhľadávanie sociálnej opory alebo sociálna izolácia (Jurišová, 2016).

3) **Zameranie pozornosti** modifikuje emočné prežívanie tým, že sa zameriavame na určitý aspekt situácie alebo zamestnávame pozornosť svojimi myšlienkami či imagináciou (Gross, 2015). Prototypickou stratégiou z tejto úrovne ER je rozptýlenie, čiže zameranie pozornosti preč od podnetu, ktorý je negatívne sytený (Webb et al., 2012). Protichodným variantom zamerania pozornosti je, keď nadobúda podobu nutkavého upriamovania sa na nepriaznivé aspekty situácie, alebo jej negatívne budúce dôsledky (Campbell-Sills & Barlow, 2007), čím dochádza ku vzniku bludného kruhu. Dôležité sú stratégie zamerania pozornosti aj v situácii riešenia problému. Nejde pritom len o samotné riešenie úlohy, ale aj o to, že fungujú ako prevencia pred pôsobením vyrušujúcich stimulov, keďže predstavujú spôsob, ako regulovať emočné stavy vyvolané po vystavení sa stimulu, ktorý nie je

relevantný pre riešenie problému, alebo je jeho pôsobenie príliš intenzívne na to, aby došlo k adekvátnej behaviorálnej reakcii. V situácii riešenia úlohy umožňuje distrakciu od nepohodlného stimulu samotná úloha, ktorá zamestnáva pracovnú pamäť myšlienkami nevzťahujúcimi sa k stimulu a dochádza k neutralizácii prežívania (van Dillen & Koole, 2007).

4) **Kognitívna zmena** zahŕňa stratégie, ktorých spoločným znakom je zmena vo vnímaní situácie (Gross, 1998). Ochsner a Gross (2008) popisujú dva spôsoby kognitívnej zmeny s odlišným predpokladaným psychickým mechanizmom. Prvým z nich je emočný odstup a druhým reinterpretácia. Reinterpretácia alebo prehodnotenie, je pripísanie nového významu stimulu, ktorý mení kvalitu či intenzitu emócií, vzťahujúcich sa k nemu. Častým variantom je prerámcovanie negatívnej skúsenosti na možnosť ďalšieho rastu (Jurišová, 2016). Emočný odstup zas definujú ako zaujatie odosobnenej perspektívy z pohľadu tretej osoby (Ochsner & Gross, 2008). Za formu emočného odstupu môže byť označený aj humor. Samsonová a Gross (2012) poukazujú na to, že existuje viacero vysvetlení pre to, ako humor reguluje emočný stav, pričom nie je vylúčené, že niekoľko mechanizmov sa na tom podieľa paralelne. Humor môže odtiahnuť pozornosť od negatívne sýtených podnetov, oslabiť intenzitu negatívnych emócií vyvolaním pozitívnych emócií alebo môže byť zaujatím odosobnenej perspektívy. Iné varianty kognitívnych stratégií sa týkajú skresleného vnímania a interpretácie aspektov externej reality (Koole, 2009), pripomínajúce obranný mechanizmus popretia (Kaščáková, 2007).

5) **Modulácia odpovede** zahŕňa stratégie považované za metódy poslednej voľby a najčastejšie sa spomedzi nich skloňuje emočná supresia – potlačenie prejavu prežívanej emócie (Gross, 1998). To znamená, že emócia ostáva nevyjadrená verbálne, mimikou, či motorikou. Inými stratégiami ER na tejto úrovni je napríklad ventilácia emócie (Larsen & Prizmic, 2004), fyzická aktivita, modulácia dýchania a svalového napätia, či požívanie návykových látok (Gross, 1998, 2000).

1.1. Výskum o efektivite stratégií regulácie emócií

Značná časť počiatočného výskumu v paradigme procesného modelu sa zameriavala na prínos a efektivitu dvoch stratégií emočnej regulácie – potlačenia expresie emočnej odpovede a kognitívnej reinterpretácie (viď Gross, 2002; Gross & John, 2003; Hagemann et al., 2006). Prevažovali experimentálne štúdiá, kde bola podaná inštrukcia ako majú účastníci regulovať emóciu a následne boli vystavení podnetovému materiálu s negatív-

ným emočným syténím. Výsledky ukázali, že potlačenie expresie v porovnaní s kognitívnym prehodením neovplyvňuje alebo zvyšuje mieru subjektívneho prežívania emócie, zatiaľ čo kognitívne prehodenie vedie k jej redukcii (Gross, 2002; Gross & John, 2003). Potlačenie zároveň zvyšuje fyziologický arousal (Gross & Levenson, 1997; Hagemann et al., 2006; Harris, 2001), naruša kognitívny výkon (Richards & Gross, 1999), spája sa s horším interpersonálnym fungovaním (Butler et al., 2003; Srivastava et al., 2009) a je v negatívnom vzťahu s well-beingom (Gross & John, 2003).

Podľa Grossa (2002) sú tieto výsledky konzistentné s jeho modelom, z ktorého vyplýva, že kognitívne prehodenie dokáže pôsobiť pred plným rozvinutím emočnej odpovede, pretože je antecedentne orientovanou stratégiou, zatiaľ čo potlačenie túto výhodu nemá, a preto má viacero negatívnych dopadov. Prevládajúcim odkazom pre akademickú i laickú obec bola preto v prvých rokoch výskumu emočnej regulácie adaptivita kognitívnej reinterpretácie, avšak v tomto odkaze sa časom začali ukazovať trhliny. Napríklad podľa meta-analýzy Webba et al. (2012) sa ukázal emočný odstup ako efektívnejšia stratégia než reinterpretácia. Niektorí výskumníci (napr. Shafir et al., 2015; Sheppes et al., 2014; Zhu & Bonanno, 2017) taktiež pripúšťali, že zistenia o účinnosti reinterpretácie nemusia hovoriť univerzálnu pravdu, ale môžu byť kontextovo špecifické – môžu závisieť od situácie, prežívanej emócie, individuálnych rozdielov a iných faktorov.

Reinterpretácia síce býva zdôrazňovaná ako optimálna stratégia pri redukcii negatívneho prežívania (Gross, 2014), avšak zároveň si vyžaduje zvýšenú mieru vedomého úsilia (Koole, 2009), čím by mohla byť potenciálne nevhodná napríklad v časovom strese. To potvrdzuje napríklad aj štúdia od Sheppesa a kolektívu (2011), ktorá preukázala, že kognitívne prehodenie nie je veľmi účinné ak emociogénny stimul má vysokú intenzitu. Vtedy vynikne prednosť stratégií zamerania pozornosti, ktorou je skutočnosť, že sa ľahko automatizujú a vyžadujú menej vedomého úsilia než prehodenie, či potlačenie. Toto zistenie sa podarilo replikovať aj v niekoľkých ďalších štúdiách (napr. Birk & Bonnano, 2016; Hay et al., 2015).

Výskum sa venoval aj tomu, ako sú stratégie efektívne vzhľadom na prežívanú emóciu. Napríklad pri prežívaní smútku sa ukázala ako efektívna kognitívna stratégia akceptácie („veci sú také, aké sú“), pričom pri prežívaní strachu viac pomáha stratégia generovania pozitívnych scenárov budúcnosti (Vishkin et al., 2020). Pri emócii hanby sa ukázala stratégia kognitívnej reinterpretácie efektívnejšia ako stratégia emočného odstupu (Cândeia & Szentágotai-Tătar, 2020). Emócia hnevu môže byť efektívne regulovaná zameraním na modifikáciu situácie ako napríklad konštruktívne riešenie konfliktu (Rivers et al., 2007)

Sledovali sa aj iné možné koreláty efektivity stratégií ER ako sociálny kontext či individuálne rozdiely. Na mnohé z týchto štúdií sledujúcich efekt rôznych stratégií ER v závislosti od kontextu však neexistujú replikácie a túto líniu výskumu možno označiť za pomerne nesystematickú s množstvom roztrúsených, avšak zatiaľ málo dôveryhodných zistení. V konečnom dôsledku dôležitou skutočnosťou je, že v akademickom diskurze o ER sa začal viac zohľadňovať kontext a menej sa uvažuje o efektívite jednotlivých stratégií absolutisticky. Často sa hovorí aj o tzv. emočnej flexibilitě, čiže schopnosti používať rôzne stratégie ER v rôznych kontextoch, ako o lepšom prediktore úspešnej regulácie emócií než lipnutie na jednej špecifickej stratégii (Ladecký et al., 2024). Rovnako aj metodologicky začínali byť časom štúdie rozmanitejšie – pribúdali okrem korelačných dizajnov aj kvalitatívne štúdie (napr. Zamariola et al., 2019) alebo tzv. denníkové štúdie (napr. Weiss et al., 2017).

1.2. Kritika procesného modelu emočnej regulácie

Aj keď procesný model nepochybne obohatil naše chápanie regulácie emócií, nezaobišiel sa bez legitímnej kritiky, ktorú je možné rozdeliť do troch kľúčových bodov:

1) *Radenie fáz v procesnom modeli* – v oblasti výskumu a konceptualizácie emócií existuje množstvo otáznikov a niektoré teoretické rozpory staré desaťročia dodnes v určitej forme pretrvávajú. Ako už bolo opísané, procesný model je postavený na predstave fixovaného cyklu generovania emócií, pričom však existujú aj alternatívne teórie v otázke vzniku emočných reakcií, ktoré viac zdôrazňujú primárnosť telesných a fyziologických procesov (napr. Damasio, 2001). Nevyhnutne musia byť jeho predpoklady do určitej miery sporné. V menšom rozsahu oživil procesný model predchádzajúci spor Zajonc vs. Lazarus z 80. rokov, keď Zajonc (1980) konfrontoval kognitivistické teórie emócií a zastával nezávislosť afektívnych procesov od kognitívnych. Spor sa stal viac lingvistickým ako vecným, keď sa zreteľnejšie ukázalo, že Zajonc chápe kogníciu v užšom slova zmysle ako vyššie, vedomé procesy formálne-logického myslenia a usudzovania, zatiaľ čo Lazarus považoval za kognitívne aj procesy mimo vedomia (Leventhal & Sherer, 1987).

Gross (1998, 2002) pôvodne nerozlišoval medzi viacerými úrovňami hodnotenia stimulov, no zároveň podľa Kooleho (2009) implicitne pod hodnotením a obzvlášť prehodnotením myslel vedomé procesy vyžadujúce mentálne úsilie. Tomu nasvedčuje predovšetkým dizajn štúdií, v ktorých sa skúmal efekt kognitívnej reinterpretácie. Participanti boli spravidla pred vystavením podnetovému materiálu požiadaní, aby sa zamerali na jeho pozitívne aspekty (Webb et al., 2012). Pri takomto chápaní kognitívneho hodnotenia

môže podľa Kooleho (2009) prebehnúť proces vzniku emočnej reakcie bez tejto zložky, pretože propozičné myšlienkové hodnotenia nie sú nevyhnutným predpokladom k vzniku emócie. Poukazuje napríklad aj na štúdie o vplyve posturiky na prežívané emócie (napr. Niedenthal et al., 2005; Strack et al., 1988), ktoré sú tiež v rozpore s cyklom v procesnom modeli, pretože vstupom pre vznik emócie v prežívaní nie je ohodnotenie, ale percepcia vlastného tela.

2) *Dôraz na procesy zvrchu* – niektorí autori (napr. Koole, 2009; Koole & Rothermund, 2011) vyčítali procesnému modelu, že rozlišuje iba úsilie vyžadujúce, explicitné (v angl. top-down) formy regulácie emócií, a upozornili na existenciu implicitných (v angl. bottom-up) regulačných procesov. Napríklad podľa teórie interakcie systémov osobnosti, ktorá sa primárne zaoberá motivačnými procesmi, avšak zahŕňa aj afektívnu sebareguláciu, prebieha prevažná časť riadenia nášho emočného prežívania intuitívne, bez vedomia subjektu. Naproti tomu Gross (1998) už od vytvorenia modelu prikladal najväčšiu dôležitosť kognitívnej reinterpretácii, ktorá ale podľa Kooleho (2009) vyžaduje najväčšie mentálne úsilie. Pozícia Grossa (1998) je opačná – podľa neho je kognitívna reinterpretácia efektívna kvôli tomu, že môže byť implementovaná predtým než emočná odpoveď nadobudne vysokú intenzitu, a preto si nemusí vyžadovať veľké úsilie. Nezhoda medzi zmienenými autormi zrejme vyplýva z toho, čo považujú za prototypickú situáciu uplatnenia tejto stratégie, keďže kognitívna reinterpretácia môže prebehnúť hladko aj namáhavo v závislosti od časovej latencie od začiatku pôsobenia emociogénneho stimulu (Sheppes et al., 2009).

Ponímanie kognitívneho hodnotenia resp. prehodnotenia v procesnom modeli ako vedomým myslením kontrolovaného procesu spôsobuje nesúrodosť aj s výskumnou tradíciou emočnej inteligencie, ktorá taktiež pojednáva o emočnej regulácii. Nezhoda spočíva predovšetkým v tom, že tradícia výskumu emočnej inteligencie (Salovey & Mayer, 1990) považuje úspešnosť regulácie emócií za závislú od schopnosti reflexie afektívnych stavov, čo podporujú aj viaceré štúdie (Barrett et al., 2001; Herwig et al., 2010; Kivity et al., 2016). Vzhľadom na to sa Wraniková et al. (2007) domnievajú, že procesný model by benefitoval z toho, keby do neho bola integrovaná aj dôležitá úloha bohatosti a presnosti verbálnych prostriedkov, ktorými ľudia pomenúvajú vlastné emócie, označovaná aj ako emočná granularita (Smidt & Suvak, 2015).

Zároveň sú tu aj výskumy opierajúce sa o teórie telesne zakotvených emócií napr. (Craig, 2002; Damasio, 2001; Prinz, 2004), ktoré poukazujú na to, že pre efektívnu reguláciu emócií nie je dôležitá iba emočná granularita, ale tiež interoceptívna vnímavosť, t. j.

schopnosť percepčne zachytávať signály z tela (Füstos et al., 2013; Pollatos et al., 2015). Implikácie týchto zistení, ktoré boli doposiaľ len málo reflektované v hlavnej línii výskumu ER, sú pomerne zásadné. Pokiaľ by emócie neboli len výsledkom modifikovateľných hodnotení situácie, ale interoceptívnym signalizovaním stavu uspokojenia či frustrácie aspoň čiastočne vrozených a podstatne menej modifikovateľných motívov a potrieb (viď Deci & Ryan, 2012), predstavovalo by to limity pre uplatnenie reinterpretácie situácie. To potvrdzuje aj meta-analýza Zaehringrovej a kol. (2020), podľa ktorej reinterpretácia nemá významný vplyv na fyziologické ukazovatele emočného prežívania. Ďalšou dôležitou námietkou je, že limity reinterpretácie sa nemusia dostatočne prejaviť v laboratórnych podmienkach, kde sú subjekty vystavené podnetovému materiálu bez osobnej signifikancie.

Pokiaľ ide o implicitnú emočnú reguláciu, tej sa doposiaľ venovali viac neurovedci ako psychológovia. Výsledky výskum v tejto oblasti zatiaľ neutvárajú ucelený a systematický obraz, čo súvisí aj s metodologickými ťažkosťami pri operacionalizovaní implicitných procesov. Aj keď implicitná ER spočíva v prevažnej miere zrejme v procesoch pozornosti, nemožno vylúčiť zastúpenie implicitných procesov aj v zmene hodnotenia podnetu alebo situácie. Obvykle sú využívané dva meracie nástroje – Emočný Stroopov test a Emočný Go/No-Go test (Kooze & Rothermund, 2011), ktoré sú výkonovými testami na inhibíciu emočnej odpovede. Preto je ich záber obmedzený na emočnú reguláciu v podmienkach podávania výkonu v časovom strese. Medzi ďalšie možnosti patrí upravená verzia implicitného asociačného testu (ER-IAT – pozri Mauss et al., 2006). Osvedčilo sa aj využívanie primingu prostredníctvom úlohy, v ktorej participanti skladajú vety z poskytnutých slov, pričom slová ako „kontrola“ či „zdržanlivosť“ slúžia na podnecovanie regulácie (pozri Mauss et al., 2007). Nevýhodou implicitného asociačného testu a primingu je ťažšie rozlíšenie medzi emočnou reaktivitou a reguláciou. Ako dobrý ukazovateľ regulácie sa však javí rozdiel medzi subjektívne pociťovaným afektívnym stavom a prvotnou intenzitou fyziologického arousalu.

3) *Platnosť modelu v prirodzených podmienkach* – keďže procesný model bol postavený na konceptuálnych základoch z kognitivistických teórií emócií a následne sa overoval empiricky v laboratórnych podmienkach, je na mieste otázka, na koľko viacerodhodne popisuje emočnú reguláciu prebiehajúcu v prirodzených podmienkach. V každodennom živote sa človek neustále vyskytuje v určitom interpersonálnom kontexte, čo býva opomínané v prevládajúcom akademickom diskurze o emočnej regulácii. Pritom to boli psychológovia skúmajúci vzťahovú väzbu (napr. Dunn & Brown, 1991; Field, 1994), kto používal blízky pojem, regulácia afektu, ešte pred vznikom procesného modelu. Z hľadiska

ontogenézy prebieha regulácia afektívnych stavov najprv interpersonálne, empatickými reakciami matky, a postupne sa internalizuje (Fonagy et al., 2002). Dôležitosť interpersonálneho kontaktu pri regulácii emócií zrejme pretrváva aj do dospelosti, predovšetkým u osôb so slabšou schopnosťou sebaregulácie emočných stavov (Chatterjee et al., 2016; Koole et al., 2014).

Problematika regulácie emócií v prirodzených podmienkach sa týka tiež klasifikácie stratégií. Aj keď je procesný model zrozumiteľný, prehľadný a pravdepodobne dobre vystihuje typy procesov zúčastnených na emočnej regulácii, zároveň môže byť jeho schematickosť aj nedostatkom, keďže v prirodzených podmienkach sa stratégie nepoužívajú so zapojením jedného typu procesu. Ľudia často využívajú buď viac ako jednu stratégiu emočnej regulácie súčasne, alebo v krátkej časovej následnosti (pozri Aldao & Nolen-Hoeksema, 2013). Jedným z každodenných spôsobov emočnej regulácie, ktorý využíva viac ako jeden druh regulačnej stratégie, je humor, ktorý môže byť spôsobom zaujatia odosobnenej perspektívy, a zároveň môže odvádzať pozornosť od emociogénneho podnetu či situácie (Samson & Gross, 2012). Štúdie ukazujú, že aj na úspešnosti kognitívnej reinterpretácie má významný podiel zameranie pozornosti, čiže neprebíha ako diskretná stratégia bez zapojenia iných typov procesov dokonca ani v laboratórnych podmienkach (Bebko et al., 2011; Manera et al., 2014).

V nevelkom množstve štúdií už bol procesný model aplikovaný pri výskume emočnej regulácie v ekologicky validnejších podmienkach (pozri napr. Menges et al., 2016; Short et al., 2018; Xu, 2016). Aj vzhľadom na rôznorodosť prostredí, v ktorých dochádza ku regulácii afektívnych stavov, by bolo potrebných takýchto štúdií viac, než je doposiaľ. Spravidla sa uplatňuje pravidelné dopytovanie participantov na ich prežívané emócie a spôsob regulácie za určitý časový úsek (napr. deň). To umožňuje skúmať emočnú reguláciu v kontexte, v ktorom sú emócie autentickejšie a intenzívnejšie. Nevýhodou naturalistických štúdií je nutnosť spoliehania sa na introspekciu a obmedzená možnosť sledovať fyziologické ukazovatele emočných reakcií.

Kompromisom medzi pôvodnými experimentálnymi štúdiami a ekologicky validnejším výskumom sú laboratórne štúdie bez inštrukcie k emočnej regulácii, kde sa spôsob regulácie zisťoval spätne, prostredníctvom dotazníka alebo rozhovoru (pozri Egloff et al., 2006; Opitz et al., 2015; Volokhov & Demaree, 2010). Keďže ani v prirodzených podmienkach nie je podaná inštrukcia k regulácii, spôsob regulácie emócií si vyberajú spon-tánne samotní participant. Pretože nie je prítomné očakávanie, ako „vyhovieť“ výskumníkovi, majú výsledky týchto štúdií bližšie k presnému obrazu obvyklej reality. Výsledky

jednej zo štúdií tohto typu poukázali na dôležitosť kontextuálnych premenných, v ktorých sú stratégie implementované. Participanti mali najväčšiu tendenciu potláčať prejav emócie pri intenzívnom smútku. Pri nižšej intenzite a iných emóciách bol tento sklon menej výrazný (Dixon-Gordon et al., 2015).

1.2.1. Reakcie na kritické podnety

Mnohé z uvedených kritických pripomienok boli reflektované významnými autormi v danej oblasti vrátane Grossa. Napríklad Braunsteinová et al. (2017) navrhli medzi implicitným/explicitným cieľom regulácie a automatickým/kontrolovaným procesom regulácie. Významný je tiež príspevok Tamirovej (2016) v otázke motivácie pri regulácii emócií. Spočiatku sa vychádzalo z predpokladu, že ľudia regulujú svoje emócie len s hedonickou motiváciou – chcú v čo najväčšej miere prežívať pozitívne a čo najviac utlmiť negatívne emócie. Poukázať však možno napríklad na adolescentov, pre ktorých je charakteristická motivácia k negatívnym emočným stavom ako hnev alebo podráždenosť, čo sa spája s ich potrebou autonómie a identity (Riediger et al., 2009). Túto motiváciu označuje Tamirová (2016) za kontrahedonickú. Za ďalší významný typ motivácie považuje inštrumentálne motívy, ktoré sú charakteristické tým, že zvažujú prospech a uspokojenie z dlhodobého hľadiska, čo často môže znamenať znášanie negatívnych emočných stavov po určitú dobu. Tým sa vyznačujú predovšetkým situácie, v ktorých je potrebné splniť úlohu či dosiahnuť cieľ, s čím sa stretávame predovšetkým v pracovnom živote. Práve preto ostáva do dnešného dňa nevyužitý potenciál empirického výskumu emočnej regulácie napríklad v podmienkach naturalistického rozhodovania, ktoré sa vyznačujú vysokou mierou zodpovednosti a emočnej záťaže.

Mimo spomenutých úprav sám Gross (2013) navrhol rozšírený procesný model. Ten sa výrazne priblížil k teoretickým modelom kontroly správania a sebaregulácie a zmieňuje sa o viacerých hodnotiacich systémoch pri generovaní emócie. Vo svojom rozšírenom modeli nekonkretizuje množstvo hodnotiacich systémov a ich presnú špecifikáciu, ale predpokladá tri možné základné úrovne týchto systémov – úroveň reflexnej odpovede (podobne ako popísal už Pavlov, vid'. Rangel et al., 2008), úroveň subkortikálnych procesov (vid'. LeDoux, 1995; Zajonc, 1980) a nakoniec úroveň kortikálnych procesov. Považuje ich za hodnotiace systémy prvej úrovne, zatiaľ čo za reguláciu sú zodpovedné systémy druhej úrovne.

Systémy druhej úrovne prislúchajúce ku kontrolným procesom posudzujú, či je regulácia potrebná, aká je vhodná stratégia a aká by mala byť jej implementácia. Podľa Grossa

(2013) nastáva emočná regulácia pri konflikte dvoch alebo viacerých cieľov, pričom systémy druhej úrovne prioritizujú a hľadajú kompromisné riešenie. Spravidla sa dostávajú do konfliktu krátkodobé, hedonistické ciele s dlhodobými, utilitaristickými cieľmi, ako napríklad konflikt akčnej tendencie ísť si oddýchnuť pri pociťovaní únavy a zámeru ísť si zacvičiť pre udržanie fyzickej kondície. Z tohto je zjavné, že okrem implementácie hodnotiacich systémov, Gross (2013) pripisuje v novej verzii modelu významnú rolu motivácii, keďže je vyčlenená samostatná pozícia akčnej tendencii ako podstatnej zložke afektívneho stavu. Práve tento aspekt emocionality býva niekedy opomínaný pretože sa emočná regulácia skúma prevažne na afektívnych stavoch reaktívneho charakteru (ako napr. hnev v reakcii na averzívny podnet), zatiaľ čo afektívne stavy podnecujúce k akcii bez vonkajšieho činiteľa (ako napr. pozitívne vzrušenie nabádajúce k obľúbenej činnosti) sú menej brané do úvahy.

Niektoré z uvedených trendov mali odozvu v empirickom výskume, iné skôr nie. Napríklad sa začalo viac dbať na výskum ER v ekologicky validnejšom kontexte, či už v oblasti športovej (napr. Campo et al., 2016) či pedagogickej psychológie (napr. Yin, 2016). Ucelená výskumná línia sa rozvinula v oblasti skúmania ER vo vzťahu k cieľom a motivácii (napr. Gutentag et al., 2024). Avšak rozšírený procesný model mal zatiaľ len minimálny dopad na realizované štúdie, pretože zachytiť jeho nuansy a časovú dynamiku ER ako ich predstavuje, je metodologicky prinajmenšom náročné alebo zatiaľ až priam nerealizovateľné (pozri Butler, 2024).

1.3. Konceptuálne rozdiely medzi emočnou reguláciou a copingom

Za dôležité považujeme po predstavení emočnej regulácie viac špecifikovať jej príbuznosť a zároveň rozdiely voči copingu, keďže obidva koncepty sú v súčasnej psychológii vplyvné, pričom sa však človeku neorientovanému v tomto diskurze môžu zdať regulácia emócií a zvládanie psychickej záťaže ako v princípe ten istý pojem schovaný pod iné názvoslovie. Coping sa najčastejšie definuje ako kognitívne a behaviorálne snahy vysporiadať sa s vnútornými a vonkajšími nárokmi, ktoré sú vnímané ako vysoké alebo presahujúce zdroje jednotlivca (Lazarus & Folkman, 1984), čo prirodzene zahŕňa aj regulovanie emócií prostredníctvom interagovania so situáciou, usmernenia pozornosti, hodnotenia situácie či modulácie emočnej odpovede. Je pravdou, že konceptuálne prekrytie copingu a emočnej regulácie je naozaj značné, preto popíšeme v nasledujúcich riadkoch kľúčové rozdiely a pokúsime sa vysvetliť, prečo v tejto publikácii pracujeme primárne

s pojmom regulácia emócií, hoci často hovoríme aj o stresoroch príp. zdrojoch stresu, čo je terminológia spojená skôr s copingom.

Trudel-Fitzgeraldová a kol. (2024) uvádzajú tri ústredné spoločné črty týchto dvoch konceptuálnych rámcov. Po prvé, obidva zohrávajú kritickú úlohu v optimálnom psychologickom fungovaní a odolnosti voči stresu. Po druhé, deficit v oboch z nich vykazujú súvislosti so psychopatológiou, čo podčiarkuje ich transdiagnostickú povahu. A po tretie, obidve sú extenzívne skúmané ako prediktory fyzického zdravia a dlhovekosti. Rovnako s mnohými stratégiami, o ktorých sa hovorí pri copingu – ako reinterpretácia, akceptácia či rozptýlenie – sa operuje aj pri konceptualizácii emočnej regulácie.

Gross (1998) však už pri svojom prvotnom vymedzení emočnej regulácie pomerne zrozumiteľne popísal jej rozdiely voči copingu, aby ju dostatočne legitimizoval ako samostatnú výskumnú líniu. Jeho zámerom bolo vytvoriť teoretický rámec, ktorý by umožnil viac mikroskopický pohľad kladúci väčší dôraz na samotné prežívané emócie a rovnako aj na mikroprocesy pri ich regulácii. Hoci sú niektoré copingové a emočne-regulačné stratégie identické, spravidla sa coping popisuje viac cez makroprocesuálnu perspektívu, kde sa môžu strácať nuansy regulačných mechanizmov. Príkladmi toho je napríklad rozlíšenie medzi copingom fokusovaným na problém vs. na emócie (Lazarus & Folkman, 1984) či stratégie ako popretie, aktívny coping alebo vyhľadávanie sociálnej opory. Hoci existuje niekoľko známych vymedzení foriem copingu mimo prác Lazarusa a Folkmanovej (napr. Carver et al., 1989), zatiaľ čo pri ER má jednoznačnú nadvládu Grossov (1998) model, tento trend je vo všeobecnosti platný. Ten sa odráža aj na metodologickej úrovni, keďže pri výskume copingu jednoznačne prevažujú dotazníkové metódy, zatiaľ čo pri ER bola od začiatku prítomná snaha o náročnejšie výskumné dizajny, predovšetkým experimenty. Je však pravdou, že ER sa tiež niekedy skúma aj dotazníkovými metódami, a obzvlášť vtedy sa jej rozdiely voči copingu viac stierajú (Trudel-Fitzgerald et al., 2024).

Zároveň Gross (1998) upozorňuje pri popise rozdielov aj na to, že coping sa upriamuje na situácie mimoriadnej záťaže, pričom ER sa zaujíma aj o reguláciu emócií v situáciách, ktoré predstavujú pomerne bežnú či minimálnu záťaž na zvládanie. Okrem toho ER zahŕňa nielen zvládanie negatívnych emócií resp. situácií, ktoré ich vyvolávajú, ale aj reguláciu pozitívnych emócií – napr. udržanie pozitívneho naladenia alebo tlmenie prejavov radosti v situáciách, kde by bolo sociálne nevhodné ich dávať najavo (Nezlek & Kuppens, 2008). Z týchto dôvodov vníma Gross (1998) ER ako širší koncept než coping.

Aj keď sú popísané rozdiely medzi ER a copingom zmysluplné, podľa autorov tejto monografie ich oddelené dráhy v empirickom výskume niekedy spôsobujú zbytočné rozčlenenie diskurzu, ktoré komplikuje orientáciu v literatúre a zovšeobecnenie niektorých záverov. V rámci tejto monografie budeme operovať primárne s pojmom emočná regulácia (resp. regulácia emócií) najmä kvôli tomu, že ide o širší koncept s mikroprocesuálnou optikou. To znamená, že umožňuje nám porozumieť zvládaniu situácií a emócií detailnejšie a to vrátane tých, ktoré nepredstavujú mimoriadnu záťaž.. Avšak aj keď nás nezaujímajú výhradne záťažové situácie, kladieme na ne väčší dôraz, a tak budeme často operovať aj s pojmami stres, stresory (resp. zdroje stresu) či zdroje zvládania. Zároveň budeme často citovať aj štúdie realizované pod záštitou teoretického rámca copingu práve kvôli uvedeným podobnostiam medzi copingom a ER.

2. Zátťaž a regulácia emócií v práci zdravotníckych profesionálov

Zdravotnícke profesie patria k profesiám, kde je vysoká miera psychickej zátáže a zodpovednosti, keďže zlyhania ľudského faktora môžu viesť k dôsledkom na životoch a zdraví pacientov. Zároveň keď hovoríme o zdravotníckych profesiách, tak hovoríme o pracovnom odvetví, kde je vysoká miera variability v náplni a charakteristikách práce, z čoho prirodzene vyplývajú aj potenciálne veľké rozdiely v miere a povahe zátáže na psychiku. S tým sú spojené aj implikácie o častosti využívania a adaptívnosti určitých stratégií ER a copingu. Existujú jednak rozličné špecializácie v rámci samotnej medicíny ako pneumológia, onkológia, psychiatria atď. Zároveň sú značné rozdiely v charaktere práce podľa typu pracoviska ako ambulancia, klinika, či nemocnica.

Zdravotníctvo taktiež zahŕňa mimo lekárov, sestier či zdravotníckych záchranárov aj iných pracovníkov, ktorí majú priamy kontakt s pacientom, ako sú fyzioterapeut, logopéd, psychológ, sociálny pracovník, či farmaceut. Zároveň existujú aj zdravotnícky pracovníci, pre ktorých kontakt s pacientom nie je hlavnou náplňou ich práce, kam spadá napríklad technický a administratívny personál.

Z uvedeného vyplýva, že pokryť poznatky o zátäži a regulácii emócií u zdravotníckych profesionálov do absolútnej šírky by presahovalo rozumný rámec pre kapacity kapitoly vo vedeckej monografii. Preto sa zameriame prednostne na profesiu lekára, sestry a zdravotníckeho záchranára, ktoré tvoria ústredné piliere zdravotnej starostlivosti. Keďže však existuje vysoká miera variabilita aj v rámci týchto profesií, pokúsime v rámci poznatkov z doterajších výskumov sústrediť viac na tie, ktoré sú viac univerzálne než špecifické aj za cenu toho, že sa v takejto syntéze môžu stratiť niektoré zaujímavé podrobnosti a nuansy.

2.1. Zátťažové faktory v zdravotníckych profesiách

Asi najčastejšie uvádzaným a zároveň aj najviac závažným stresorom v práci zdravotníkov je **pracovné preťaženie a časový rozvrh práce**. Predovšetkým zdravotnícki zá-

chranári a nemocničný personál sa musia vysporiadať s prácou na smeny a dlhými službami, zatiaľ čo ambulantný sektor má v tomto ohľade lepšie podmienky a obvykle aj menej stresu (Lim & Pinto, 2009). Avšak aj ambulantní lekári a sestry sú často pod tlakom systému prijímať veľké množstvo pacientov, v dôsledku čoho majú menej času venovať sa jednotlivému pacientovi (Rout, 1996). Na pozadí tejto skupiny stresorov je nedostatok zdravotníckeho personálu, ktorý nie je problémom len v menej ekonomicky vyspelých častiach ako sú rozvojové krajiny či štáty strednej a východnej Európy, ale rovnako aj vo vyspelých krajinách západnej Európy a Severnej Ameriky (Jevšnik & Krilić, 2023).

Veľmi rozmanitú kategóriu predstavujú **stresory týkajúce sa komunikácie s pacientmi a ich príbuznými**. Najväčším problémom je nedostatočná spolupráca pacienta, či už pri diagnostike alebo liečbe (Afshari et al., 2024; O'Dowd et al., 2018; Rink et al., 2023). S tým sa spája často diskutovaný fenomén „dr. Google“, čiže tendencia pacientov v čase ľahko dostupných informácií na internete prísť s vlastnou seba-diagnostikou na vyšetrenie k lekárovi. Tento fenomén však nemusí byť len škodlivý, ale môže práveže podľa výskumov byť aj nápomocný k efektívnejšej spolupráci lekára s pacientom (van Riel et al., 2017). Problém však nastáva, keď je napríklad pacient obeťou dezinformácií, čo je veľký problém v krajinách strednej a východnej Európy. V mnohých z nich vrátane Slovenska približne tretina až polovica populácie verí rôznym nepodloženým presvedčeniam týkajúcich sa zdravia (European Commission, 2021). Zároveň aj miera dôvery k zdravotníkom a zdravotníckym inštitúciám po pandémii COVID-19 najmä v týchto štátoch klesala (Yaddanapudi et al., 2024), čo sa môže negatívne prejavovať v kontakte pacienta ovplyvneného dezinformačnými kampaňami so zdravotným personálom. Navyše v dobe a kultúre, keď sa na zdravotníctvo viac nazerá ako na službu či komerčný produkt, môžu pre zdravotníkov významnú výzvu predstavovať očakávania pacienta (pozri Crisafulli et al., 2019).

Ďalším dôležitým stresujúcim aspektom komunikácie s pacientmi je **emočná práca** (v angl. emotional labour), čo je záťaž vyplývajúca z plnenia sociálnych očakávaní na emočné prejavy v profesnej roli (Hochschild, 1983). Emočná práca sa najviac skúmala na vzorke sestier, keďže od nich sa sociálne najviac očakávajú prejavy vrelosti a ľudského záujmu, čo je spojené aj s rodovými aspektmi tejto profesie (Riley & Weiss, 2016). Avšak v určitej miere sa týkajú tieto očakávania aj ostatných zdravotníckych profesií. Treba ich pritom dať do kontextu celkovej pracovnej záťaže, pri ktorej zdravotníckych personál prichádza denne do kontaktu s veľkým množstvom pacientov, čo si vyžaduje časté emočné preladenie na iného pacienta s jeho špecifickou osobnosťou

a očakávaniami. Inými významnými stresormi z oblasti komunikácie s pacientmi a ich príbuznými sú napríklad podávanie nepriaznivých správ (ako oznámenie závažnej diagnózy pacientovi alebo úmrtia pacienta príbuzným), komunikácia s intoxikovaným alebo agresívnym pacientom, s pacientom so psychiatrickým ochorením atď. (Gurňáková & Marcinechová, 2021).

