

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNÍCKÝCH ŠTUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCA

2023

Bc. Radka Lužáková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života a zdraví perioperačního týmu

Diplomová práce

2023

Bc. Radka Lužáková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Radka Lužáková**
Osobní číslo: **Z19271**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Téma práce: **Kvalita života a zdraví perioperačního týmu**
Téma práce anglicky: **Quality of life and health of perioperative team**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Štúdium literatúry, zber informácií a popis súčasného stavu riešenej problematiky.
2. Stanovenie cieľov a metodiky práce.
3. Príprava a realizácia prieskumného šetrenia podľa stanovenej metodiky.
4. Analýza a interpretácia získaných dát.
5. Zhodnotenie výsledkov práce.

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

Seznam doporučené literatury:

- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života (pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum)*. Praha: Grada Publishing, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava et al. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
- VÉVODA, Jiří et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2013, 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
- WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012, 118 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
- ŽÍDKOVÁ, Zdeňka. Životospráva sálových sester. *Sestra*. 2010, 20(2), 40-41. ISSN 1210-0404.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2019**
Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2023**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 10. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem **Kvalita života a zdraví perioperačního týmu** jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 27. 4. 2023

Bc. Radka Lužáková v. r.

POĎAKOVANIE

Touto cestou úprimne ďakujem vedúcej diplomovej práce, **Mgr. Eve Hlaváčkovej, Ph.D.**, za jej odbornú pomoc, metodické vedenie a pripomienky, ktoré mi poskytla pri vypracovaní práce.

ANOTÁCIA

Práca sa zaoberá kvalitou života a zdravia perioperačného tímu. Hlavným cieľom práce je zistiť kvalitu života a zdravia členov perioperačného tímu. Empirická časť práce prezentuje dáta získané pomocou štandardizovaného dotazníka SF 36 a zistenia z rozhovorov s členmi perioperačného tímu. Poukazuje na to, ako členovia perioperačného tímu hodnotia svoje fyzické zdravie, psychické zdravie a celkovú kvalitu života.

KLÚČOVÉ SLOVÁ

kvalita života a zdravia, perioperačný tím, fyzické zdravie, psychické zdravie

TITLE

Quality of life and health of perioperative team

ANNOTATION

This thesis deals with the quality of life and health of the perioperative team. The main objective of this thesis is to determine the quality of life and health of members of the perioperative team. Empirical part of this work presents data obtained using the standardized SF 36 questionnaire, as well as findings from interviews with members of the perioperative team. It shows how members of the perioperative team evaluate their physical health, mental health and overall quality of life.

KEYWORDS

quality of life and health, perioperative team, physical health, mental health

OBSAH

ÚVOD	13
1 CIEĽ PRÁCE.....	14
2 TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ RIEŠENEJ PROBLEMATIKY	15
2.1 Perioperačný tím	15
2.2 Kvalita života a zdravia	19
2.2.1 Vymedzenie kvality života a zdravia.....	19
2.2.2 Nástroje na meranie kvality života	21
2.2.3 Kvalita života a zdravia členov perioperačného tímu.....	23
3 SKÚMANIE KVALITY ŽIVOTA A ZDRAVIA ČLENOV PERIOPERAČNÉHO TÍMU.....	35
3.1 Výskumné otázky a výskumné hypotézy.....	35
3.2 Výskumný súbor	35
3.3 Metodika zberu dát	38
3.4 Metódy interpretácie a vyhodnotenia dát.....	39
3.5 Interpretácia výsledkov	42
3.5.1 Interpretácia výsledkov z rozhovorov.....	42
3.5.2 Interpretácia výsledkov z dotazníkov	49
3.6 Vyhodnotenie výsledkov.....	71
4 DISKUSIA.....	79
ZÁVER	88
SÚPIS BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV	89
PRÍLOHY	96

ZOZNAM ILUSTRÁCIÍ A TABULIEK

Tabuľka 1 – Pohlavie respondentov.....	36
Tabuľka 2 – Vek respondentov – všetky odpovede.....	36
Tabuľka 3 – Vek respondentov – vekové skupiny.....	37
Tabuľka 4 – Pracovná pozícia respondentov v perioperačnom tíme.....	37
Tabuľka 5 – Časť výskumného súboru zapojeného do kvalitatívneho výskumu.....	37
Tabuľka 6 – Kategórie kódov, kódy a ich farebné rozlíšenie.....	40
Tabuľka 7 – Hodnotenie fyzického zdravia pri práci v perioperačnom tíme.....	42
Tabuľka 8 – Hodnotenie psychického zdravia pri práci v perioperačnom tíme.....	42
Tabuľka 9 – Faktory ovplyvňujúce fyzické zdravie pri práci v perioperačnom tíme.....	43
Tabuľka 10 – Faktory ovplyvňujúce psychické zdravie pri práci v perioperačnom tíme.....	44
Tabuľka 11 – Spôsoby ovplyvňovania fyzického zdravia ostatnými členmi perioperačného tímu.....	45
Tabuľka 12 – Spôsoby ovplyvňovania psychického zdravia ostatnými členmi perioperačného tímu.....	45
Tabuľka 13 – Subjektívne zhodnotenie kvality života.....	46
Tabuľka 14 – Faktory ovplyvňujúce kvalitu života.....	47
Tabuľka 15 – Subjektívne zhodnotenie kvality života v porovnaní so stavom pred rokom...48	48
Tabuľka 16 – Celkové hodnotenie zdravia.....	49
Tabuľka 17 – Získanie ochorenia ľahšie ako u iných ľudí.....	50
Tabuľka 18 – Rovnaké zdravie ako u kohokoľvek iného.....	50
Tabuľka 19 – Očakávané zhoršenie zdravia.....	51
Tabuľka 20 – Považovanie zdravia za perfektné.....	51
Tabuľka 21 – Výsledné skóre v dimenzii všeobecné zdravie.....	52
Tabuľka 22 – Hodnotenie zdravia v porovnaní so stavom pred rokom.....	53