Významnú skupinu predstavujú ďalej **stresory na úrovni systému a organizácie**, medzi ktorými sa často spomína nedostačujúce materiálne zabezpečenie (Gurňáková, 2013; Isbell et al., 2020; O'Dowd et al., 2018). Keďže mnohé diagnostické a terapeutické prístroje sú veľmi nákladnými položkami, mnohí najmä verejní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti nedisponujú najmodernejším vybavením a pracovníci v nich tak musia vykonávať svoju prácu s obmedzeniami. V mnohých výskumoch sa uvádza taktiež aj množstvo administratívnej záťaže (Karimi et al., 2018; Gurňáková, 2013; Rink et al., 2023). Ďalšími špecifickými stresormi môže byť napríklad obmedzený prístup k profesnému rozvoju alebo nedostatočná autonómia pri práci kvôli predpisom a zaužívaným postupom pracoviska (Tanner et al., 2015; Qin et al., 2016). Na urgentných príjmach a záchranke je zdravotnícky personál frustrovaný z toho, že mnohí pacienti s neakútnymi ťažkosťami využívajú urgentnú medicínu na to, aby sa dostali k určitým vyšetreniam, lebo bežný prístup k nim je pre nich obmedzený alebo časovo nevyhovujúci (Isbell et al., 2020; Uhrecký et al., 2025).

Na zdravotníckych pracovníkov môže na emočnej úrovni pôsobiť aj **kontakt so smrťou a závažnými diagnózami** (Chang et al., 2006; Payne, 2001; Uhrecký et al., 2021), pričom existuje vysoká variabilita v tom ako často sa zdravotnícki pracovníci s nimi stretávajú. V odboroch ako onkológia či urgentná medicína môže byť častotť ich výskytu pomerne vysoká, prípadne na najvyšších pracoviskách, kam z nižších úrovní posielajú pacientov s najzávažnejšími diagnózami. Obzvlášť emočne náročné sú vtedy, keď sa týkajú pacientov v detskom veku (Minnie et al., 2015; Uhrecký et al., 2021). Kým však zdravotnícki záchranári majú obvykle epizodický a časový obmedzený kontakt s pacientmi, čo by im mohlo uľahčovať udržanie psychologickkej vzdialenosti, sestry majú často opakovaný a časovo rozsiahlejší kontakt s pacientom, v dôsledku čoho úmrtie a utrpenie môžu u nich spôsobovať výrazný emočný diskomfort (Wilson & Kirshbaum, 2011).

Predovšetkým lekári, ale v určitej miere aj zdravotnícki záchranári a sestry musia zvládať **vysokú mieru zodpovednosti spojenú s neistotou** (Gurňáková, 2013; Qin et al., 2018; Rink et al., 2023). Zlyhania ľudského faktora pri diagnostike či podaní liečby majú v medicíne závažné dôsledky, čo samo o sebe môže produkovať vysokú hladinu stresu,

najmä u nováčikov (viď Uhrecký et al., 2025). Napriek významným vedeckým pokrokom, ktoré zdokonaľujú poznanie o medicínskych diagnózach a metódy diagnostiky a liečby, určitá miera chybovosti na strane človeka či techniky, s ktorou operuje, sa nedá úplne odstrániť. Obzvlášť pri dlhých službách s veľkým množstvom pacientov pravdepodobnosť chýb stúpa (Wen et al., 2016) a tie môžu mať v niektorých prípadoch až závažné pracovné a právne následky pre zdravotníkov.

Zdrojom vysokého stresu môžu byť **akútne stavy**, pri ktorých je život a zdravie pacienta v ohrození, predovšetkým v urgentnej medicíne, na ARO, na operačnej sále, ale aj v iných odvetviach a pracoviskách. Avšak u tých zdravotníkov, ktorí s nimi majú častejší kontakt, dochádza k habituácii a ďalším naučeným spôsobom zvládania (viď Uhrecký et al., 2020, 2021, 2025). Pre tých, ktorí s nimi majú zriedkavý kontakt, môžu byť síce stresujúcejšie, ale zároveň vzhľadom na ich nepravidelnosť skôr nemajú taký trvalý dopad ako chronické stresory. Stret s nimi, najmä ak je neúspešný, však môže v určitých prípadoch byť spúšťačom dlhotrvajúcich problémov ako post-traumatická stresová porucha (Minnie et al., 2015), a práve to z nich robí významný faktor.

V neposlednom rade, tak ako v mnohých nezdravotníckych profesiách, môžu byť zdrojom stresu **vzťahy na pracovisku**. Vo viacerých výskumoch sa ukazujú ako jeden z najvýznamnejších stresorov v rôznych zdravotníckych profesiách (napr. Chang et al., 2006; Karimi et al., 2018; Rink et al., 2023). Tak ako dokážu byť zdrojom emočnej aj inštrumentálnej podpory, tak môžu toxické vzťahy s kolegami či nadriadeným významne prispievať k psychickej nepohode (Payne, 2001). Týmto sme predstavili stresory v práci zdravotníckych profesionálov, ktoré sa zvykli opakovane vyskytovať v doterajších výskumoch ako významné, hoci nepredstavujú kompletný zoznam všetkých stresorov. V ďalšej podkapitole rozoberáme, akými spôsobmi sa zvyknú s nimi vyrovnávať.

2.2. Stratégie regulácie emócií a copingu u zdravotníckych pracovníkov

Jednotlivé štúdie o stratégiách ER resp. zvládania záťaže často používajú rôzne názvoslovie. Kvantitatívne štúdie s vopred zadanými stratégiami vychádzajú z rôznych teoretických modelov (viď kapitola 1.3) a kvalitatívne štúdie tiež postupovali rozličnými prístupmi – či už zvolili čisto deduktívny alebo čisto induktívny prístup, iné zas kombinovali teoreticky ukotvené s induktívne odvodenými kategóriami, prípadne

kombinovali viacero teoretických modelov pri analýze dát. Napriek tejto rozmanitosti sa však vo výsledkoch opakujú niektoré zovšeobecniteľné zistenia.

Často opakujúcim sa zistením z kvalitatívnych štúdií je, že zdravotnícki profesionáli využívajú **emočný odstup/odpojenie**, pričom odpojenie (v angl. detachment) považujeme za extrémnejší variant stratégie odstupe (v angl. distancing). Obidve sa vyznačujú zníženou mierou osobného zaangažovania v situácii a naopak zvýšenou mierou zaujatia pozície neutrálneho pozorovateľa (Kross & Kross, 2011). Avšak kým pri emočnom odstupe je pozícia zaangažovaného aktéra v určitej miere zachovaná, pri odpojení to už neplatí (viď Uhrecký et al., 2020). V procesnom modeli sa niekedy zvykne tento spôsob regulácie emócií kategorizovať ako variant prehodnotenia situácie, avšak Kross a Ayduková (2024) konštatujú, že síce zahŕňa komponent hodnotiacich procesov, pravdepodobne je komplexnejší a zahŕňa viacero mechanizmov (podrobnejšie sa tomu venujeme v kapitole 5 tejto monografie).

Tento mechanizmus sa ukazuje najviac v štúdiách realizovaných vzorke zdravotníckych záchranárov (Avraham et al., 2014; Clompus & Albarran, 2016; Uhrecký et al., 2020, 2025), ale ukázal sa aj u populácie lekárov a sestier (napr. Isbell et al., 2020; O'Dowd et al., 2018). Štúdiá Mitmansgrubera et al. (2008) na zdravotníckych záchranároch ukázala, že tento mechanizmus pozitívne koreluje s množstvom rokov v záchranej službe a rovnako aj s duševnou pohodou. O čosi komplikovanejšie to je pri sestrách, kde sú väčšie sociálne očakávania na prívetivý a empatický prístup, čo môže prichádzať do konfliktu so stratégiou odstupe. V kvalitatívnej štúdii Haywarda a Tuckeyovej (2011) sa ukázalo, že sestry sa snažia hľadať rovnováhu medzi odstupom a blízkosťou smerom k pacientov. Celkove však možno konštatovať, že odpojenie ako extrémna podoba tohto mechanizmu môže mať negatívny dopad najmä na komunikáciu s pacientom, keďže môže dochádzať až k dehumanizovanému prístupu smerom k nemu (Clompus & Albarran, 2016).

Podľa očakávaní sa v štúdiách spomína **pozitívne prerámcovanie**, ktoré má svoje miesto aj v procesnom modeli ER (Gross, 1998) ako aj transakčnom modeli copingu (Lazarus & Folkman, 1984). V štúdii od Isbell et al. (2020) napríklad doktori a sestry pracujúci na urgentnom prijíme uplatňovali prerámcovanie pri prežívaní frustrácie z toho, že ošetrujú veľké množstvo pacientov, ktorých problémy nie sú akútne. Na danú situáciu sa pozreli tak, že títo pacienti sa často cítia stratení v zdravotnom systéme a oni majú možnosť im poskytnúť pomoc alebo ich usmerniť k tomu, aby dostali adekvátnu zdravotnú starostlivosť. Vo výskume Uhreckého et al. (2025) na zdravotníckych záchranároch sa ukázalo, že kognitívne rámce sa budujú rokmi praxe a skôr než

by dochádzalo k prerámcovaniu z negatívnej situácie na pozitívnu, skôr sú rámce už automaticky a habituálne používané ako optika, s ktorou do situácií vstupujú. Napríklad úzkosti z pochybenia alebo následným pocitom viny, ak by k nemu došlo, predchádzajú tým, že sú naučení sa na omyly pozerat' ako na súčasť učenia. Takýto spôsob používania kognitívnych rámcov dáva zmysel z hľadiska toho, že nie je ľahké úspešne implementovať prerámcovanie, z krátkodobého hľadiska ľudia preferujú stratégie vyžadujúce menej úsilia (Milyavsky et al., 2019). Pri pohľade na využívanie pozitívneho prerámcovania z hľadiska dôsledkov sa ukazuje, že súvisí s vyššou pracovnou spokojnosťou (Sharma & Srivastava, 2020) a nižšou mierou vyhorenia (Doolittle et al., 2013) u lekárov. Rovnako sa tento vzťah pozitívneho prerámcovania s vyhorením potvrdil aj v štúdiách na populácii sestier (Bamonti et al., 2019; Jin et al., 2025; Payne, 2001). Avšak treba podotknúť, že nie v každom výskume sa pozitívne dopady prerámcovania potvrdili (napr. Chang et al., 2006; Lambert et al., 2004).

Z kognitívnych stratégií sa vo výskumoch na zdravotníkoch spomína aj **akceptácia**. V súčasnosti sa typicky akceptácia definuje ako emočná akceptácia, čiže prijatie vnútorného prežívania bez snahy ho zmeniť (Wojnarowska et al., 2020), čo je zrejmé dané aj vplyvom terapie zameranej na akceptáciu a záväzok (Acceptance and Commitment Therapy – ACT; Hayes et al., 2006). Lenže v staršom chápaní, ktoré je prítomné pri definovaní akceptácie v dotazníkoch COPE (Carver et al., 1983) a CERQ (Garnefski et al., 2001), je akceptácia vymedzená vo vzťahu k vonkajšiemu prostrediu, čiže ako prijatie situácie. S týmto pôvodným vymedzením budeme pracovať aj v tomto texte, keďže z neho vychádzali aj dostupné štúdie na zdravotníckych profesionáloch. Schopnosť prijať, že v medicíne sa nepodari pomôcť každému pacientovi, sa vyskytla ako dôležitá stratégia v kvalitatívnych štúdiách na lekároch (O'Dowd et al., 2018) aj zdravotníckych záchranároch (Uhrecký et al., 2021, 2025). Čo sa týka kvantitatívneho výskumu o efektivite tejto stratégie, na populácii zdravotníkov ho je akútny nedostatok. Kým podľa štúdie Doolittle et al. (2013) na lekároch akceptácia negatívne súvisí s vyhorením, Bamonti et al. (2019) u sestier zaznamenal presne opačný výsledok. To však odzrkadľuje celkove zmatečné korelácie tejto stratégie s ukazovateľmi mentálnej pohody aj na vzorkách nezdravotníkov (viď Pilárik & Galasová, 2024).

Významnú úlohu v emočnej regulácii zdravotníkov pri výkone práce má aj **manažment pozornosti**. Vo viacerých výskumoch na lekároch (Isbell et al., 2020; Lemaire & Wallace, 2010) alebo zdravotníckych záchranároch (Uhrecký et al., 2020, 2021, 2025) sa manažment pozornosti ukazuje ako dôležitý mechanizmus. Tradične sa zo stratégií založených na usmernení pozornosti venovala pozornosť rozptýleniu, čiže presmerovaniu

pozornosti na pozitívne podnety (Webb et al., 2012), avšak v kontexte, kde sa vyžaduje podávanie výkonu, je samotná pracovná úloha rozptyľujúcim podnetom okupujúcim kapacitu pracovnej pamäte, čím odvádza pozornosť od prežívaných emócií (van Dillen & Koole, 2007). Napríklad zdravotnícki záchranári si často počas výkonu práce neuvedomujú svoje emočné reakcie až dokým netransportujú pacienta (Uhrecký et al., 2020). Manažment pozornosti tak plní dvojitú funkciu – pomáha optimalizovať výkon a zároveň odvádza pozornosť od potenciálne rušivých emócií.

Potlačenie emočného prejavu, aj keď je v literatúre o ER často spomínanou stratégiou, v kvalitatívnych štúdiách na vzorke zdravotníkov figuruje len okrajovo (Isbell et al., 2020; Uhrecký et al., 2020, 2025) alebo nefiguruje vôbec (O'Dowd et al., 2018). V kvantitatívnom výskume sa okrem dotazníka ERQ vyskytuje aj v copingovom dotazníku Ways of Coping (Folkman & Lazarus, 1988) pod označením seba-kontrola. Práve pod týmto názvom figuruje v niektorých kvantitatívnych štúdiách na sestrách ako jedna z častejšie využívaných stratégií (Chang et al., 2006; Lambert et al., 2004). Zároveň sa ukazuje, že jej častejšie využívanie súvisí s vyhorením (Chang et al., 2006; Jin et al., 2025; Lee & Jang, 2019). Význam tejto stratégie u sestier zrejme súvisí už spomenutými sociálnymi očakávaniami na prejavy emócií, čo sa ukazuje aj štúdiu Haywarda a Tuckeyovej (2011) – zachovanie vrelého a starostlivého dekóru zahŕňa aj potlačenie negatívnych emócií.

Zameranie na riešenie problému korešponduje s modifikáciou situácie z hľadiska procesného modelu ER a v mnohých výskumoch na rôznych zdravotníckych pracovníkoch sa ukazuje, že významne súvisí s duševnou pohodou (napr. Doolittle et al., 2013; Lambert et al., 2004; Payne, 2001). To zodpovedá aj teoretickým predpokladom, že snaha o ovplyvnenie stresujúcej situácie je prvou líniou stratégií v jej zvládnutí, keďže emócie sú v podstate výstupom (ne)súladu prostredia s našimi potrebami (Frijda, 1986) a zároveň v sebe často obsahujú aj informácie o tom, ako v danej situácii postupovať (Mosier & Fischer, 2010). Ďalšie stratégie ER nastupujú vtedy, keď situáciu nie je možné ovplyvniť žiaducim spôsobom. Ak však niekto má tendenciu automaticky vychádzať z presvedčenia, že situáciu nevie ovplyvniť, aj keď toto presvedčenie nezodpovedá skutočnosti, obvykle sa u neho vyskytuje aj nižšia úroveň duševnej pohody (Cheng et al., 2013).

Významnou stratégiou v zvládaní emócií je aj **vyhľadávanie sociálnej podpory**, pričom existujú rôzne jej formy. Inštrumentálna podpora spočíva napríklad v zaučení, supervidovaní či spoločnej pracovnej činnosti, alebo aj v konzultovaní prípadov z praxe (Clompus & Albarran, 2016; Uhrecký et al., 2025). Emočná podpora sa u zdravotníkov

prejavuje napríklad v spoločnom ventilovaní frustrácie (Lemaire & Wallace, 2010), často v podobe rozprávania príbehov s nádychom čierneho humoru (Tangherlini, 2000). Štúdia na sestrách od Lamberta et al. (2004) potvrdzuje, že vyhľadávanie sociálnej podpory sa spája s lepšou duševnou pohodou.

Okrem spomenutých stratégií sú samozrejme aj iné, ktoré zdravotnícki profesionáli využívajú, avšak usilovali sme sa o sumarizáciu najvýznamnejších zistení z dostupnej literatúry. V ďalšej podkapitole by sme sa chceli zamerať na stres a vyrovnávanie sa s ním počas pandémie COVID-19, ktorá predstavovala mimoriadnu záťaž a inšpirovala množstvo výskumov o duševnom zdraví zdravotníkov vrátane toho nášho.

2.3. Zátťažové faktory a vyrovnávanie sa s nimi v kontexte pandémie COVID-19

Ochorenie COVID-19, ktorému od jeho nástupu koncom roka 2019 podľahlo viac ako 7 miliónov ľudí na celom svete, predstavovalo bezprecedentnú záťaž nielen pre bežnú populáciu, ale aj pre ľudí, pracujúcich v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti. Na Slovensku bol prvý prípad tohto ochorenia identifikovaný 5. marca 2020, pričom sa ním ku dnešnému dňu nakazili takmer 2 milióny obyvateľov a v jeho dôsledku zomrelo viac ako 21 tisíc ľudí (WHO, 2025). Ochorenie prebiehalo vo viacerých vlnách, ktoré sa vyznačovali prudkým nárastom ochorenia, väčšinou v jesenných a zimných mesiacoch (napr. Sanche et al., 2020). Tieto obdobia boli charakteristické poklesom nemocničných zdrojov, kapacity lôžok na jednotkách intenzívnej starostlivosti, a nasýtením zdravotného systému, čo napokon prispievalo k vyššej úmrtnosti pacientov (Sen-Crowe et al., 2021).

Od svojho začiatku spôsobovalo ochorenie COVID-19 veľké komplikácie v poskytovaní zdravotnej starostlivosti z viacerých dôvodov. Jedným z nich bola vysoká nákazlivosť ochorenia a nejasnosť v postupoch liečby, čo viedlo k veľmi rýchlemu zaplňovaniu a prepĺňovaniu zdravotníckych zariadení (pozri napr. Kim et al., 2020). COVID-19 bol pre zdravotníkov novým problémom, v dôsledku čoho chýbali základné informácie o tomto ochorení ako aj overené postupy liečby. Problematická bola tiež potreba hospitalizácie vysokého počtu infekčných pacientov vo vážnom stave, ktorých počet neustále narastal, ako aj nedostatok adekvátneho vybavenia a kvalifikovaného personálu, ktorý sa mal o nich starať. Mnohé nemocnice museli odložiť plánované hospitalizácie a operácie, a museli časť nemocničných lôžok vyčleniť pre vážnych covidových pacien-

to. Tento systém spôsoboval problémy nie len pri rozhodovaní o možnostiach hospitalizácie pacientov (či je stav natoľko vážny, aby bol pacient hospitalizovaný), o spôsobe ich ošetrovania a liečby (nedostatok umelých pľúcnych ventilácií a personálu a kvalifikovaného personálu, ktorý by ich obsluhoval), ale aj v oneskorenej liečbe ochorenia (dochádzalo k tomu, že pacienti boli hospitalizovaní neskoro, čo malo často dramatický dopad na vývoj ich ochorenia).

Zvýšenú záťaž pre zdravotníckych pracovníkov predstavovalo v tomto kontexte viacero faktorov. Okrem nedostatku ľudských zdrojov a informácií o ochorení a jeho liečbe to bol najmä zvýšený pocit vlastného ohrozenia z dôvodu nedostatku ochranných prostriedkov v kombinácii s vysokou prenosnosťou vírusu (Soares et al., 2022). Zdrojom záťaže sa stala tiež nutnosť používania osobných ochranných prostriedkov za účelom zníženia rizika nákazy, nakoľko sa spájala so značným fyzickým diskomfortom a ťažkosťami v dýchaní, pričom zdravotníci museli v záujme šetrenia zdrojov v týchto ochranných odevoch vydržať dlhé pracovné zmeny bez možnosti prezlečenia či uspokojenia vlastných fyziologických potrieb (Ornell et al., 2020). Za najrizikovejšiu skupinu z hľadiska psychického tlaku a stresu boli považovaní zdravotníci v prvej línii – predovšetkým na oddeleniach urgentného príjmu a tí, ktorí sa podieľali na manažmente a diagnostike COVID-19 (Lasalvia et al., 2021). Detailnejšia analýza zdrojov stresu pracovníkov rôznych zdravotníckych profesií počas pandémie COVID-19 na Slovensku však ukázala, že enormný nárast infikovaných pacientov v kombinácii s nedostatkom osobných ochranných pracovných prostriedkov a obmedzeným režimom obvyklej ambulantnej starostlivosti, negatívne ovplyvnili fungovanie všetkých zložiek systému poskytovania zdravotnej starostlivosti. Od zvýšeného počtu volaní na tiesňové linky záchranej zdravotnej služby (ZZS), zvýšeného počtu výjazdov ZZS, cez zvýšený tlak na pracovníkov lekární, ktorí boli nútení suplovať preťažených lekárov z ambulancií. Mnohí pracovníci ambulancií i nemocničných zariadení sa museli rýchlo prispôbovať zásadným zmenám v náplni, spôsobe a režime ich práce – obmedzenému pôsobeniu v rámci ich obvyklej špecializácie a potrebe bezprostredne sa preorientovať na nejasné, nové, často sa meniace postupy starostlivosti o vysoké počty akútnych a zároveň infekčných pacientov. Na všetky typy zdravotníkov negatívne vplývala povinnosť pracovať, bez ohľadu na ich individuálne riziko, preferencie a potreby, časté zmeny nariadení a predpisov, extrémny tlak zo strany verejnosti ako aj zvýšený záujem a neskôr najmä kritika zo strany verejnosti a médií (Guřňáková, 2023). Mnohé z týchto faktorov boli počas pandémie identifikované ako zvýšené zdroje rizika pre rozvoj syndrómu vyhorenia aj u zdravotníkov v zahraničí (Soares et al., 2022).

Keďže syndróm vyhorenia sa vo všeobecnosti pripisuje kombinácii fyzického a psychického stresu, spojeného so starostlivosťou, alebo prácou (Maslach & Leiter, 2016), ktorého dôsledkom môže byť emocionálne vyčerpanie, depersonalizácia, či znížený pocit osobnej spokojnosti (Rodriguez et al., 2018), neprekvapuje, že mnohé z vyššie uvedených faktorov boli počas pandémie identifikované ako zvýšené zdroje rizika pre rozvoj syndrómu vyhorenia zdravotníkov (Soares et al., 2022). Medzi najčastejšími problémami, výrazne prispievajúcimi k vyhoreniu zdravotníkov, boli okrem pocitu vlastného ohrozenia, neustále sa meniace informácie a ochranné opatrenia v priebehu vývoja ochorenia, ako aj nutnosť pracovať mimo vlastnej špecializácie, najmä ak zdravotníci pôsobili v prvej línii (Lasalvia et al., 2021). Ďalším z mnohých faktorov, nepriaznivo ovplyvňujúcich duševné zdravie zdravotníkov, boli morálne ujmy v dôsledku nutnosti rozhodovať o živote a smrti pacientov (ich hospitalizácii či poskytnutí liečby), často v časovej tiesni, bez optimálnej podpory a protokolu, s vysokým rizikom nakazenia ich samých a ich rodín (Søvold et al., 2021), ale aj veľké počty trpiacich a umierajúcich pacientov (Greenberg et al., 2020; Zhang et al., 2020a).

Neistota v pracovných postupoch, zvýšená pracovná záťaž spolu s obavami o vlastné zdravie prispievali k rozvoju nespavosti, úzkosti, depresie, frustrácie a v niektorých prípadoch aj hystérie zdravotníckych pracovníkov (napr. Shigemura et al., 2020). Osobitne zraniteľnou skupinou, prežívajúcou vysokú úroveň strachu z nakazenia, boli najmä v počiatočných vlnách pandémie zdravotníci, ktorí sa podieľali na diagnostike a liečbe pacientov s ochorením COVID-19 (Lu et al., 2020; Miller, 2021; Greenberg et al., 2021; Pishel et al., 2022). Ďalšie výskumy poukázali na nárast obsedantno-kompulzívnych symptómov (Zhang et al., 2020a), depresie, úzkosti a stresu týchto zdravotníckych pracovníkov (Chen et al., 2020), no zhoršené psychické prežívanie (depresia, anxieta, stres) v porovnaní s bežnou populáciou sa v priebehu pandémie prejavovalo prejavilo v celej populácii pracovníkov zdravotných služieb (Danson et al., 2023; Farì et al., 2022). Na prejavy úzkosti a depresie boli náchylnejší zdravotníci trpiaci nedostatkom spánku napr. v dôsledku dlhých služieb v nemocnici (Kumar & Nayar, 2020; Morawa et al., 2021). V českej longitudinálnej štúdii porovnávajúcej zmeny medzi prvou a druhou vlnou pandémie COVID-19 sa u sledovaných zdravotníkov úroveň depresie zdvojnásobila (z 11 % na 22 %); pričom hlavným rizikovým faktorom bol stres, následne skúsenosti s úmrtiami v dôsledku COVID-19 a priamy kontakt s pacientmi s COVID-19. Ako protektívne faktory voči depresii pôsobila vyššia reziliencia a dostatok osobných ochranných prostriedkov, pričom tento efekt bol silnejší u mužov ako u žien (Čermáková, et al., 2023).

Ženské pohlavie pôsobilo ako rizikový faktor vyššieho výskytu úzkosti a depresívnych symptómov u zdravotníkov vo viacerých štúdiách (Králková et al., 2021; Mosolova et al., 2020; Farì et al., 2022), pričom ďalšími rizikovými faktorom pre horšie prežívanie záťaže spojenjej so zvládaním pandémie COVID-19 bol mladší vek, nedostatok podpory a nedostatočný prístup k ochranným pomôckam (Lamb et al., 2021). Rovnaké faktory prispievali aj k vyššiemu výskytu a závažnosti prejavov psychosomatických ťažkostí (Theocharis et al., 2023), ktorých výskyt bol v porovnaní s bežnou populáciou u zdravotníkov častejší (Danson et al., 2023; Marinaci et al., 2020; Adams & Walls, 2020). Najčastejšie sa v súvislosti s intenzívnejším prežívaním úzkosti vyskytovali symptómy podobné príznakom ochorenia dýchacích ciest: ne-kardiálna bolesť na hrudníku, nasledovaná dýchavičnosťou, bolesťami svalov a nedostatkom energie (Theocharis et al., 2023).

Výsledky vyššie uvedených štúdií podporujú predpoklad, že zdravotníci v období pandémie COVID-19 trpeli zvýšenou mierou stresu, úzkosti a depresívnych príznakov, čo pri dlhodobej expozícii ohrozujúcim, fyzicky i psychicky náročným podmienkam ich práce mohlo viesť vo zvýšenej miere ku vzniku syndrómu vyhorenia, ako aj k nárastu psychosomatických ťažkostí.

Čo sa týka stratégií copingu, podľa prehľadovej štúdie, ktorú vypracoval Labrague (2021), zdravotníci profesionáli najčastejšie využívali vyhľadávanie sociálnej podpory, ale významné bolo aj zvládanie prostredníctvom religiozity, angažovanie sa v rozptyľujúcich aktivitách (ako šport, hudba, joga, meditácia) a v neposlednom rade získavanie informácií ochorenia COVID-19 spolu s dodržiavaním hygienických opatrení. Zároveň sa v tejto prehľadovej štúdii uvádza, že z hľadiska duševnej pohody sa opakovane ukázali ako prospešné ukázalo práve spomenuté vyhľadávanie sociálnej podpory, ale taktiež aj pozitívne prerámcovanie a zameranie na riešenie problému. Kvalitatívna štúdia Munawarovej a Choudhryho (2021) na pakistanských pracovníkoch v prvej línii boja proti pandémie poukázala aj na niektoré ďalšie špecifické stratégie, ako napríklad obmedzovanie expozície voči mediálnym správam či nezdieľanie detailov zo služieb svojim blízkym, aby ich nestresovali. Pozoruhodným zistením je aj stratégia zaujatia psychologickéj vzdialenosti tým, že si rámcovali ošetrovanie pacientov s COVID-19 ako „ďalšie núdzové prípady“, ktoré sú prirodzenou súčasťou ich práce aj mimo pandémie.

Niekoľko výskumov zároveň potvrdilo očakávané negatívne vzťahy potlačenia s ukazovateľmi duševného zdravia (napr. Garcíá-Batista et al., 2021; Khouri et al., 2022; Vilte et al., 2022). Naopak, výsledky ohľadom pozitívnej prediktívnej sily prerámcovania ostali nejednoznačné – v niektorých výskumoch sa potvrdila (Garcíá-Batista et al., 2021; Liang et al., 2022) a v niektorých nepotvrdila (Khouri et al., 2022; Vilte et al., 2022). Ako

tomu však pri korelačných výskumných dizajnoch nevyhnutne býva, nemali by sme ich výsledky interpretovať v intenciách lineárnej kauzality. Samotná situácia, kedy zdravotník musí ošetrovať množstvo pacientov a robiť nadčasy počas vrcholov pandémie totiž vytvára situácie, kde potlačenie je nevyhnutný spôsob zvládania, čo podporuje svojimi zisteniami napríklad aj štúdia, ktorú vypracovali García-Batista et al. (2021). Komplexnejšie sa na emočnú reguláciu zdravotníkov počas pandémie pozreli Vilte et al. (2022), ktorí zahrnuli aj ďalšie stratégie okrem potlačenia a prerámcovania. Ukázalo sa, že nie prerámcovanie, ale akceptácia a seba-súcit boli významnými negatívnymi korelátmi depresivity, príznakov psychotraumatizácie a negatívnej emocionality. Pozitívny vzťah s nimi mali najmä seba-kritika, ruminácia a potlačenie.

Výsledky vyššie uvedených štúdií podporujú predpoklad, že zdravotníci v období pandémie COVID-19 trpeli zvýšenou mierou stresu, úzkosti a depresívnych príznakov, čo pri dlhodobej expozícii ohrozujúcim, fyzicky i psychicky náročným podmienkam ich práce mohlo viesť vo zvýšenej miere ku vzniku syndrómu vyhorenia, ako aj k nárastu psychosomatických ťažkostí. Ako protektívna sa ukázala najmä stratégia vyhľadávania sociálnej opory a naopak potlačenie sa spájalo s nižšou duševnou pohodou. Trochu prekvapivo sa účinnosť pozitívneho prerámcovania jednoznačne nepreukázala.

3. Mapovanie duševného zdravia a pracovnej spokojnosti slovenských zdravotníckych pracovníkov v období po druhej vlne pandémie COVID-19

Slovensko patrilo v pandemických rokoch 2020–2022 v rámci Európskej únie ku krajinám s najvyššou mierou nadmernej úmrtnosti. Kým európsky priemer nadmernej úmrtnosti bol na úrovni 12.6%, na Slovensku dosiahla až úroveň 19.6%. Okrem toho podľa údajov z roku 2021 výdavky na zdravotníctvo patria taktiež k najnižším spomedzi krajín EÚ – predstavujú 7.8% HDP, zatiaľ čo priemer EÚ je 11% (European Commission, 2023). Pandémia zasiahla slabé miesta slovenského zdravotníctva a personál sa do veľkej miery potýkal s nedostatkom lôžok, personálu, s vyčerpaním či s nedodržiavaním proti-pandemických opatrení zo strany verejnosti, čo sa podpísalo aj na ich kvalite života (Pačútová et al., 2023). Hoci ochorenie COVID-19 už nepredstavuje takú hrozbu pre slovenský zdravotný systém ako v rokoch 2020–2022, jeho problémy naďalej pretrvávajú. Samotní zdravotníci vnímajú slovenské zdravotníctvo prevažne negatívne a vnímajú ho ako nefunkčné, chaotické a podfinancované (Galasová et al., 2023). Veľkými problémami sú rozšírená korupcia (Čimová, 2024), neefektívnosť financovania a nedostatok personálu (European Commission, 2023). Počas pandémie taktiež stúpol výskyt nepodložených presvedčení týkajúcich sa zdravia u slovenskej populácie (European Commission, 2021), čo taktiež môže sťažovať život zdravotníkom snažiacim sa robiť si svoju prácu podľa medicíny založenej na dôkazoch.

Vzhľadom na uvedené skutočnosti sa autorský kolektív tejto monografie rozhodol od roku 2022 longitudinálne skúmať duševné zdravie pracovníkov v slovenskom zdravotnom systéme. Tento výskum bol pôvodne inšpirovaný medzinárodnou štúdiou „The COVID-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) (Mascayano et al., 2022), a realizovaný v rámci projektu grantovej agentúry VEGA 2/0083/22 „Stratégie, zdroje a dôsledky regulácie emócií v poskytovaní zdravotnej starostlivosti“, na Ústave experimentálnej psychológie Slovenskej akadémie vied v Bratislave. Keďže sme sa o možnosti zapojenia sa do projektu dozvedeli prostredníctvom českých kolegov až s dlhším odstupom času, po tom,

ako bol projekt spustený v iných cca 24 krajinách sveta, naša štúdia začínala so zberom dát vo väčšom časovom odstupe až po schválení projektu VEGA v období, keď napr. v Českej republike končila druhá a pripravovala sa už posledná - tretia vlna zberu dát. Cieľom tejto kapitoly je popísať, aké boli úrovne vyhorovania, depresie a pracovnej spokojnosti u zdravotníckych pracovníkov v rokoch 2022-2024.

3.1 Metóda

3.1.1 Nábor respondentov a priebeh výskumu

V máji 2021 sme získali súhlas etickej komisie Centra sociálnych a psychologických vied Slovenskej akadémie vied na realizáciu projektu VEGA/štúdie v celom jej rozsahu – vrátane každoročných opakovaní zberu údajov. Respondentov sme v prvom roku výskumu pozvali k účasti na elektronickom zbere údajov prostredníctvom žiadosti o rozposlanie e-mailov všetkým zamestnancom (zdravotníckym aj nezdravotníckym) adresovanej vrcholovému manažmentu všetkých nemocníc a iných organizácií, zabezpečujúcich zdravotnú starostlivosť. Vychádzali sme primárne z informácií z Ministerstva zdravotníctva – z dokumentu ZOZNAM ŠTATUTÁRNYCH ORGÁNOV PRÍSPEVKOVÝCH ORGANIZÁCIÍ FINANCOVANÝCH ZO ZDROJOV ZDRAVOTNÝCH POISŤOVNÍ A ICH ZÁSTUPCOV, a stavovských organizácií - Komory zdravotných sestier a pôrodných asistentiek, Lekárskej komory, Komory farmaceutov a Komory záchranárov, ako aj jednotlivých poskytovateľov ZZS, vrátane Operačného strediska ZZS SR.

Pokiaľ oslovené inštitúcie nijakým spôsobom nereagovali, e-mailová žiadosť im bola zaslaná opakovane a následne boli telefonicky kontaktované kontaktné osoby s prosbou o informovanie, ako bola vybavená táto žiadosť. Proces dohadovania s vedením bol pomerne zdĺhavý a nemali sme takmer žiadnu kontrolu nad tým či a akému počtu zamestnancov boli naše žiadosti o vyplnenia dotazníka poslané. Viaceré nemocnice potrebovali, aby tento zber údajov schválila najprv ich etická komisia, čo viedlo k oneskoreniu prípadného zapojenia do výskumu. Respondenti boli v úvode dotazníka požiadaní o uvedenie kontaktnej e-mailovej adresy za účelom zaslania potvrdzujúceho e-mailu, prípadnej výhry, ako aj za účelom kontaktovania v ďalších fázach výskumu. V nasledujúci kolách výskumu boli použité e-mailové adresy respondentov z prvého kola výskumu a to aj v prípade, ak celý dotazník respondenti v prvom kole kompletne nevyplnili, no vyjadrili súhlas s účasťou v tomto výskume. Zároveň boli respondenti vždy pozvaní aj k tomu, aby o tomto výskume informovali aj svojich kolegov.

Účasť v prvej vlne výskumu bola symbolicky odmenená možnosťou byť zaradený do žrebovania o 10 darčkových poukážok v hodnote 25 Eur. Všetci respondenti vo všetkých kolách zároveň po kompletnom vyplnení dotazníka dostali potvrdzujúci mail so súhrnom informácií a odkazov na užitočné kontakty a stránky venované psychologickému podpore a svojpomocným technikám pre zvládanie stresu. V druhej a tretej vlne výskumu už finančná odmena nebola možná, takže pre vyššiu motiváciu respondentov bol vypracovaný automatický systém okamžitého odosielania spätnej väzby pre všetkých respondentov o tom, aké bolo ich skóre vo vybraných dotazníkoch spolu so všeobecným vysvetlením, ako je možné tieto hodnoty interpretovať. V treťom kole bola navyše možnosť zapojiť sa do zlosovania o osobný nácvik techník pre redukciu stresu TRE alebo on-line kurz svojpomocných techník pre lepšie zvládanie stresu. Pred vyplnením dotazníkových batérií respondenti elektronicky odoslali informovaný súhlas a súhlasili s tým, že pre účely ich kontaktovania v ďalších vlnách výskumu nám poskytnú svoje iba e-mailové adresy, kde sa niekedy mená vyskytovali a tie boli chránené tak, že neboli poskytované žiadnym iným stranám – prístup k nim mali len Jitka Gurňáková a Branislav Uhrecký. V prípade potreby zdieľania dátového súboru s inou osobou boli pred jeho zdieľaním z databázy vymazané.

3.1.2 Výskumná vzorka

Prvé kolo zberu údajov prebiehalo v mesiacoch december 2021 až marec 2022, pričom celú dotazníkovú batériu vyplnilo 440 respondentov. Vo výskumnej vzorke bola značná prevaha žien ($N_{ženy} = 351$) oproti mužom ($N_{muži} = 88$). Priemerný vek respondentov bol 43.3 rokov ($SD = 11.2$), pričom najmladší respondent mal 22 a najstarší 76 rokov. V nemocnici pracovalo z výskumnej vzorky 244 respondentov, 122 pracovalo mimonemocničnom zariadení (napr. ambulancia alebo zdravotné stredisko), 62 pracovalo v iných mimonemocničných zariadeniach (ako domovy s opatrovateľskou starostlivosťou, rehabilitačné centrá apod.) a 12 pracovalo v administratívnom úseku mimo nemocnice. Z hľadiska profesie prevažovali lekári v počte 124, nasledovali sestry v počte 102, zdravotnícky záchranári v počte 54, zdravotnícki asistenti v počte 23 a 137 respondentov malo inú profesiu v rámci zdravotného systému.

Druhé kolo prebehlo v mesiacoch máj až júl 2023 a zúčastnilo sa ho 293 respondentov, pričom 160 tvorili respondenti z prvého kola. Opäť bolo vo výraznej prevahe ženské pohlavie v počte 228, mužov sa zúčastnilo 64. Priemerný vek výskumnej vzorky bol 44.3

rokov ($SD = 11.1$, $Min = 23$, $Max = 71$). V nemocnici pracovalo 130 respondentov, v mimonemocničnom zariadení 61 respondentov, v inom mimonemocničnom zariadení 96 respondentov a 6 respondentov pracovalo na administratívnom úseku nemocničného zariadenia.

V treťom kole longitudinálnej štúdie prebiehal zber údajov od mája do júla 2024, zúčastnilo sa ho 225 respondentov ($N_{ženy} = 186$, $N_{muži} = 39$), pričom z nich 92 respondentov sa zúčastnilo prvého aj druhého kola, 37 s zúčastnilo prvého kola a 31 sa zúčastnilo druhého kola. Priemerný vek bol 44.8 rokov ($SD = 10.7$, $Min = 24$, $Max = 78$). V nemocnici pracovalo 122 respondentov, 52 v mimonemocničnom zariadení ako ambulancia alebo zdravotné stredisko, 41 v inom mimonemocničnom zariadení.

Rozloženie výskumných vzoriek z hľadiska profesie uvádzame v Tabuľke 1. Vzhľadom na to, že len 92 respondentov vyplnilo dotazníkové batérie vo všetkých troch kolách zberu údajov, sme sa rozhodli pracovať s kompletnými dátovými súborami pre každé kolo, keďže by došlo k strate veľkého počtu údajov pokiaľ by ostatní boli vylúčení.

Tabuľka 1 Výskumné vzorky longitudinálneho zberu údajov z hľadiska profesie

Profesia	1. kolo	2. kolo	3. kolo
Lekár	124	90	81
Sestra	102	44	44
Zdr. záchranár	54	58	24
Zdr. asistent	23	18	7
Vedúci zdr. pracovník	35	24	18
Iná profesia	102	59	51

3.1.3 Použité nástroje

V rámci troch kôl zberu údajov bolo súčasťou dotazníkovej batérie niekoľko škál a samostatných položiek, ktoré v rámci tejto štúdie vyhodnocujeme. Nižšie uvádzame a popisujeme len tie metodiky, ktorých výstupy boli analyzované.

BAT12 (v angl. Burnout Assessment Scale) – skrátená 12-položková verzia (Hadžibajramović et al., 2022) pôvodného 23-položkového dotazníka BAT (Schaufeli et al., 2020) na meranie vyhorenia, kde respondenti odpovedajú na Likertovej škále od 1 (nikdy) po 5

(neustále). Dotazník obsahuje 4 subškály, pričom každá pozostáva z troch položiek: vyčerpanie (príklad položky: $\alpha = .83$, „*Pri práci sa cítim psychicky vyčerpaný/á.*“), mentálny odstup – (príklad položky: $\alpha = .56$, „*Je pre mňa ťažké nájsť v sebe nejaké nadšenie z práce.*“), oslabené kognitívne schopnosti (príklad položky: $\alpha = .83$, „*V práci mám problém zostať pozorný/á.*“) a oslabené zvládanie emócií (príklad položky: $\alpha = .81$, „*Môže sa stať, že v práci mimovoľne zareagujem neprimerane.*“). Pôvodný dotazník preložili do slovenského jazyka nezávisle od seba dvaja prekladatelia, pričom audítor ako tretia osoba rozhodol v prípade každej položky o jej konečnom znení, ktoré bolo použité¹.

PHQ9 (v angl. Patient Health Questionnaire) – dotazník na depresiu od Spitzera et al. (1999) obsahujúci 9 položiek, kde respondenti odpovedajú na škále od 0 (vôbec) po 3 (takmer každý deň), či sa u nich vyskytli uvedené symptómy v priebehu uplynulých dvoch týždňov (príklad položky: „*Ako často Vás v posledných dvoch týždňoch trápil malý záujem o aktivity alebo radosť z nich?*“, $\alpha = .88$). Použitý bol slovenský preklad, ktorý poskytol Mgr. Matúš Kucbel (pozri Kucbel et al., 2021).

JSS (v angl. Job Satisfaction Scale) – 16-položkový dotazník na pracovnú spokojnosť od Warra et al. (1979). Aj keď sa často operovalo s dvoj alebo trojfaktorovou štruktúrou dotazníka, vzhľadom na ich vysoké korelácie sa spravidla počíta len celkové skóre (Heritage et al., 2015). Všeobecná inštrukcia k vyplňaniu bola nasledovná: „*Nasledujúce otázky sa týkajú rôznych aspektov Vašej práce v zdravotníctve. Označte, prosím, mieru svojej spokojnosti/nespokojnosti s každým z nich. Do akej miery ste spokojný/á...*“. Následne respondenti odpovedajú na od 1 (Som extrémne nespokojná/ý) po 7 (Som maximálne spokojný/á) na položky obsahujúce rôzne aspekty práce (príklad položky: „*s mierou rozmanitosti Vašej práce?*“, $\alpha = .88$). Anglickú verziu položiek preložili nezávisle dvaja prekladatelia, pričom tretia osoba, audítor, rozhodla o tom, ktorý preklad položky je lepší.

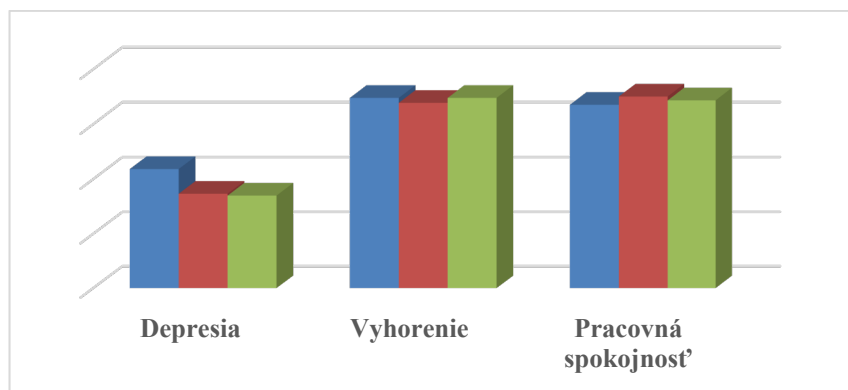
3.2 Výsledky

V prvom kroku sme vyhodnotili jednotlivé kolá zberu údajov v sledovaných premenných (v Grafe 1 uvádzame grafické zobrazenie toho, ako sa menilo skóre v depresii, vyhorení a pracovnej spokojnosti v čase). Skóre depresie dosiahlo najvyššie hodnoty v prvom kole ($AM = 7.87$, $SD = 5.70$) a následne pokleslo v druhom ($AM = 6.25$, $SD = 5.50$) a treťom kole ($AM = 6.13$, $SD = 4.71$). Zaujímalo nás však, či sú tieto rozdiely v čase aj štatistické

¹ Preklad všetkých nástrojov zaobstarávali Jitka Gurňáková, Ida Prokopčáková a Gabriela Pavlendová

signifikantné, no vzhľadom na čiastočné prekrytia výskumných vzoriek naprieč zbermi neumožňujú použiť štandardné testy na opakované merania či nezávislé výbery. Preto sme na vyhodnotenie použili lineárne zmiešané modely z modulu GAMLj v programe jamovi, kde depresia bola závislou premennou, čas zberu bol pôsobiacim faktorom a identifikátor respondenta bol klastrovou premennou. Ukázalo sa, že rozdiely medzi jednotlivými zbermi boli signifikantné ($F_{(2, 648)} = 12.9, p < .001$), pričom to platí pre rozdiel medzi T1 a T2 ($t_{(669)} = -4.31, p < .001$) a T1 a T3 ($t_{(672)} = -4.14, p < .001$). Rozdiel medzi T2 a T3 signifikantný nebol ($t_{(208)} = -.18, p = .860$).

Graf 1 Porovnanie úrovne depresie, vyhorenia a pracovnej spokojnosti naprieč tromi kolami zberu údajov



Vo všetkých troch zberoch sa skóre depresie pohybovalo v pásme od 5 do 9 bodov, čo sa vyhodnocuje ako mierna depresia. Z hľadiska distribúcie skóre v jednotlivých pásmach, ktoré sme prevzali od Kroenkeho et al. (2001), si môžeme v Tabuľke 2 všimnúť, že oproti prvému kolo v druhom kole stúpol počet respondentov bez depresie a klesol ich počet vo všetkých pásmach depresie.

Tabuľka 2 Distribúcia výskumnej vzorky v jednotlivých kolách z hľadiska závažnosti depresie

	bez depresie	mierna	stredná	stredne ťažká	ťažká
1. kolo	32.3% (136)	35.2% (148)	18.8% (79)	8.8% (37)	5.0% (21)
2. kolo	47.3% (133)	31.7% (89)	11.4% (32)	6.0% (17)	3.6% (10)
3. kolo	44.6% (100)	35.3% (79)	14.7% (33)	4.0% (9)	1.3% (3)

Pozn.: bez depresie = 0-4, mierna depresia = 5-9, stredná depresia = 10-14, stredne ťažká depresia = 15-19, ťažká depresia = 20-27

Skóre v dotazníku BAT dosiahlo v prvom kole priemernú hodnotu 2.32 ($SD = .52$), v druhom kole 2.26 ($SD = .51$) a v treťom opäť 2.32 ($SD = .48$). Podľa lineárneho zmiešaného modelu rozdiel medzi jednotlivými časovými bodmi nebol signifikantný ($F_{(2, 669)} = 1.24$, $p = .290$). Priemerné hodnoty zo všetkých troch kôl sa nachádzajú v tzv. zelenom pásme, ktoré sa považuje za bezpečné z hľadiska rizika vyhorenia (Schaufeli et al., 2023). Podobne ako pri depresii sme sa pozreli na to, v akých pásmach sa nachádzali respondenti v jednotlivých kolách v celkovom skóre BAT (viď Tabuľka 3).

Tabuľka 3 Rozloženie respondentov v pásmach rizika vyhorenia v jednotlivých kolách zberu údajov

	zelené pásmo	oranžové pásmo	červené pásmo
1. kolo	69.0% (303)	24.8% (109)	6.2% (27)
2. kolo	69.0% (203)	26.5% (78)	4.4% (13)
3. kolo	71.4% (160)	21.9% (49)	6.7% (15)

Pozn.: zelené pásmo = 0-2.54, oranžové pásmo = 2.55-3.13, červené pásmo = 3.14-5

Aj keď sa rozdiely v celkovom skóre nepreukázali, rozhodli sme sa uskutočniť post-hoc analýzy v rámci jednotlivých subškál dotazníka BAT, ktoré prezentuje v Tabuľke 4. Ako signifikantné sa ukázali rozdiely v mentálnom odstupe ($F_{(2, 730)} = 6.11$, $p = .002$), konkrétne medzi T1 ($AM = 2.42$, $SD = .78$) a T2 ($AM = 2.22$, $SD = .72$) bol rozdiel štatisticky signifikantný ($t_{(738)} = -3.47$, $p < .001$). Taktiež aj pri subškále oslabené zvládanie emócií boli rozdiely medzi meraniami štatisticky významné ($F_{(2, 739)} = 1.24$, $p = .290$), pričom významné boli dve porovnania – T2 ($AM = 1.89$, $SD = .61$) a T3 ($AM = 1.89$, $SD = .61$) mali

oproti T1 ($AM = 2.02$, $SD = .69$) štatisticky významne nižšiu stredovú hodnotu ($t_{(745)} = -2.64$, $p = .008$; $t_{(765)} = -2.37$, $p = .020$).

Tabuľka 4 Výsledky lineárneho zmiešaného modelu pri porovnaní rozdielov medzi kolami zberu údajov v jednotlivých subškálach BAT

	F	df	p
Vyčerpanie	2.32	2, 668	.099
Mentálny odstup	6.11	2, 730	.002
Osl. kog. sch.	1.10	2, 694	.333
Osl. zvl. em.	4.55	2, 739	.011

V pracovnej spokojnosti dosiahli respondenti v prvom kole priemerné skóre 67.1 ($SD = 16.2$), v druhom kole 70.1 ($SD = 15.4$) a v treťom kole 68.1 ($SD = 15.8$). Rozdiely medzi meraniami boli vyhodnotené ako štatisticky signifikantné ($F_{(2, 719)} = 3.87$, $p = .021$), pričom pri párových porovnovaniach sa ako významný ukázal rozdiel medzi T1 a T2 ($t_{(733)} = 2.76$, $p = .006$).

3.3 Diskusia

Zrealizovali sme longitudinálny výskum rozličných ukazovateľov psychického zdravia a pohody u pracovníkov v slovenskom zdravotníctve, pričom v prezentovanej deskriptívno-komparačnej štúdií sme sa zamerali na tri ukazovatele – depresia, vyhorenie a pracovná spokojnosť. Prvý zber údajov prebiehal ešte počas tretej vlny pandémie COVID-19, kedy počet nakazených a úmrtnosť boli stále pomerne vysoké (NCZI, 2023). Následné ďalšie dva zbery prebehli s ročnými odstupmi už v období, kedy vírus SARS-CoV2 zmuťoval do variantov, ktoré spôsobovali menej závažný priebeh. Výber položiek a meracích nástrojov bol inšpirovaný protokolom medzinárodnej štúdie HEROES (Mascayano et al., 2022), z ktorej však doposiaľ bolo publikovaných len pomerne málo výstupov. Napriek tomu je do istej miery možné urobiť porovnania našich výsledkov so zahraničnými štúdiami.

Za najviac alarmujúce možno označiť výsledky týkajúce sa miery depresie. V porovnaní s údajmi z Českej republiky (Kearns et al., 2024) zozbieranými krátko pred našim prvým zberom (september až november 2022) je priemerná úroveň depresie v našich výsledkoch vyššia. Konkrétne v ich štúdií rozdelili vzorku do dvoch klastrov – s nízkou a vysokou

hladinou depresie. Priemerná hodnota v našom prvom zbere za celú výskumnú vzorku bola vyššia ako v ich klastri zdravotníckych pracovníkov s vysokou mierou depresie. Najvyššie úrovne depresie medzi zdravotníkmi zistili v Českej republike za časový úsek február až apríl 2021 (druhá vlna pandémie COVID-19), kedy 22% respondentom malo strednú až ťažkú formu depresívnej symptomatológie (Čermáková et al., 2023). V našom prvom kole longitudinálnej štúdie táto množina predstavovala až takmer 33% respondentov. V následných kolách priemerné hodnoty depresívnych symptómov signifikantne poklesli, ale aj tak pomer osôb so strednou až ťažkou mierou depresie predstavoval 20 až 21%. Pomer osôb, ktorých depresívna symptomatológia je klinicky významná, bol najmä v prvej, ale aj v ostatných vlnách pomerne vysoký napríklad aj v porovnaní s dátami z Talianska zozbieranými krátko po prvej vlne pandémie (Moro et al., 2022).

Naopak, napriek istému symptomatickému prekrytiu a častým vysokým koreláciám medzi depresiou a vyhorením (Bianchi et al., 2019), dosiahnuté skóre vo vyhorení nevykresľuje až tak dramatický obraz o slovenských zdravotníkoch. Dotazník BAT sa v protokole HEROES nenachádza a bol pridaný do dotazníkovej batérie z vlastného rozhodnutia autorov, porovnateľná štúdia však bola uskutočnená v Poľsku v období marec a apríl 2022 (Izdebski et al., 2023). Podobne ako v našej štúdii, aj u nich sa približne dve tretiny respondentov pracujúcich v zdravotníctve nachádzalo v zelenom pásme, avšak kým pomer poľských zdravotníckych pracovníkov v oranžovom a červenom pásme bol približne vyrovnaný, u nás bol jednoznačne pomer respondentov v oranžovom pásme vyšší, čo je v konečnom dôsledku pozitívna správa. Ďalším zásadným zistením z nášho výskumu je, že miera vyhorenia sa naprieč časom na rozdiel od depresie signifikantne nemenila. Zdá sa tak, že pandémia viac ovplyvňovala symptomatológiu depresie než vyhorenia. Obidva konštrukty sa prekrývajú v oslabení a spomalení celkovej aktivity, nechuti do činnosti a zníženej schopnosti prežívať radosť. Rozdiely spočívajú v tom, že pri depresii sú v popredí pocity smútku, osamelosti a vlastnej nedostatočnosti, zatiaľ čo pri vyhorení skôr zvýšená iritabilita a znížená miera empatie (Tavella et al., 2023). Zároveň položky dotazníka BAT sa pýtajú špecificky na prejavy v pracovnom kontexte. Z toho možno dedukovať na jednej strane, že zdravotníci sa pod väčším tlakom dokázali namotivovať k výkonu, avšak duševné ťažkosti sa u nich prejavovali potom viac v mimopracovnom čase. Na druhej strane by sa dalo tiež vyvodzovať, že dlhé náročné služby, množstvo úmrtí a náročných prípadov, atmosféra neistoty a nedôvery voči biomedicínskym autoritám, viac podnecovali pocity melanchólie a osamelosti než vyčerpanie a oslabené kognitívne

schopnosti. Určité zlepšenie v subškálach mentálneho odstupu a oslabeného zvládania emócií bolo štatisticky preukázané.

Miera pracovnej spokojnosti signifikantne stúpla pri porovnaní prvého a druhého kola, následne opäť mierne poklesla. Pre vyhodnotenie dotazníka JSS nie sú dostupné normy ako pri PHQ a BAT, zároveň výsledky sa pomerne ťažko porovnávajú so zahraničnými štúdiami na zdravotníckych pracovníkoch, keďže mnohé z nich použili odlišné metódy merania pracovnej spokojnosti. Možno konštatovať, že vo všetkých troch zberoch mali respondenti väčšiu tendenciu sa prikláňať na škále k pólu spokojnosti než nespokojnosti.

Na základe našich výsledkov možno generalizovať, že aj 2 roky po skončení pandémie približne 5% zdravotníckych pracovníkov predstavuje skupinu so závažnou symptomatológiou depresie a vyhozenia, pričom u ďalších asi 20% je duševná pohoda značne narušená a predstavujú rizikovú skupinu. Praktické dôsledky duševnej nepohody a nespokojnosti v práci pritom zahŕňajú odliv zamestnancov (Maniscalco et al., 2024) a zlyhania ľudského faktora (Melnyk et al., 2018), ktoré môžu mať v niektorých prípadoch závažné dôsledky. Avšak výsledky nášho prieskumu treba brať aj s určitou opatrnosťou pre viaceré jeho limity. Veľkosť vzorky, najmä v nadväzujúcich dvoch kolách, umožňuje len opatrné zovšeobecňovanie zistení. Okrem toho je tu prítomné skreslenie samovýberom a problematický bol aj vysoký výpadok respondentom naprieč zbermi. Výsledkom toho je čiastočné prekrytie vzoriek medzi jednotlivými zbermi, ktoré sťažuje zovšeobecnenie trendov naprieč časom. Inými slovami, nemôžeme s veľkou určitosťou povedať, že miera depresie po tretej vlne pandémie COVID-19 poklesla a miera pracovnej spokojnosti sa zvýšila, keďže v nasledujúcich zberoch nejde o tých istých respondentov. Za limit štúdie považujeme aj neskorší začiatok zberu údajov a tým pádom chýbajúce zachytenie trendov z predošlých vln pandémie.

4. Vplyv pandémie COVID-19 na psychické zdravie a zmeny postojov k práci, pacientom, iným ľuďom a sebe samým u zdravotníkov s rôznou úrovňou reziliencie

O tom, že skúsenosť s pandemiou COVID-19 predstavovala pre väčšinu zdravotníkov dlhodobý zdroj nadmernej záťaže, úzkosti, depresie a vyhorenia svedčia mnohé štúdie, ktoré sme popísali v rámci druhej kapitoly. Niektoré z nich potvrdzujú tiež protektívne pôsobenie vyššej schopnosti reziliencie pri zvládaní zvýšených nárokov práce v zdravotníctve počas tohoto obdobia (Barzilay et al., 2020; Kearns et al., 2024). Wiig et al. (2020) popisujú tri prístupy k chápaniu reziliencie – inžiniersky, psychologický a ekologický, ktoré sa líšia svojím zameraním na jednotlivca, komunitu alebo organizáciu. Psychologický prístup k reziliencii sa podľa neho zameriava na schopnosť jednotlivcov rásť, rozvíjať sa a učiť sa v kontexte traumy alebo výziev. Podľa iných autorov reziliencia predstavuje schopnosť človeka rýchlo a ľahko sa zotaviť z traumatických udalostí resp. neúspechov (Reich et al., 2010), individuálnu schopnosť prispôbiť sa vonkajším stresovým faktorom, ako sú traumy alebo hrozby (Kearns et al., 2024), prekonať nepriazeň a negatívne udalosti v živote, pričom tieto udalosti napokon slúžia k posilneniu človeka (Thomas & Revell, 2016). Reziliencia môže byť osobnostnou črtou (Campbell-Sills et al., 2006), ale aj dynamickým procesom (Cicchetti & Cohen, 2006). Štúdie ukazujú, že vysoko rezilientní ľudia majú k dispozícii stratégie, alebo faktory, ktoré im cielene pomáhajú zvládnuť nápor negatívnych emócií.

Pri reziliencii sa uplatňujú rôzne faktory, a to spoločne, alebo aj oddelene. Tieto faktory môžu byť napríklad fyzické, finančné, ľudské, emocionálne, kognitívne, či epistemické a pod. (Wiig et al., 2020). Štúdia Afshariho et al. (2021) ukázala, že počas covidu bola reziliencia zdravotných sestier nízka, avšak k jej zvýšeniu prispievali pracovné skúsenosti a vyššie vzdelanie. Podľa štúdie Barzilaya et al. (2020) súvisela u zdravotníkov nízka reziliencia najmä s obavami, že nakazia ochorením niekoho v rodine (48.5%), alebo nevedomky nakazia niekoho v širšom okolí (36%), pričom obava z vlastného nakazenia bola

nízka (19%). Vyššia reziliencia bola spojená nižšími obavami z ochorenia COVID-19, nižšou mierou úzkosti a depresie (tamže). Kým v USA bol počas pandémie zaznamenaný pokles v rezilencii zdravotníckych pracovníkov, v Číne došlo k opačnému efektu, nakoľko sa reziliencia zdravotníckych pracovníkov zvýšila v porovnaní s obdobím pred pandémie (Baskin & Bartlett, 2021). Skúmanie trajektórií depresie, stresu a reziliencie u českých zdravotníkov počas pandémie COVID-19 a na jej konci naopak ukázalo, že zatiaľ čo depresia a úzkosť sa v priebehu pandémie najskôr zvyšovali a ku jej koncu klesali, úroveň reziliencie zostávala v sledovanej skupine zdravotníkov v priebehu pandémie stabilná. 32% účastníkov štúdie vykazovalo nízku úroveň reziliencie, pričom väčšina, ktorá predstavovala 68%, preukázala vysokú odolnosť. Vysoká reziliencia zdravotníckych pracovníkov bola podľa autorov štúdie podporená ich profesionálnou identitou, spoluprácou, efektívnou komunikáciou, podporou vedúcich pracovníkov a potenciálom pre ich osobný a profesionálny rozvoj. Vysoké úrovne stresu, úzkosti a depresie súviseli so skúsenosťami zdravotníkov s ich stigmatizáciou, diskrimináciou alebo vystavením násiliu zo strany pacientov a verejnosti (Kearns et al., 2024).

Hoci existujú výskumy pozerajúce na význam reziliencie, doposiaľ absentujú práce, ktoré by sa hlbšie skúmali dopady náročných skúseností počas pandémie na systém vnútorných presvedčení zasiahnutých zdravotníkov, v rámci ich postojov nielen ku svojej práci a pacientom, ale aj ku sebe samým, iným ľuďom, životu a svetu ako takému.

Cieľom tejto kapitoly je empiricky preskúmať, nakoľko sa zdravotníci s vysokou a nízkou úrovňou reziliencie v závere pandémie COVID-19 líšili v úrovni subjektívne percipovaných symptómov depresie, vyhorenia, psychosomatických ťažkostí, ale najmä identifikovať a bližšie charakterizovať prípadné rozdiely v spôsobe, akým popisovali subjektívne percipované zmeny v dôsledku pandémie vo svojom vzťahu k práci v zdravotníctve, pacientom, ku svetu ako takému, iným ľuďom, či k sebe samým. Parciálne ciele pre kvalitatívnu a kvantitatívnu časť štúdie boli formulované nasledovne:

1) Kvantitatívnym spôsobom overiť, nakoľko sa zdravotníci s vysokou úrovňou reziliencie v záverečnom období pandémie COVID-19 na Slovensku líšili od svojich nízko rezilientných kolegov v úrovni subjektívne percipovaných symptómov depresie, vyhorenia a psychosomatických ťažkostí. H1: Predpokladali sme, že zdravotníci s vysokou úrovňou reziliencie budú vykazovať štatisticky signifikantne nižšiu úroveň symptómov depresie, vyhorenia a psychosomatických ťažkostí ako zdravotníci s nízkou úrovňou reziliencie.

2) Kvantitatívnym spôsobom overiť, či a nakoľko sa podľa svojich slov respondenti z oboch skupín reziliencie odlišovali vo svojom fyzickom a psychickom zdraví pred nástupom pandémie, ako aj v potrebe užívania liekov kvôli svojmu aktuálnemu psychickému stavu v období predchádzajúcich dvoch týždňov. H2: Predpokladali sme, že v skupine zdravotníkov s nízkou úrovňou reziliencie sa vo väčšej miere vyskytujú osoby s anamnézou chronického alebo duševného ochorenia už pred nástupom pandémie; H3: Predpokladali sme, že zdravotníci s vysokou úrovňou reziliencie budú mať nižšiu potrebu užívania liekov kvôli svojmu duševnému stavu v období posledných dvoch týždňov ako zdravotníci s nízkou úrovňou reziliencie.

3) Kvalitatívnym spôsobom prostredníctvom CQR analýzy písomných odpovedí respondentov porovnať (VO1), akým spôsobom zdravotníci s vysokou a nízkou úrovňou reziliencie popisovali zmeny vo svojich postojoch k práci v zdravotníctve, pacientom, iným ľuďom, životu, svetu a sebe samému;

4) Kvalitatívnym spôsobom prostredníctvom CQR analýzy písomných výpovedí respondentov porovnať (VO2), akým spôsobom zdravotníci s vysokou a nízkou úrovňou reziliencie popisovali prípadné prínosy/pozitívne zmeny vo svojich postojoch v dôsledku pandémie.

4.1. Metóda

Táto štúdia prezentuje časť výsledkov z prvého zberu údajov slovenského longitudinálneho projektu popísaného v predošlej kapitole. Premenné zahrnuté v tejto štúdii pozostávajú z:

Základné demografické otázky zisťovali pohlavie, vek, región a kategóriu povolania.

Ad hoc otázky prevzaté zo štúdie HEROES (Mascayano et al., 2022) spätne monitorovali stav fyzického a duševného zdravia pred nástupom pandémie: „Mal/a ste pred pandemiou chronické fyzické ochorenie?“ (áno/nie); „Mal/a ste pred pandemiou diagnostikované duševné ochorenie?“ (áno/nie), a užívanie psychofarmák v období vyplňania dotazníkovej batérie „Užívali ste v posledných dvoch týždňoch nejaké lieky na duševné ochorenie?“ (áno/nie).

BRS - Brief resilience scale (Smith et al., 2008) pozostávajúca zo 6 položiek, pričom polovica z nich je formulovaná pozitívne („Mám tendenciu sa rýchlo zotaviť po ťažkých časoch“) a druhá polovica negatívne („Je pre mňa ťažké sa zotaviť, keď sa stane niečo zlé“). Úlohou respondentov bolo vyjadriť mieru súhlasu resp. nesúhlasu s uvedenými

tvrdeniami na 5-bodovej škále od 1 = silne nesúhlasím, po 5 – silne súhlasím. Polovica položiek je skórovaná reverzne. Priemerné skóre v rozmedzí 1.00 – 2.99 sa interpretuje ako nízka odolnosť, priemerné skóre v rozmedzí 3.00 – 4.30 ako normálna odolnosť a priemerné hodnoty skóre od 4.31 – 5.00 ako vysoká odolnosť (Smith et al., 2008). Anglickú verziu dotazníka prekladali do slovenského jazyka nezávisle od seba dve osoby, pričom audítor rozhodol o konečnom znení každej jednotlivkej položky. Škála dosiahla uspokojivú hodnotu vnútornej konzistencie ($\alpha = .87$).

Rovnako ako v predošlej kapitole sme vyhodnocovali údaje z dotazníkov **BAT** (vyhorenie) a **PHQ9** (depresia). Analyzované boli aj odpovede na **otvorené otázky**, ktoré sa pýtali na prípadné zmeny postojov zdravotníckych pracovníkov v dôsledku pandémie COVID-19 v rôznych oblastiach:

1. Ovplyvnila pandémia COVID-19 nejakým spôsobom Váš vzťah k práci v zdravotníctve a/alebo k pacientom? Ak áno, ako?;
2. Zmenila Vaša skúsenosť s obdobím pandémie ochorenia COVID-19 nejakým spôsobom Váš osobný pohľad na seba samého, Váš život, svet okolo Vás alebo na iných ľudí? Ak áno, ako?;
3. Prinieslo Vám obdobie pandémie ochorenia COVID-19 aj niečo pre Vás pozitívne, hodnotné? Popíšte to, prosím.

4.1.1. Analýza dát

V tejto štúdii boli využité prvky zmiešaného dizajnu. Postupy kvantitatívnej analýzy dát boli implementované za účelom základného popisu súboru, identifikácie extrémnych skupín a porovnania miery burn-outu, depresie a psychosomatických ťažkostí u zdravotníkov s vysokou a nízkou rezilienciou. Kvalitatívna analýza písomných odpovedí na otvorené otázky prostredníctvom konsenzuálneho kvalitatívneho výskumu bola využitá pre detailnejší popis a porovnanie percipovaných zmien v rôznych druhoch postojov zdravotníkov s vysokou a nízkou rezilienciou.

Po odstránení neúplne vyplnených dotazníkov bola na základe Shapiro-Wilkovho testu potvrdená normalita rozloženia celkového skóre reziliencie. Za účelom kvalitatívneho i kvantitatívneho porovnania participantov s rôznou úrovňou reziliencie, sme na základe jej priemerného skóre dosiahnutého v škále BRS ($M = 3.34$, $SD = 0.80$, $Min = 1$, $Max = 5$) pripočítaním a odpočítaním hodnoty SD vytvorili extrémne skupiny respondentov s

vyššou a nižšou úrovňou reziliencie, pričom dosiahnuté hodnoty reziliencie v oboch skupinách zodpovedajú podľa odporúčaného cut-off score pásma nízkej (1.00 – 2.99) reziliencie v skupine s nízkym skóre a vysokej (4.31 – 5.00) reziliencie v skupine s vysokým skóre reziliencie (Smith et al., 2008).

Pre numerické a intervalové premenné ako sú vek, reziliencia, depresia, burn-out a jeho subškály uvádzame základné deskriptívne charakteristiky (Mean, SD, Median, Q1, Q3), pre nominálne premenné (pohlavie, pracovné zaradenie, výskyt chronického alebo duševného ochorenia, užívanie liekov kvôli duševnému stavu), boli vypočítané frekvencie. Vek participantov oboch skupín bol porovnaný na základe t-testu. Keďže sledované psychologické premenné v extrémnych skupinách nespĺňali vždy kritériá normálneho rozdelenia, pre porovnanie skupín s vysokou a nízkou úrovňou reziliencie bol v prípade premenných depresia, burn-out a jeho subškály použitý Mann – Whitneyho U-test, s mierou efektu – Poradovo biseriálny koeficient r . Pre interpretáciu veľkosti efektu sme použili zaužívané členenie: zanedbateľný (< 0.1); malý ($0.1 – 0.3$); stredný ($0.3 – 0.5$) a veľký rozdiel (> 0.5) (Cohen, 1988).

Pre hodnotenie rozdielov vo výskyte dvoch nezávislých nominálnych premenných s dvoma kategóriami – príslušnosti k jednej z extrémnych skupín a výskyte chronického somatického ochorenia pred príchodom pandémie, diagnostikovaného duševného ochorenia pred príchodom pandémie a užívania liekov, kvôli svojmu duševnému stavu v období predchádzajúcich dvoch týždňov, sme použili Pearsonov chí-kvadrát test. Pre výpočet miery efektu – sily vzťahu dvoch nominálnych premenných sme použili Phi a Cramerovo V (Kohút, 2022).

Na analýzu kvalitatívnych dát bola použitá metóda konsenzuálneho kvalitatívneho výskumu (Hill et al., 1997). Pri tejto metóde sa na analýze podieľa tím výskumníkov (minimálne traja), ktorí opakovane a nezávisle od seba kódujú dáta Na kvalitatívnej analýze dát sa podieľal trojčlenný tím výskumníkov. Dve z nich (JG a JKT) nezávisle od seba triedili a kodovali odpovede respondentov na každú otázku zvlášť. Opakovane sa spolu stretávali a diskutovali o vytvorených kategóriách a zaradení jednotlivých výrokov dovedy, kým nedosiahli konsenzus. Takto získanú štruktúru jednotlivých kategórií a kódov v konfrontácii s pôvodnými výrokmi, posudzovala následne tretia nezávislá výskumníčka v

úlohe audítora (LK), ktorej návrhy a pripomienky boli zapracované do výslednej štruktúry kódov a ich kategórií¹.

4.2. Výsledky

4.2.1. Kvantitatívna analýza

Podľa výsledku t-testov sa porovnávajú skupiny respondentov s vysokou a nízkou rezilienciou z hľadiska veku signifikantne nelíšia ($M_{NR} = 43.50$, $SD_{NR} = 9.73$, $M_{VR} = 45.67$, $SD_{VR} = 11.43$, $t_{(120)} = -1.12$, $p = .265$).

Pre hodnotenie rozdielov medzi skupinami zdravotníkov s vysokou a nízkou rezilienciou v skóre depresie, burn-outu a psychosomatických ťažkostí bol použitý Mann-Whitney U test (Tabuľka 5). Ukázalo sa, že osoby s nízkou rezilienciou dosahujú pri veľkej miere efektu štatisticky významne vyššiu mieru depresie v porovnaní z respondentmi s vysokou rezilienciou ($U = 189$, $p < 0.001$, $r_{tb} = .89$).

Rovnako pri veľkej miere efektu dosahujú osoby s nízkou rezilienciou v porovnaní z respondentmi s vysokou rezilienciou štatisticky významne vyššie celkové skóre vyhorenia ($U = 261$, $p < 0.001$, $r_{tb} = .85$); a väčšiny jeho subškál – vyčerpanie ($U = 540$, $p < 0.001$, $r_{tb} = .70$); oslabené kognitívne schopnosti ($U = 460$, $p < 0.001$, $r_{tb} = .74$), oslabené zvládanie emócií ($U = 545$, $p < 0.001$, $r_{tb} = .69$), psychosomatické ťažkosti ($U = 340$, $p < 0.001$, $r_{tb} = .81$). V subškále mentálneho odstup je tento rozdiel štatisticky signifikantný pri strednej miere efektu ($U = 912$, $p < 0.001$, $r_{tb} = .49$).

Tabuľka 5 Deskriptívne charakteristiky sledovaných premenných v extrémnych skupinách

	Nízka reziliencia (N = 74)				Vysoká reziliencia (N = 48)			
	AM	SD	Q1	Q3	AM	SD	Q1	Q3
Reziliencia	2.6	0.34	2.00	2.33	4.50	0.32	4.17	4.83
Depresia	12.49	5.00	9.00	16.00	2.65	3.38	0	4.00
Vyhorenie	2.89	0.51	2.67	3.17	1.98	0.40	1.67	2.25
Vyčerpanie	3.75	0.71	3.33	4.00	2.58	0.83	2.00	3.00
Ment. odstup	2.86	0.82	2.33	3.33	2.15	0.75	1.67	2.67

¹ Za pomoc s kódovaním dát a ich interpretáciou ďakujeme Mgr. Jane Koroniovej Tencerovej, PhD. a za auditorskú podporu PhDr. Lucii Kočíšovej, PhD.