Tabuľka 23	– Obmedzenie zdravím pri usilovných činnostiach.....	53
Tabuľka 24	– Obmedzenie zdravím pri stredne namáhavých činnostiach	54
Tabuľka 25	– Obmedzenie zdravím pri dvíhaní alebo nosení bežného nákupe	54
Tabuľka 26	– Obmedzenie zdravím pri vychádzaní po schodoch – niekoľko poschodí	54
Tabuľka 27	– Obmedzenie zdravím pri vychádzaní po schodoch – jedno poschodie	55
Tabuľka 28	– Obmedzenie zdravím pri predklone, zhýbaní, pokľaku	55
Tabuľka 29	– Obmedzenie zdravím pri chôdzi – asi jeden kilometer	55
Tabuľka 30	– Obmedzenie zdravím pri chôdzi po ulici – sto metrov.....	56
Tabuľka 31	– Obmedzenie zdravím pri chôdzi po ulici – niekoľko desiatok metrov	56
Tabuľka 32	– Obmedzenie zdravím pri kúpaní doma alebo obliekaní bez cudzej pomoci	56
Tabuľka 33	– Výsledné skóre v dimenzii fyzické fungovanie.....	57
Tabuľka 34	– Skrátenie času venovaného práci alebo inej činnosti	58
Tabuľka 35	– Menej vykonanej práce, než bolo zamýšľané.....	58
Tabuľka 36	– Obmedzenie v druhu práce alebo iných činnostiach	58
Tabuľka 37	– Problémy pri práci alebo iných činnostiach	59
Tabuľka 38	– Výsledné skóre v dimenzii fyzické obmedzenia	59
Tabuľka 39	– Skrátenie času venovaného práci alebo inej činnosti	60
Tabuľka 40	– Menej vykonanej práce, než bolo zamýšľané.....	60
Tabuľka 41	– Menšia pozornosť pri práci alebo iných činnostiach, než obvykle	60
Tabuľka 42	– Výsledné skóre v dimenzii emočné problémy.....	61
Tabuľka 43	– Obmedzovanie spoločenského života v dôsledku problémov.....	61
Tabuľka 44	– Frekvencia obmedzovania spoločenského života v dôsledku problémov	62
Tabuľka 45	– Výsledné skóre v dimenzii sociálne fungovanie	62
Tabuľka 46	– Veľkosť bolestí v posledných štyroch týždňoch	63

Tabuľka 47 – Obmedzovanie v práci v zamestnaní alebo doma v dôsledku bolesti	63
Tabuľka 48 – Výsledné skóre v dimenzii telesná bolesť	64
Tabuľka 49 – Naplnenie elánom	64
Tabuľka 50 – Naplnenie energiou	65
Tabuľka 51 – Pocit vyčerpanosti.....	65
Tabuľka 52 – Pocit únavy	66
Tabuľka 53 – Výsledné skóre v dimenzii vitalita	66
Tabuľka 54 – Pocit veľkej nervozity.....	67
Tabuľka 55 – Pociťovanie veľkej depresie bez možnosti rozveseliť sa	67
Tabuľka 56 – Pociťovanie pokoja a pohody	68
Tabuľka 57 – Pociťovanie pesimizmu a smútku.....	68
Tabuľka 58 – Pocit šťastia	69
Tabuľka 59 – Výsledné skóre v dimenzii duševné zdravie.....	69
Tabuľka 60 – Celkové fyzické zdravie a celkové psychické zdravie	70
Tabuľka 61 – Hodnotenie kvality života podľa Cantrilovho indexu	70
Tabuľka 62 – Celkové hodnotenie zdravia podľa pohlavia – kontingenčná tabuľka	74
Tabuľka 63 – Získanie ochorenia ľahšie ako u iných ľudí podľa pohlavia – kontingenčná tabuľka	74
Tabuľka 64 – Rovnaké zdravie ako u kohokoľvek iného podľa pohlavia – kontingenčná tabuľka	74
Tabuľka 65 – Očakávané zhoršenie zdravia podľa pohlavia – kontingenčná tabuľka	75
Tabuľka 66 – Považovanie zdravia za perfektné podľa pohlavia – kontingenčná tabuľka	75
Tabuľka 67 – Celkové hodnotenie zdravia podľa veku – kontingenčná tabuľka	76
Tabuľka 68 – Získanie ochorenia ľahšie ako u iných ľudí podľa veku – kontingenčná tabuľka	76

Tabuľka 69 – Rovnaké zdravie ako u kohokoľvek iného podľa veku – kontingenčná tabuľka	77
Tabuľka 70 – Očakávané zhoršenie zdravia podľa veku – kontingenčná tabuľka	77
Tabuľka 71 – Považovanie zdravia za perfektné podľa veku – kontingenčná tabuľka	77
Tabuľka 72 – Porovnanie výsledného skóre dimenzií dotazníka SF 36 so skóre vybraných štandardov a noriem	84

ZOZNAM SKRATIEK A ZNAČIEK

Σ	celková početnosť
b.	bod
E_i	očakávaná početnosť
FZ	fyzické zdravie
H_0	nulová hypotéza
H_A	alternatívna hypotéza
KŽ	kvalita života
MCS	mental component summary (celkové psychické zdravie)
n	number (absolútny počet)
očk. poč.	očakávaná početnosť
O_i	skutočná početnosť
p	hladina štatistickej významnosti
PCS	physical component summary (celkové fyzické zdravie)
PZ	psychické zdravie
QoL / QOL	quality of life (kvalita života)
r.	rok
RTG	röntgen
SF	short form (skrátaná verzia)
SIP	Sickness Impact Profile (profil dopadu ochorenia)
skut. poč.	skutočná početnosť
WHO	World Health Organization (Svetová zdravotnícka organizácia)
x	súčin
x^2	chí kvadrát (chí kvadrátový test)

ÚVOD

Práca v oblasti perioperačnej starostlivosti je náročná z hľadiska fyzického, psychického a samozrejme aj odborného. Negatívne dopady práce na operačnej sále môžu u jednotlivých členov perioperačného tímu a vôbec u perioperačného tímu ako celku spôsobovať rozličné komplikácie, ktoré v konečnom dôsledku môžu znižovať kvalitu života a zdravia členov.