Tabuľka 5 Deskriptívne charakteristiky sledovaných premenných v extrémnych skupinách

	Nízka reziliencia (N = 74)				Vysoká reziliencia (N = 48)			
	AM	SD	Q1	Q3	AM	SD	Q1	Q3
OKS	2.44	0.72	2.00	2.67	1.54	0.41	1.33	2.00
OZE	2.51	0.72	2.00	3.00	1.63	0.48	1.33	2.00
PST	2.91	0.63	2.40	3.40	1.77	0.58	1.40	2.50

Pozn.: OKS – oslabené kognitívne schopnosti, OZE – oslabené zvládanie emócií, PST – psychosomatické ťažkosti

Porovnanie výskytu chronického somatického ochorenia pred príchodom pandémie

Pre hodnotenie rozdielov vo výskyte chronického somatického ochorenia pred príchodom pandémie v extrémnych skupinách (Tabuľka 6) sme použili Pearsonov chí-kvadrát test. Zistili sme slabý (Cramerovo $V = 0.192$), avšak štatisticky významný vzťah reziliencie a výskytu chronického somatického ochorenia pred príchodom pandémie. ($\chi^2(1) = 4.51$, $p = .034$), pričom o jeho výskyte častejšie referovali zdravotníci s nízkou úrovňou reziliencie.

Tabuľka 6 Porovnanie pozorovaných a očakávaných početností vo výskyte chronického somatického ochorenia pred príchodom pandémie v extrémnych skupinách s vysokou a nízkou rezilienciou

		Somatické ochorenie pred pandemiou		
		Áno	Nie	Total
Nízka reziliencia	Observed	29	45	74
	Expected	23.7	50.3	74.0
	% within row	39.2%	60.8%	100.0%
Vysoká reziliencia	Observed	10	38	48
	Expected	15.3	32.7	48.0
	% within row	20.8%	79.2%	100.0%
Total	Observed	39	83	122
	Expected	39.0	83.0	122.0
	% within row	32.0%	68.0%	100.0%

Porovnanie výskytu diagnostikovaného duševného ochorenia pred príchodom pandémie

Na základe Pearsonovho chí-kvadrát testu (Tabuľka 7) sme zistili štatisticky významný vzťah reziliencie a výskytu duševného ochorenia pred príchodom pandémie ($\chi^2(1) = 7.96; p = .003$). Na základe Cramerovho V hodnotíme vzťah ako slabý ($V = 0.26$), pričom o diagnostikovanom duševnom ochorení pred príchodom pandémie referovalo 15.1% ($N = 11$) participantov z nízko rezilientnej skupiny, avšak žiadny participant z vysoko rezilientnej skupiny.

Tabuľka 7 Porovnanie pozorovaných a očakávaných početností vo výskyte duševného ochorenia pred príchodom pandémie v extrémnych skupinách s vysokou a nízkou rezilienciou

		Duševné ochorenie pred pandémiou		
		Áno	Nie	Total
Nízka reziliencia	Observed	11	62	73
	Expected	6.64	66.36	73.00
	% within row	15.1%	84. %	100.0%
Vysoká reziliencia	Observed	0	48	48
	Expected	4.36	43.64	48.00
	% within row	0.0%	100.0%	100.0%
Total	Observed	11	110	121
	Expected	11.0	110.0	121.0
	% within row	9.1%	90.9%	100.0%

Porovnanie užívania liekov kvôli duševnému stavu v období predchádzajúcich dvoch týždňov

Pri hodnotení rozdielov v užívaní liekov kvôli svojmu duševnému stavu v období predchádzajúcich dvoch týždňov (Tabuľka 8) sme zistili stredne silný (Cramer $V = 0.30$) štatisticky významný vzťah reziliencie a užívania liekov ($\chi^2(1) = 11.1, p < .001$), pričom lieky kvôli svojmu duševnému stavu v období predchádzajúcich dvoch týždňov užívalo 20.3%

(N = 15) osôb s nízkou úrovňou reziliencie, avšak žiadna osoba s vysokou úrovňou reziliencie.

Tabuľka 8 Porovnanie pozorovaných a očakávaných početností v užívaní liekov kvôli svojmu duševnému stavu v priebehu dvoch predchádzajúcich týždňov v extrémnych skupinách s vysokou a nízkou rezilienciou

		Užívanie liekov kvôli duševnému stavu v priebehu dvoch predchádzajúcich týždňov		
		Áno	Nie	Total
Nízka reziliencia	Observed	15	59	74
	Expected	9.10	64.90	74.00
	% within row	20.3%	79. %	100.0%
Vysoká reziliencia	Observed	0	48	48
	Expected	5.90	42.10	48.00
	% within row	0.0%	100.0%	100.0%
Total	Observed	15	107	122
	Expected	15.0	107.0	122.0
	% within row	12.3%	87.7%	100.0%

4.2.2. Kvalitatívna analýza

Na otázku, či pandémie COVID-19 ovplyvnila vzťah respondentov k práci v zdravotníctve a/alebo k pacientom, odpovedalo záporne viac respondentov zo skupiny s vysokou rezilienciou (62.5%), ako zo skupiny s nízkou rezilienciou (13.51%). Zmeny vo svojom vzťahu k práci alebo pacientom v dôsledku pandémie vnímalo viac respondentov zo skupiny nízko rezilientných zdravotníkov (82.43%), ako v skupine vysoko rezilientných zdravotníkov (37.5%). Traja zo skupiny nízko rezilientných respondentov sa k tejto otázke nevyjadрили.

Detailnejšie písomné výpovede respondentov k tomu, akým spôsobom ovplyvnila pandémie ich vzťah k práci alebo k pacientom, boli na základe svojho obsahu zatriedené do nasledujúcich kategórií (Tabuľka 9):

Zhoršenie vlastného psychického stavu, ktoré popisovali len príslušníci skupiny s nízkou úrovňou reziliencie, obsahovalo podkategóriu **intenzívnejšieho prežívania negatívnych emócií** –napr. strachu z nakazení, prejavov stresu, frustrácie, podráždenia a nechuti z práce (*„Strach z novej pozitívnej pacientov a následne zanesenia nákazy do domáceho prostredia.“* NR_267), ale aj z komplexnejších prejavov **vyčerpania a vyhorenia** (*„vyhorenie, strata radosti z práce, strata motivácie, negativizmus k novým úlohám, negativizmus k pacientom, nesústredenosť“* NR_150).

Traja z nízko rezilientných respondentov popísali tiež zvýšenú **potrebu dôkladnejšieho vymedzenia a ochrany vlastných psychologických hraníc** – *„Musela som sa naučiť viac strážiť si svoje hranice, nebrať osobné útoky a agresivitu pacientov, viac vysvetľovať, chápať, ale aj chrániť seba“* NR_532), niekedy aj za cenu menšej ústretovosti voči pacientom (*„Uzavrela som sa do seba, budujem si intenzívne hranice. Naučila som sa odmietat.“* NR_84).

Naproti tomu, zvýšená **potreba ochrany vlastného zdravia pred nakazením** prostredníctvom dezinfekcie a dodržiavania preventívnych opatrení bola zastúpená v podobnej miere v oboch skupinách respondentov (*„...udržiavanie si odstupu, nepretržité používanie OOPP, obmedzenie sociálnych kontaktov“* NR_267). Tieto dve podkategórie boli zaradené do spoločného klastra s názvom **starostlivosť o seba**.

Kategória **Zmeny vo vzťahu k pacientom** pozostávala z dvoch podkategórií, rovnomerne zastúpených v oboch skupinách zdravotníkov. V prvej z nich respondenti popisovali svoj väčší **odstup až nedôveru voči pacientom** vo všeobecnosti (*„Obmedzujem kontakt s pacientom.nedôvera k pacientovi.menej tolerujem ponosy pacientov.“* VR_190), výroky z druhej podkategórie **Delenie ľudí na skupiny** vyjadrovali túto tendenciu len voči jednej špecifickej skupine pacientov (*„pozorujem u seba zníženú mieru empatie k NEZAOČKOVANÝM covidovým pacientom“* NR_307; *„nechuť poskytovať starostlivosť osobám, ktoré nie sú zaočkované bez objektívnej medicínskej kontraindikácie a napriek vysvetleniu či poučeniu zotrvávajú na svojom stanovisku antivaxera – čiže výrazný odpor k dezolátom“*, VR_47).

Zmeny v kategórii **vzťah k práci** pozostávali najmä z väčšej miery **demotivácie k práci a úvahám o jej opustení** u nízko rezilientných zdravotníkov (*„Prehľadila pocit nedôvery vo vlastnú prácu a prínos pre pacientov, zvýšila nechuť vykonávať povolanie s čím súvisí aj narastajúca vnútorná požiadavka odísť zo zdravotníckeho systému a vykonávať iné povolanie.“* NR_210; *„kvôli extrémnemu vyčerpaniu strata radosti z práce, znechutenie, vyhorenie.keby som sa mala znova rozhodovať o výbere povolania, vyberiem si čokoľvek okrem*

zdravotníctva“ NR_73), ale v ojedinelých prípadoch tiež z väčšieho **prežívania zmysluplnosti práce** v zdravotníctve, ktorá sa vyskytla v oboch skupinách respondentov („Ano. Aj keď vidím dennodenné veľa utrpenia. Vždy sa nájdu ľudia pri ktorých si poviem že to čo robím má zmysel.“ NR_247; „Pocas pandémie som prehodnotila svoje životne smerovanie a vrátila som sa znova do zdravotníctva. Je to zmysluplnejšie a práca sestry ma naplna.“ VR_276).

Viacerí respondenti sa okrem samotného popisu zmeny vlastného postoja voči práci a/alebo pacientom, priklonili aj k popisovaniu jej konkrétnych príčin, resp. **zdrojov ťažkostí**.

Príslušníci nízko rezilientnej skupiny zdravotníkov uvádzali častejšie ako vysoko rezilientní zdravotníci ako príčiny zmeny svojho postoja ťažkosti **zo strany pacientov**, obsahujúce jednak **zhoršené správanie pacientov** a ich blízkych („Zvyšeny odpor k pacientom, stali sa agresívni a sebeckí, už to nie je o tom, že sú to zranení vystrasení ľudia, sú často arogantní a absolutne nepozerajú na nikoho okolo seba.“ NR_141, „Viac ako predtým ma dráždia požiadavky pacientov typu ako rýchlo chce vyšetrenie alebo nález, frustruje ma, ako často pacienti nechápu objektívnu situáciu a dožadujú sa nemožného, niekedy aj s vyhrážkami.“ NR_145; „ano, zmenená komunikácia kvôli vyššej agresivitě a premúdrelosti niektorých pac.“ VR_114), ale aj **horší zdravotný stav a zvýšené počty úmrtí** pacientov („Tretina pacientov nám zomrela. Pacienti psychicky aj fyzicky upadli a niektorí sa stali požívачnými a agresívnejšími.“ NR_246, „nastala frustrácia a demotivácia z dôvodu zvýšeného počtu úmrtí a bezmocnosť.“ NR_269; „ÁNO, prácu považujem za únavnú, vyčerpávajúcu a frustrujúcu - priveľa nešťastia, priveľa úmrtí,“ NR_307).

Kým nepriaznivé zmeny v **náplni práce** („zmenil sa systém práce a zhoršili sa pracovné podmienky“ NR_269“, „obmedzený prístup k pacientom, obmedzená komunikácia“ NR_465) a **množstve práce** reflektovali podobne často zdravotníci s vysokou aj nízkou rezilienciou, u zdravotníkov s nízkou rezilienciou sa tieto výroky častejšie spájali aj s príznakmi vyhorenia („Ano, denne preťažovanie ma vedie k tomu aby som čo najskor odišla do dôchodku, je to psychicky neunosné, už to nevládam. do toho služby, a práca 34 hodín v kuse je likvidačná“ NR_143). Okrem toho, **zhoršené vzťahy na pracovisku** – tak s **nadriadenými** („sťažená komunikácia s nadriadenými kvôli nadmernému stresu a práci“, NR_465), ako aj medzi **kolegami** („V práci ako kolegyně sa k sebe nechováme pekne. Celkovo cítiť nervozitu a podráždenosť u každej.“ NR_309; „Dalo mi to iný rozmer. Rozbil sa kolektív a narušili sa medziludské vzťahy na pracovisku tak, že niektorí podali výpovede.“ NR_245) popisovali výhradne osoby s nízkou rezilienciou.

Rozdielne vnímanie **nedostatkov v systéme zdravotníctva** medzi sledovanými skupinami zdravotníkov sa prejavilo v častejšom zdôrazňovaní **nedostatočných možností pre vlastný odpočinok** („možnosti relaxu zo strany zamestnávateľa žiadne,“ NR_318, „nedostatok voľna, unava“ NR_88), ako aj z hľadiska **nespokojnosti s vlastným postavením v rámci systému** zdravotníctva („určite áno, nepocitujem dostatočnú podporu a uznanie lekárníkov ako zdravotníckych pracovníkov, pričom, sme boli už od začiatku pandémie v 1.línii“ NR_526; „tu si lekára systém neváží“, NR_123) osobami s nízkou rezilienciou. **Nedostatok pracovných síl** ako aj vlastnú **nespokojnosť s fungovaním systému** („ano, mám ešte horší názor na naše zdravotníctvo a vedenie našej nemocnice ako doteraz“, NR_241; „Štátne zdravotníctvo ma sklamalo, spravilo z nás nevoľníkov. Súkromné tiež, diktát poisťovní je frustrujúci.“, NR_84) reflektujú v podobnej miere zástupcovia oboch skupín.

Tabuľka 9 Frekvencia výskytu identifikovaných kategórií a podkategórií percipovaných zmien vo vzťahu k práci v zdravotníctve a pacientom u zdravotníkov s nízkou/vysokou úrovňou reziliencie (N nízka reziliencia/N vysoká reziliencia; % nízka reziliencia/% vysoká reziliencia)

Nízka reziliencia	Obe skupiny	Vysoká reziliencia
Percipované zmeny		
		Nie (10/30) (13.51% vs. 62.5%)
Áno (61/18) (82.43% vs. 37.5%)		
Zhoršenie psychického stavu		
Viac negatívnych emócií (18/0) (24.32% vs. 0%)		
Prejavy vyčerpania a vyhorenia (22/3) (29.73% vs. 6.25%)		
Starostlivosť o seba		
Coping – zvýšená potreba budovania a ochrany vlastných hraníc (3/0) (4.05= vs. 0%)		

Tabuľka 9 Frekvencia výskytu identifikovaných kategórií a podkategórií percipovaných zmien vo vzťahu k práci v zdravotníctve a pacientom u zdravotníkov s nízkou/vysokou úrovňou reziliencie (N nízka reziliencia/N vysoká reziliencia; % nízka reziliencia/% vysoká reziliencia)

Nízka reziliencia	Obe skupiny	Vysoká reziliencia
Ochrana vlastného zdravia – dezinfekcia, zvýšená opatrnosť (2/3) (2.70% vs. 2.08%)		
Vzťah k pacientom		
		Bez zmeny vzťahu k pacientom (13/30) (17.57% vs. 62.5%)
	Väčší odstup, nedôvera k pacientom (5/2) (6.76 % vs. 4.17%)	
	Delenie ľudí na skupiny (2/3) (2.70% vs. 6.25%)	
Vzťah k práci		
Demotivácia a/alebo potreba odísť zo zamestnania (11/1) (14.86% vs. 2.08%)		
	Väčšia zmyslupnosť práce (1/2) (1.35% vs. 4.17%)	
ZDROJE ŤAŽKOSTÍ		
Zmeny zo strany pacientov		
Správanie pacientov (zlá spolupráca, zvýšená agresivita pacientov) 11/1 (14.86% vs. 2.08%)		
Horší zdravotný stav a zvýšené počty úmrtí pacientov (7/0) (9.46% vs. 0%)		
Zmeny v náplni práce		

Tabuľka 9 Frekvencia výskytu identifikovaných kategórií a podkategórií percipovaných zmien vo vzťahu k práci v zdravotníctve a pacientom u zdravotníkov s nízkou/vysokou úrovňou reziliencie (N nízka reziliencia/N vysoká reziliencia; % nízka reziliencia/% vysoká reziliencia)

Nízka reziliencia	Obe skupiny	Vysoká reziliencia
	Zmenené pracovné postupy alebo úlohy (3/3) (4.05% vs. 6.25%)	
	Množstvo práce (2/1) (2.70% vs. 2.08%)	
Zhoršené vzťahy na pracovisku		
S nadriadenými (2/0) (2.70% vs. 0%)		
S kolegami (4/0) (5.40% vs. 0%)		
Nedostatky v systéme zdravotníctva		
Nedostatočné možnosti odpočinku (2/0) (2.70% vs. 0%)	Nedostatok pracovných síl (1/1) (1.35% vs. 2.08%)	
Nespokojnosť s vlastným postavením v systéme (4/0) (5.40% vs. 0%)	Nespokojnosť s fungovaním systému (2/1) (2.70% vs. 2.08%)	

Zmenila Vaša skúsenosť s obdobím pandémie ochorenia COVID-19 nejakým spôsobom Váš osobný pohľad na seba samého, Váš život, svet okolo Vás alebo na iných ľudí? Ak áno, ako?

O **zmenách** vo vzťahu k sebe samému, k životu, svetu alebo iným ľuďom v dôsledku pandémie ochorenia COVID-19 referovalo 67.57% osôb s nízkou rezilienciou a 45.83% osôb s vysokou rezilienciou. **Žiadne zmeny** v týchto svojich postojoch nepostrehlo 12.16% zdravotníkov s nízkou rezilienciou a 39.58% zdravotníkov s vysokou rezilienciou.

Kým zhruba rovnaké množstvo pozitívnych i negatívnych zmien vo svojom vnímaní reality zaznamenali osoby s nízkou rezilienciou (51.35% vs. 54.05%), viac negatívnych ako pozitívnych zmien (41.67% vs. 29.17%) v dôsledku pandémie popisovali osoby s vysokou rezilienciou.

Negatívne zmeny pozostávali jednak z častejšieho **prežívania negatívnych emócií** („frustrácia“ NR_88 strach a nedôvera“ NR_126; „určite áno, ako? väčšia ochrana mojich najbližších a určite väčšie obavy o ich zdravie či už telesné alebo duševné, väčšia nedôvera v systém a štát“ VR_259), z **negatívnejšieho vzťahu k svetu ako takému** („všetko mi pride niekedy nepochopiteľne a ako keby vo sne“ NR_205; „ano, pohľad na chod sveta a správanie ľudí“, VR_114), ktoré sa v podobne nízkej miere vyskytovali u oboch skupín respondentov, zhoršeného **celkového vzťahu k iným ľuďom a spoločnosti** („Pandémia mi priniesla sklamanie z ľudstva“ NR_438; „Som z ľudí sklamaná, to čo k sebe predvzdali nema nič s ľudskosťou, sebecke hovada.“ NR_141; mnohí ľudia (konkrétne osoby aj celkovo spoločnosť) ma sklamali, ako nezodpovedne alebo egoisticky ohľadom pandémie vystupujú a fungujú NR_145) o ktorom referovala štvrtina respondentov v skupine s nízkou rezilienciou a viac ako štvrtina v skupine s vysokou rezilienciou („Ľudia sa mi zdajú byť bezohľadnejší, každý je "lekárom" na základe informácií z televízie alebo internetu, oháňajú sa svojimi právami, ale zabúdajú, že majú aj nejaké tie povinnosti, popr. že sú stanovené nejaké nariadenia, ktorými sa majú riadiť.“ VR_314; „zistila som, koľko sprostých ľudí tu zije“ VR_511). Negatívne zmeny vo **vlastnom sebaobrazu** (Musiela som poriadne posúvať hranice pracovnej únosnosti. ... Samu seba vnímam, ako unaveného, zostarnutého človeka, bez energie. NR_307; „Cítim sa neschopná, že nič nezvládam v práci, ani v rodine“ NR_65; „Myslela som si že som psychicky silnejšia ale mýlila som sa“ NR_247), ako aj vo **vzťahu k zdravotníctvu**, popisovali naopak častejšie osoby s nízkou rezilienciou („ano hlavne zmenila moj vzťah k práci, ktoru robim, veľakrát uvažujem nad odchodom zo zdravotníctva ale nie je to jednoduché“, NR_525; „Že väčšina ľudí vôbec nerozumie tomu, ako pracujeme, aké možnosti lekári majú. Že si nevážia túto profesiu, takže to dost odrádza.“, NR_137).

Skúsenosť s pandemiou ochorenia COVID-19 však niektorým respondentom priniesla aj **pozitívne zmeny** (54.05% vs. 29.17%) vo vnímaní rôznych oblastí reality, pričom o nich častejšie referovali prevažne osoby s nízkou úrovňou reziliencie. V rámci kategórie **vzťah k životu** (20.27% vs. 6.25%) viedla táto skúsenosť u časti zdravotníkov k **prehodnoteniu vlastných životných priorít**, medzi ktorými dominovalo zdravie a rodina („áno, viac som si uvedomila krátkosť života a hodnotu rodiny a voľného času“, NR_123; „velmi sa zmenil, otvorili sa mi oči, uvedomenie si hodnoty zdravia a charakterov ľudí, schopnosti pomoci.“

NR_269; „viac si vážiť život, zdravie, rodinu, priateľstvo“ NR_518), ako aj k hlbšiemu **oceneniu bežného spôsobu** života („áno, viac si vážim obyčajné veci života“, NR_145; „Viac si vážim bezne veci- dovolenku, cestovanie kulturu, restaurácie“, NR_130; „Áno , viac si uvedomujem hodnotu zdravia, slobody pohybu“, VR_112). Niektorí respondenti zaznamenali pozitívne zmeny aj vo **vzťahu k sebe** samému (14.86% vs. 10.42%), ktorý pozostával z podkategórií **zvýšeného uvedomenia potreby starať sa o seba** („Asi v zmysle, že si treba užívať každú peknú chvíľu a v stresovom období relaxovať a oddychovať. Starat' sa aj o svoje psychické zdravie“ NR_431; „Začala som si ... budovať si hranice“, NR_84; „Viac venovať pozornosť sebe a svojim potrebám ako potrebám okolia“, NR_267; „určite áno, snažím sa viac sústrediť sa seba, neriešiť až tak okolie, neriešiť, čo neviem vyriešiť,“, NR_526;) a zmeneného **sebaobrazu** („Viac sa sama seba vážim, čo som zvládla, dokázala.“, NR_435; „Zvládam viac, ako som si dovtedy myslela, že zvládnem.“, NR_307; „Zistila som, že som omnoho silnejší človek, ako som si o sebe myslela. I keď som počas pandémie prežila množstvo ťažkých životných situácií, posilnili ma.“ VR_276). **Vzťahy k iným ľuďom** (16.22% vs. 10.42%) sa zmenili pozitívne najmä z hľadiska špecifických – osobných vzťahov v rámci **rodiny** („som šťastná že mám podporujúcu rodinu“, NR_252), **s kolegami na pracovisku** („spoznala som kolegov v rôznych situáciách a mnohí ma kladne ohromili“, NR_269) **alebo s priateľmi** („Moja rodina a priatelia mi dokazuju byť vďaka oporou, ako som predpokladala.“, NR_276). **Vzťah k ľuďom vo všeobecnosti** prešiel pozitívnu zmenu u 2 osôb z nízko rezilientnej skupiny („Ja som si začala ľudí viac vážiť a snažím sa rozdávať dobro a pozitívnu energiu aj mimo nemocnice.“, NR_303). O pozitívnej zmene svojho **vzťahu k zdravotníctvu** (1.35% vs. 2.08%) referovalo po jednej osobe z oboch skupín zdravotníkov („Áno, zistila som, že ešte mám čo tomuto svetu ponúknuť, že práca zdravotníka je mimoriadne dôležitá po celom svete. Ja som sestra len na čiastkový úväzok, moje miesto je skôr pri ich vzdelávaní, preto to cítim oveľa zodpovednejšie.“, VR_287).

Viac ako polovica respondentov s vysokou i nízkou úrovňou reziliencie, odpovedala na otázku, či im skúsenosť s pandemiou COVID-19 priniesla aj niečo pozitívne, kladne. Priblížne 30% respondentov z oboch skupín akýkoľvek pozitívny prínos tejto skúsenosti poprelo. Vo väčšine identifikovaných kategórií a podkategórií v tejto otázke bolo vyššie zastúpenie osôb s nízkou úrovňou reziliencie.

Kategória **vzťahu k životu** obsahovala rovnako ako v predchádzajúcej otázke **uvedomenie si priorit** („Prehodnotila som životné priority“, VR_276), s dôrazom na význam zdravia („viac si vážim zdravie“, NR_129) a hlbšie **ocenenie bežného života** („objavili sme

krasy prírody v okolí bydliska“, NR_73; „Tešiť sa z drobnosti.“, NR_157; „viac si vážim čo mám“, NR_145).

Tabuľka 10 Frekvencia výskytu identifikovaných kategórií a podkategórií percipovaných zmien vo vzťahu k sebe, životu, svetu a iným ľuďom u zdravotníkov s nízkou/vysokou úrovňou reziliencie (N nízka reziliencia/N vysoká reziliencia; % nízka reziliencia/% vysoká reziliencia)

Nízka reziliencia	Obe skupiny	Vysoká reziliencia
Percipované zmeny		
		Nie (9/19) (12.16% vs.39.58 %)
Áno (50/22) (67.57% vs.45.83%)		
NEGATÍVNE ZMENY		
(38/20) (51.35% vs. 41.67%)		
Viac negatívnych emócií (5/2) (6.76% vs. 4.17%)		
Horší vzťah ku svetu (4/2) (5.40% vs. 4.12%)		
Horší vzťah k ľuďom a spoločnosti (19/14) (25.67% vs. 29.17%)		
Zmena sebaobrazu (7/1) (9.46% vs. 2.08%)		
Horší vzťah k zdravotníctvu (3/1) (4.05% vs. 2.08%)		
POZITÍVNE ZMENY		
(40/14) (54.05% vs. 29.17%)		
Vzťah k životu (15/3) (20.27% vs. 6.25%)		

Tabuľka 10 Frekvencia výskytu identifikovaných kategórií a podkategórií percipovaných zmien vo vzťahu k sebe, životu, svetu a iným ľuďom u zdravotníkov s nízkou/vysokou úrovňou reziliencie (N nízka reziliencia/N vysoká reziliencia; % nízka reziliencia/% vysoká reziliencia)

Nízka reziliencia	Obe skupiny	Vysoká reziliencia
Uvedomenie priorit (8/2) (10.81% vs. 4.17%)		
Ocenenie bežného spôsobu života (7/1) (9.46% vs. 2.08%)		
Vzťah k sebe (11/5) (14.86% vs. 10.42%)		
Starostlivosť o seba (7/1) (9.46% vs. 2.08%)	Zmena sebaobrazu(4/4) (5.40% vs. 8.33%)	
Vzťahy k iným ľuďom (12/5) (16.22% vs. 10.42%)		
Ľudia všeobecne (2/0) (2.70% vs. 0%)	Rodina (7/3) (9.46% vs. 6.25%)	
Kolegovia a zdravot- níci (3/0) (4.05% vs. 0%)		Priatelia (0/2) (0% vs. 4.17%)
Vzťah k zdravotníctvu (1/1) (1.35% vs. 2.08%)		

Prinieslo Vám obdobie pandémie ochorenia COVID-19 aj niečo pre Vás pozitívne, hodnotné? Popíšte to, prosím.

V kategórii **vzťahu k sebe**, v porovnaní s odpoveďami na predchádzajúcu otázku, pribudlo viacero výrokov ako aj niekoľko nových podkategórií. Prvá z nich označuje pozitívne zmeny v starostlivosti o seba prostredníctvom **zdravšieho životného štýlu**, v ktorom je viac pozornosti venovanej vlastným záujmom a potrebám („viac športujem“, NR_318; „Venujem sa viac svojmu telu a mysli“ VR_40; „Objavila som svet kreativity a začala som sa venovať ručným prácam.“, NR_210). Do podkategórie **osobný rozvoj** boli zahrnuté odpovede reprezentujúce lepšie „sebapoznanie“ (NR_303) a rozvoj vlastných schopností, („Vystúpila som zo svojej komfortnej zóny a začala som viac premýšľať a spájať súvislosti.“ VR_363; „Myslím že sa snazím byť viac laskavejší človek“ VR_383), ale aj hlbšie spirituálne prežívanie („či si to uvedomujeme a pripúšťame alebo nie, ale navzájom sme všetci prepojení a ovplyvňujeme sa – a nemyslím len na to fyzické či viditeľné“, VR_413). Ďalšiu podkategóriu tvorí **profesionálny rozvoj**, ktorý bol o niečo viac zastúpený v skupine s vyššou úrovňou reziliencie („Zlepsenie organizačných schopností, nariadenie sa aj technických detailov a sesterskej práce. Zlepsenie sa v UPV a v pronaciach a takmer vo všetkých intenzivistických výkonoch“ NR_69, „nové vedomosti, nové typy práce, nové skúsenosti, oveľa viac kritického a krízového myslenia“ VR_482). Pozitívne zmeny z hľadiska **vyššej sebaúcty** boli častejšie zastúpené v skupine s nízkou rezilienciou („začala som si vážiť samu seba!“ NR_339; „Viac si vážim samu seba“, VR_223).

Kategória pozitívnych zmien v oblasti **vzťahov k iným ľuďom** bola pri tejto forme opytovania v oboch skupinách respondentov zastúpená vyššie ako v neutrálne formulovanej predchádzajúcej otázke. V podkategórii nazvanej **preverenie vzťahov s ľuďmi** boli zahrnuté tak kolegiálne, ako aj osobné a priateľské vzťahy, ktoré prešli zaťažkovou skúškou pandémie („Odhalenie odborných aj ľudských kvalít niektorých kolegov“, NR_84; Áno, v napätých situáciách sa ukazuje pravá osobnosť a charakter človeka.“, VR_314; „Áno, vyseparovali sa mi ozajstní priatelia.“, VR_417;). V tejto podkategórii mierne prevažovali osoby s vysokou úrovňou reziliencie, kým v ďalších dvoch podkategóriách osoby s nízkou rezilienciou. Podkategória ocenenie iných ľudí obsahovala výroky oceňujúce prácu kolegov zdravotníkov („vážim si ľudí, ktorých mám okolo seba, ktorí mi boli veľkou oporou a neposlednom rade obdivujem svoju nadriadenú, ktorá celú situáciu zvládla, či už fyzicky alebo psychicky, čo sa týka manažovania, materiálneho zabezpečovania, meniacim sa organizačným aj personálnym situáciám a okrem svojich vlastných povinností pomáhala celému personálu pri lôžku pacienta. Vedúci pracovníci covidových oddelení čelia tiež enormnému stresu, aby zvládli tak náročnú situáciu na konkrétnych

oddeleniach.“, NR_269; „Áno, spoznala som pri očkovaní veľa nových ľudí, vzájomnú súdržnosť, snahu posunúť riešenie a ukončenie pandémie aj touto trochou snaženia vo svojom voľnom čase.“, VR_287), ako aj podporu spoločnosti, pokiaľ bola prítomná („Zjednotenie ľudí na začiatku pandémie“, NR_296, „Oceňujem hlavne ochotu jednotlivcov pomáhať“, NR_438; „ľudsku spolupatričnosť- ale sa vytraca čím pandémie dlhšie trva“ NR_205). Podkategória pozitívnych zmien v rodine obsahovala jednak zvýšenie kvality rodinných vzťahov, ako aj hlbšie ocenenie týchto vzťahov („prehlbenie vzťahu v manželstve“, NR_84; „áno, začala som si viac vážiť ... chvíle s blízkymi“, NR_309; „áno, snaha byť so svojimi najbližšími čo najviac a vážiť si spoločnú prítomnosť“, VR_259).

Tabuľka 11 Frekvencia výskytu identifikovaných kategórií a podkategórií pozitívnych zmien vo vzťahu k sebe, životu, svetu a iným ľuďom u zdravotníkov s nízkou/vysokou úrovňou reziliencie (N nízka reziliencia/N vysoká reziliencia; % nízka reziliencia/% vysoká reziliencia)

Nízka reziliencia	Obe skupiny	Vysoká reziliencia
Pozitívne zmeny		
	Nie (22/13) (29.73% vs. 27.08%)	Áno (40/29) (54.05% vs. 60.42%)
Vzťah k životu (15/5) (20.27% vs. 10.42%)		
	Uvedomenie si priorít (6/2) (8.00% vs. 4.12%)	
Ocenenie bežného života (9/3) (12.16% vs. 6.25%)		
Vzťah k sebe (20/10) (27.03% vs. 20.83%)		
	Zdravší životný štýl (5/2) (6.76% vs. 4.17%)	
	Osobný rozvoj (6/3) (8.00% vs. 6.25%)	
	Profesionálny rozvoj (4/4) (5.41% vs. 8.33%)	

Tabuľka 11 Frekvencia výskytu identifikovaných kategórií a podkategórií pozitívnych zmien vo vzťahu k sebe, životu, svetu a iným ľuďom u zdravotníkov s nízkou/vysokou úrovňou reziliencie (N nízka reziliencia/N vysoká reziliencia; % nízka reziliencia/% vysoká reziliencia)

Nízka reziliencia	Obe skupiny	Vysoká reziliencia
	Sebaúcta (5/1)(6.76% vs. 2.08%)	
	Vzťahy k iným ľuďom (19/11) (25.67% vs. 22.92%)	
	Preverenie vzťahov s ľuďmi (4/5) (5.41% vs. 10.42%)	
	Ocenenie iných ľudí (9/4) (12.16% vs. 8.33%)	
	Rodina (6/2) (8.11% vs. 4.12%)	

Ojedinelými výrokmi boli zastúpené témy ako vybudovanie finančnej rezervy, umožnenie práce z domu, viac osobného priestoru na verejnosti a pozitívne ekologické aspekty zníženej mobility počas pandémie.

4.3. Diskusia

Cieľom tejto štúdie bolo zistiť, či sa zdravotníci s vysokou a nízkou úrovňou reziliencie v závere pandémie COVID-19 líšili v úrovni subjektívne percipovaných symptómov depresie, vyhorenia, psychosomatických ťažkostí, ako aj identifikovať a bližšie charakterizovať prípadné rozdiely v spôsobe, akým popisovali subjektívne percipované zmeny vo svojom vzťahu k zdravotníctvu, ku svetu ako takému, iným ľuďom, či k sebe samým v dôsledku pandémie.

Za týmto účelom boli na základe celkového skóre reziliencie vytvorené dve extrémne skupiny s vysokou a nízkou úrovňou reziliencie, v ktorých boli v rôznej miere zastúpené rovnaké zdravotnícke profesie, ako tomu bolo v celom súbore. Nadpolovičnú väčšinu respondentov v oboch skupinách tvorili lekári a sestry. Kým vo vysoko rezilientnej skupine bolo vyššie percentuálne zastúpenie zdravotníckych záchranárov, v nízko rezilientnej skupine mali väčšie percentuálne zastúpenie farmaceuti. Percentuálne zastúpenie

iného zdravotníckeho personálu a vedúcich pracovníkov bolo v oboch skupinách približne rovnaké. Obe skupiny z hľadiska profesijného zaradenia považujeme za porovnateľné, s výnimkou mierne vyššieho zastúpenia zdravotníckych záchranárov a mužov vo vysoko rezilientnej skupine a vyššieho zastúpenia farmaceutov. Z hľadiska veku sa obe skupiny signifikantne nelíšili, avšak v skupine s nízkou rezilienciou bolo percentuálne zastúpenie žien vyššie, ako vo vysoko rezilientnej skupine.

V rámci kvantitatívnej časti štúdie bolo prvým z dvoch čiastkových cieľov overenie toho, nakoľko sa zdravotníci s vysokou úrovňou reziliencie v záverečnom období pandémie COVID-19 na Slovensku líšili od svojich nízko rezilientných kolegov na úrovni subjektívne percipovaných symptómov depresie, vyhorenia a psychosomatických ťažkostí. Predpokladali sme, že zdravotníci s vysokou úrovňou reziliencie budú vykazovať štatisticky signifikantne nižšiu úroveň symptómov depresie, vyhorenia a psychosomatických ťažkostí ako zdravotníci s nízkou úrovňou reziliencie, čo naše výsledky potvrdili.

Pri neparametrickom porovnaní extrémnych skupín s nízkou a vysokou úrovňou reziliencie sa potvrdili štatisticky významné a z hľadiska veľkosti efektu veľké rozdiely na úrovni celkového skóre depresie (PHQ-9), celkového skóre vyhorenia (BAT) a väčšiny jeho subškál (vyčerpanie, oslabené kognitívne schopnosti, oslabenie zvládania emócií), ako aj samostatnej subškály psychosomatických ťažkostí. Stredne veľký rozdiel bol preukázaný v subškále BAT mentálny odstup, pričom vo všetkých uvedených premenných dosahujú vyššie hodnoty osoby s nízkou úrovňou reziliencie. Podľa očakávania sa hypotéza o signifikantne vyššej úrovni depresivity, vyhorenia a psychosomatických ťažkostí nízko rezilientných zdravotníkov oproti ich náprotivkov z vysoko rezilientnej skupiny potvrdila.

Pre zhodnotenie závažnosti identifikovaných ťažkostí predstavujeme porovnanie dosiahnutých hodnôt uvedených premenných s dostupnými normami, uvádzanými autormi jednotlivých škál. Podľa odporúčaného cut-off score, priemerná úroveň depresívnych príznakov v škále PHQ-9 dosahovala v skupine zdravotníkov s nízkou rezilienciou strednú úroveň, kým v skupine zdravotníkov s vysokou rezilienciou nulovú alebo len nízku úroveň (Kroenke, Spitzer, & Willimas, 2001). Reziliencia bola považovaná za významný prediktor zníženia symptómov depresie a úzkosti aj v longitudínálnej štúdii českých kolegov, podľa ktorých 32% zdravotníkov zo sledovaného súboru vykazovalo nízku úroveň reziliencie, pričom väčšina, ktorá predstavovala 68%, preukázala vysokú úroveň reziliencie (Kearns et al., 2024).

Priemerné celkové skóre vyhorenia dosahuje v skupine nízko rezilientných zdravotníkov podľa odporúčaného cut-off score (pre skrátenú 12 položkovú verziu dotazníka v skupine flámskych pracovníkov, Schaufeli et al., 2020), stredne zvýšené riziko vyhorenia (oranžové pásmo, $2.54 \leq \text{total BAT score} \leq 2.95$), u vysoko rezilientných zdravotníkov je priemerné skóre vyhorenia na bezpečnej - nízkej úrovni (zelené pásmo).

Z hľadiska jednotlivých subškál vykazujú nízko rezilientní zdravotníci najvyššiu (červenú) úroveň rizika v subškále vyčerpania ($\text{BATv} \geq 3.50$), a strednú (oranžovú) úroveň v subškálach mentálneho odstupu ($\text{BATmo} \geq 2.17$) a zhoršenia emocionálneho prežívania ($\text{BATep} \geq 2.17$). Jedine subškála oslabených kognitívnych schopností sa aj u nízko rezilientných zdravotníkov nachádza v bezpečnej (zelenej) zóne ($\text{BATks} < 2.83$) z hľadiska závažnosti symptómov vyhorenia. Hodnoty odporúčaného cut-off skóre pre sekundárne symptómy stresu (psychosomatické ťažkosti a psychologický distress) uvádzajú autori škály (Schaufeli, Desart, & De Witte, 2020) spoločne, pričom za zelenú, neutrálnu úroveň, považujú také skóre, ktoré v týchto škálach nepresiahne hodnotu 2.84 a za stredne rizikovú – oranžovú úroveň rizika považujú priemerné skóre, ktoré sa pohybuje v rozmedzí od 2.85 do 3.34. Podľa tohto kritéria úroveň psychosomatických ťažkostí v skupine nízko rezilientných zdravotníkov dosahuje oranžovú – stredne rizikovú úroveň.

V skupine vysoko rezilientných zdravotníkov sa všetky subškály vyhorenia, psychosomatické ťažkosti ako aj celkové skóre vyhorenia pohybujú v bezpečnej – zelenej zóne nízkeho výskytu symptómov vyhorenia ($\text{BATv} < 3.17$; BATmo a $\text{BATep} < 2.17$; $\text{BATks} < 2.83$; $\text{BATpt} < 2.85$; $\text{total BAT score} < 2.54$). Napriek tomu, že použité normy vznikli v skupine flámskych pracovníkov rôznych povolání, pri určitej miere opatrnosti možno konštatovať, že u zdravotníkov s nízkou úrovňou reziliencie zanechala skúsenosť s obdobím pandémie COVID-19 podstatne vážnejšie psychické ťažkosti, ako u zdravotníkov s vysokou úrovňou reziliencie, ktorí vzhľadom na dostupné normy nevykazovali zvýšené príznaky depresie ani vyhorenia v žiadnej zo sledovaných subškál. Toto zistenie je v zdanlivom rozpore s viacerými štúdiami, ktoré pri konštatovaní vysokého nárastu depresie a vyhorenia u zdravotníkov v období pandémie medzi viac a menej rezilientnými zdravotníkmi nerozlišovali (Miller, 2021; Farì et al., 2022; Briciu et al., 2023). Naše zistenia poukazujú na to, že pri hodnotení dopadov pandémie je vhodné prihliadať aj na individuálne rozdiely vo vulnerabilite zdravotníkov, ktoré môžu ovplyvňovať viaceré vonkajšie i vnútorné proktívne a rizikové faktory.

Z tohoto dôvodu boli do dotazníkovej batérie zaradené dichotómne formulované položky, týkajúce sa výskytu predchádzajúceho chronického fyzického a/alebo psychického

ochorenia v období pred nástupom pandémie. Dosiahnuté výsledky potvrdili slabé, avšak štatisticky významné vzťahy medzi nízkou rezilienciou a vyšším výskytom chronického somatického a/alebo psychického ochorenia ešte pred nástupom pandémie. Vyššiu zraniteľnosť voči depresii, úzkosti, a symptómom PTSD u zdravotníkov s vyššou úrovňou stresu pred začiatkom pandémie (hodnotenou podobným retrospektívnym spôsobom) potvrdila aj írská štúdia (Lowry et al., 2023). Päťina respondentov zo skupiny s nízkou úrovňou reziliencie (avšak žiadna osoba zo skupiny s vysokou úrovňou reziliencie) sa priznávala k užívaniu liekov kvôli svojmu duševnému stavu v období predchádzajúcich dvoch týždňov.

Hypotézy o tom, že v skupine zdravotníkov s nízkou úrovňou reziliencie sa vo väčšej miere vyskytujú osoby s anamnézou chronického alebo duševného ochorenia už pred nástupom pandémie; ako aj o tom, že zdravotníci s vysokou úrovňou reziliencie majú mať nižšiu potrebu užívania liekov kvôli svojmu duševnému stavu v období posledných dvoch týždňov ako zdravotníci s nízkou úrovňou reziliencie, možno považovať za potvrdené.

Kým z hľadiska profesionálneho zaradenia a veku sa skupiny zdravotníkov s vysokou a nízkou rezilienciou zásadným spôsobom nelíšili, v skupine s nízkou rezilienciou bolo vyššie zastúpenie zraniteľných osôb s potenciálne vyšším rizikom komplikovaného priebehu dovtedy málo známeho infekčného ochorenia COVID-19 (osoby s chronickým fyzickým ochoreniami už pred nástupom pandémie) ako aj osôb s potenciálne zníženou schopnosťou zvládania psychickej záťaže (osoby s výskytom psychického ochorenia v anamnéze pred príchodom pandémie). Zároveň v skupine nízko rezilientných zdravotníkov bolo o niečo vyššie zastúpenie žien, ako vo vysoko rezilientnej skupine. O vyššom riziku mentálnych ťažkostí, stresu, úzkosti, depresie a PTSD počas pandémie COVID-19 u žien a etnických menšín, pracujúcich v zdravotníctve svedčia viaceré štúdie (napr. Lamb et al., 2021), pričom medzi faktory zvyšujúce zraniteľnosť respondentov patrili mladší vek, nedostatok podpory a nedostatočný prístup k ochranným pomôckam. V rovnakom období potvrdila vyššiu úroveň úzkosti u žien v zdravotníctve ruská štúdia (Mosolova et al., 2020) a vyššie riziko depresie talianska štúdia (Farì et al., 2022). Aj v rámci všeobecnej populácie na Slovensku (Král'ová et al., 2021) sa symptómy depresie a úzkosti vyskytovali v období pandémie častejšie u žien.

O tom, akým spôsobom sa rozdiely v úrovni reziliencie medzi zdravotníkmi prejavili v zmenách ich postojov k práci v zdravotníctve, pacientom, iným ľuďom i k sebe samým

svedčia výsledky konsenzuálnej kvalitatívnej analýzy (Consensual Qualitative Research; Hill et al., 1997) v druhej časti štúdie.

Dve otvorené, neutrálne formulované otázky boli zamerané na zisťovanie vplyvu pandémie COVID-19 na prípadné zmeny postojov zdravotníckych pracovníkov voči práci, pacientom, vo vzťahu k sebe samému, životu/svetu a iným ľuďom. Tretia otázka sa pýtala špecificky na prípadné pozitívne prínosy skúsenosti s pandemiou COVID-19.

Negatívne zmeny vo svojich postojoch k práci v zdravotníctve a/alebo k pacientom v dôsledku pandémie COVID-19 spontánne uvádzalo viac ako 80% zdravotníkov z nízkou rezilienciou a menej ako 40% zdravotníkov s vysokou úrovňou reziliencie. Len niektorí z nich ich však aj detailnejšie popisovali, čo mohlo viesť k nižšej reprezentatívnosti uvedených zistení.

Z hľadiska obsahu slovných odpovedí obe skupiny zdravotníkov podobným spôsobom reflektovali svoju *nespokojnosť s celkovým fungovaním systému zdravotníctva* ako takého, rovnako ako aj nepriaznivé zmeny v množstve a náplni práce, zvýšenú potrebu fyzickej ochrany vlastného zdravia (dezinfekcia, používanie OOPP) ako aj nutnosť vytvorenia väčšieho emocionálneho odstupu a nedôvery voči pacientom.

Nízko rezilientní zdravotníci však dopady týchto zmien popisovali ako osobnejšie - častejšie popisovali nárast svojich negatívnych emócií, prejavov vyčerpania a vyhorenia, ako aj nárast potreby ochrany vlastných hraníc. Detailnejšie tiež popisovali agresívne a nespolupracujúce správanie pacientov a ich blízkych, ale aj ťažšie zvládnuteľné zhoršenia zdravotného stavu a vysoké počty úmrtí pacientov, s ktorými boli konfrontovaní. Zároveň, častejšie ako ich vysoko rezilientní kolegovia hovorili o chýbajúcej psychickej podpore zo strany kolegov a nadriadených, nedostatočných možnostiach odpočinku, pociťovali väčšiu nespokojnosť so svojím postavením v rámci systému zdravotníctva, v ktorom sa cítili bezmocní, demotivovaní, a častejšie tiež uvažovali o tom, že by chceli zo systému zdravotníctva odísť. Cítili sa vyčerpanejší, osamelejší a bezmocnejší, pričom požiadavky zo strany pacientov a pracovného vyťaženia vnímali ako náročnejšie.

Podľa štúdie Putekovej et al. (2023) až 70% slovenských zdravotných sestier počas pandémie COVID-19 zvažovalo odchod zo zamestnania z dôvodu nadmerného stresu a neadekvátneho finančného hodnotenia. Kým v prvej vlne pandémie boli dominujúcimi faktormi pre nárast depresie a úzkosti strach z infekcie, nedostatok osobných ochranných prostriedkov a nedostatok možností pre regeneráciu (Morawa et al., 2021), sťažené pracovné podmienky a nedostatok sociálnej podpory boli rizikovými faktormi vyhorenia,

depresie a úzkosti aj neskorších štúdiách (Costa et al., 2023 v Portugalsku; Alonso et al., 2022 v Španielsku).

Pri druhej neutrálne formulovanej otázke na vnímané zmeny vo vzťahu k sebe samému, iným ľuďom alebo svetu ako takému v dôsledku ich skúseností z obdobia pandémie COVID-19 uvádzali nízko rezilientní zdravotníci pozitívne i negatívne zmeny častejšie, ako ich vysoko rezilientní kolegovia. Cca 51% nízko rezilientných a 41% vysoko rezilientných zdravotníkov pri neutrálne formulovanej otázke referovalo o negatívnych zmenách a 54% nízko rezilientných a 29% vysokorezilientných osôb referovalo o pozitívnych zmenách vo svojom vzťahu k sebe samým, iným ľuďom a svetu ako takému.

Vysoko rezilientné osoby popisovali najmä zhoršenie svojho vzťahu k iným ľuďom a spoločnosti ako takej (najmä v dôsledku nedodržiavania racionálnych preventívnych opatrení). Nízko rezilientní zdravotníci sa s nimi v tomto smere často zhodovali, no svoju frustráciu z celkovej situácie častejšie namierili nielen voči vonkajšiemu svetu, ale aj voči sebe samému (pocity zlyhania, vyčerpania, neschopnosti).

Tieto zistenia sú v súlade s longitudinálnym porovnaním trajektórií depresívnych symptómov a úzkosti počas dvoch vln pandémie a na jej konci v Českej republike, ktoré poukázalo na významný nárast týchto problémov v súvislosti so stigmatizáciou, diskrimináciou a prejavmi násilia zo strany verejnosti a pacientov, ktoré zvládanie pandémie u zdravotníkov zásadným spôsobom zhoršovali (Kearns et al., 2024). Autori štúdie následne konštatovali, že v kontexte pandémie COVID-19 mohli zdravotnícki pracovníci, ktorí zažili diskrimináciu, pociťovať odmietanie, ostrážitosť a nedôveru voči spoločnosti, čo prispievalo k rozvoju ich úzkostných a depresívnych symptómov. Tieto stresujúce zážitky mohli mať trvalý vplyv na psychickú pohodu zdravotníkov, ktorý presahoval bezprostredný dopad pandémie (Kearns et al., 2024).

Pri tretej, pozitívne formulovanej otázke, v zmysle „Prinieslo Vám obdobie pandémie ochorenia COVID-19 aj niečo pre Vás pozitívne, hodnotné?“ sa vyšší podiel odpovedí od nízko rezilientných zdravotníkov opakoval, pričom niektoré témy ako napr. Vzťah k sebe samému boli pri tejto otázke popisované detailnejšie.

Uvedené výsledky naznačujú, že skúsenosť s náročným obdobím pandémie COVID-19 prispela u väčšiny zdravotníkov s nízkou úrovňou reziliencie k rozsiahlejším zmenám tak vo vzťahu k ich práci a pacientom, ako aj vo vzťahu k sebe samým, iným ľuďom a svetu či životu ako takému. Tieto zmeny však neboli výlučne negatívne. Zdravotníci s nízkou úrovňou reziliencie hodnotili častejšie ako ich náprotivky pozitívne zmeny v uvedomení si svojich životných priorít (vlastné fyzické a psychické zdravie, rodina, ocenenie bežného

spôsobu života), uvedenie si potreby starostlivosti o seba ako aj rozpoznanie a ocenenie pozitívnych osobných vzťahov s blízkymi ľuďmi (rodina, priatelia, kolegovia na pracovisku).

Otázka zameraná na potenciálne prínosy skúsenosti s pandémiou COVID-19 viedla u oboch skupín respondentov k detailnejšiemu popisu pozitívnych zmien v starostlivosti o seba prostredníctvom väčšieho dôrazu na zdravší životný štýl, v ktorom je viac pozornosti venovanej vlastným záujmom a potrebám, využitým príležitostiam osobného a profesionálneho rozvoja a v konečnom dôsledku aj vyššej sebaúcte, na základe zvládnutia dovtedy nepredstaviteľných ťažkostí. Na druhej strane, ako bolo uvedené vyššie, netreba zabudnúť na to, že v skupine s nízkou rezilienciou sa našlo aj takmer 10% ľudí, ktorí si z rovnakého obdobia odniesli opačné pocity ako vyčerpanie, zlyhanie a bezmocnosť. Aktivne copingové stratégie, ako je plánovanie a pozitívne prehodnotenie patrili medzi najčastejšie používané stratégie zvládania záťaže u poľských zdravotných sestier napriek tomu, že mnohé z nich zároveň vykazovali vysokú úroveň percipovaného stresu (Sierakowska & Doroszkiewicz, 2022).

Tak, ako skúsenosť s pandémiou preverila vlastné sily a schopnosti respondentov, rovnako pre mnohých z nich poslúžila aj ako lakmusový papierik kvality ich vzťahov s inými ľuďmi v osobnom, rodinnom ale aj pracovnom prostredí, ktoré sa v náročnom období zreteľnejšie vyjasnili, niektoré zanikli a mnohé sa naopak upevnili. Skúsenosť s pandémiou, podobne ako iné náročné situácie, tak do istej miery pomohla obojm skupinám respondentov osvojiť si vyhranenejšie postoje k rôznym skupinám ľudí – od prehľadania blízkych vzťahov, cez jasnejšie rozlišovanie kvality vzťahov na pracovisku až po potrebu distancovania sa od názorovo vzdialenej časti verejnosti (odporcov protipandemických opatrení). Táto skúsenosť u oboch skupín respondentov tiež poukázala na limity ich vlastného pracovného nasadenia ako aj na nevyhnutnosť potreby priebežne sa starať o seba samého. V konečnom dôsledku skúsenosť s pandémiou COVID-19 priniesla výraznejšie zmeny v hodnotovom systéme nízko rezilientných zdravotníkov, charakterizované poklesom hodnotovej orientácie na prácu v zdravotníctve a starostlivosť o pacientov v prospech silnejšej orientácie na vlastné primárne potreby a kvalitu blízkych, rodinných a kolegiálnych vzťahov.

Postoje k práci, pacientom, svojim blízkym a sebe samým boli u vysoko rezilientných zdravotníkov podstatne stabilnejšie. Hoci približne tretina z nich referovala o negatívnych zmenách vo vlastných postojoch k práci a názorovo odlišnej časti verejnosti podobným spôsobom ako ich nízko rezilientní kolegovia, pohľad na ich životné priority a

vzťah k samému sebe skúsenosť s obdobím pandémie COVID-19 natoľko zásadne neovplyvnila.

Reprezentatívnosť a spoľahlivosť zistení tejto štúdie obmedzujú obvyklé limity dobrovoľného, anonymného, sebauvedňovacieho spôsobu hodnotenia vlastného psychického stavu. Prierezový deskriptívny dizajn štúdie neumožňuje jednoznačné hodnotenie kauzálnych súvislostí pozorovaných javov. Nakoľko sa jednalo o rozsiahlejší a časovo náročnejší spôsob zberu údajov, časť respondentov percipované zmeny vo svojich postojoch nepopísala detailnejšie, v dôsledku čoho výsledky CQR nemusia dostatočne presne zodpovedať realite. Uvedené limity môžu do istej miery kompenzovať detailnejšie longitudinálne štúdie ako aj dôkladné hĺbkové rozhovory na tému prežívania a zvládania obdobia pandémie.

5. Zdroje stresu a stratégie regulácie emócie vo vzťahu k ukazovateľom mentálneho zdravia

V druhej kapitole monografie uvádzame doterajšie poznatky o tom, čo vieme o zdrojoch stresu a stratégiách či už copingu alebo regulácie emócií u zdravotníckych profesionálov, pričom časť popisovaných výskumov sa venovala aj tomu, ako súvisia s ukazovateľmi duševnej pohody a zdravia. Keďže však je stále málo štúdií, ktoré by sa týmto súvislostiam venovali práve u tejto populácie, rozhodli sme sa aj my prispieť vlastným výskumom opierajúc sa o existujúce metodiky na meranie tendencie k využívaniu určitých stratégií ER – dotazník ERQ (Gross & John, 2003) a CERQ (Garnefski et al., 2001). Stratégie potlačenia a kognitívneho prehodnotenia sme už popísali v prvej kapitole, avšak väčšine stratégií obsiahnutých v dotazníku CERQ sme sa doposiaľ nevenovali. Sumarizujeme ich so stručnými definíciami v Tabuľke 12.

Tabuľka 12 Stratégie kognitívnej regulácie emócií podľa Garnefskeho et al. (2001)

Stratégia	Definícia
Pozitívne prehodnotenie	Pripísanie pozitívneho významu negatívnym udalostiam, obvykle v rámci osobného rastu.
Získanie nadhľadu	Zníženie závažnosti udalosti v kontexte iných udalostí.
Preorientovanie na plánovanie	Rozmýšľanie nad krokmi, ako postupovať v negatívnej situácii.
Pozitívne preorientovanie	Premýšľanie o pozitívnych veciach namiesto premýšľania o negatívnej udalosti.
Akceptácia	Prijatie a odovzdanie sa tomu, čo sa stalo.
Ruminácia	Zameranie myšlienok na negatívnu udalosť.
Sebaobviňovanie	Pripisovanie zodpovednosti za negatívnu udalosť sebe samému.

Tabuľka 12 Stratégie kognitívnej regulácie emócií podľa Garnefskeho et al. (2001)

Stratégia	Definícia
Obviňovanie iných	Pripisovanie zodpovednosti za negatívnu udalosť iným ľuďom.
Katastrofizácia	Zdôrazňovanie negatívnych stránok situácie.

Rovnako ako v procesnom modeli ER a transakčnom modeli stresu a copingu, aj tu sa nachádza **pozitívne prehodnotenie**. Viaceré ďalšie stratégie sa nachádzajú aj v metodikách COPE (Carver et al., 1989) a WCQ (Folkman & Lazarus, 1988b) ako **akceptácia** a **preorientovanie na plánovanie** (významovo ekvivalentné zameraniu na riešenie problému), ktoré sme už popisovali v druhej kapitole tejto publikácie. **Získanie nadhľadu** zodpovedá už viackrát popisovanému emočnému odstupu. **Pozitívne preorientovanie** do značnej miery pripomína rozptýlene pozornosti z procesného modelu ER (Gross, 2015). Vymenované stratégie podľa Pilárika a Galasovej (2024) možno podľa doterajších výskumov označiť za adaptívne, hoci v prípade akceptácie je to skôr otázne, keďže výsledky ukazujú raz na jednu a inokedy na druhú stranu.

Ako jedna z najviac maladaptívnych stratégií ER sa ukazuje **ruminácia**, keďže má silné štatistické vzťahy so psychopatológiou (Aldao et al., 2010). Ide o nutkavé repetitívne premýšľanie nad svojimi pocitmi a myšlienkami ohľadom negatívnej situácie, nad jej príčinami a dôsledkami. Za rumináciou je spravidla snaha porozumieť sebe a vyriešiť nepriaznivú situáciu, ale keďže ľudia pri ruminovaní majú tendenciu k abstraktnému a dekontextualizovanému mysleniu, v konečnom dôsledku sa len točia v kruhu a viac upadajú do negatívnych emócií (Watkins, 2024). **Katastrofizácia** ako zdôrazňovanie negatívnych stránok udalosti a **sebaobviňovanie** ako pripisovanie viny sebe za negatívnu udalosť sa vo viacerých výskumoch ukazujú ako prediktory depresivity a úzkosti (napr. Garnefski & Kraaij, 2007; Garnefski et al., 2017; Martin & Dahlen, 2005; Pilárik & Galasová, 2024). V prípade **obviňovania iných** sú výsledky štúdií podobne ako pri akceptácii nejednoznačné – časť potvrdzuje pozitívny súvis s ukazovateľmi úzkosti a depresivity (Garnefski et al., 2001; Garnefski & Kraaij, 2018); a časť z nich ho nepotvrdzuje (Garnefski & Kraaij, 2007; Martin & Dahlen, 2005; Pilárik & Galasová, 2024).

Okrem súvislostí stratégií ER s ukazovateľmi duševného zdravia – konkrétne stresu, úzkosti a depresivity – nás zaujíma aj ako s nimi súvisia rozličné zdroje stresu. Prostredníctvom regresnej analýzy sa pozrieme na to, akú predikčnú schopnosť majú jednotlivé

zdroje stresu a stratégie ER v kombinovanom štatistickom modeli. Chceme taktiež preskúmať aj ktoré zdroje stresu sa najviac vyskytujú a ktoré stratégie ER sú najviac využívané v populácii zdravotníkov.

5.1. Metóda

5.1.1. Výskumná vzorka

Celkovo sa štúdie zúčastnilo 168 pracovníkov v zdravotníctve s prevahou žien ($N_{\text{ženy}} = 142$, $N_{\text{muži}} = 26$). Z hľadiska zastúpenia zdravotníckych odborov bola prevaha lekárov ($N_{\text{lekári}} = 48$) a sestier ($N_{\text{sestry}} = 47$), nasledovaný boli farmaceutmi ($N_{\text{farmaceuti}} = 23$) a zdravotníckymi záchranármi ($N_{\text{ZZ}} = 22$). Najviac respondentov, konkrétne 63, pracuje v nemocničnom zariadení, 49 v ambulancii, 23 v lekárni, 22 v záchrannej zdravotnej službe, 5 v zariadení sociálnych služieb a 6 v inom zdravotníckom zariadení. Priemerný vek respondentov bol 45.30 rokov ($SD = 10.65$), pričom najmladší respondent mal 24 a najstarší 73 rokov.

5.1.2. Použité nástroje

Dotazník emočnej regulácie (Emotion Regulation Questionnaire; Gross & John, 2003) v slovenskom preklade od Pilárika et al. (2022) pozostáva z 10 položiek, pričom 6 položiek je zameraných na stratégiu kognitívneho prerámcovania (príklad položky: „*Keď chcem prežívať viac pozitívnych emócií, zmením spôsob uvažovania o situácii.*“) a 4 na stratégiu potlačenia expresie (príklad položky: „*Kontrolujem si emócie tým, že ich neprejavujem navonok.*“). V štúdií Virostkovej Nábělkovej a Bartošíkovej (2024) bola Cronbachova alfa subškály kognitívnehoprehodnotenia 0.87 a subškály potlačenia expresie 0.76. V našej štúdií sme namerali nižšie, avšak stále uspokojivé hodnoty vnútornej konzistencie pri kognitívnomprehodnotení ($\alpha = .61$), čo však neplatí pri subškále potlačenia ($\alpha = .49$).

Dotazník kognitívnej emočnej regulácie (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; Garnefski et al., 2001) v slovenskej adaptácii (preklad použitý v štúdií od Pilárika a Galasovej, 2024) obsahuje 36 položiek zachytávajúcich 5 adaptívnych stratégií ER (akceptácia, pozitívne preorientovanie, preorientovanie sa na plánovanie, pozitívneprehodnotenie a získanie nadhľadu) a 4 menej adaptívne stratégie (sebaobviňovanie, ruminácia, katarofizácia a obviňovanie iných). Pre každú stratégiu sú určené 4 položky. Respondenti

odpovedajú na 5-bodovej Likertovej škále - nikdy (0), občas (1), pravidelne (2), často (3), vždy (4). Hodnoty vnútornej konzistencie boli uspokojivé pre jednotlivé subškály: seba-obviňovanie ($\alpha = .77$), akceptácia ($\alpha = .68$), ruminácia ($\alpha = .79$), pozitívne preorientovanie ($\alpha = .83$), preorientovanie sa na plánovanie ($\alpha = .75$), pozitívne prehodnotenie ($\alpha = .83$), získanie nadhľadu ($\alpha = .71$), katastrofizácia ($\alpha = .70$) a obviňovanie iných ($\alpha = .74$).

Dotazník depresie, úzkosti a stresu v skrátenej verzii (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) – použitý bol slovenský preklad položiek od Hajdúka a Bolekovej (2015), ktorý však preložili celú pôvodnú škálu. Preto sme z ich prekladu použili len položky, ktoré sa nachádzajú v 21-položkovej verzii. Každá z troch subškál pozostáva zo 7 položiek a inštrukcia pre respondentov je na škále od 0 (neplatí to pre mňa vôbec) po 3 (platí to pre mňa úplne alebo väčšinu času) sa vyjadriť k výskytu jednotlivých symptómov za obdobie posledného mesiaca. Hodnoty vnútornej konzistencie dosiahli vysoké hodnoty pre úzkosť ($\alpha = .86$; príklad položky: „*Mal/a som pocit, že podlieham panike.*“), stres ($\alpha = .86$; príklad položky: „*Bolo pre mňa ťažké relaxovať.*“) aj depresiu ($\alpha = .90$; príklad položky: „*Neprežíval/a som žiadne pozitívne pocity.*“).

Okrem toho ešte respondenti odpovedali ako často sa stretávajú so špecifickými stresormi vo svojej práci na škále od 1 (takmer nikdy) po 5 (takmer neustále), konkrétne išlo o nasledovné stresory: nedostačujúce materiálne-technické vybavenie pracoviska, nadmerná byrokracia a administratíva, neadekvátne zaužívané postupy na pracovisku, kontakt s verbálne agresívnymi pacientmi, kontakt s fyzicky agresívnymi pacientmi, kontakt s pacientmi s ťažkým priebehom ochorenia, kontakt so smrťou a umieraním.

5.2. Výsledky

Na začiatku sme prostredníctvom Shapiro-Wilkovho testu otestovali všetky premenné, aby sme vedeli, či máme použiť parametrické alebo neparametrické štatistické testy. Potom sme urobili deskripciu stresorov a stratégií ER. V tabuľke 13 uvádzame stredové hodnoty a hodnoty variancie pre výskyt stresorov. Hodnoty aritmetického priemeru a mediánu ukazujú, že respondenti sa najviac stretávajú s nadmernou byrokraciou a administratívou a ťažkým priebehom ochorení u pacientov. V porovnaní s tretím najviac vyskytovaným stresorom – kontakt s verbálne agresívnymi pacientmi – je výskyt nadmernej byrokracie a administratívy ($Z = -7.17, p < .001$) aj pacientom s ťažkým priebehom ochorenia ($Z = -6.07, p < .001$) signifikantne vyšší, pričom medzi nimi dvoma štatisticky signifikantný rozdiel zistený nebol ($Z = -1.21, p = .227$). Výskyt kontaktu s verbálne agresívnymi pacientmi nebol signifikantne vyšší než kontakt so smrťou a umieraním

($Z = -1.49$, $p = .135$), avšak bol vyšší v porovnaní s nedostačujúcim materiálno-technickým vybavením pracoviska ($Z = -2.71$, $p = .007$) a neadekvátnymi zaužívanými postupmi na pracovisku ($Z = -3.34$, $p < .001$).

Tabuľka 13 Deskriptívne štatistiky frekvencie zdrojov stresu v práci zdravotníckych profesionálov

	Mate- riálno- technické vybavenie	Byrokra- cia a admi- nistratíva	Neadek- vátne po- stupy na pracovisku	Verbálne agresívni pacienti	Fyzicky agresívny pacienti	Ťažký priebeh ochorení	Smrť a umie- ranie
AM	2.64	3.74	2.60	2.94	2.06	3.62	2.78
SD	1.09	1.00	1.06	.93	1.02	1.00	1.33
Md	3	4	3	3	2	4	3
IQR	1	1	1	2	2	1	2

Rovnako ako na výskyt stresorov sme sa pozreli aj na tendenciu našej výskumnej vzorky k využívaniu kognitívnych stratégií ER, pričom výsledky deskriptívnej analýzy uvádzame zvlášť pre viac a menej adaptívne stratégie v tabuľkách 14 a 15. Najvyššie skóre spomedzi viac adaptívnych stratégií dosiahli pozitívne prehodnotenie a preorientovanie sa na plánovanie ($Md = 16$). Napriek totožnému mediánu a malému rozdielu v aritmetických priemeroch však podľa Wilcoxonovho testu poradových súčtov, ktorý sa počíta z priemerného poradia, vyšiel rozdiel medzi nimi ako signifikantný v prospech v preorientovania sa na plánovanie ($Z = -2.81$, $p = .005$). Rovnako bol signifikantný rozdiel medzi pozitívnym prehodnotením a ďalšou stratégiou v poradí, získaním nadhľadu ($Z = -5.33$, $p < .001$), a následne aj medzi získaním nadhľadu a akceptáciou ($Z = -3.44$, $p < .001$). Posledná stratégia v poradí, pozitívne preorientovanie, mala tiež signifikantne nižšie hodnoty voči akceptácii ($Z = -3.05$, $p = .002$).

Tabuľka 14 Deskriptívne štatistiky pre viac adaptívne kognitívne stratégie ER

	Pozitívne pre- hodnotenie	Pozitívne preo- rientovanie	Preorientova- nie sa na plán.	Získanie nadhľadu	Akceptácia
AM	15.13	12.20	15.69	13.97	13.18
SD	2.92	2.99	2.35	2.55	2.58
Md	16	12	16	14	13
IQR	4.75	4	3	4	3

V prípade menej adaptívnych kognitívnych stratégií ER skórovala najvyššie ruminácia ($Md = 14$), ktorej rozdiel voči seba-obviňovaniu ($Md = 12$) ako ďalšej stratégií v poradí bol štatisticky signifikantný ($Z = -6.06, p < .001$). Ešte signifikantne nižšie skóre oproti seba-obviňovaniu mali katastrofizácia ($Z = -8.85, p < .001$) a obviňovanie iných ($Z = -8.55, p < .001$), pričom rozdiel medzi uvedenými dvoma poslednými stratégiami signifikantný nebol ($Z = -.56, p = .579$).

Tabuľka 15 Deskriptívne štatistiky pre menej adaptívne kognitívne stratégie ER

	Seba-obviňovanie	Ruminácia	Katastrofizácia	Obviňovanie iných
AM	11.94	13.36	9.13	9.00
SD	3.01	3.02	2.77	2.50
Md	12	14	9	9
IQR	4	4.50	4	4

V ďalšom kroku nás zaujímali vzťahy medzi premennými, najmä troch ukazovateľov duševného zdravia (stres, úzkosť a depresia) so zdrojmi stresu a stratégiami ER. Vzhľadom na veľké množstvo premenných sme sa rozhodli korelácie uviesť v dvoch tabuľkách. V tabuľke 16 uvádzame korelácie zdrojov stresu so subškálami dotazníka DASS-21. Žiadny zo zdrojov stresu nemal štatisticky významný vzťah s mierou depresie, ale nadmerná byrokracia a administratíva mali signifikantný pozitívny vzťah so stresom ($\rho = .23, p = .003$) a úzkosťou ($\rho = .15, p = .046$), rovnako tak aj neadekvátne zaužívané postupy na pracovisku ($\rho = .16, p = .034$; $\rho = .17, p = .028$). Ostatné korelačné koeficienty vyšli ako nesignifikantné.

Tabuľka 16 Spearmanove korelačné koeficienty medzi frekvenciami zdrojov stresu a subškálami DASS-21

	Materiálne-technické vybavenie	Byrokracia a administratíva	Neadekvátne postupy na pracovisku	Verbálne agresívni pacienti	Fyzicky agresívni pacienti	Ťažký priebeh ochorenia	Smrť a umieranie
Stres	.00	.23**	.16*	.11	.08	.14	-.01
Úzkosť	.07	.15*	.17*	.04	.05	.07	-.02

Tabuľka 16 Spearmanove korelačné koeficienty medzi frekvenciami zdrojov stresu a subškálami DASS-21

	Mate- riálno- technické vybavenie	Byrokra- cia a admi- nistratíva	Neadek- vátne po- stupy na pracovisku	Verbálne agresívni pacienti	Fyzicky agresívny pacienti	Ťažký priebeh ochorení	Smrť a umie- ranie
Depresia	.00	.13	.13	.09	.12	.07	.05

V tabuľke 17 uvádzame korelačnú maticu pozostávajúcu zo stratégií ER a subškál dotazníka DASS-21. Môžeme si všimnúť, že signifikantné pozitívne korelácie s ukazovateľmi duševného zdravia majú najmä ruminácia, seba-obviňovanie a katastrofizácia, ale taktiež aj obviňovanie iných a akceptácia. Ruminácia má stredne silný pozitívny vzťah so stresom ($p = .51, p < .001$), rovnako aj s úzkosťou ($p = .52, p < .001$) a depresiou ($p = .52, p < .001$). Seba-obviňovanie má taktiež stredne silné pozitívne vzťahy so stresom ($p = .45, p < .001$), úzkosťou ($p = .44, p < .001$) a depresiou ($p = .45, p < .001$). Vzťah katastrofizácie s mierou stresu je na hranici medzi stredne silným a slabým ($p = .39, p < .001$), zatiaľ čo pri úzkosti ($p = .45, p < .001$) a depresii ($p = .48, p < .001$) bol stredne silný. Obviňovanie iných má slabý vzťah so stresom ($p = .28, p < .001$) a úzkosťou ($p = .21, p = .006$), a veľmi slabý s depresiou ($p = .18, p = .020$). Akceptácia mala taktiež pozitívne korelácie s týmito premennými, a to slabé so stresom ($p = .26, p = .001$), úzkosťou ($p = .26, p = .001$) aj depresiou ($p = .26, p = .001$). Jediná stratégia, ktorá mala signifikantnú negatívnu koreláciu so všetkými tromi ukazovateľmi duševného zdravia je kognitívneho prehodnotenie z dotazníka ERQ. V prípade stresu ($p = -.32, p < .001$) a úzkosti ($p = -.26, p = .001$) išlo o slabý, a v prípade depresie ($p = -.40, p < .001$) stredne silný vzťah.