Kvalita života a zdravia je fenomén, ktorému sa aj v perioperačnej starostlivosti venuje čoraz väčšia pozornosť, a to nielen z hľadiska potreby udržiavať alebo zvyšovať kvalitu života a zdravia u samotných pacientov, ale aj u členov perioperačného tímu. Či už ide o sestry, lekárov, sanitárov, alebo anestéziológov, každý člen perioperačného tímu ovplyvňuje samotné fungovanie tohto tímu a to, ako efektívne dokáže pracovať, ako sa dokáže vyrovnávať so záťažovými situáciami v perioperačnej starostlivosti a v akej miere sa to odráža na celkovej životnej, pracovnej, osobnej či zdravotnej spokojnosti každého člena tímu.

Téma záverečnej práce bola zvolená najmä z dôvodu jej zvyšujúcej sa aktuálnosti. Motívom pre výber tejto témy bola aj snaha preskúmať perioperačný tím ako celok tvorený rôznymi profesiami, a tiež snaha ešte hlbšie preniknúť do problematiky, ktorá je mi ako autorke práce blízka po profesijnej stránke, a ktorej by som sa rada venovala aj v budúcnosti.

Hlavným cieľom práce je zistiť kvalitu života a zdravia členov perioperačného tímu. Práca je teoreticko-empirického charakteru a skladá sa zo štyroch hlavných kapitol. Úvodná kapitola práce rozvádza hlavný cieľ práce aj o hlavný cieľ výskumu a jednotlivé čiastkové výskumné ciele. Druhá kapitola práce popisuje teoretické východiská riešenej problematiky, konkrétne perioperačný tím a kvalitu života a zdravia, a prináša tiež prehľad domácich i zahraničných štúdií o skúmaní kvality života a zdravia členov perioperačného tímu. Náplňou tretej kapitoly práce je metodika a výsledky vlastného kvalitatívno-kvantitatívneho výskumu v tejto oblasti. Ako výskumné metódy sa využívajú pološtruktúrovaný rozhovor, štandardizovaný dotazník kvality života SF 36 a Cantrilov index. K vyhodnoteniu výsledkov výskumu sa využívajú metódy otvoreného kódovania, skórovanie a Pearsonov chí kvadrát test nezávislosti. Vo štvrtej kapitole sú získané výsledky konfrontované s výsledkami a tvrdeniami iných autorov a na základe vlastných výsledkov sú stanovené odporúčania pre prax.

1 CIEĽ PRÁCE

Hlavným cieľom práce je zistiť kvalitu života a zdravia členov perioperačného tímu.

Hlavným cieľom výskumu, ktorý má kvalitatívno-kvantitatívny charakter, je zistiť kvalitu života a zdravia členov perioperačného tímu na vybranom pracovisku.

Čiastkovými cieľmi výskumu je:

- zistiť, ako členovia perioperačného tímu subjektívne hodnotia svoje fyzické zdravie;
- zistiť, ako členovia perioperačného tímu subjektívne hodnotia svoje psychické zdravie;
- zistiť, či existuje vzťah medzi všeobecným zdravím a pohlavím členov perioperačného tímu;
- zistiť, či existuje vzťah medzi všeobecným zdravím a vekom členov perioperačného tímu;
- zistiť, aká je kvalita života členov perioperačného tímu a čím je determinovaná.

2 TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ RIEŠENEJ PROBLEMATIKY

Úvodná kapitola popisuje perioperačný tím a jeho úlohy. Poukazuje tiež na kvalitu života v súvislosti so zdravím, nástroje na meranie kvality života a kvalitu života a zdravia členov perioperačného tímu vrátane faktorov, ktoré ju ovplyvňujú.

2.1 Perioperačný tím

Výraz „peri“ je predponou gréckeho pôvodu, znamenajúcou „o“ alebo „okolo“. Slovo „perioperačný“ sa v českých podmienkach zaviedlo v súvislosti so zmenami používanej terminológie v zdravotníctve v roku 2004 prijatím Zákona č. 96/2004 Zb. o podmienkach získavania a overovania spôsobilosti na výkon zdravotníckych povolání a na výkon činností súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti (zákona o nelekárskych zdravotníckych povolaniach). Odvtedy sa bežne používajú slovné spojenia ako perioperačná starostlivosť či perioperačný tím (Jedličková et al., 2012, s. 155).

Perioperačnú starostlivosť možno definovať ako starostlivosť o pacienta alebo pacientku na operačnej sále bezprostredne pred operáciou, v priebehu zákroku a bezprostredne po ňom. Ide o starostlivosť o pacientov, ktorí majú podstúpiť rôzne intervenčné, invazívne, diagnostické alebo terapeutické zákroky. Perioperačná starostlivosť je tímová starostlivosť. Predstavuje vysoko špecializovanú starostlivosť, pričom túto starostlivosť zastáva vysoko špecializovaný personál (Jedličková et al., 2012, s. 3). Tento špecializovaný personál je v práci označovaný ako perioperačný tím – operačná skupina.

Ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná v rámci perioperačného ošetrovateľstva je teda starostlivosť, ktorá je poskytovaná v multiprofesionálnych tímoch. Tieto tímy musia byť tvorené odborníkmi, ktorí majú potrebné vzdelanie, klinickú odbornosť, ale aj nevyhnutné netechnické zručnosti, akými sú napr. riadenie úloh, komunikácia, tímová práca, uvedomenie si situácie a rozhodovanie (Mitchell et al., 2011, s. 818-819).

Súčasný moderné systémy zdravotnej starostlivosti sú mimoriadne zložité a zahŕňajú mnoho individuálnych odborníkov s rôznymi druhmi odborných znalostí, ktorí musia spolupracovať ako tímy (Ruskin et al., 2016, s. 9). Platí to samozrejme aj pre perioperačný tím, ktorý pracuje a navzájom spolupracuje predovšetkým na operačnej sále.