Následne sme vykonali lineárnu regresnú analýzu stepwise metódou a zisťovali sme predikčnú silu premenných voči subškálam dotazníka DASS-21. Do všetkých modelov sme zadali všetky zdroje stresu a všetky stratégie ER z dotazníkov CERQ a ERQ. Prvý model (Tabuľka 18) so závislou premennou stresu obsahuje päť premenných: ruminácia ($\beta = .36, p < .001$), kognitívne prehodnotenie ($\beta = -.28, p < .001$), nadmernú byrokraciu a administratívu ($\beta = .20, p = .001$), obviňovanie iných ($\beta = .18, p = .002$) a seba-obviňovanie ($\beta = .16, p = .027$). Model je štatisticky signifikantný ($F(5, 162) = 24.68, p < .001$) a vysvetľuje 43% variability závislej premennej.

Tabuľka 17 Korelačná matica subškál DASS-21 a CERQ

	Stres	Úzk.	Depr.	EP	KP	Akc.	PPr	PPI	PH	ZN	S-O	Rum.	Kat.
Stres	-												
Úzkosť	.83**	-											
Depr.	.76**	.69**	-										
EP	-.08	-.03	.09	-									
KP	-.32**	-.26**	-.40**	.10	-								
Akc.	.26**	.26**	.26**	.14	.06	-							
PPr	-.06	-.07	-.16*	.04	.47**	-.05	-						
PPI	.12	.14	.04	.06	.44**	.27**	.26**	-					
PH	-.13	-.10	-.22**	.01	.49**	.11	.37**	.59**	-				
ZN	-.03	-.01	-.13	-.05	.23**	.24**	.35**	.32**	.54**	-			
S-O	.45**	.44**	.45**	.05	-.13	.34**	-.12	.31**	.05	.03	-		
Rum.	.51**	.52**	.52**	-.04	-.10	.36**	-.01	.38**	.04	.02	.57**	-	
Kat.	.39**	.45**	.48**	.13	-.14	.25**	-.04	.11	.19	-.06	.42**	.46**	-
O-I	.28**	.21**	.18*	-.12	-.01	.15	.09	.14	-.01	.15	.14	.16	.31**

Pozn.: Depr. = depresia, EP = expresívne potlačenie, KP = kognitívne prehodnotenie, Akc. = Akceptácia, PPr = pozitívne preorientovanie, PPI = preorientovanie sa na plánovanie, PH = pozitívne prehodnotenie, ZN = získanie nadvhľadu, S-O = seba-obviňovanie, Rum. = ruminácia, Kat. = katastrofizácia, O-I = obviňovanie iných

Tabuľka 18 Prediktory miery stresu

Premenná	B	SE B	β	t	p	95 % CI (B)
Konštantá	3.82	2.06	–	3.14	.002	[-.25 ; 7.89]
Ruminácia	.49	.10	.36	4.99	<.001	[.30 ; .69]
Kogn. prehodn.	-.21	.04	-.28	-4.67	<.001	[-.29 ; -.12]
Byrokracia a administratíva	.81	.25	.20	3.31	.001	[.33 ; 1.30]
Obviňovanie iných	.30	.10	.18	3.08	.002	[.11 ; .50]
Seba-obviňovanie	.22	.10	.16	2.23	.027	[.03 ; .42]

Výsledný model, kde závislou premennou je úzkosť, zahŕňa tiež rumináciu ($\beta = .37, p < .001$), potom katastrofizáciu ($\beta = .27, p < .001$) a kognitívne prehodnotenie ($\beta = -.19, p = .002$) (Tabuľka 19). Je štatisticky významný ($F(3, 164) = 31.88, p < .001$) a vysvetľuje 37% variability závislej premennej.

Rovnako aj model so závislou premennou depresia (Tabuľka 20) pozostáva z troch premenných a opäť v ňom figurujú katastrofizácia ($\beta = .30, p < .001$), kognitívne prehodnotenie ($\beta = -.37, p < .001$) a ruminácia ($\beta = .30, p < .001$). Je štatisticky významný ($F(3, 164) = 44.92, p < .001$) a vysvetľuje 45% variability závislej premennej.

Tabuľka 19 Prediktory miery úzkosti

Premenná	B	SE B	β	t	p	95 % CI (B)
Konštanta	4.86	1.61	–	3.02	.003	[1.68 ; 8.04]
Ruminácia	.48	.09	.37	5.31	<.001	[.30 ; .66]
Katastrofizácia	.37	.10	.27	3.74	<.001	[.18 ; .57]
Kogn. prehodn.	-.13	.04	-.19	3.09	.002	[-.22 ; -.05]

Tabuľka 20 Prediktory miery depresie

Premenná	B	SE B	β	t	p	95 % CI (B)
Konštanta	7.88	1.78	–	4.43	<.001	[4.36 ; 11.39]
Katastrofizácia	.50	.11	.30	4.55	<.001	[.28 ; .72]
Kogn. prehodn.	-.30	.05	-.37	-6.23	<.001	[-.39 ; -.20]
Ruminácia	.46	.10	.30	4.58	<.001	[.26 ; .65]

5.3. Diskusia

Uskutočnili sme deskriptívno-korelačnú štúdiu, v ktorej sme preskúmali, ktoré zdroje stresu sa najviac vyskytujú v práci zdravotníckych pracovníkov a ktoré kognitívne stratégie ER najviac využívajú. Taktiež sme sa pozreli na súvislosti zdrojov stresu a stratégií ER s mierou stresu, úzkosti a depresie prostredníctvom korelačnej analýzy a lineárnej regrese. Ukázalo sa, že zdravotnícki pracovníci považujú za najfrekvencovanejšie zdroje stresu nadmernú byrokraciu a administratívu, a kontakt s pacientmi s ťažkým priebehom ochorenia. Množstvo administratívy sa už aj v predošlých štúdiách ukázalo ako významný zdroj stresu (Karimi et al., 2018; Gurňáková, 2013; Rink et al., 2023). Za pomerne prekvapujúce však považujeme, že nedostatočné materiálne-technické vybavenie pracoviska bolo z pohľadu našich respondentov podstatne jeden z menej frekvencovaných stresorov, keďže sa zvykne objavovať v zahraničných výskumoch. O to viac by sme to očakávali na vzorke zo Slovenska, kde je celkove slabšia ekonomika a podfinancované zdravotníctvo (OECD, 2021), a kde pracovníci v zdravotníctve vnímajú zdravotnícky systém negatívne (Galasová et al., 2023). Rovnako aj v predošlých kvalitatívnych štúdiách realizovaných kolektívom autorov (napr. Uhrecký et al., 2025; Uhrecký & Baránková, v re-

cenznom konaní) sa ukázalo, že nedostačujúce materiálno-technické vybavenie a verbálne agresívni pacienti sú stresory, ktoré patria k najzávažnejším. To môže súvisieť jednak s odlišnosťami v samovýbere participantov v kvalitatívnom a kvantitatívnom výskume v tom zmysle, že do rozhovoru môžu mať silnejšiu motiváciu sa zapojiť ľudia, ktorí viac vybočujú z priemeru danej populácie v určitých aspektoch a ktorí potrebujú vypovedať určitý príbeh (Collier & Mahoney, 1996). Ďalším možným vysvetlením je skutočnosť, že sme sa respondentov v položkách pýtali na frekvenciu výskytu stresorov, ale nie na mieru ich vnímanej závažnosti.

Za rovnako prekvapujúce považujeme, že frekvencia stretu s verbálne ani fyzicky agresívnymi pacientmi nekorelovala ani s mierou stresu, úzkosti či depresie, čo však môže byť spôsobené aj tým, že len pri vysokej miere výskytu sa prejaví efekt týchto zdrojov týchto zdrojov stresu a len u malej skupiny našich respondentov je kontakt nimi častý. Zároveň pokiaľ ide o málo frekventované stresory, zrejme môžu mať výrazný vplyv na emočné prežívanie z krátkodobého hľadiska, ale nie na dlhodobú duševnú pohodu. Dá sa taktiež predpokladať, že niektoré zdroje stresu podliehajú viac efektu habituácie či iných regulačných mechanizmov (ako napr. emočný odstup/odpojenie), čo sa týka pravdepodobne predovšetkým kontaktu so smrťou a náročného priebehu ochorenia (Rozin, 2008). Signifikantné korelácie so stresom a v menšej miere s úzkosťou mal najfrekventovanejší stresor – nadmerná byrokracia a administratíva. Aj v našich predošlých výskumoch sa množstvo administratívnych povinností objavovalo ako častý stresor (Uhrecký et al., 2025; Uhrecký & Baránková, v recenznom konaní) – konkrétne napríklad rozdielnosť v systéme vykazovania činnosti pre jednotlivé zdravotné poisťovne, zaostávajúca elektronizácia a časté duplicity v zdravotnej dokumentácii. Navyše zdravotnícki pracovníci zvyknú administratívu vnímať ako niečo, čo im odoberá z času, ktorý by mohli venovať tomu, čo považujú za pravú náplň svojej práce, teda pomáhanie pacientom. Pomerne dosť nízke, avšak predsa len významné korelácie s mierou stresu a úzkosti sa ukázali aj v prípade neadekvátnych zaužívaných postupov na pracovisku. To potvrdzuje zistenia z našej štúdie (Uhrecký & Baránková, v recenznom konaní), kde sa ukázalo, že vysoko motivovaní lekári, ktorí chcú priniesť do svojho zamestnania poznatky a postupy zo zahraničných stáží, konferencií a iných foriem vzdelávania, sa potýkajú s vysokou mierou frustrácie. V tomto prípade ide o frustráciu ich potreby autonómie, ktorá patrí k ústredným psychologickým potrebám (Deci & Ryan, 2012).

Pokiaľ ide o kognitívne stratégie ER, respondenti vo všeobecnosti skórovali vyššie vo viac adaptívnych stratégiách. V najväčšej miere využívajú stratégie preorientovanie sa na plá-

novanie a pozitívne prehodnotenie. Hoci sa výsledky našej štúdie v niečom ťažšie porovnávajú s inými štúdiami, keďže nie sme si vedomí toho, že by bol uskutočnený výskum na populácii zdravotníkov, kde by bola použitá škála na kognitívne stratégie ER, práve dve uvedené stratégie majú svoje obsahové ekvivalenty v copingových dotazníkoch. Môžeme tak konštatovať, že toto zistenie je v súlade s predošlými štúdiami (Doolittle et al., 2013), sestrách (Chang et al., 2006; Doolittle et al., 2013; Lambert et al., 2004). Za nimi nasledovalo získanie nadhľadu, ktoré najviac zodpovedá pomerne často skloňovanému fenoménu emočného odstupu až odpojenia v zdravotníckych profesiách (Clompus & Albarran, 2016; Hayward & Tuckey, 2011; Uhrecký et al., 2025). Pomerne vysoké skóre spomedzi menej adaptívnych stratégií bolo zaznamenané v ruminácií. To sa dá interpretovať najmä v kontexte veľkej zodpovednosti v zdravotníckych profesiách spojených s vysokou mierou neistoty – či už pri stanovení správnej diagnózy alebo liečby. Často sa musí uvažovať v rovinách pravdepodobnosti a aj keď sa postupuje podľa odporúčaných medicínskych štandardov, zdravotník môže v prípade zlyhania ľahko sklznúť do rozmýšľania o tom, či predsa len nemohol postupovať inak (viď Uhrecký et al., 2025).

S ukazovateľmi duševného zdravia mali najsilnejšie vzťahy ruminácia, katastrofizácia a sebaobviňovanie. Ako by sa dalo očakávať už zo samotných teoretických predpokladov a doterajších výskumných zistení (Aldao et al., 2010; Garnefski & Kraaj, 2007; Garnefski et al., 2017; Martin & Dahlen, 2005; Pilárik & Galasová, 2024), išlo o pozitívne korelácie. Rovnako aj dve stratégie, ktoré sme v úvode popisovali ako nejednoznačné z hľadiska ich súvislostí s duševným zdravím – obviňovanie iných a akceptácia – pozitívne korelovali so stresom, úzkosťou aj depresiou. V prípade akceptácie by sa to dalo vysvetliť konštatovaním Pilárika a Galasovej (2024), že znenie položiek evokuje skôr rezignáciu než autentické prijatie negatívnych udalostí. Navyše adaptívnosť regulačných stratégií je kontextovo špecifická (Bonnano & Burton, 2013) a akceptácia môže byť nevhodnou stratégiou, ak sa využíva príliš často, čiže aj v situáciách, kde viac proaktívny prístup zameraný na riešenie problému by mohol byť úspešný. Obviňovanie iných by sa taktiež mohlo spájať s externalizujúcim atribučným štýlom, ktoré pripisuje kontrolu okoliu a vedie k rezignácii tam, kde snaha o zmenu by bola adaptívnejším prístupom (viď Cheng et al., 2013). Taktiež sa nepreukázalo, že by potláčanie emócií negatívne súviselo s ukazovateľmi duševného zdravia, čo je časté zistenie na respondentoch v individualistických, ale neplatí to v kolektivistických kultúrach (Soto et al., 2011). Slovensko síce je mierne naklonené viac k individualizmu, ale jeho skóre v dimenzii individualizmu-kolektivismu naznačuje, že rodinné väzby a príslušnosť k skupine tu majú väčší význam než v mnohých iných krajinách Európy a Severnej Ameriky (DeLorenzo et al., 2015). K podobnému

zisteniu ako my prišiel na slovenskej vzorke aj Pilárik (2024), čo podporuje explanáciu cez kultúrny kontext.

Podarilo sa nám potvrdiť pozitívny význam kognitívneho prehodnotenia, avšak zásadným zistením je, že okrem neho bol zistený len jeden vzťah niektorej z viac adaptívnych stratégií so stresom, úzkosťou alebo depresiou, a to konkrétne slabý vzťah pozitívneho preorientovania s depresiou. Tým pádom sa s výnimkou kognitívneho prehodnotenia nepreukázalo, že by tieto stratégie mali protektívny charakter. Spôsobené to môže byť tým, že pozitívny vplyv na duševné zdravie majú viac niektoré stratégie, ktoré neboli zahrnuté v našom výskumnom dizajne, ako napríklad sebasúcit (Neff, 2023). Mohlo by to však aj potvrdzovať tézu, že niektoré stratégie ER sú síce univerzálne maladaptívne, avšak adaptívnosť ostatných stratégií závisí viac od situačného kontextu než od habituálneho používania určitej stratégie so slabou citlivosťou na kontext (pozri Ladecký et al., 2024).

Pri preskúmaní predikčnej sily jednotlivých premenných voči ukazovateľom duševného zdravia sa ukázalo, že trojica stratégií ER – ruminácia, katastrofizácia a kognitívne prehodnotenie – bola signifikantným prediktorom každého z nich. Dokonca v prípade úzkosti a depresie neboli zistené žiadne ďalšie prediktory, ale v prípade stresu v modeli figurovala aj kognitívna stratégia obviňovania iných, a nadmerná byrokracia a administratíva ako zdroj stresu. Regresná analýza tak potvrdila trend, ktorý naznačovali aj korelačné koeficienty, že stratégie ER sú silnejším prediktorom duševného zdravia ako zdroje stresu. Zároveň je pochopiteľné, že práve pri miere stresu ako menej závažnom narušení duševnej pohody v porovnaní s úzkosťou a depresiou sa ukázal aj vplyv jedného zo stresorov.

Výsledky štúdie treba interpretovať však s určitou opatrnosťou, lebo mnohé zdroje stresu, ako napríklad vysoké pracovné tempo, nadčasy, únava zo súcitu alebo kolegiálne vzťahy neboli zachytené našou dotazníkovou batériou. Našou snahou bolo zamerať sa na viac špecifické stresory, ktoré sa opakovane vyskytovali v našich predtým realizovaných kvalitatívnych štúdiách, zatiaľ čo iné predošlé kvantitatívne štúdie zväčša použili položky aplikovateľné na akékoľvek iné profesie mimo zdravotníctva. Rovnako aj na strane stratégií ER bol záber nášho výskumu špecifický, keďže zahŕňal kognitívne stratégie a potlačenie, lenže celkový repertoár stratégií ER je omnoho širší a zahŕňa aj stratégie behaviorálne, interpersonálne a iné. Avšak rámec dotazníka CERQ z aktuálne dostupných nástrojov je jedným z najširších, pričom má zároveň dobrú rozlišovaciu schopnosť na úrovni mikro-procesov, a preto sme sa pre neho rozhodli. Výskumov o regulácii emócií či zvládání stresu u zdravotníckych pracovníkov je napriek svojej dôležitosti však podľa

nás stále nedostačujúci, a to nielen v slovenskom, ale aj celosvetovom kontexte. Našou štúdiou sme sa pokúsili čiastočne zaplniť medzeru v poznaní, je však potrebné uskutočniť viac výskumov v tejto oblasti a naďalej rozvíjať metodiky na zachytávanie stratégií ER pre rozsiahle korelačno-komparačné výskumné dizajny.

6. Konštrukcia a overovanie psychometrických vlastností škály regulácie emócií pre zdravotníckych pracovníkov

V poslednej kapitole monografie približujeme vývoj vlastnej dotazníkovej metodiky na zachytenie regulácie emócií u zdravotníckych profesionálov. Dostupné metodiky zisťujúce tendenciu k využívaniu určitých stratégií regulácie emócií v bežnom živote, nie sú veľmi početné a majú značné obmedzenia. To zrejme vyplýva do značnej miery práve z toho, že výskumná tradícia ER sa usiluje o skúmanie mentálnych procesov pri špecifických stratégiách na mikro-úrovni, k čomu sú vhodné výskumné dizajny s kontrolovanými laboratórnymi podmienkami alebo denníkové štúdie s využitím metódy triedenia prežívania (v angl. experience sampling method). Na viac generalizované dotazníkové zachytenie stratégií sa viac zameriavala výskumná tradícia copingu (viď kapitola 1).

Konkrétne najviac využívanými metodikami sú ERQ-10 (Gross & John, 2003) a CERQ (Garnefski et al., 2001). Kým ERQ-10 zachytáva len dve stratégie – potlačenie expresie a kognitívne prerámcovanie, CERQ má podstatne širší záber, avšak zameriava sa na kognitívne stratégie ER, pričom ostatné opomína. Situačný test emočnej flexibility (STEF.02) od Pilárika a kol. (2024) zisťuje, ako majú ľudia tendenciu v rôznych situáciách využiť vybraných 6 stratégií ER (vytesnenie, ruminácia, akceptácia, kognitívneho prehodnotenie, expresia a sebasúcit). STEF.02 umožňuje zistiť tendenciu využívať uvedené jednotlivé stratégie, adaptivitu repertoára stratégií ER (suma skóre v akceptácii, kognitívnom prehodnotením a sebasúcite) a flexibilitu expresie emócií. Hoci STEF.02 zahŕňa niekoľko stratégií ER, ktoré v predchádzajúcich dvoch metódach nie sú a pridáva do položiek situačný rozmer, bolo by neúnosné snažiť sa vytvoriť metodiku, ktorá by zachytávala ER v celku. Iné metódy týkajúce ER ako napríklad dotazník ťažkostí v regulácii emócií (DERS; Gratz & Roemer, 2003) nezisťujú využívanie konkrétnych stratégií.

V druhej kapitole tejto monografie sme už mimo iného aj sumarizovali dostupný výskum, ktorý sa venuje problematike regulácie emócií u zdravotníckych pracovníkov. Predovšetkým kvalitatívne štúdie (napr. Avraham et al., 2014; Hayward & Tuckey, 2011; Isbell

et al., 2020) poukazujú na to, že dôležitým mechanizmom regulácie emócií je emočný odstup resp. psychologická vzdialenosť. V spomenutom dotazníku CERQ mu je najbližšie subškála získanie nadhľadu, ale nezachytáva mnohé jeho špecifické varianty popísané Aydukovou a Krossom (2024). Špecifikom zdravotníkov je aj spôsob, akým manažujú svoju pozornosť – dôležitá je pre nich schopnosť neutralizovať negatívne emočné prežívanie pri prepínaní pozornosti z úlohy na úlohu resp. z pacienta na pacienta (Isbell et al., 2020; Uhrecký et al., 2020). Keďže dostupné metodiky nezohľadňujú kontext podávania výkonu, takýto rozmer manažmentu pozornosti ako spôsobu reguláciu emócií v nich absentuje. Ďalším špecifikom je aj dôležitosť akceptácie – predovšetkým akceptácie vlastných chýb a toho, že nie každému pacientovi sa dá pomôcť (O'Dowd et al., 2018; Uhrecký et al., 2024, 2025). Celkove však možno napriek týmto cenným vhlľadom z doterajšieho výskumu konštatovať, že výskumu o regulácii emócií a dokonca aj copingu je stále relatívne málo na to, o aké dôležitú oblasť hospodárstva ide a tiež vzhľadom k tomu, nakoľko stresujúca a zodpovedná je práca ľudí v zdravotnom sektore. Preto by si uvedené závery žiadali replikácie alebo rozšírenie o alternatívne konceptualizácie stratégií ER.

Ku konštrukcii vlastnej metodiky na zisťovanie tendencie k využívaniu konkrétnych stratégií ER u populácie zdravotníkov nás viedli nielen medzery v doterajšom poznaní a limity uvedených metód, ale taktiež aj identifikovaná potreba špecifickej metodiky pre túto vzorku. Vlastný kvalitatívny výskum autorského kolektívu tejto monografie (Uhrecký et al., 2021, 2025; Uhrecký & Baránková, v recenznom konaní) viedol k záverom, že stresogénne situácie a repertoár stratégií v ich profesii môžu byť pomerne špecifické, čo by všeobecne koncipované dotazníkové metódy nedokázali uspokojivo zachytiť a relatívne nedávno skonštruovaný STEF.02 je viac určený pre všeobecnú populáciu resp. populáciu v študentskom veku. Zároveň sme chceli zistenia z kvalitatívnych štúdií, ktoré nemožno vzhľadom na jeho povahu generalizovať, otestovať na väčších výskumných vzorkách. V nasledujúcich riadkoch popisujeme stratégie ER, ktoré sme identifikovali ako významné a rozhodli sme sa ich zahrnúť do vlastnej metodiky.

Emočný odstup / psychologická vzdialenosť sme už popisovali ako významnú stratégiu ER vo všeobecnosti v prvej kapitole a zároveň aj viac špecificky v kontexte výkonu práce u zdravotníckych profesionálov v druhej kapitole monografie. Výsledkom úspešnej implementácie tejto stratégie je získania nadhľadu, či už napríklad formou časovej perspektívy (napr. uvedením, že o mesiac stresujúca situácia už nebude na mňa pôsobiť tak isto) alebo nazeraním na veci v širších súvislostiach (napr. uvedením, že iní ľudia sa musia pasovať s náročnejšími okolnosťami), ako popisujú Ayduková a Kross

(2024). Za formu uplatnenia časovej perspektívy považujeme aj oddelenie práce od súkromného života, keďže spočíva v tom, že počas pracovnej doby osoba zvláda stresujúce situácie vďaka uvedomeniu, že po jej uplynutí stres opadne, a počas voľného času sa dokáže myslou preorientovať na súkromné aktivity z neuzavretých pracovných záležitostí vďaka schopnosti si uvedomiť, že počkajú do najbližšieho pracovného dňa (viď Uhrecký & Baránková, v recenznom konaní). Na základe predošlého výskumu autorov (Uhrecký et al., 2021, 2025; Uhrecký & Baránková, v recenznom konaní) sa ukázala ako dôležitá ešte ďalšia forma emočného odstupu, ktorá podľa nášho najlepšieho vedomia a svedomia v literatúre doposiaľ popísaná nebola. Konkrétne ide o identifikáciu s profesnou rolou – zdravotníci prežívajú situácie v práci nie ako udalosti, ktoré sa dejú im ako zainteresovaným osobám, ale ako profesionálom, ktorý majú vykonávať svoju rolu, čiže mechanicky postupovať podľa medicínskych štandardov.

Akceptácia sa u zdravotníckych záchranárov a lekárov vzťahovala predovšetkým k dvom dôležitým skutočnostiam: 1. zdravie a život sú pominuteľné, 2. nie každému pacientovi sa dá pomôcť (Uhrecký et al., 2020, 2021, 2025; Uhrecký & Baránková, v recenznom konaní). Kým prvá skutočnosť súvisí s tým, že nie každému pacientovi sa dá pomôcť resp. sú možnosti pomoci obmedzené z dôvodu závažnosti jeho stavu, druhá sa týka do veľkej miery aj toho, že nie každý pacient chce dostať pomoc či spolupracovať pri diagnostike a liečbe z rozličných dôvodov.

Kognitívne prerámcovanie je v diskurze o regulácii emócií najviac skloňovanou stratégiou a taktiež jej venujeme v úvodných teoretických kapitolách monografie. V našich výskumoch (Uhrecký et al., 2021, 2025; Uhrecký & Baránková, v recenznom konaní) vystupovali z kvalitatívnej analýzy aj kognitívne rámce ako súčasť repertoáru stratégií u zdravotníkov, avšak zdali sa byť menej významné než emočný odstup a akceptácia.

Regulácia motivačným nastavením zodpovedá tomu, čo Koole a van Knippenberg (2007) označujú ako motivačná substitúcia – frustrácia pri nenaplnení určitej potreby či cieľa je regulovaná tým, že sa človek zameria na iný cieľ či potrebu. Napríklad pri frustrácii z pacientov alebo nedostatkov zdravotného systému či zdravotník pripomenie zmysluplný pomáhajúci aspekt svojej práce alebo pri nedostatočných možnostiach postgraduálneho vzdelávania a kariérneho rastu sa zameria viac na rodinný život (Galasová et al., 2023; Uhrecký & Baránková, v recenznom konaní).

Regulácia pracovného tempa je behaviorálna stratégia, ktorou zdravotník reguluje mieru svojej frustrácie. Pokiaľ je tempo práce naordinované vonkajšími tlakmi, dochádza

k preťaženiu, zvýšenému stresu a frustrácii potreby autonómie (vid' Hockey, 2011). Využitelnosť tejto stratégie je čiastočne determinovaná prostredím a organizáciou a práce, a preto je jednoduchšie si regulovať pracovné tempo pre zdravotníkov v ambulantnom sektore oproti zamestnancom v nemocnici (Uhrecký & Baránková, v recenznom konaní). Ako sa však ukázalo napríklad v našich rozhovoroch so zdravotníckymi záchranármi, mnohí z nich sa snažia zachovať pokojnejšie tempo svojej práce napriek urgentnej situácii a množstvu výjazdov, lebo si uvedomujú väčšiu náchylnosť k roztržitosti a chybavosti ak príliš urýchľujú výkon, pričom poukazujú na svojich kolegov, ktorí majú práve túto tendenciu (Uhrecký et al., 2025).

6.1. Štúdia 1 – konštrukcia a exploračná faktorová analýza škály emočnej regulácie pre zdravotníckych profesionálov

6.1.1. Metódy

Na základe hĺbkových pološtruktúrovaných rozhovorov s 12 zdravotníckymi záchranármi, 15 lekármi a 9 sestrami rôznych špecializácií sme identifikovali kľúčové stratégie, ktoré majú tendenciu využívať. Zistenia z kvalitatívnej štúdie na zdravotníckych záchranároch sú už publikované (Uhrecký et al., 2025), zatiaľ čo z analýzy rozhovorov s lekármi bol spísaný rukopis, ktorý je aktuálne v recenznom konaní (Uhrecký & Baránková, v recenznom konaní). Rozhovory so sestrami boli analyzované, ale zatiaľ z nich nebola spísaná samostatná výskumná štúdia. Do pripravovanej metodiky sme zahrnuli nasledovné stratégie ER: *emočný odstup – nadhľad*, *emočný odstup – profesionalizmus*, *odstrihnutie, oddelenie práce od súkromného života*, *kognitívne prerámcovanie*, *akceptácia pominuteľnosti*, *akceptácia limitovanej kontroly*, *regulácia motivačným nastavením a regulácia pracovného tempa*.

Ku každej stratégii sme vygenerovali aspoň 4 alebo viac položiek, keďže sme počítali s tým, že niektoré nebudú mať dostatočné faktorové sýtenie a hodnoty KMO. Pri ich formulovaní sme sa vracali nielen k zisteniam z analýzy kvalitatívnych dát, ale aj priamo k samotným rozhovorom, aby formulácie v čo najväčšej miere zodpovedali tomu, ako o svojich spôsoboch ER uvažuje cieľová populácia. Spolu bolo vytvorených 41 položiek. Všeobecná inštrukcia na začiatku dotazníka znela nasledovne: „Do akej miery vystihujú

nasledujúce tvrdenia Vaše obvyklé spôsoby vyrovnávania sa s emočne negatívnymi situáciami v práci?“. pričom respondenti odpovedali na škále od 1 (vôbec ma nevystihuje) do 5 (veľmi ma vystihuje). Zoznam všetkých položiek uvádzame v Tabuľke 21.

Zoznam položiek bol administrovaný v rámci tretej vlny longitudinálnej štúdie popísanej v tretej kapitole. Z tejto populácie sme však odfiltrovali respondentov, ktorí na položku „S akou populáciou pacientov pracujete?“ vybrali odpoveď „Ani jedna z možností“, čo bolo spolu 10 respondentov. Tým pádom tvorilo výskumnú vzorku pre túto psychometrickú štúdiu 215 respondentov. Keďže položky sú formulované tak, aby na ne odpovedali len tie osoby pracujúce v zdravotníctve, ktoré majú priamy kontakt s pacientom, chceli sme zabezpečiť, aby dotazník vyplňala cieľová populácia. Medzi vylúčenými respondentmi bolo 6 administratívnych pracovníkov, 1 vedúci nezdravotnícky pracovník, 1 vedúci zdravotnícky pracovník, 1 pomocný pracovník v zdravotníctve a 1 upratovač. Výskumnú vzorku tak v konečnom dôsledku predstavovalo 216 pracovníkov v zdravotníctve, pričom jej demografické a iné základné charakteristiky sa významne neodlišujú od celkovej vzorky v rámci tretej vlny longitudinálneho výskumu.

Tabuľka 21 Zoznam vygenerovaných položiek pre exploračnú faktorovú analýzu

Emočný odstup	Akceptácia limitovanej kontroly
1. Beriem svoju prácu s nadhľadom.	23. Neočakávam od seba vždy bezchybné výsledky, každý sa niekedy môže zmýliť.
2. Humorom si pomáham k lepšiemu psychickému zvládaniu tejto práce.	24. Ak viem, že som pre pacienta urobil všetko, čo bolo za daných okolností možné, nič si nevyčítam, aj keď to s ním nedopadne dobre.
3. Ľahko si pripúšťam veci, čo ma v práci frustrujú či stresujú. (R)	25. Ak pri starostlivosti o pacienta postupujem medicínsky správne, nemávam potom výčitky svedomia, nech sa jeho stav ďalej vyvíja akokoľvek.
4. Znevažujúca komunikácia zo strany pacienta či jeho príbuzných sa ma veľmi dotýka. (R)	26. Nedodržiavanie nariadenej liečby zo strany pacienta si neberiem k srdcu.
5. Vo vypätých momentoch v práci si zachovám chladnú hlavu a situáciu racionálne vyhodnocujem.	
Emočný odstup - profesionalizmus	
6. Počas výkonu práce sú moje emócie skôr v úzadí a v popredí je riešenie pacientovho problému.	

Tabuľka 21 Zoznam vygenerovaných položiek pre exploračnú faktorovú analýzu

7. Pri silných negatívnych emóciách pacientov ako smútok alebo hnev mi pomáha skutočnosť, že som tam prítomný predovšetkým ako profesionál, nie ako súkromná osoba. 8. Darí sa mi byť v práci stotožnený s rolou profesionála, ktorý má svoje emócie pod kontrolou. 9. Nepovažujem za dôležité dbať na profesionálne vystupovanie pred pacientmi. (R) 10. Uvedomujem si, že náročné pracovné situácie sa dejú mne ako zdravotníkovi, nie mne ako osobe. Oddelenie práce od súkromného života 11. Darí sa mi oddeľovať svoju prácu od svojho súkromného života. 12. Na pracovné záležitosti myslím aj vo svojom voľnom čase. (R) 13. Aj po pracovnej dobe ma v mysli prenasledujú nedokončené pracovné záležitosti. (R) 14. K tomu, čo sa udeje počas pracovnej doby, sa vo svojom voľnom čase už nevraciam. Odstrihnutie 15. Ako profesionál sa viem od svojich emócií v práci úplne odstrihnúť. 16. Počas služby v práci nepocítujem alebo si neuvedomujem takmer žiadne vlastné emócie.	27. Vo vypätej pracovnej situácii si pripomínam, že stresovanie nikomu nepomôže – ani mne, ani pacientovi, ani kolegom. 28. Pri práci v náročnej situácii mám sklon svoj vlastný výkon kriticky sledovať a posudzovať. (R) 29. Zvyknem sa s pocitmi viny vracieť k momentom, kedy som pacientovi nepomohol. (R) Akceptácia pominateľnosti 30. Odkedy robím túto prácu som omnoho viac zmierený s tým, že ľudské zdravie a život sú krehké a pominateľné. 31. Keď vidím ako zomiera alebo veľmi trpí pacient, dokážem sa s tým pomerne dobre vyrovnávať. 32. Dodnes ma psychicky ťažia národné osudy niektorých mojich bývalých pacientov (R) 33. Pomerne dobre sa vyrovnávam s tým keď mojich pacientov stretne neľahký osud. Regulácia motivačným nastavením 34. Sústreďujem sa viac na tie aspekty mojej práce, ktoré ma uspokojujú, než na tie, ktoré ma frustrujú. 35. Pri prežívaní negatívnych emócií v zamestnaní si pripomínam vyšší zmysel práce v zdravotníctve. 36. To, že vnímam svoju prácu ako zmysluplnú, mi pomáha lepšie zvládať
---	---

Tabuľka 21 Zoznam vygenerovaných položiek pre exploračnú faktorovú analýzu

17. Akceptujem, že udalosti v práci vo mne vzbudzujú rôzne emócie. (R)	náročnejšie momenty počas jej výkonu.
18. Svojim emóciám, súvisiacim s prácou, nevenujem žiadnu pozornosť.	37. Práca, ktorú vykonávam, mi nepri- náša pocit naplnenia a zmysluplnosti. (R)
Kognitívne reštruktúrovanie	Regulácia pracovného tempa
19. Ak je pacient alebo kolega ku mne nevrlý, poviem si, že má možno len zlý deň.	38. Pri veľkom množstve práce vý- razne zrýchlim pracovné tempo, aj keď sa v tom necítim dobre (R).
20. Aj v náročných situáciách sa sna- žím vidieť ich svetlé stránky.	39. Viem si dopriať spomalenie či od- dych počas pracovnej doby.
21. Počas horších dní či období v práci nestrácam z mysle presvedčenie, že raz prídu aj lepšie dni.	40. Radšej si nájdem inú prácu, ako by som mal/a znášať podmienky, ktoré nerešpektujú moje základné ľudské potreby.
22. Keď ma niečo trápi, vnímam len to, čo je zlé. (R)	41. V práci sa odmietam náhliť, ak by to malo byť na úkor kvality vykonanej práce alebo môjho duševného zdra- via.

6.1.2. Výsledky

Analýza údajov prebehla v programe Jamovi. Uskutočnená bola exploračná faktorová analýza metódou minimálnych reziduálov so simplimax rotáciou. Pred ňou sme overili vhodnosť dát. Celková hodnota KMO bola .84, čo indikuje dobrú mieru vzorkovacej pri-
meranosti, a Barlettov test sféricity bol štatisticky významný ($\chi^2(820) = 3471, p < .001$). Faktorová analýza vygenerovala päť faktorov, pričom bol dosiahnutý uspokojivý model fit s hodnotou RMSEA = 0.052 (90% CI: 0.046 – 0.058) a TLI = 0.816. Výsledok Chi-
kvadrátu, ktorý je však citlivý na veľkosť vzorky, však poukázal na slabý model fit ($\chi^2(625) = 990, p < .001$). Faktor 1 vysvetľoval 20.47% variancie, pričom u ostatných fak-
torov boli tieto hodnoty podstatne nižšie (pozri Tabuľku 22).

Tabuľka 22 Percentá variancie vysvetlené piatimi faktormi v EFA

Faktor	SS Loading	% variancie	Kumulatívne %
1	8.39	20.47	20.5
2	2.89	7.04	27.5
3	1.77	4.31	31.8
4	1.40	3.42	35.2
5	1.08	2.63	37.9

V Tabuľke 23 uvádzame faktorové sýtenia jednotlivých položiek okrem hodnôt, ktoré sa nachádzali pod 0.3. Až 27 položiek dosiahlo najvyššie faktorové sýtenie v prvom faktore, pričom 14 z nich malo faktorové sýtenie nad 0.5 a zároveň aj uspokojivé hodnoty KMO. Pod faktorom dva iba dve položky mali faktorové sýtenie nad hodnotou 0.5. To isté platí o treťom faktore, pričom zároveň ide o položky, ktoré mali podobne silné faktorové sýtenie pod prvým faktorom. Pri štvrtom a piatom faktore žiadna položka nepresiahla uvedenú hranicu.