Operačná sála je jednotka v nemocnici alebo inom zdravotníckom zariadení, navrhnutá, vybavená na poskytovanie starostlivosti pacientom s rôznymi stavmi. Je to sterilné prostredie,

v ktorom sa vykonáva potrebný chirurgický zákrok (Peñasales et al., 2017, s. 26). Operačné sály predstavujú dôležitú súčasť zdravotníckych zariadení, zaisťujú kompletný servis v oblasti personálneho a technického zabezpečenia operačných výkonov. Povinnosťou zdravotníckeho pracoviska je zabezpečiť dostatok odborne vzdelaného personálu, ktorý bude na operačných sálach pracovať. Personál operačných sál zodpovedá za prípravu technického vybavenia pre zabezpečenie konkrétneho operačného výkonu, ďalej techniku pre správny priebeh anestézie, dostatok zdravotníckeho materiálu a ďalších vecí, ktoré sú potrebné na vykonanie operácie. Hlavným cieľom v práci perioperačného tímu na operačnej sále je bezpečnosť pacienta so zameraním na jeho celkový psychický i fyzický stav. Personál pracujúci na operačných sálach – či už naň nazeráme ako na jednotlivcov, alebo celý tím – možno zaradiť medzi kategóriu pracovníkov, na ktorých sú kladené najvyššie požiadavky. Dôležité sú aj ich charakterové vlastnosti, ako napr. schopnosť prispôbiť sa, dobré komunikačné a organizačné schopnosti, cieľavedomosť, presnosť, rýchlosť, správnosť, samostatnosť a predpoklady pre zvládnutie psychicky a fyzicky náročných vypätých situácií (Jedličková et al., 2012, s. 16-17).

Operačný tím obvykle tvoria lekári, sestry špecialistky (sestry inštrumentárky pri operačných výkonoch – inštrumentárne operačné sestry a obiehajúce – cirkulujúce sestry), anestéziológ, anestéziologická sestra a sanitár. Podľa potreby, napr. vzhľadom na charakter operačného výkonu, môže byť na operačnej sále prítomný aj technik, rádiológ či rádiologický asistent (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 40). Hlavnú kategóriu pracovníkov na operačnej sále však tvoria perioperačné sestry, ako uvádzajú Jedličková et al. (2012, s. 16).

Organizačná štruktúra v perioperačnej starostlivosti sa líši podľa toho, či ide o odborový operačný trakt, alebo centrálny operačný trakt. Odborový operačný trakt je riadený primárom alebo prednostom daného oddelenia / kliniky, pričom ten môže ustanoviť vedúceho lekára operačného traktu, rovnako ako sú ustanovení vedúci lekári pre jednotlivé oddelenia (lôžkové oddelenia alebo ambulancie). Vedúcim pracovníkom stredného a nižšieho zdravotníckeho personálu je staničná sestra a jej nadriadenou je vrchná sestra. Centrálny operačný komplex má svojho primára a vrchnú sestru, ktorá môže následne ustanoviť úsekové staničné sestry. Personál operačného traktu možno ďalej rozdeliť do niekoľkých skupín. Základné rozdelenie personálu operačného traktu je na stálych (kmeňových) zamestnancov operačného traktu, kde patria perioperačné sestry – inštrumentárky, technickí pracovníci, nižší zdravotný personál (sanitári, sanitárka) a pracovníci upratovania, a ďalej na pracovníkov, ktorí sú zamestnancami daného oddelenia / kliniky, ale chodievajú na operačnú sálu vykonávať časť svojej pracovnej

náplne. Do tejto skupiny patria lekári jednotlivých chirurgických odborov. Okrem toho však na operačné sály dochádzajú ešte externí pracovníci, ktorí sú podľa potreby pozívaní ku konkrétnym operačným výkonom pre svoju špecializáciu, teda lekári z iných odborov. Medzi externých zamestnancov možno zaradiť aj študentov stredných a vyšších odborných škôl so zdravotníckym zameraním, či poslucháčov lekárske fakúlt, prichádzajúcich k operačným výkonom v rámci povinnej praxe (Schneiderová, 2014, s. 54-55). Z toho teda vyplýva, že personál participujúci na perioperačnej ošetrovateľskej starostlivosti môže byť vzhľadom na jednotlivé prípady alebo okolnosti veľmi široký a variabilný.

Vzhľadom na to, že personál v perioperačnej starostlivosti pracuje ako tím, pre prácu na operačnej sále sa kladie veľký dôraz na tímovú spoluprácu. Pre členov perioperačného tímu je veľmi dôležité naučiť sa vzájomnému rešpektu a tolerancii voči individuálnym odlišnostiam jedinca a zároveň sa prispôbiť pracovným podmienkam a tempu práce na operačnej sále, čo povedie k zdarnému operačnému výkonu (Jedličková et al., 2012, s. 21-22). Členovia každej profesionálnej skupiny v rámci perioperačného tímu v súčasnosti spolupracujú pri práci na operačnej sále bližšie ako kedykoľvek predtým, pretože sa snažia zlepšovať starostlivosť o pacienta prostredníctvom vykonávania národných a medzinárodných smerníc, ktoré menia spôsob spolupráce členov perioperačného tímu (Quick, 2011, s. 387). Pri práci a spolupráci na operačnej sále je veľmi dôležitá najmä efektívna komunikácia. Komunikácia dáva členom operačného tímu možnosť, ako porozumieť stanoveným úlohám jednotlivých členov. Komunikácia musí byť zameraná na konkrétne ciele pri poskytovaní starostlivosti a pokiaľ je efektívna, spolupráca je plynulá a vyžaduje si menej úsilia od jednotlivých členov operačnej skupiny (Ruskin et al., 2016, s. 108). Všetci členovia perioperačného tímu by mali byť nielen kompetentní vo svojich jednotlivých úlohách, ale mali by tiež spolupracovať v štruktúre, ktorá preukazuje odborné znalosti členov tímu pracujúcich synergicky. Práve to im umožňuje lepšia komunikácia a tímová spolupráca (Kertesz et al., 2019, s. 21).

Dôležitosť tímovej spolupráce v perioperačnej ošetrovateľskej starostlivosti potvrdzujú aj niektoré výskumy v tejto oblasti. Napríklad Doll et al. (2017, s. 262) sa zamerali na skúmanie výkonu tímu v perioperatívnom prostredí so zameraním na vzájomnú spoluprácu a pôsobenie anesteziológov a chirurgov. Predpokladali, že vzájomné pôsobenie medzi anesteziológmi a chirurgmi ovplyvní čas obratu v operačných sálach a tímy, ktoré budú spolupracovať, svoju prácu zefektívnia. Autori analyzovali 13 632 chirurgických prípadov vo vybranej nemocnici so zapojením 64 chirurgov a 48 anesteziológov. Zistili významné rozdiely vo výkonnosti tímu

v jednotlivých chirurgických zákrokoch, nezistili však učenie sa členov tímu zo vzájomnej spolupráce. Napokon konštatovali, že chirurg v rámci perioperačného tímu je zvyčajne preddefinovaný pre plánované operácie, no priradenie správneho anesteziológa k zoznamu plánovaných operácií chirurga môže ovplyvniť výkonnosť perioperačného tímu a schopnosť vzájomnej spolupráce, čo môže mať vplyv na efektívnosť perioperačnej starostlivosti, ako aj rýchlosť obratu na operačnej sále.

Na dôležitosť vzájomného vzdelávania v rámci spolupráce perioperačného tímu poukazuje aj Quick (2011, s. 387). Autorka uvádza, že moderná perioperačná tímová práca predstavuje pre členov perioperačného tímu príležitosť na medziprofesijné vzdelávanie. Členovia tímu, či už sestry, príbuzní zdravotnícki pracovníci, alebo lekári, pravidelne spolupracujú pri poskytovaní starostlivosti pacientom, ktorí podstupujú chirurgický zákrok. Členovia každej profesionálnej skupiny v perioperačnom prostredí preto často pracujú a učia sa spoločne, aby mohli zlepšiť starostlivosť o pacienta. Tradičná perioperačná tímová práca sa však transformuje, pretože národné a medzinárodné smernice približujú jednotlivých členov perioperačného tímu k čoraz väčšej podpore holistickej starostlivosti o pacienta.

Holistický prístup k pacientovi v perioperačnej ošetrovateľskej starostlivosti zdôrazňujú aj iní autori. Ralph (2019, s. 3) uvádza, že práca perioperačného tímu musí mať holistický charakter a musí byť zameraná na určitú hodnotu, ktorú plní a pri poskytovaní komplexnej starostlivosti poskytuje pacientom, ktorí sú v najväčšej miere zraniteľní. Selimen, Andsoy (2011, s. 482) zasa konštatujú, že cieľom holistického ošetrovateľstva je pomôcť pacientom integrovať primeranú starostlivosť o seba do ich vlastného života. Poskytovaním holistickej starostlivosti môže perioperačné sestry, ako aj ďalší členovia perioperačného tímu pomáhať chirurgickým pacientom k tomu, aby zažívali menej problémov napr. v podobe chirurgickej traumy, bolesti či anestetických komplikácií, aby boli rýchlejšie prepustení, aby boli s prácou perioperačného tímu a poskytnutou starostlivosťou spokojní.

Ako už bolo naznačené, medzi najdôležitejšie kategórie zdravotníckych pracovníkov v rámci perioperačnej starostlivosti patria **perioperačné sestry**.

Sestry na operačných sálach sa v rámci plnenia určených úloh delia na inštrumentárky, teda sestry bezprostredne zabezpečujúce operačný výkon, a na pomocné, cirkulujúce, obiehajúce sestry, ktoré počas operačného výkonu zabezpečujú kontakt s okolím. Sestry, ktorých náplňou práce je starostlivosť o využívané chirurgické nástroje, zostavovanie sít, príprava špeciálnych zdravotníckych pomôcok pre operačné výkony, sú perioperačné sestry nástrojové. Prácou

perioperačnej sestry vo všeobecnosti je najmä zaistenie bezpečia a spokojnosti pacienta na operačnej sále, teda intraoperačná starostlivosť. K tomu, aby sestra pacientovi zabezpečila všetok komfort, je ale dôležité, aby bola svedomitá, spoľahlivá, trpezlivá, stabilná a ochotná ďalej sa vzdelávať v profesii. Charakteristika duševnej činnosti, v tomto prípade najmä schopnosti prispôsobenia sa, cieľavedomosti, rýchlosti, starostlivosti, presnosti, komunikačnej a organizačnej vyzretosti, nutnosti určitej samostatnosti, ako aj plnenie predpokladov pre náročné psychické a fyzické vypätie v kritických situáciách, je pre každú perioperačnú sestru veľmi dôležitá. Osobné vlastnosti sestier sú taktiež postavené na popredné miesto, a to vo forme a spôsobe začlenenia sa do kolektívu v perioperačnom tíme, pripravenosti na zmeny, odolnosti voči záťaži, schopnosti pracovať s výpočtovou a inou technikou a pod. Je tiež nutné podotknúť, že hoci práca sestry na operačnej sále z väčšej časti zahŕňa opakujúce sa úkony, napriek tomu sa môže stretnúť s nezvyčajnou situáciou, ktorá musí byť akútne vyriešená. V takej chvíli sa od nej vyžaduje okamžitá reakcia a úplné sebaovládanie sa vo vypätých situáciách. Takisto sa očakáva, že perioperačná sestra dokáže včas identifikovať potenciálne problémy, ktoré môže podľa svojich kompetencií riešiť (Jedličková et al., 2012, s. 17-187). Je teda zrejmé, že perioperačná sestra je významným členom pracovného tímu v perioperačnej starostlivosti a vysoko špecializovaným odborníkom, a z tejto pozície pre ňu plynie mnoho záväzkov, práv a charakteristických vlastností, ktoré sa od nej očakávajú. Je to práve vysoká zodpovednosť vložená do rúk perioperačnej sestry, ktorá si vyžaduje maximálny dôraz na vlastnosti, ktoré celkovo predstavujú emočnú stabilitu, trpezlivosť, spoľahlivosť, starostlivosť a schopnosť improvizácie (Wichsová et al., 2013, s. 48).