6.1.3 Diskusia

Exploračná faktorová analýza 41 položiek priniesla prekvapivé výsledky. Väčšina položiek, ktoré mali reprezentovať rozličné stratégie ER, mala najväčšie faktorové sýtenie pod prvým faktorom, pričom 14 z nich malo faktorové sýtenie v uspokojivých hodnotách. Najsilnejšie faktorové sýtenie v ňom mali položky reprezentujúce emočný odstup, spadali však pod neho aj položky, ktoré obsahovo reprezentovali stratégie akceptácie limitovanej kontroly a pominuteľnosti, a k tomu ešte jednu zameranú na kognitívne prerámcovanie. Pod druhým a tretím faktorom iba dve položky mali uspokojivé faktorové sýtenie, avšak v prípade tretieho faktora ide zároveň o položky, ktoré mali podobne silné faktorové sýtenie pod prvým faktorom.

Tabuľka 23 Faktorové sýtenia položiek v EFA

Položka	Faktor					Unikátnosť
	1	2	3	4	5	
8	0.664					0.413
15	0.656					0.428
14	0.623					0.463
3	-0.619					0.481
1	0.612					0.564
25	0.601		0.536			0.355
7	0.591					0.576
33	0.588		0.374			0.353
5	0.586					0.538
27	0.569	0.312				0.581
21	0.551	0.418				0.454
11	0.546			-0.320		0.554
12	-0.525	0.325		0.331		0.480
13	-0.514	0.311				0.588
31	0.509		0.328			0.538
10	0.504					0.708
36	0.491			0.375		0.483
4	0.489					0.629
12	0.487					0.678
32	-0.470					0.625
19	-0.450					0.697
20	0.428	-0.308				0.721
29	0.420	0.384				0.642
31	0.397				0.303	0.661
1	0.364	0.341				0.723
37	-0.361					0.680

Tabuľka 23 Faktorové sýtenia položiek v EFA

Položka	Faktor					Unikátnosť
	1	2	3	4	5	
23	0.335					0.853
16						0.759
10						0.876
18	0.316	0.630				0.463
22		0.520				0.634
39		-0.462				0.726
40		0.419				0.772
3		0.363				0.838
21		-0.301				0.859
28						0.892
9	0.536		0.570			0.383
8						0.837
2				-0.333		0.729
7	-0.437				0.459	0.509
34					0.326	0.729

Pri štvrtom a piatom faktore žiadna položka nedosiahla uspokojivé hodnoty faktorového sýtenia. Z toho vyplýva, že zo štyroch faktorov by nebolo možné utvoriť zmysluplnú subškálu, a tak do ďalšej fázy overovania škály sme sa rozhodli zahrnúť len položky spadajúce pod prvý faktor. Vzhľadom na prevahu a výrazné faktorové sýtenia položiek, ktoré obsahovo vystihujú stratégiu emočného odstupu resp. psychologickú vzdialenosť, by tak išlo o unidimenzionálny dotazník zameraný práve na túto stratégiu, avšak so zachovaním ostatných položiek, ktoré sme pôvodne obsahovo zamýšľali ako zastupujúce iné stratégie ER.

Dôvody, pre ktoré faktorová analýza vyústila v prevahu jedného faktora, hoci sme pri tvorbe položiek sa opierali o 9 stratégií (avšak spadajúcich do piatich väčších kategórií),

môžu byť teoretické aj metodologické. Po teoretickej stránke výsledky implikujú, že psychologická vzdialenosť je ústredný mechanizmus na pozadí viacerých regulačných stratégií, čo by zodpovedalo predpokladom Aydukovej a Krossa (2024). V našom prípade sa ukázalo, že sa to týka predovšetkým akceptácie. Napríklad aj pri konštrukcii dotazníka CERQ sa ukázalo, že akceptácia a získanie nadhľadu majú spolu vysokú koreláciu (Garnefski et al., 2001). Z teoretického hľadiska sa dajú naše výsledky vysvetliť tým, že výsledkom vytvorenia psychologической vzdialenosti je uvedomenie si vlastnej relatívnej bezvýznamnosti našich každodenných starostí v kontexte širšieho diania vo svete (Ayduk & Kross, 2024), čo následne vedie k prijatiu skutočností, ktoré nevieme ovplyvniť. Širšie teoretické úvahy o psychologической vzdialenosti ďalej rozvádzame v diskusii k nadväzujúcej štúdii. Pokiaľ ide o metodologické príčiny na pozadí výsledkov tejto štúdie, tie sa týkajú limitov štúdie. Podľa Bujanga et al. (2013) je pri EFA ideálna veľkosť vzorky 10 respondentov na položku – toto kritérium sa nám bohužiaľ nepodarilo naplniť. Ďalším limitom je skutočnosť, že medzi stratégiami, ktoré metodika mala reprezentovať, bola nízka obsahová rozmanitosť a napokon všetky z nich sú vo svojej podstate kognitívne.

6.2. Štúdia 2 – konfirmačná faktorová analýza a konštruktová validita škály psychologической vzdialenosti pre zdravotníckych profesionálov

6.2.1. Metódy

Pre overenie **Škály psychologической vzdialenosti pre zdravotníckych profesionálov (DSHP)**, kde napokon bolo zahrnutých bolo 13 položiek z predošlej štúdie (zoznam položiek uvádzame v Tabuľke 24), ktoré mali v prvom faktore sýtenie nad 0.5, bola realizovaná konfirmačná faktorová analýza a korelácie s inými relevantnými konštruktmi. Výskumná vzorka ($N = 168$) je totožná so vzorkou v štúdii popísanej v piatej kapitole monografie a rovnako boli použité dotazníky ERQ, CERQ a DASS-21.

Tabuľka 24 Zoznam položiek pre CFA

Č. pol.	Znenie položky	Č. pol.	Znenie položky
1	Beriem svoju prácu s nadhľadom.	8	Ako profesionál sa viem v práci od svojich emócií úplne odstrihnúť.
2	Aj po pracovnej dobe ma v mysli prenasledujú nedokončené pracovné záležitosti.	9	K tomu, čo sa udeje počas pracovnej doby, sa vo svojom voľnom čase už neverciam.
3	Uvedomujem si, že náročné pracovné situácie sa dejú mne ako zdravotníkovi, nie mne ako osobe.	10	Darí sa mi byť v práci stožňený s rolou profesionála, ktorý má svoje emócie pod kontrolou.
4	Počas horších dní či období v práci ne strácam z mysle presvedčenie, že raz prídu aj lepšie dni.	11	Vo vypätej pracovnej situácii si pripomínam, že stresovanie nikomu nepomôže – ani mne, ani pacientovi, ani kolegom.
5	Pomerne dobre sa vyrovnávam s tým, keď mojich pacientov stretne neľahký osud.	12	Darí sa mi oddeľovať svoju prácu od svojho súkromného života.
6	Pri silných negatívnych emóciách pacientov ako smútok alebo hnev mi pomáha skutočnosť, že som tam prítomný predovšetkým ako profesionál, nie ako súkromná osoba.	13	Ak pri starostlivosti o pacienta postupujem medicínsky správne, nemávam potom výčitky svedomia, nech sa jeho stav ďalej vyvíja akokoľvek.
7	Lahko si pripúšťam veci, čo ma v práci frustrujú či stresujú.		

Pozn.: Č. pol. – číslo položky

6.2.2 Výsledky

Na overenie jednofaktorovej štruktúry 13-položkovej škály bola realizovaná konfirmačná faktorová analýza (CFA) v prostredí R s využitím balíkov lavaan a haven. Vzhľadom na ordinálny charakter Likertových položiek bol použitý estimátor DWLS (Diagonally Weighted Least Squares) a položky boli špecifikované ako ordinálne. Výsledky CFA podporujú existenciu jednofaktorového modelu, $\chi^2(77) = 172.26$, $p < .001$; inkrementálne indexy poukazujú na veľmi dobrý fit (CFI = 0.976, TLI = 0.971), zatiaľ čo ukazovatele absolútneho fitu naznačujú akceptovateľný súlad s dátami (RMSEA = 0.086, 90 % CI = 0.069–0.104, $p < 0.001$; SRMR = 0.082), pričom hodnoty vnútornej konzistencie sú výborné (ordinálna $\alpha = 0.87$; $\omega = 0.87$). Hodnoty faktorových nábojov sú uvedené v Tabuľke 25.

Pre overenie konštruktivej validity sme sa pozreli na Spearmanove korelačné koeficienty škály voči stratégiám ER v dotazníkoch ERQ a CERQ. Ukázali sa stredne silné vzťahy s kognitívnym prehodnotením ($\rho = .41$, $p < .001$), rumináciou ($\rho = -.44$, $p < .001$), katastrofizáciou ($\rho = -.45$, $p < .001$) a sebaobviňovaním ($\rho = -.42$, $p < .001$). Slabé vzťahy mala psychologická vzdialenosť so získaním nadhľadu ($\rho = .27$, $p < .001$) a pozitívnym prehodnotením ($\rho = .33$, $p < .001$), veľmi slabé signifikantné vzťahy s akceptáciou ($\rho = -.16$, $p = .043$), pozitívnym preorientovaním ($\rho = .17$, $p = .030$) a obviňovaním iných ($\rho = -.20$, $p = .010$).

Tabuľka 25 Psychometrické vlastnosti položiek škály DSHP

Položky	Faktorové sýtenie	SE	M	SD	Šik	Špi
1	0.74	.09	3.33	1.05	-0.23	-0.32
2	0.61	.06	2.96	1.29	-0.07	-1.10
3	-0.18	.04	3.69	1.09	-0.58	-0.25
4	0.45	.05	3.88	1.04	-0.70	-0.11
5	0.65	.07	3.26	1.10	-0.37	-0.48
6	0.64	.06	3.79	1.01	-0.58	-0.13
7	0.70	.08	2.95	1.26	0.05	-0.99
8	0.69	.07	3.01	1.07	0.10	-0.54
9	0.66	.07	2.76	1.16	0.18	-0.79
10	0.68	.07	3.62	0.93	-0.58	0.43

Tabuľka 25 Psychometrické vlastnosti položiek škály DSHP

Položky	Faktorové sýtenie	SE	M	SD	Šik	Špi
11	0.58	.05	3.89	1.10	-0.91	0.19
12	0.69	.07	3.53	1.01	-0.41	-0.48
13	0.57	.06	4.10	0.95	-0.98	0.53

Pozn.: SE – štandardná chyba, Šik – šikmosť, Špi – špicatosť

Prediktívnu validitu škály sme overovali prostredníctvom vzťahov škály psychologickej vzdialenosti so subškálami dotazníka DASS-21. Zistili sme stredne silný negatívny vzťah so stresom ($p = -.57, p < .001$), úzkosťou ($p = -.52, p < .001$) aj depresiou ($p = -.57, p < .001$). Zaujímalo nás tiež, aká bude prediktívna sila škály, keď ju pridáme do výsledných modelov z regresnej analýzy v 5. kapitole. Ukázalo sa, že pri závislej premennej stresu má psychologická vzdialenosť ($\beta = -.21, p = .006$) nižšiu prediktívnu silu ako ruminácia ($\beta = .30, p < .001$), avšak mierne vyššiu ako kognitívne prehodnotenie ($\beta = -.20, p = .003$). Po pridaní psychologickej vzdialenosti model je štatisticky signifikantný ($F(6, 161) = 25.76, p < .001$) vysvetľuje 46% variancie závislej premennej, čo je 3% nárast oproti predošlému modelu.

V modeli so závislou premennou úzkosti má psychologická vzdialenosť ($\beta = -.17, p = .036$) vyššiu prediktívnu silu ako kognitívne prehodnotenie ($\beta = -.13, p = .061$), avšak nižšiu oproti ruminácii ($\beta = .33, p < .001$) a katastrofizácii ($\beta = .22, p = .003$). Model po pridaní psychologickej vzdialenosti je štatisticky signifikantný ($F(4, 163) = 25.54, p < .001$) vysvetľuje 39% variancie závislej premennej, zatiaľ čo predošlý model vysvetľoval 37%. V prípade modelu so závislou premennou depresie síce psychologická vzdialenosť ostáva naďalej signifikantným negatívnym prediktorom ($\beta = -.15, p = .049$), avšak slabším v porovnaní s kognitívnym prehodnotením ($\beta = -.31, p < .001$), rumináciou ($\beta = .26, p < .001$) a katastrofizáciou ($\beta = .26, p < .001$). Model je štatisticky signifikantný ($F(4, 163) = 35.28, p < .001$) a jeho schopnosť vysvetliť variabilitu závislej premennej stúpala o 1% na 46%.

6.3 Diskusia

V druhej štúdii sa nám podarilo konfirmačnou faktorovou analýzou overiť, že unifaktorový model škály DSHP má dobrý fit s dátami. Zároveň sa nám podarilo overiť jej konštruktívnu aj prediktívnu validitu. Pozitívne vzťahy so stratégiami kognitívneho prehodnotenia a získania nadhľadu boli z hľadiska teórie očakávané. Síce sa autori nezhodujú v tom, aký je charakter vzťahu medzi kognitívnym prehodnotením a psychologickou vzdialenosťou (viď prvá a druhá kapitola), ale minimálne sa zhodujú na tom, že sú úzko prepojené. Stratégia získania nadhľadu v dotazníku CERQ predstavuje špecifickú subkatekóriu psychologickkej vzdialenosti, ktorú Kross a Ayduková (2024) nazývajú ako „vnímanie širšieho obrazu“ (v angl. *big picture appraisals*). Položky v našom dotazníku však zahŕňajú vo väčšej miere časovú formu vzdialenosti (napr. *„K tomu, čo sa udeje počas pracovnej doby, sa vo voľnom čase už nevraciam.“*) a najmä vytvorenie vzdialenosti prostredníctvom nezainteresovanej perspektívy (napr. *„Uvedomujem si, že náročné pracovné situácie sa dejú mne ako zdravotníkovi, nie mne ako osobe.“*). To by mohlo vysvetľovať relatívne slabšiu koreláciu medzi našou škálou psychologickkej vzdialenosti a subškálou získania nadhľadu. Negatívne vzťahy s maladaptívnymi stratégiami (ruminácia, katastrofizácia, sebaobviňovanie, obviňovanie iných) sú taktiež plauzibilné, keďže predstavujú formu perspektívy ponorenej do zážitku s perseverujúcimi myšlienkami, čo je v protiklade so stratégiou zaujatia vzdialenej perspektívy.

Potvrdili sme taktiež, že DSHP má pomerne silné vzťahy s úrovňou stresu, úzkosti a depresie, čo poukazuje na dobrú prediktívnu validitu. To sme ďalej overili aj cez pridanie premennej psychologickkej vzdialenosti do regresných modelov z 5. kapitoly, kde figurovali zdroje stresu a stratégie ER z dotazníkov ERQ a CERQ. Najmä v prípade úzkosti a stresu sa potvrdila dobrá prediktívna sila našej škály, dokonca mierne prevýšila kognitívne prehodnotenie. Pri depresii sa ukázala prediktívna sila škály ako slabšia, no stále vyšla ako signifikantný prediktor. To by nasvedčovalo tomu, že pri depresii je viac kľúčovým protektívnym faktorom využívanie kognitívneho prehodnotenia než len samotná psychologická vzdialenosť (Troy et al., 2010). Ako výhodu nášho dotazníka oproti položkám na kognitívne prehodnotenie v ERQ však vnímame ich väčšiu špecifickosť.

6.3.1 Konceptuálne úvahy o psychologickej vzdialenosti

Aj keď psychologická vzdialenosť je relatívne nový konštrukt (Kross & Ayduk, 2008), nepriamo sa o jej dôležitosti vyjadrovali psychológovia oveľa skôr. Už Freud (1913) zdôrazňoval, že nevyhnutným predpokladom psychoterapie je, že klient je schopný zaujať pozíciu zvedavého pozorovateľa voči svojej mysli, pretože inak nie je možné zachytiť a pomenovať manifestácie nevedomých procesov prenikajúcich do vedomia. Takisto aj Beck (1970) ako otec kognitívnej psychoterapie písal o tom, že je nemožné zmeniť maladaptívne myšlienkové vzorce klienta ak nevie zaujať odosobnenú perspektívu voči svojej mysli. Hoci Sigmund Freud a Aaron Beck sú zakladateľmi značne odlišných škôl psychoterapie, obaja sa zhodujú na tom, že psychologická vzdialenosť je nevyhnutnou súčasťou mechanizmu zmeny v prežívaní. Výrazné problémy s touto zručnosťou majú najmä štrukturálne osobnostné narušenia ako hraničná porucha osobnosti, a preto je obvykle jedným z prvých cieľov v ich psychoterapii budovanie schopnosti pozorovať svoju myseľ a uchopovať jej procesy, ale taktiež aj vedieť zaujať perspektívu iných ľudí a vidieť seba ich očami (Brockmann et al., 2025). To by podporovalo tézu, že zaujatie psychologickej vzdialenosti je jednou z esenciálnych zručností v regulácii emócií. Zároveň skutočnosť, že Freud a Beck vychádzali vo svojej terapeutickej praxi z odlišných teoretických predpokladov, poukazuje na to, že psychologická vzdialenosť má v rámci ER viaceré funkcie.

Vzhľadom na často diskutovaný konceptuálny súvis psychologickej vzdialenosti s kognitívnym prehodením sa ako prvá ponúka jej funkcia ako predeterminujúceho procesu voči zmene hodnotenia situácie alebo inak povedané, nie je možné reinterpretovať situáciu bez schopnosti sa vzdialiť od aktuálneho vnímania, prežívania a myslenia. Takýto záver je v súlade s úvahami Krossa a Aydukovej (2024), že v konečnom dôsledku je kognitívna zmena častý a niekedy aj vedľajší a nezamýšľaný dôsledok zaujatia vzdialenej perspektívy. Individuálne rozdiely v zručnosti psychologickej vzdialenosti by tak mohli vysvetľovať, prečo je niektorým ľuďom náročné úspešne implementovať stratégiu kognitívneho prehodenia (McRae et al., 2012).

Okrem toho, že vzdialená perspektíva je predpokladom kognitívnej zmeny, sa však ponúkajú aj iné vysvetlenia toho, ako kvôli nej dochádza k zmene emočného prežívania. Už samotný akt nehodnotiaceho pozorovania nášho prežívania namiesto ich impulzívneho odohrávania znižuje intenzitu a skracaje trvanie negatívnych emócií, čo ukazujú mnohé štúdie o všímavosti (viď Zangri et al., 2022). Ďalším dôležitým mechanizmom je to, že pozorovanie nášho prežívania nám umožňuje emócie pomenovať, čím taktiež dochádza k ich regulácii (Torre & Lieberman, 2018). Čím viac diferencovane a bohato dokážeme

rozumieť svojim emóciám, tým lepšie z hľadiska našej duševnej pohody (Smidt & Suvak, 2015).

Špecifický spôsob, akým zdravotníci podľa našich predošlých zistení (Uhrecký et al., 2021; 2025; Uhrecký & Baránková, v recenznom konaní) v značnej miere využívajú zaujatie psychologickkej vzdialenosti, je formou hrania svojej profesijnej sociálnej role, čo má najbližšie k tomu, čo Kross a Ayduková (2024) nazývajú nezainteresovanou perspektívou. To následne vedie k tomu, že stresujúce podnety sú spracované cez kognitívne rámce, ktoré nevyhodnocujú situácie ako osobne dôležité. V konečnom dôsledku tak teda u zdravotníkov prevažuje zrejme funkčný mechanizmus psychologickkej vzdialenosti ako sprostredkovateľa hodnotení situácie, ktoré vyvolávajú menej intenzívne negatívne emócie, čo podporujú aj výsledky korelačnej a regresnej analýzy.

V každom prípade výsledky exploračnej analýzy v prvom kole a následnej konfirmačnej analýzy podporujú naše závery z kvalitatívnych štúdií (Uhrecký et al., 2021, 2025; Uhrecký & Baránková, v recenznom konaní), že psychologický odstup je v populácii zdravotníkov dôležitým mechanizmom ER, ktorý treba rozlišovať od kognitívneho prehodnotenia. Naším pôvodným zámerom však nebolo vytvoriť škálu určenú na komplexné zachytenie všetkých foriem psychologickkej vzdialenosti, a tak v ďalšom bádani – či už špecificky u zdravotníkov alebo na vzorke bežnej populácie – by bolo vhodné naďalej experimentovať s položkami a pridať do nástroja aj iné formy a dimenzie psychologickkej vzdialenosti. Okrem toho by v ďalšom výskume by mohlo byť prínosné sa bližšie pozrieť na vzťahy medzi psychologickou vzdialenosťou a kognitívnym prehodnotením, ale taktiež aj inými mechanizmami ER ako všímavosť, porozumenie emóciám alebo sebasúcit. Zároveň sa dá predpokladať, že psychologický odstup môže mať súvis s tým, ako u zdravotného pracovníka prebieha komunikácia s pacientom, aká je miera jeho empatia či schopnosť mentalizácie.

Záver

Predkladaná monografia poukazuje na to, že hoci je výskum psychického zdravia, zvládania záťaže a regulácie emócií u zdravotníckych pracovníkov mimoriadne dôležitý, stále je v danej problematike množstvo medzier v poznaní. Poznatky sú často roztrúsené, ťažšie zovšeobecniteľné a chýbajú replikačné štúdie. V slovenskom diskurze, kde je zdravotníctvo notoricky držiteľom negatívnych konotácií, je obzvlášť takýto výskum potrebný. Okrem toho je problém aj v súčasne dostupných metodikách na zachytenie stratégií emočnej regulácie, ktorých je nedostatok a majú svoje limitácie. Viaceré kvalitatívne štúdie z dielne autorského kolektívu ukazujú, že stratégie rozoznávané teóriou či metodickými nástrojmi nedostatočne reflektujú formy regulácie emócií, ktoré zdravotnícki profesionáli reálne využívajú.

Medzery v poznaní sme sa pokúsili aspoň čiastočne vyplniť vlastnými výskumnými aktivitami. Zozbierané longitudinálne dáta ukazujú, že obzvlášť miera depresie, a celkove existuje nezanedbateľná časť ľudí pracujúcich v zdravotnom systéme, ktorí majú výrazné psychické ťažkosti alebo sú aspoň vysoko rizikovou populáciou. Pritom mnohé zdroje týchto ťažkostí nevyplývajú z individuálnych charakteristík a rozdielov, ale sú systémového pôvodu. Byť súčasťou systému, ktorý má nedostatok alebo nerovnomerné vyťaženie personálu, má nedostatok alebo neefektívne alokuje materiálne zdroje, chýbajú v ňom právne vymáhateľné medicínske štandardy, zahŕňa množstvo byrokratickej a administratívnej záťaže, a neumožňuje primerané intelektuálny a kariérny rast svojich zamestnancov, nevyhnutne bude produkovať množstvo stresu a s ním spojených negatívnych dôsledkov. Preto predtým než by sme rozvíjali psychologické intervenčné programy zamerané na duševné zdravie zdravotníkov, je potrebné najprv budovať pracovné podmienky, v ktorých je duševná pohoda vôbec dosiahnuteľnou metou.

Mnohé dovtedy existujúce problémy zdravotného systému pandémie COVID-19 naplno odhalila a iné zase prehĺbila. To sa prejavilo aj v ukazovateľoch depresie a pracovnej spokojnosti, no mnohé efekty neboli len dočasné. Mnohí zdravotníci prežívali počas tretej vlny pandémie sklamanie z ľudstva a politických elít, keďže sa vo veľkom šíрили dezinformácie a niektorí ľudia v dôsledku toho odmietali rešpektovať úsudok odborníkov, čo sa mohlo prejavovať v nedodržiavaní protipandemických opatrení či odmietaní adekvátnej

liečby. Atmosféra nedôvery k zdravotnému personálu pretrváva doteraz a môže ústiť v konfliktné situácie medzi ošetrojúcimi pracovníkmi a pacientmi.

Ukázalo sa, že ukazovatele duševného zdravia viac súvisia s využívaním maladaptívnych než adaptívnych stratégií regulácie emócií. Inými slovami povedané, vo väčšej miere maladaptívne stratégie prispievajú k horšiemu duševnému zdraviu než by adaptívne stratégie chránili dobré duševné zdravie. Výnimku do istej miery predstavuje kognitívna reinterpretácia, čiže schopnosť zmeniť svoj pohľad na situáciu spôsobom, ktorý ju robí menej emočne nabitou. Pokúsili sme sa zostaviť vlastnú metodiku na zachytenie stratégií regulácie emócií vychádzajúcu z tradície realizovaného kvalitatívneho výskumu na túto tému na ÚEP CSPV SAV. V prvom kole overenie našej metodiky nedopadlo v súlade s našimi očakávaniami – mnohé položky, o ktorých sme predpokladali, že obsahovo zodpovedajú rozličným stratégiám regulácie emócií, spadalo pod jeden veľký faktor, pričom pod ostatné faktory spadalo malé množstvo položiek, z ktorých časť mala pomerne slabé faktorové sýtenie. Napriek tomu však považujeme konečný výsledok našej snahy - dotazník na zachytenie schopnosti aplikovania stratégie psychologickej vzdialenosti u zdravotníckych pracovníkov – za prínosný.

Podľa nášho najlepšieho vedomia a svedomia nie sú široko dostupné žiadne iné škály na komplexné zachytenie tohto dôležitého regulačného mechanizmu. Pritom má množstvo psychologických funkcií vrátane tej, že sprostredkuje už spomenutú kognitívnu reinterpretáciu. Sme presvedčení, že budúcnosť výskumu regulácie emócií u zdravotného personálu by mala zahŕňať zameranie na túto konkrétnu stratégiu a táto monografia môže poslúžiť ako inšpirácia k tomuto bádaniu. Okrem výskumných účelov by náš dotazník alebo jeho prípadné budúce iterácie a alternatívy mohli byť využívané pri hodnotení netechnických zručností a sociálno-psychologických kompetencií zdravotníckych pracovníkov. Pri úprave formulácie položiek by sa však podobné metodiky mohli použiť aj v iných odvetviach a profesiách, kde je pomáhanie a kontakt s ľuďmi ústrednou náplňou práce, keďže konečné skóre môže indikovať schopnosť udržiavať vo vzťahoch profesionálne hranice. Príliš extrémne skóre by však na druhú stranu mohlo znamenať aj prílišný odstup, ktorý ma taktiež svoje úskalia.

Aj keď sme poukázali na niektoré systémové zmeny, ktoré by boli potrebné v slovenskom zdravotníctve, aby v prvom rade ľudia pracujúci v ňom mohli mať prijateľné podmienky, možno uvažovať aj o iných praktických aplikáciách našich zistení, ktoré by si nevyhnutne nevyžadovali zásahy na úrovni finančne nákladných celoštátnych reforiem a politík. Vysoká miera preťaženia by sa dala na úrovni pracoviska riešiť monitorovaním

zátáže jednotlivých zamestnancov a jeho následným rovnomernejším rozložením napríklad prostredníctvom personálnych zmien v jednotlivých oddeleniach. Nadmernej únavy by sa dalo predchádzať rozložením služieb, ktoré umožňuje čas na oddych po nadčasoch a nočných službách. Vzhľadom k tomu, že veľmi významným stresorom je byrokracia a administratíva, by mohlo pomôcť väčšie zjednotenie systémov nahadzovania úkonov medzi zdravotnými poisťovňami. Pri kontakte s nespolupracujúcimi či inými typmi problematických pacientov by mohlo pomôcť prakticky orientované vzdelávanie, ktoré by mohlo byť súčasťou ako aj univerzitného, tak aj postgraduálneho vzdelávania. Zároveň by sa podobné vzdelávanie mohlo týkať práve aj regulácie emócií. Keďže sa potvrdila maladaptívnosť stratégií ER ako ruminácia, katastrofizácia či sebaobviňovanie, a naopak užitočnosť stratégií ako psychologický odstup či kognitívne prehodnotenie, predmety a kurzy by mohli poskytnúť praktické rady a techniky na nahradenie maladaptívnych stratégií viac adaptívnymi. Systém lepšej dostupnosti psychologickej podpory pre zdravotníckych pracovníkov ako prevencia či riešenie duševných problémov ako depresia, vyhorenie, post-traumatická stresová porucha alebo úzkostné poruchy by tak tiež bol žiaduci.

Reference

- Adams, J. G., & Walls, R. M. (2020). Supporting the health care workforce during the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA*, 323(15), 1439. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>
- Afshari, A., Borzou, S. R., Shamsaei, F., Mohammadi, E., & Tapak, L. (2021). Perceived occupational stressors among emergency medical service providers: a qualitative study. *BMC Emergency Medicine*, 21(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00430-6>
- Afshari, D., Nouroollahi-Darabad, M., & Chinisaz, N. (2021). Demographic predictors of resilience among nurses during the covid-19 pandemic. *Work*, 68(2), 297–303. <https://doi.org/10.3233/wor-203376>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). One versus many: Capturing the use of multiple emotion regulation strategies in response to an emotion-eliciting stimulus. *Cognition and Emotion*, 27(4), 753–760. <https://doi.org/10.1080/02699931.2012.739998>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alonso, J., Vilagut, G., Alayo, I., Ferrer, M., Amigo, F., Aragón-Peña, A., ... & MINDCOVID Working group. (2022). Mental impact of Covid-19 among Spanish healthcare workers. A large longitudinal survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e28. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000130>
- Avraham, N., Goldblatt, H., & Yafé, E. (2014). Paramedics' experiences and coping strategies when encountering critical incidents. *Qualitative Health Research*, 24(2), 194–208. <https://doi.org/10.1177/1049732313519867>
- Bamonti, P., Conti, E., Cavanagh, C., Gerolimos, L., Gregg, J., Goulet, C., ... & Edelstein, B. (2019). Coping, cognitive emotion regulation, and burnout in long-term care nursing staff: A preliminary study. *Journal of Applied Gerontology*, 38(1), 92–111. <https://doi.org/10.1177/0733464817716970>
- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15(6), 713–724. <https://doi.org/10.1080/02699930143000239>
- Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D. M., DiDomenico, G. E., Brown, L. A., White, L. K., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2020). Resilience, covid-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry*, 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00982-4>

- Baskin, R. G. & Bartlett, R. (2021). Healthcare worker resilience during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 29 (8), 2329-2342. <https://doi.org/10.1111/jonm.13395>
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego: Academic Press.
- Bebko, G. M., Franconeri, S. L., Ochsner, K. N., & Chiao, J. Y. (2011). Look before you regulate: Differential perceptual strategies underlying expressive suppression and cognitive reappraisal. *Emotion*, 11(4), 732–742. <https://doi.org/10.1037/a0024009>
- Beck, A. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1(2), 184-200.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2019). The trouble with burnout: An update on burnout-depression overlap. *The American Journal of Psychiatry*, 176(1), 79. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18091026>
- Birk, J. L., & Bonanno, G. A. (2016). When to throw the switch: The adaptiveness of modifying emotion regulation strategies based on affective and physiological feedback. *Emotion*, 16(5), 657–670. <https://doi.org/10.1037/emo0000157>
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612. <https://doi.org/10.1177/1745691613504116>
- Braunstein, L. M., Gross, J. J., & Ochsner, K. N. (2017). Explicit and implicit emotion regulation: A multi-level framework. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(10), 1545–1557. <https://doi.org/10.1093/scan/nsx096>
- Briciu, V., Leucuta, D.-C., Tőkés, G. E., & Colcear, D. (2023). Burnout, Depression, and Job Stress Factors in Healthcare Workers of a Romanian COVID-19 Dedicated Hospital, after Two Pandemic Years. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4118. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054118>
- Brockmann, J., Kirsch, H., & Taubner, S. (2025). *Mentalizing in psychodynamic and psychoanalytic psychotherapy: Basics, applications, case studies*. Routledge.
- Bujang, M. A., Ab Ghani, P., Soelar, S. A., & Zulkifli, N. A. (2012, September). Sample size guideline for exploratory factor analysis when using small sample: Taking into considerations of different measurement scales. In *2012 International Conference on Statistics in Science, Business and Engineering (ICSSBE)* (pp. 1-5). IEEE.
- Butler, E. A. (2024). Studying the dynamics of emotion regulation with time-series data. In J. J. Gross & B. Q. Ford (Eds.), *Handbook of Emotion Regulation* (3rd ed., pp. 40–47). The Guilford Press.
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3(1), 48–67. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.48>
- Cândeș, D. M., & Szentágotai-Tătar, A. (2020). Cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy for shame: comparing self-distancing to changing self-evaluations. *International Journal of Cognitive Therapy*, 13(1), 42-53. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00064-4>

- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 542-559). New York: Guilford Press.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585–599. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>
- Campo, M., Sanchez, X., Ferrand, C., Rosnet, E., Friesen, A. P., & Lane, A. M. (2017). Interpersonal emotion regulation in team sport: Mechanisms and reasons to regulate teammates' emotions examined. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 15(4), 379–394. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2015.1114501>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>
- Cândeia, D.-M., & Szentágotai-Tátar, A. (2020). Cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy for shame: Comparing self-distancing to changing self-evaluations. *International Journal of Cognitive Therapy*, 13(1), 42–53. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00064-4>
- Chang, E. M., Daly, J. W., Hancock, K. M., Bidewell, J., Johnson, A., Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (2006). The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing*, 22(1), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2005.12.002>
- Chatterjee, M. B., Baumann, N., & Koole, S. L. (2017). Feeling better when someone is alike: Poor emotion regulators profit from pro-social values and priming for similarities with close others. *Journal of Personality*, 85(6), 841–851. <https://doi.org/10.1111/jopy.12292>
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 Outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4). [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30078-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30078-x)
- Cheng, C., Cheung, S. F., Chio, J. H. M., & Chan, M. P. S. (2013). Cultural meaning of perceived control: a meta-analysis of locus of control and psychological symptoms across 18 cultural regions. *Psychological Bulletin*, 139(1), 152–188. <https://doi.org/10.1037/a0028596>
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (Eds.). (2006). *Developmental psychopathology, Volume 3: Risk, disorder, and adaptation* (Vol. 3). John Wiley & Sons.
- Clompus, S. R., & Albarran, J. W. (2016). Exploring the nature of resilience in paramedic practice: A psycho-social study. *International Emergency Nursing*, 28(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.11.006>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Collier, D., & Mahoney, J. (1996). Insights and pitfalls: Selection bias in qualitative research. *World Politics*, 49(1), 56–91. <https://doi.org/10.1353/wp.1996.0023>
- Costa, A., Caldas de Almeida, T., Fialho, M., Rasga, C., Martiniano, H., Santos, O., Virgolino, A., Vicente, A. M., & Heitor, M. J. (2023). Mental Health of Healthcare Professionals: Two Years of the

- COVID-19 Pandemic in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 3131. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043131>
- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews: Neuroscience*, 3(8), 655-666. <https://doi.org/10.1038/nm894>
- Crisafulli, B., Wasil, M., Singh, J., & Benoit, S. (2019). Managing patient expectations through understanding health service experiences. *British Journal of Medical Practitioners*, 12(2), 1-3.
- Čermáková, P., Fryčová, B., Novák, D., Kuklová, M., Wolfová, K., Kučera, M., ... & Šeblová, D. (2023). Depression in healthcare workers during COVID-19 pandemic: results from Czech arm of HEROES Study. *Scientific Reports*, 13(1), 12430-12430. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-39735-w>
- Čimová, K. (2023). Protecting their own: brokers and informality in real-life corrupt transactions in the case of Slovak healthcare. *Problems of Post-Communism*, 71(5), 461-470. <https://doi.org/10.1080/10758216.2023.2253357>
- Damasio, A. R. (2001). *Descartesův omyl: Emoce, rozum a lidský mozek*. Mladá Fronta.
- Danson, S., Sirois, F., Fradley, K., Wadsley, J., Ray, J., Bishop, R., Horsman, J., Mann, C., Chantry-Groves, L., Young, M., & Bentall, R. (2023). Mental health burden for NHS healthcare staff during the COVID-19 pandemic: First results of a longitudinal survey. *Heliyon*, 9, e13765. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2025.e43318>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory. In P. A. M. van Lange, A. W. Kruglanski, & E. T. Higgins (Ed.), *Handbook of theories of social psychology: Volume one* (pp. 416-437). London: SAGE.
- DeLorenzo, G., Kohun, F. G., Skovira, R. J., Burčík, V., Gonda, D., & Jakubczak, J. (2015). Knowledge management and self-identity as a subculturally bound determinant: Subsoil of the Hofstede hypothesis. *Online Journal of Applied Knowledge Management*, 3(2), 89-99.
- Dixon-Gordon, K. L., Aldao, A., & De Los Reyes, A. (2015). Emotion regulation in context: Examining the spontaneous use of strategies across emotional intensity and type of emotion. *Personality and Individual Differences*, 86, 271-276. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.011>
- Doolittle, B. R., Windish, D. M., & Seelig, C. B. (2013). Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(2), 257-261. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-12-00136.1>
- Dunn, J., & Brown, J. (1991). Relationships, talk about feelings, and the development of affect regulation in early childhood. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 89-108). Cambridge: Cambridge University Press.
- Egloff, B., Schmukle, S. C., Burns, L. R., & Schwerdtfeger, A. (2006). Spontaneous emotion regulation during evaluated speaking tasks: Associations with negative affect, anxiety expression, memory, and physiological responding. *Emotion*, 6(3), 356-366. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.3.356>
- European Commission (2021). *European citizen's knowledge and attitudes towards science and technology*. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2237>.