2.2 Kvalita života a zdravia

Kvalita života je široký, multidimenzionálny pojem, na ktorý možno nazerať z rôznych uhlov pohľadu. Táto práca sa sústreďuje na kvalitu života v súvislosti so zdravím.

2.2.1 Vymedzenie kvality života a zdravia

V ošetrovatelstve zaznamenávame rôznorodosť prístupov a definícií, ktoré sa snažia zachytiť ľudskú skúsenosť vyjadrenú konceptom kvality života. Aj v ošetrovatelstve a zdravotníctve sa bežne možno stretnúť s konštatovaním, že kvalita života predstavuje ťažko uchopiteľný pojem práve pre jeho komplexnosť a multidimenzionálnosť. Je to pojem, ktorý je na prvý pohľad jednoduchý, no zároveň predstavuje priamo nepozorovateľnú a latentnú premennú, opisateľnú a merateľnú iba sprostredkovane (Gurková, 2011, s. 15).

Z definícií kvality života patrí medzi najznámejšie tá, ktorú v roku 1993 zverejnila WHO (World Health Organization – Svetová zdravotnícka organizácia). WHO definuje kvalitu života ako „*vnímanie postavenia jednotlivca v živote v kontexte kultúrnych a hodnotových systémov, v ktorých žije, a vo vzťahu k ich cieľom, očakávaniam, štandardom a záujmom.*“ Táto definícia prakticky zdôrazňuje, že kvalita života je subjektívna, že zahŕňa pozitívne aj negatívne stránky života a že má viacrozmerný charakter (WHO, 1993, s. 153).

V bežnej komunikácii sa pojem kvalita života obvykle spája s pozitívnym významom pojmu kvalita, t.j. že kvalita znamená, že ide o niečo dobré. V odbornom jazyku sa termín kvalita života využíva na opis pozitívnych aj negatívnych aspektov života. Hodnotenie toho, či je, alebo nie život konkrétneho jedinca kvalitný, je založené na porovnávaní jeho života so žiaducou, očakávanou úrovňou existencie, alebo príp. so životom iných ľudí (Gurková, 2011, s. 22). Subjektívne pomenovaná kvalita života je spojená najmä s psychickou pohodou a spokojnosťou jedinca so svojím životom. Pri objektívnom pomenovaní kvality života už ide o napĺňanie požiadaviek súvisiacich so sociálnymi a materiálnymi podmienkami života a tiež fyzického zdravia jedinca (Ondrušová, 2011, s. 45).

Kvalita života teda v súčasnom ponímaní opisuje, nakoľko človek považuje život, ktorý žije, za „dobrý“. Z tohto pohľadu ide o veličinu merajúcu spokojnosť, šťastie, well-being jedinca alebo určitej skupiny ľudí. Dlhú dobu existovala predstava, že kvalita života je objektívna veličina, ktorú možno pre každého človeka stanovovať podľa jednoznačne definovaných indikátorov, no ukázalo sa, že ani socio-ekonomický status a ani zdravotný stav jedinca nestačí na to, aby bol človek so svojím životom spokojný (Rogalewicz et al., 2017, s. 89).

Kvalita života je subjektívny pojem, ktorý sa líši v závislosti od tej ktorej osoby a závisí od schopnosti každého jedinca vyrovnávať sa so svojou aktuálnou životnou situáciou. Je pritom dôležité podotknúť, že kvalita života je dôležitým rozmerom **zdravia**, hoci zdravie ako také nie je jediným určujúcim kritériom kvality života (Jose, Bhat, 2014, s. 4).

Jednou z najstarších a dodnes často citovaných definícií, ktorú možno vnímať ako odbornú definíciu kvality života, je definícia, ktorá bola navrhnutá a prijatá v roku 1948 samotnou WHO (2014). Táto definícia zohľadňuje zdravie ako jeden z rozhodujúcich faktorov, ktoré určujú kvalitu života, pričom v rovine zdravia táto definícia uvádza: „*Zdravie nie je len absencia choroby či poruchy, ale je to komplexný stav telesnej, duševnej i sociálnej pohody (well-being)*“ (In: Heřmanová, 2012, s. 32).

Zdravie je zložitý jav, opisovaný viacerými definíciami z rozličných uhlov pohľadu. Zdravie možno chápať aj ako schopnosť dosiahnuť vlastný potenciál a pozitívne odpovedať na zmeny životného alebo pracovného prostredia (Krišková, 2010, s. 53).

V medicínskych vedách sa pojmy kvality života a zdravia prepájajú, čoho výsledkom je často používané slovné spojenie „kvalita života súvisiaca so zdravím“ (Health Related Quality of Life), prípadne „kvalita života a zdravia“ (Gurková, 2011, s. 29-30).

Kvalitu života súvisiacu so zdravím možno definovať na základe toho, „*ako dobre človek vo svojom živote funguje a ako vníma svoje vlastné blaho vo fyzickej, duševnej a sociálnej oblasti zdravia*“ (Hays, Reeve, 2010, s. 195).

Kvalita života súvisiaca so zdravím predstavuje časť celkového konceptu kvality života, posudzovanú najmä telesným stavom a zdravím, pričom je ovplyvnená individualitou. Je tiež ovplyvňovaná psychickým stavom, psychickou pohodou, sociálnymi vzťahy, zamestnaním, ekonomickou situáciou či každodennými aktivitami jedinca (Gillernová, 2011, s. 32).

2.2.2 Nástroje na meranie kvality života

V odbore verejného zdravia sa možno stretnúť s kvalitou života v rôznych poňatiach, kde ich autori vychádzajú z jednotlivých disciplín, príp. sa viac alebo menej úspešne pokúšajú o multidisciplinárny prístup (Rogalewicz et al., 2017, s. 88). Tento prístup zároveň znamená, že kvalitu života možno zisťovať a vyhodnocovať rôznymi spôsobmi.

Kvalita života človeka v rôznych oblastiach jeho existencie je merateľnou hodnotou. Možno ju zisťovať za pomoci štandardizovaných i neštandardizovaných nástrojov, ktoré sú prípadne prispôbené konkrétnej situácii či konkrétnemu ochoreniu jedinca.

Kvalita života, aj keď vo svojej podstate predstavuje veľmi starý koncept, zaznamenáva svoje rozšírenie a čoraz väčšiu aktuálnosť najmä v ostatných dekádach. V posledných desaťročiach sa zároveň rozširovali a ďalej precizovali jednotlivé prístupy k meraniu kvality života. V súčasnosti sú základným a hojne využívaným nástrojom pre subjektívne meranie kvality života dotazníky. Niet pritom pochyb, že je nutné využívať profesionálne, štandardizované dotazníky (Rogalewicz et al., 2017, s. 88-89).

Nástroje na meranie kvality života sa delia na všeobecné (generické) a špecifické. Všeobecné nástroje sa používajú k hodnoteniu kvality života bez ohľadu na konkrétne ochorenie. Tieto nástroje zisťujú hodnotenie výsledkov liečby z pohľadu pacienta (Gillernová, 2011, s. 30).

Generické dotazníky sú okrem nepríslušnosti ku konkrétne vymedzenému ochoreniu typické aj tým, že sú široko použiteľné vo všetkých skupinách populácie, bez ohľadu na vek, pohlavie a pod. Ich výhodou je skutočnosť, že si všímajú kvalitu života v čo najširšom spektre. Preto sa hodia predovšetkým k hodnoteniu kvality života nevyberaných vzoriek populácie, prípadne k porovnaniu miery kvality života ľudí s rôznymi ochoreniami. K najznámejším generickým dotazníkom patria tieto: Karnofsky Performance Status Scale, Sickness Impact Profile (SIP), Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF 36), The World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100) či European Quality of Life Questionnaire – Version EQ-5D (Slováček, Slováčková, 2012, s. 14). V Českej republike sú najviac používanými všeobecnými dotazníkmi (škálami) tieto štandardizované dotazníky: SF 36, EuroQol EQ-5D a WHOQOL-BREF, ako tvrdí Gillernová (2011, s. 31). Podobný názor vyjadrujú Rogalewicz et al. (2017, s. 89), akurát s tým rozdielom, že medzi najčastejšie používané generické dotazníky zaraďujú rozsiahly dotazník WHOQOL-100. Ako ďalej uvádzajú daní autori, popri týchto troch uvedených dotazníkoch existuje ešte veľmi široká škála rozličných alternatívnych nástrojov určených k meraniu kvality života súvisiacej so zdravím.

Dotazník WHOQOL-100 je klasický dotazník WHO so 100 otázkami / položkami. Verzia so 100 položkami sa však pre prax ukázala byť až príliš rozsiahla, z toho dôvodu bola vytvorená novšia verzia označovaná ako WHOQOL-BREF. Ide o skrátenú verziu pôvodného dotazníka WHOQOL-100, využívaná pre potreby klinickej praxe. Obsahuje iba 26 položiek, ktoré sú združené do štyroch oblastí (Gurková, 2011, s. 146-147).

Výskum v tejto práci je realizovaný prostredníctvom **dotazníka SF 36**. Ako vysvetľuje Petr (2000, s. 26-28), dotazník SF 36 predstavuje krátku formu generického dotazníka, určeného pre hodnotenie zdravotného stavu vo všeobecnej populácii. Bol skonštruovaný pre samostatné vyplňanie osobami, ktoré sú staršie ako 14 rokov, príp. môže byť vyplňaný aj vyškolenými pýtajúcimi sa – osobne alebo telefonicky. Obsahuje 36 položiek rozdelených do ôsmich dimenzií. Sú nimi: fyzické fungovanie, fyzické obmedzenia, telesná bolesť, všeobecné zdravie, vitalita, sociálne fungovanie, emočné problémy a duševné zdravie. Dotazník okrem toho obsahuje ešte jednu položku, ktorá sa nezaraďuje do žiadnej dimenzie. Táto položka zisťuje súčasné zdravie jedinca v porovnaní so zdravím pred rokom. Lins, Carvalho (2016) ale pripomínajú, že celkové skóre získané dotazníkom SF 36 by sa nemalo interpretovať ako globálna hodnota kvality života súvisiacej so zdravím u skúmaného jedinca alebo skupiny, pretože to môže viesť k budovaniu neobjektívneho súboru vedomostí.

Špecifické dotazníky, predstavujúce druhú skupinu dotazníkov k zisťovaniu kvality života v súvislosti so zdravím, boli vytvorené pre hodnotenie celkového stavu pacienta s konkrétnym ochorením, alebo pre hodnotenie špecifického aspektu kvality života, ako napr. bolesti alebo únavy. So špecifickými dotazníkmi sú často využívané tzv. moduly, ktoré sa zameriavajú na špecifické symptómy a ťažkosti u konkrétneho typu ochorenia. Tieto dotazníky sú zreteľne citlivejšie. Do tejto skupiny dotazníkov patria napr. nástroje Quality of Life Enjoyment and Satisfaction, McGill Pain Questionnaire či Angina pectoris Quality of Life Scale (Slováček, Slováčková, 2012, s. 15).

2.2.3 Kvalita života a zdravia členov perioperačného tímu

Kvalita života a zdravia členov perioperačného tímu môže byť ovplyvnená rôznymi faktormi. Táto podkapitola na ne upozorňuje a poukazuje aj na vybrané výskumy, ktoré sa zaoberali kvalitou života a zdravia členov operačnej skupiny.

Riziká vyskytujúce sa v zdravotníctve osobitne u perioperačnej starostlivosti sú rôzne. Na operačných sálach sa zaraďuje medzi tieto riziká predovšetkým psychická záťaž, ionizujúce žiarenie (röntgen), neionizujúce žiarenie (laser), kontakt s biologickými činiteľmi, ako aj jednostranné zaťaženie svalových skupín (Jedličková et al., 2012, s. 58).