- European Commission (2023). *State of Health in the EU. Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2023*.
https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_sk_slovak.pdf
- Fari, G., de Sire, A., Giorgio, V., et al. (2022). Impact of COVID-19 on the mental health in a cohort of Italian rehabilitation healthcare workers. *Journal of Medical Virology*, 94(1), 110–118.
<https://doi.org/10.1002/jmv.27272>
- Field, T. (1994). The effects of mother's physical and emotional unavailability on emotion regulation. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59(2-3, Serial No. 240), 208–227.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988a). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466–475. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.466>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988b). Ways of Coping Questionnaire (WAYS) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t06501-000>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Freud, S. (1913). *On beginning the treatment (Further recommendations on the technique of psychoanalysis I)*. S.E., 12: 121–144. London: Hogarth.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Füstös, J., Gramann, K., Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2012). On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(8), 911–917. <https://doi.org/10.1093/scan/nss089>
- Galasová, M., Uhrecký, B., & Kaššaiová, Z. (2023). So many negatives, but it still has meaning: a mixed-design cross-sectional study reflecting health professionals' perceptions of the Slovak health system. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 14(4), 968–979.
<https://doi.org/10.15452/CEJNM.2023.14.0012>
- García-Batista, Z. E., Guerra-Peña, K., Nouri Kandany, V., Marte, M. I., Garrido, L. E., Cantisano-Guzmán, L. M., ... & Medrano, L. A. (2021). COVID-19 pandemic and health worker stress: The mediating effect of emotional regulation. *PloS One*, 16(11), e0259013.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259013>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t03801-000>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141–149. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2018). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition & Emotion*, 32(7), 1401–1408. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1232698>
- Garnefski, N., Hossain, S., & Kraaij, V. (2017). Relationships between maladaptive cognitive emotion regulation strategies and psychopathology in adolescents from Bangladesh. *Archives of Depression and Anxiety*, 3(2), 023–029. <https://doi.org/10.17352/2455-5460.000019>

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2003). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, m1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>
- Greenberg, N., Weston, D., Hall, C., Caulfield, T., Williamson, V., & Fong, K. (2021). Mental health of staff working in intensive care during COVID-19. *Occupational Medicine*, 71(3), 62–68. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa220>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359–365. <https://doi.org/10.1037/a0032135>
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t06463-000>
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95–103. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.95>
- Gurňáková, J. (2013). Zdroje akútneho a chronického stresu v práci zdravotníckych profesionálov. In J. Gurňáková, P. Halama, L. Pitel, H. Harenčárová, & L. Adamovová (Eds.), *Rozhodovanie profesionálov: Sebaregulácia, stres a osobnosť* (s. 33–68). Bratislava: ÚEP SAV.
- Gurňáková, J. (2023). Multiple sources of stress for healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. In Bavoľár, J. (Ed.), *Psychológia práce a organizácie 2023. Zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie* (s. 26–38). UPJŠ v Košiciach. <https://doi.org/10.33542/PPO-0265-7-00>
- Gurňáková, J., & Marcinechová, D. (2021). *Význam komunikácie s pacientom a jeho blízkymi v záchrannej zdravotnej službe*. Bratislava: ÚEP CSPV SAV.
- Gutentag, T., Kalokerinos, E. K., Millgram, Y., Garrett, P. M., Sobel, R., & Tamir, M. (2024). Motivational intensity in emotion regulation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 01461672241273273. <https://doi.org/10.1177/01461672241273273>
- Hadžibajramović, E., Schaufeli, W., & De Witte, H. Shortening of the Burnout Assessment Tool (BAT)—from 23 to 12 items using content and Rasch analysis. *BMC Public Health*, 22, 560. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12946-y>
- Hagemann, T., Levenson, R. W., & Gross, J. J. (2006). Expressive suppression during an acoustic startle. *Psychophysiology*, 43(1), 104–112. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2006.00382.x>
- Hay, A. C., Sheppes, G., Gross, J. J., & Gruber, J. (2015). Choosing how to feel: Emotion regulation choice in bipolar disorder. *Emotion*, 15(2), 139–145. <https://doi.org/10.1037/emo0000024>

- Hajdúk, M., & Boleková, V. (2015). Overenie psychometrických charakteristik. Škály depresie, úzkosti a stresu (DASS-42). *Psychiatrie*, 19(3), 125-128.
- Harris, C. R. (2001). Cardiovascular responses of embarrassment and effects of emotional suppression in a social setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(5), 886-897. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.5.886>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayward, R. M., & Tuckey, M. R. (2011). Emotions in uniform: How nurses regulate emotion at work via emotional boundaries. *Human Relations*, 64(11), 1501-1523. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2010.00424.x>
- Heritage, B., Pollock, C., & Roberts, L. D. (2015). Confirmatory factor analysis of Warr, Cook, and Wall's (1979) Job satisfaction scale. *Australian Psychologist*, 50(2), 122-129. <https://doi.org/10.1111/ap.12103>
- Herwig, U., Kaffenberger, T., Jäncke, L., & Brühl, A. B. (2010). Self-related awareness and emotion regulation. *NeuroImage*, 50(2), 734-741. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.12.089>
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25(4), 517-572. <https://doi.org/10.1177/0011000097254001>
- Hochschild A (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hockey, G. R. J. (2011). A motivational control theory of cognitive fatigue. In P. L. Ackerman (Ed.), *Cognitive fatigue: Multidisciplinary perspectives on current research and future applications* (pp. 167-187). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12343-008>
- Isbell, L. M., Boudreaux, E. D., Chimowitz, H., Liu, G., Cyr, E., & Kimball, E. (2020). What do emergency department physicians and nurses feel? A qualitative study of emotions, triggers, regulation strategies, and effects on patient care. *BMJ Quality & Safety*, 29(10), 1-2. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010179>
- Izdebski, Z., Kozakiewicz, A., Białorudzki, M., Dec-Pietrowska, J., & Mazur, J. (2023). Occupational Burnout in Healthcare Workers, Stress and Other Symptoms of Work Overload during the COVID-19 Pandemic in Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2428-2428. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032428>
- Jevšnik, M. V., & Krilić, S. C. (2023). A perfect storm: demographic ageing, severe healthcare staff shortages, and globalisation of healthcare labour markets. In K. Toplak, & M.V. Jevšnik, M. (Eds.) *Further Discussions on Labour Mobility in the EU*, 59-77. Slovenian Migration Institute at ZRC SAZU. https://doi.org/10.3986/9789610508021_03
- Jin, T., Hong, S., Liu, J., Liu, J., Jia, S., & Shen, G. (2025). Emotion regulation strategy moderates the impact of emotional labor on burnout in psychiatric nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 24(1), 687. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03487-x>

- Jurišová, E. (2016). Súvislosti medzi emočnou reguláciou a vybranými fyziologickými ukazovateľmi v situácii rozhodovania. In Ľ. Pilárik a kol. (Ed.), *Osobnostné faktory regulácie emócií v procese rozhodovania* (pp. 91-138). Nitra: FSVaZ UKF v Nitre.
- Karimi, A., Adel-Mehraban, M., & Moeini, M. (2018). Occupational stressors in nurses and nursing adverse events. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(3), 230-234. <https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr.253.15>
- Kaščáková, N. (2007). *Obranné mechanizmy z psychoanalytického, etologického a evolučno-biologického aspektu*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
- Kearns, P. B., Csajbók, Z., Janoušková, M., Kučera, M., Novák, D., Fryčová, B., ... & Seblova, D. (2024). Trajectories of symptoms of depression, distress and resilience in health care workers during the COVID-19 pandemic and towards its end in Czechia. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 67(1), 1-26. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1752>
- Khoury, M., Lassri, D., & Cohen, N. (2022). Job burnout among Israeli healthcare workers during the first months of COVID-19 pandemic: The role of emotion regulation strategies and psychological distress. *PLoS One*, 17(3), e0265659.
- Kim, J.-W., Stewart, R., Kang, S.-J., Jung, S.-I., Kim, S.-W., & Kim, J.-M. (2020). Telephone based interventions for psychological problems in hospital isolated patients with covid-19. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 18(4), 616-620. <https://doi.org/10.9758/cpn.2020.18.4.616>
- Kivity, Y., Tamir, M., & Huppert, J. D. (2016). Self-acceptance of negative emotions: The positive relationship with effective cognitive reappraisal. *International Journal of Cognitive Therapy*, 9(4), 279-294. <https://doi.org/10.1521/ijct.2016.09.10>
- Kohút, M. (2022). *Sprievodca základmi analýzy psychologických dát v programe jamovi*. Filozofická fakulta TU v Trnave.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4-41. <https://doi.org/10.1080/02699930802619031>
- Koole, S. L., & Rothermund, K. (2011). "I feel better but I don't know why": The psychology of implicit emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 25(3), 389-399. <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.550505>
- Koole, S. L., Sin, M. T. A., & Schneider, I. K. (2014). Embodied terror management: Interpersonal touch alleviates existential concerns among individuals with low self-esteem. *Psychological Science*, 25(1), 30-37. <https://doi.org/10.1177/0956797613483478>
- Koole, S. L., & van Knippenberg, A. (2007). Controlling your mind without ironic consequences: Self-affirmation eliminates rebound effects after thought suppression. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(4), 671-677. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2006.07.001>
- Kralova, M., Brazinova, A., Sivcova, V., & Izakova, L. (2022). Mental health of the Slovak population during COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey. *World Journal of Clinical Cases*, 10(25), 8880-8892. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i25.8880>

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kross, E., & Ayduk, O. (2008). Facilitating adaptive emotional analysis: Distinguishing distanced-analysis of depressive experiences from immersed-analysis and distraction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(7), 924–938. <https://doi.org/10.1177/0146167208315938>
- Kross, E., & Ayduk, O. (2011). Making meaning out of negative experiences by self-distancing. *Current Directions in Psychological Science*, 20(3), 187–191. <https://doi.org/10.1177/0963721411408883>
- Kross, E., & Ayduk, O. (2024). Distancing: What it is, how it works, and where to go next. In J. J. Gross & B. Q. Ford (Eds.), *Handbook of Emotion Regulation* (3rd ed., pp. 505–512). The Guilford Press.
- Kucbel, M., Šlepecký, M., Jandová, K., & Klimová, E. (2021). In Folentová, V. *Skúmajú duševný stav zdravotníkov: Prejavy depresie malo 80 percent zdravotníkov, ktorí pracujú s covidom*. Denník N, 24. 3. 2021; dostupné na https://dennikn.sk/2321957/skumaju-dusevny-stav-zdravotnikov-prejavy-depresie-malo-80-percent-zdravotnikov-ktori-pracuju-s-covidom/?ref=tema&fbclid=IwAR3A20miYumoVmweEPKjmSFEisf3F-Rb5G5J7gXgpAZNhOJm_zzHarzGRK8
- Kumar, A., & Nayar, K. R. (2020). Covid 19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health*, 30(1), 1–2. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.175705>
- Labrague, L. J. (2021). Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 1893–1905. <https://doi.org/10.1111/jonm.13336>
- Ladecký, J., Pilárik, Ľ., & Virostková Nábělková, E. (2024). Emočná flexibilita – prístupy a jej meranie. In Ľ. Pilárik (Eds.), *Emočná regulácia a flexibilita v psychopatológii a psychickej pohode* (s. 182–214). Banská Bystrica: Belianum. <https://doi.org/10.24040/2024.9788055722160>
- Lamb, D., Greenberg, N., Hotopf, M., Raine, R., Razavi, R., Bhundia, R., ... & Stevelink, S. (2021). NHS CHECK: protocol for a cohort study investigating the psychosocial impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers. *BMJ Open*, 11(6), e051687. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051687>
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., Itano, J., Inouye, J., Kim, S., Kuniviktik, W., ... & Ito, M. (2004). Cross-cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii). *International Journal of Nursing Studies*, 41(6), 671–684. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.02.003>
- Larsen, R. J., & Prizmic, Z. (2004). Affect regulation. In R. Baumeister, & K. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation research* (pp- 40–60). New York: Guilford.
- Lasalvia, A., Amadeo, F., Porru, S., Carta, A., Tardivo, S., Bovo, C., Ruggeri, M., & Bonetto, C. (2021). Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their

- associated factors: A cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open*, 11(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045127>
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus anxiety scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393–401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Leventhal, H., & Scherer, K. (1987). The relationship of emotion to cognition: A functional approach to a semantic controversy. *Cognition and Emotion*, 1(1), 3–28. <https://doi.org/10.1080/02699938708408361>
- Liang, S., Liu, C., Rotaru, K., Li, K., Wei, X., Yuan, S., ... & Liu, X. (2022). The relations between emotion regulation, depression and anxiety among medical staff during the late stage of COVID-19 pandemic: a network analysis. *Psychiatry Research*, 317, 114863. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114863>
- Lim, R. C. H., & Pinto, C. (2009). Work stress, satisfaction and burnout in New Zealand radiologists: comparison of public hospital and private practice in New Zealand. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology*, 53(2), 194–199. <https://doi.org/10.1111/j.1754-9485.2009.02063.x>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Depression Anxiety Stress Scales (DASS--21, DASS--42)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t01004-000>
- Lowry, D., Hevey, D., Wilson, C., O'Doherty, V., O' Sullivan, S., Finnerty, C., Pender, N., & Mulhern, S. (2023). Wellbeing and mental health outcomes amongst hospital healthcare workers during COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 40(402–410). <https://doi.org/10.1017/ipm.2023.1>
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 288, 112936. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
- Maniscalco, L., Enea, M., De Vries, N., Mazzucco, W., Boone, A., Lavreysen, O., ... & Matranga, D. (2024). Intention to leave, depersonalisation and job satisfaction in physicians and nurses: a cross-sectional study in Europe. *Scientific Reports*, 14(1), 2312. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-52887-7>
- Manera, V., Samson, A. C., Pehrs, C., Lee, I. A., & Gross, J. J. (2014). The eyes have it: The role of attention in cognitive reappraisal of social stimuli. *Emotion*, 14(5), 833–839. <https://doi.org/10.1037/a0037350>
- Marinaci, T., Carpinelli, L., Venuleo, C., Savarese, G., & Cavallo, P. (2020). Emotional distress, psychosomatic symptoms and their relationship with institutional responses: A survey of Italian frontline medical staff during the COVID-19 pandemic. *Heliyon*, 6(12). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05766>
- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39(7), 1249–1260. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.004>
- Mascayano, F., Van der Ven, E., Moro, M. F., Schilling, S., Alarcón, S., Al Barathie, J., ... & HEROES group. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers:

- study protocol for the COVID-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(3), 633–645. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02211-9>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Mauss, I. B., Evers, C., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2006). How to Bite Your Tongue Without Blowing Your Top: Implicit Evaluation of Emotion Regulation Predicts Affective Responding to Anger Provocation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(5), 589–602. <https://doi.org/10.1177/0146167205283841>
- Mauss, I. B., Bunge, S. A., & Gross, J. J. (2007). Automatic emotion regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 146–167. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00005.x>
- McRae, K., Jacobs, S. E., Ray, R. D., John, O. P., & Gross, J. J. (2012). Individual differences in reappraisal ability: Links to reappraisal frequency, well-being, and cognitive control. *Journal of Research in Personality*, 46(1), 2–7. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.10.003>
- Melnyk, B. M., Orsolini, L., Tan, A., Arslanian-Engoren, C., Melkus, G. D., Dunbar-Jacob, J., ... & Lewis, L. M. (2018). A National Study Links Nurses' Physical and Mental Health to Medical Errors and Perceived Worksite Wellness. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(2), 126–131. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000001198>
- Menges, J. I., Kilduff, M., Kern, S., & Bruch, H. (2015). The awestruck effect: Followers suppress emotion expression in response to charismatic but not individually considerate leadership. *The Leadership Quarterly*, 26(4), 626–640. <https://doi.org/10.1016/j.leafqua.2015.06.002>
- Milyavsky, M., Webber, D., Fernandez, J. R., Kruglanski, A. W., Goldenberg, A., Suri, G., & Gross, J. J. (2019). To reappraise or not to reappraise? Emotion regulation choice and cognitive energetics. *Emotion*, 19(6), 964–981. <https://doi.org/10.1037/emo0000498>
- Miller, S. (2021). *Mental health in Eastern Europe during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of depression and anxiety*. Oregon State University, Honors College.
- Minnie, L., Goodman, S., & Wallis, L. (2015). Exposure to daily trauma: The experiences and coping mechanism of Emergency Medical Personnel. A cross-sectional study. *African Journal of Emergency Medicine*, 5(1), 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2014.10.010>
- Moro, M. F., Calamandrei, G., Poli, R., Di Mattei, V., Perra, A., Kurotschka, P. K., ... & Carta, M. G. (2022). The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Healthcare Workers in Italy: Analyzing the Role of Individual and Workplace-Level Factors in the Reopening Phase After Lockdown. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 867080–867080. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.867080>
- Morawa, E., Schug, C., Geiser, F., Beschoner, P., Jerg-Bretzke, L., Albus, C., Weidner, K., Hiebel, N., Borho, A., & Erim, Y. (2021). Psychosocial burden and working conditions during the COVID-19 pandemic in Germany: The VOICE survey among 3678 health care workers in hospitals. *Journal of Psychosomatic Research*, 144, 110415. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110415>

- Mosier, K. L., & Fischer, U. (2010). The role of affect in naturalistic decision making. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making*, 4(3), 240-255. <https://doi.org/10.14236/ewic/NDM2009.9>
- Mosolova, E., Chung, S., Sosin, D., & Mosolov, S. (2020). Stress and anxiety among healthcare workers associated with COVID-19 pandemic in Russia. *Psychiatra Danubina*, 32(3-4), 549-556. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.549>
- Munawar, K., & Choudhry, F. R. (2021). Exploring stress coping strategies of frontline emergency health workers dealing Covid-19 in Pakistan: A qualitative inquiry. *American Journal of Infection Control*, 49(3), 286-292. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.06.214>
- NCZI. (2023). Výročná správa 2023. <https://www.nczisk.sk/Documents/download/vy-rocna-sprava-NCZI-2023.pdf>
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74(1), 193-218. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
- Nezlek, J. B., & Kuppens, P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality*, 76(3), 561-580. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00496.x>
- Niedenthal, P. M., Barsalou, L. W., Winkelman, P., Krauth-Gruber, S., & Ric, F. (2005). Embodiment in attitudes, social perception, and emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 9(3), 184-211. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0903_1
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2008). Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience. *Current Directions in Psychological Science*, 17(2), 153-158. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00566.x>
- O'Dowd, E., O'Connor, P., Lydon, S., Mongan, O., Connolly, F., Diskin, C., ... & Byrne, D. (2018). Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC Health Services Research*, 18(1), 730. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3541-8>
- OECD. (2021). *Health at a glance 2021. OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9en>
- Opitz, P. C., Cavanagh, S. R., & Urry, H. L. (2015). Uninstructed emotion regulation choice in four studies of cognitive reappraisal. *Personality and Individual Differences*, 86, 455-464. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.048>
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. (2020). "Pandemic fear" and covid-19: Mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- Pačúťová, V., Madarasová Gecková, A., Kizek, P., Majerníková, S. M., de Winter, A. F., & Reijneveld, S. A. (2023). Pandemic management impacts Slovak health care workers' quality of life during the second wave of the COVID-19 pandemic. *PLoS One*, 18(3), e0283740. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283740>
- Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 396-405. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01677.x>

- Pilárik, L. (2024). Dysregulované emócie – transdiagnostický prístup v psychopatológii. In L. Pilárik (Eds.), *Emočná regulácia a flexibilita v psychopatológii a psychickej pohode* (s. 5-47). Banská Bystrica: Belianum. <https://doi.org/10.24040/2024.9788055722160>
- Pilárik, L., & Galasová, M. (2024). Kognitívne stratégie regulácie emócií v psychopatológii. In L. Pilárik (Eds.), *Emočná regulácia a flexibilita v psychopatológii a psychickej pohode* (s. 79-114). Banská Bystrica: Belianum. <https://doi.org/10.24040/2024.9788055722160>
- Pilárik, L., Virostková Nábělková, E., Heinzová, Z., & Kaliská, L. (2022). *Dotazník regulácie emócií (ERQ) – slovenský preklad*. Nepublikovaný materiál dostupný u autorov.
- Pishel, V., Polyvianaia, M., Pinchuk, I., Myshakivska, O., Thomicroft, G., & Hanlon, C. (2022). Mental Health of Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in Ukraine. *Proceedings of Shevchenko Scientific Society: Medical Sciences*, 66(1), 124-132. <https://doi.org/10.25040/ntsh2022.01.12>
- Pollatos, O., Matthias, E., & Keller, J. (2015). When interoception helps to overcome negative feelings caused by social exclusion. *Frontiers in Psychology*, 6, Article 786. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00786>
- Prinz, J. J. (2004). *Gut reactions: A perceptual theory of emotion*. Oxford University Press.
- Qin, Z., Zhong, X., Ma, J., & Lin, H. (2016). Stressors affecting nurses in China. *Contemporary Nurse*, 52(4), 447-453. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1221321>
- Rangel, A., Camerer, C., & Montague, P. R. (2008). A framework for studying the neurobiology of value-based decision making. *Nature Reviews: Neuroscience*, 9(7), 545-556. <https://doi.org/10.1038/nrn2357>
- Reich, J. W., Zautra, A., & Hall, J. S. (2010). *Handbook of Adult Resilience*. Guilford Press.
- Richards, J. M., & Gross, J. J. (1999). Composure at any cost? The cognitive consequences of emotion suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(8), 1033-1044. <https://doi.org/10.1177/01461672992511010>
- Riediger, M., Schmiedek, F., Wagner, G. G., & Lindenberger, U. (2009). Seeking pleasure and seeking pain: Differences in prohedonic and contra-hedonic motivation from adolescence to old age. *Psychological Science*, 20(12), 1529-1535. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02473.x>
- Riley, R., & Weiss, M. C. (2016). A qualitative thematic review: emotional labour in healthcare settings. *Journal of Advanced Nursing*, 72(1), 6-17. <https://doi.org/10.1111/jan.12738>
- Rivers, S. E., Brackett, M. A., Katulak, N. A., & Salovey, P. (2007). Regulating anger and sadness: An exploration of discrete emotions in emotion regulation. *Journal of Happiness Studies*, 8(3), 393-427. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9017-2>
- Rink, L. C., Oyesanya, T. O., Adair, K. C., Humphreys, J. C., Silva, S. G., & Sexton, J. B. (2023). Stressors among healthcare workers: a summative content analysis. *Global Qualitative Nursing Research*, 10, 23333936231161127. <https://doi.org/10.1177/23333936231161127>
- Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., Souza, T., & Gonçalves, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>

- Rodríguez-Rey, R., Guerra Corral, M., Collazo-Castiñeira, P., Collado, S., Caro-Carretero, R., Cantizano, A., & Garrido-Hernansaiz, H. (2024). Predictors of mental health in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: The role of experiential avoidance, emotion regulation and resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 80(10), 4089-4102. <https://doi.org/10.1111/jan.16122>
- Rout, U. (1996). Stress among general practitioners and their spouses: a qualitative study. *The British Journal of General Practice*, 46(404), 157-160.
- Rozin, P. (2008). Hedonic "adaptation": Specific habituation to disgust/death elicitors as a result of dissecting a cadaver. *Judgment and Decision Making*, 3(2), 191-194. <https://doi.org/10.1017/S1930297500001534>
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-212. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Samson, A. C., & Gross, J. J. (2012). Humour as emotion regulation: The differential consequences of negative versus positive humour. *Cognition & Emotion*, 26(2), 375-384. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.585069>
- Sanche, S., Lin, Y. T., Xu, C., Romero-Severson, E., Hengartner, N., & Ke, R. (2020). High contagiousness and rapid spread of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2. *Emerging Infectious Diseases*, 26(7), 1470-1477. <https://doi.org/10.3201/eid2607.200282>
- Schaufeli, W. B., Desart, S., & De Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)—development, validity, and reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9495. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>
- Schaufeli, W. B., De Witte, H., Hakanen, J. J., Keltainen, J., & Kok, R. (2023). How to assess severe burnout? Cutoff points for the Burnout Assessment Tool (BAT) based on three European samples. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 49(4), 293-302. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4093>
- Sen-Crowe, B., Sutherland, M., McKenney, M., & Elkbuli, A. (2021). A closer look into global hospital beds capacity and resource shortages during the COVID-19 pandemic. *Journal of Surgical Research*, 260, 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.11.062>
- Shafir, R., Schwartz, N., Blechert, J., & Sheppes, G. (2015). Emotional intensity influences pre-implementation and implementation of distraction and reappraisal. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(10), 1329-1337. <https://doi.org/10.1093/scan/nsv022>
- Sharma, P., & Srivastava, U. R. (2020). Emotion regulation and job satisfaction as predictors of subjective well-being in doctors. *Management and Labour Studies*, 45(1), 7-14. <https://doi.org/10.1177/0258042X198940>
- Sheppes, G., Catran, E., & Meiran, N. (2009). Reappraisal (but not distraction) is going to make you sweat: Physiological evidence for self-control effort. *International Journal of Psychophysiology*, 71(2), 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2008.06.006>
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., Radu, P., Blechert, J., & Gross, J. J. (2014). Emotion regulation choice: a conceptual framework and supporting evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(1), 163-181. <https://doi.org/10.1037/a0030831>

- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 281–282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Short, N. A., Boffa, J. W., Clancy, K., & Schmidt, N. B. (2018). Effects of emotion regulation strategy use in response to stressors on PTSD symptoms: An ecological momentary assessment study. *Journal of Affective Disorders*, 230, 77–83. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.063>
- Sierakowska, M., & Doroszkiewicz, H. (2022). Stress coping strategies used by nurses during the COVID-19 pandemic. *PeerJ*, 10, e13288. <https://doi.org/10.7717/peerj.13288>
- Smidt, K. E., & Suvak, M. K. (2015). A brief, but nuanced, review of emotional granularity and emotion differentiation research. *Current Opinion in Psychology*, 3, 48–51. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.007>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Soares, J. P., Oliveira, N. H. S. D., Mendes, T. D. M. C., Ribeiro, S. D. S., & Castro, J. L. D. (2022). Burnout-related factors in health professionals during the Covid-19 pandemic: an integrative review. *Saúde em Debate*, 46, 385–398.
- Soto, J. A., Perez, C. R., Kim, Y.-H., Lee, E. A., & Minnick, M. R. (2011). Is expressive suppression always associated with poorer psychological functioning? A cross-cultural comparison between European Americans and Hong Kong Chinese. *Emotion*, 11(6), 1450–1455. <https://doi.org/10.1037/a0023340>
- Søvdal, L. E., Naslund, J. A., Kousoulis, A. A., Saxena, S., Qoronfle, M. W., Grobler, C., & Münter, L. (2021). Prioritizing the mental health and well-being of healthcare workers: An Urgent Global Public Health Priority. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679397>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*, 282(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Srivastava, S., Tamir, M., McGonigal, K. M., John, O. P., & Gross, J. J. (2009). The social costs of emotional suppression: a prospective study of the transition to college. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(4), 883–897. <https://doi.org/10.1037/a0014755>
- Strack, F., Martin, L. L., & Stepper, S. (1988). Inhibiting and facilitating conditions of the human smile: A nonobtrusive test of the facial feedback hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(5), 768–777. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.5.768>
- Tangerlini, T. R. (2000). *Heroes and lies: Storytelling tactics among paramedics*. *Folklore*, 111(1), 43–66. <https://doi.org/10.1080/001558700360889>
- Tamir, M. (2016). Why do people regulate their emotions? A taxonomy of motives in emotion regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 20(3), 199–222. <https://doi.org/10.1177/1088868315586325>

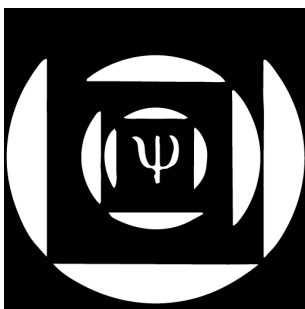
- Tanner, G., Bamberg, E., Kozak, A., Kersten, M., & Nienhaus, A. (2015). Hospital physicians' work stressors in different medical specialties: a statistical group comparison. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 10(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s12995-015-0052-y>
- Tavella, G., Hadzi-Pavlovic, D., Bayes, A., Jebejian, A., Manicavasagar, V., Walker, P., & Parker, G. (2023). Burnout and depression: Points of convergence and divergence. *Journal of Affective Disorders*, 339, 561–570. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.095>
- Theocharis, A., Antonopoulos, V., & Christodoulou, N. G. (2023). Somatic symptoms associated with mental distress during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Australasian Psychiatry*, 31(2), 147–156. <https://doi.org/10.1177/10398562231156380>
- Thomas, L. J., & Revell, S. H. (2016). Resilience in nursing students: An integrative review. *Nurse Education Today*, 36, 457–462. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.016>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Torre, J. B., & Lieberman, M. D. (2018). Putting feelings into words: Affect labeling as implicit emotion regulation. *Emotion Review*, 10(2), 116–124. <https://doi.org/10.1177/1754073917742706>
- Troy, A. S., Wilhelm, F. H., Shallcross, A. J., & Mauss, I. B. (2010). Seeing the silver lining: Cognitive reappraisal ability moderates the relationship between stress and depressive symptoms. *Emotion*, 10(6), 783–795. <https://doi.org/10.1037/a0020262>
- Trudel-Fitzgerald, C., Boucher, G., Morin, C., Mondragon, P., Guimond, A. J., Nishimi, K., ... & Denckla, C. (2024). Coping and emotion regulation: A conceptual and measurement scoping review. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 65(3), 149–162. <https://doi.org/10.1037/cap0000377>
- Uhrecký, B., & Baránková, M. (v recenznom konaní). Keeping things in the right distance: Emotion triggers and regulation strategies among physicians.
- Uhrecký, B., Gurňáková, J., & Baránková, M. (2020). Emotion regulation strategies in paramedic crew leaders during a simulated stressful Task: A qualitative inquiry. *Studia psychologica*, 62(2), 89–108. <https://doi.org/10.31577/sp.2020.02.793>
- Uhrecký, B., Gurňáková, J., & Marcinechová, D. (2021). 'We ought to be professionals': strategies of intrapersonal and interpersonal emotion regulation of emergency medical services professionals in confrontation with the death of a newborn in simulated task. *Qualitative Health Research*, 31(13), 2364–2377. <https://doi.org/10.1177/10497323211037644>
- Uhrecký, B., Kučerová, V., & Paksi, D. (2025). "You treat your stress by doing what you're supposed to do": a qualitative inquiry into emotion regulation of paramedics and paramedic students in critical incidents. *BMC Emergency Medicine*, 25(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12873-025-01228-6>
- Van Dillen, L. F., & Koole, S. L. (2007). Clearing the mind: a working memory model of distraction from negative mood. *Emotion*, 7(4), 715–723. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.4.715>

- Van Riel, N., Auwerx, K., Debbaut, P., Van Hees, S., & Schoenmakers, B. (2017). The effect of Dr Google on doctor–patient encounters in primary care: a quantitative, observational, cross-sectional study. *BJGP Open*, 1(2). <https://doi.org/10.3399/bjgpopen17X100833>
- Vilte, L. S., Rodríguez-Carvajal, R., & Hervás, G. (2022). The role of emotion regulation strategies on healthcare workers' mental health during the COVID-19. *Ansiedad y Estrés* 28(3), 186-193. <https://doi.org/10.5093/anyes2022a22>
- Vírostková Nábělková, E., & Bartošiková, P. (2024). Overovanie Škály emočnej flexibility voči stratégiám emočnej regulácie a subjektívnej pohode. In L. Pilárik (Eds.), *Emočná regulácia a flexibilita v psychopatológii a psychickej pohode* (s. 215-232). Banská Bystrica: Belianum. <https://doi.org/10.24040/2024.9788055722160>
- Volokhov, R. N., & Demaree, H. A. (2010). Spontaneous emotion regulation to positive and negative stimuli. *Brain and Cognition*, 73(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.10.015>
- Hay, A. C., Sheppes, G., Gross, J. J., & Gruber, J. (2015). Choosing how to feel: Emotion regulation choice in bipolar disorder. *Emotion*, 15(2), 139–145. <https://doi.org/10.1037/emo0000024>
- Warr, P., Cook, J., & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52(2), 129-148. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1979.tb00448.x>
- Watkins, E.R. (2024). Rumination. In J. J. Gross & B. Q. Ford (Eds.), *Handbook of Emotion Regulation* (3rd ed., pp. 513–520). The Guilford Press.
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775-808. <https://doi.org/10.1037/a0027600>
- Weiss, N. H., Bold, K. W., Sullivan, T. P., Armeli, S., & Tennen, H. (2017). Testing bidirectional associations among emotion regulation strategies and substance use: a daily diary study. *Addiction*, 112(4), 695-704. <https://doi.org/10.1111/add.13698>
- Wen, J., Cheng, Y., Hu, X., Yuan, P., Hao, T., & Shi, Y. (2016). Workload, burnout, and medical mistakes among physicians in China: A cross-sectional study. *Bioscience Trends*, 10(1), 27-33. <https://doi.org/10.5582/bst.2015.01175>
- WHO, 2025. [COVID-19 deaths | WHO COVID-19 dashboard](#) retrieved on 9.10.2025
- Wiig, S., Aase, K., Billett, S., Canfield, C., Røise, O., Njå, O., Guise, V., Haraldseid-Driftland, C., Ree, E., Anderson, J. E., & Macrae, C. (2020). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in Healthcare Research Program. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05224-3>
- Wilson, J., & Kirshbaum, M. (2011). Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *British Journal of Nursing*, 20(9), 559-563. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.9.559>
- Wojnarowska, A., Kobylińska, D., & Lewczuk, K. (2020). Acceptance as an emotion regulation strategy in experimental psychological research: What we know and how we can improve that knowledge. *Frontiers in Psychology*, 11, 514899. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00242>
- Wranik, T., Barrett, L. F., & Salovey, P. (2007). Intelligent emotion regulation: Is knowledge power? In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 393-407). New York: Guilford Press.

- Xu, J. (2018). Emotion regulation in mathematics homework: An empirical study. *The Journal of Educational Research*, 111(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/00220671.2016.1175409>
- Yin, H. (2016). Knife like mouth and tofulike heart: emotion regulation by Chinese teachers in classroom teaching. *Social Psychology of Education*, 19, 1-22. <https://doi.org/10.1007/s1121801593195>
- Zaehringer, J., Jennen-Steinmetz, C., Schmahl, C., Ende, G., & Paret, C. (2020). Psychophysiological effects of downregulating negative emotions: Insights from a meta-analysis of healthy adults. *Frontiers in Psychology*, 11, 470. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00470>
- Zajonc, R. B. (1980). Thinking and feeling: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35(2), 151-175.
- Zamariola, G., Frost, N., van Oost, A., Corneille, O., & Luminet, O. (2019). Relationship between interoception and emotion regulation: New evidence from mixed methods. *Journal of Affective Disorders*, 246, 480-485. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.101>
- Zangri, R. M., Andreu, C. I., Nieto, I., Gonzalez-Garzon, A. M., & Vazquez, C. (2022). Efficacy of mindfulness to regulate induced emotions in the laboratory: A systematic review and meta-analysis of self-report and biobehavioral measures. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 143, 104957. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104957>
- Zhang, W., Wang, K., Yin, L., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M., Min, B., Tian, Q., Leng, H., Du, J., Chang, H., Yang, Y., Li, W., Shangguan, F., Yan, T., Dong, H., Han, Y., Wang, Y., Cosci, F., & Wang, H. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242-250. <https://doi.org/10.1159/000507639>
- Zhu, Z., & Bonanno, G. A. (2017). Affective flexibility: Relations to expressive flexibility, feedback, and depression. *Clinical Psychological Science*, 5(6), 930-942. <https://doi.org/10.1177/2167702617717337>

Ústav experimentálnej psychológie, Centrum
spoločenských a psychologických vied SAV, v. v. i.

2025



CSPS SAS

NÁZOV: Pod tlakom zodpovednosti: Stres a regulácia emócií v práci zdravotníckych profesionálov

AUTORI: Mgr. Branislav Uhrecký, PhD.
Mgr. Jitka Gurňáková, PhD.
Mgr. Ing. Peter Teličák, PhD.

RECENZENTI: Doc. PhDr. Ľubor Pilárik, PhD.
Mgr. Zuzana Heinzová, PhD.

TECHNICKÁ
SPOLUPRÁCA: Mgr. Ida Prokopčáková

OBÁLKA: Mgr. Ján Kurinec

JAZYKOVÁ
KOREKTÚRA: Publikácia neprešla jazykovou korektúrou.

VYDAVATEĽ: Centrum spoločenských a psychologických vied SAV, v. v. i.

TLAČ: Equilibria, s.r.o.

ROK VYDANIA: 2025

VYDANIE: Prvé

POČET STRÁN: 128

ISBN 978-80-8298-025-0

EAN 9788082980250