Na pôrodných sálach, na ktoré sa táto práca sústreďuje vo výskumnej časti, možno podľa Lorenza (2015) rozlišovať senzorickú záťaž (ide o požiadavky na činnosť periférnych zmyslových orgánov a zodpovedných štruktúr centrálnej nervovej sústavy), mentálnu záťaž (požiadavky na spracovanie informácií) a emocionálnu záťaž (požiadavky, ktoré vyvolávajú afektívnu odpoveď). Základom prežívania akejkoľvek záťaže je percepcia, tzn. vnímanie, cítenie a vyhodnotenie situácie. Každý človek ale procesy vznikajúce pri záťaži vyhodnocuje a prežíva inak, a to aj v závislosti od pôsobenia vonkajších vplyvov.

Kvalitu života a zdravia členov perioperačného ovplyvňuje **fyzická záťaž** a s ňou spojené vplyvy pracovného prostredia operačnej sály.

Fyzickú záťaž možno všeobecne opísať ako vzťah medzi úrovňou požiadaviek na človeka a úrovňou jeho možností dané požiadavky zvládnuť. Medzi možnosti človeka možno zaradiť napr. úroveň schopností, zručností a trénovanosti organizmu, ďalej vzrast, telesnú hmotnosť, odolnosť organizmu voči škodlivým biologickým, chemickým alebo fyzikálnym činiteľom a prirodzene aj individuálne vlastnosti každého jedinca (Hanáková, 2012, s. 52).

Z hľadiska fyzickej záťaže v práci perioperačného tímu ide najmä o statickú záťaž (dlhodobé státie a preťaženie kĺbového aparátu), tiež o riziká spojené s prenosom infekčných ochorení a nebezpečenstvo spojené s prevádzkou operačného traktu (napr. vzduchotechnika, klimatické podmienky, RTG záťaž, prašnosť), ako uvádzajú Wendsche et al. (2012, s. 109). Fyzická záťaž na operačnej sále je spojená aj s predklonom pre lepší pohľad do operačnej rany a s jednostranným svalovým preťažením, dvíhaním a prenášaním (napr. inštrumentov). Záťaži sú vystavované drobné svaly ruky. Záťaž spojená s RTG žiarením spočíva v nosení ťažkých viest (Jedličková et al., 2012, s. 21-58). Statická pracovná poloha, ktorá súvisí s nadmernou fyzickou záťažou v perioperačnej starostlivosti, predstavuje aj otáčanie trupu pri dlhodobom alebo trvalom státi. Pri opakovaných pohyboch, a to najmä hornými končatinami, vzniká dlhodobá, nadmerná a jednostranná záťaž rovnakých svalov a príslušného kĺbového systému. Vplyvom tejto skutočnosti môže u členov operačnej skupiny prichádzať k rozvoju ochorenia svalov, kĺbov, šliach, kostí, nervov a tiažových váčkov, čo samozrejme znižuje kvalitu života členov operačnej skupiny (Petrovová, 2017, s. 29).

Fyziologická pripravenosť na výkon je najvyššia ráno a klesá postupne počas dňa, pričom počas noci klesá na minimum. Avšak na operačných sálach gynekologických oddelení, kde sa realizoval výskum v tejto práci, sa veľké množstvo práce odohráva práve v nočných a skorých ranných hodinách, okrem plánovaných pôrodov. V práci na pôrodnej sále často dochádza k výkonnostným výkyvom, ktoré sú spôsobené nerovnomerným počtom pôrodov v priebehu pracovných zmien a rôznorodosti počas pôrodného deja. Niektoré rodičky od zdravotníkov vyžadujú menej intervencií, iné viac. To môže vyvolávať veľkú fyzickú záťaž a časom sa odraziť aj na zdraví pracovníkov napr. v podobe opuchov a bolesti dolných končatín, bolesti chrbta, krku a pod. Nemožno tiež zabúdať na to, že v stredoeurópskych podmienkach stúpa počet rodičiek, ktoré žijú na okraji spoločnosti, a tak nie sú výnimkou ani fyzické napadnutia počas pôrodu. Osobitným problémom zo sféry fyzickej záťaže na pôrodných operačných sálach je nesprávny postoj pri pôrode alebo vyšetrovaní, kde sa ergonomické parametre dostávajú do ústrania. Na získanie čo najlepšej viditeľnosti v pracovnom priestore je niekedy nutné zo strany zdravotníckych pracovníkov zaujať ošemetné pracovné postoje, ktoré takisto majú výrazný vplyv na nesprávne držanie tela a s tým spojené problémy (Lorenz, 2015).

Fyzická záťaž môžu u členov perioperačného tímu vyvolať únavu a ďalšie komplikácie, ktoré znižujú kvalitu ich života. Židková (2010, s. 40) pripomína, že telesná únava súvisí spolu s psychickou únavou, ktorú spôsobuje nadmerný psychický tlak. Platí pritom, že pokiaľ tieto

typy únavy pôsobia spoločne, môžu u dotknutých zdravotníckych pracovníkov zvyšovať pocit psychického vyčerpania, spojeného s psychickou záťažou.

Psychická záťaž vo svojich rôznych formách a s rôznymi následkami, ktoré znižujú kvalitu života, patrí medzi najčastejšie sa vyskytujúce riziká v práci perioperačného tímu.

„Psychická záťaž je faktorom práce a pracovného prostredia, zjednoteným javom pre všetky vplyvy, ktoré pôsobia na psychiku človeka. Je tiež faktorom pôsobiacim na organizmus a vyžaduje si psychickú aktivitu, psychické spracovanie a vyrovnávanie sa s požiadavkami a vplyvmi životného prostredia“ (Balková et al., 2015, s. 31).

Psychická záťaž na operačnej sále zahŕňa stálu pozornosť a sledovanie operačného výkonu, vysoké nároky na pamäť, samostatné rozhodovanie, ďalej zodpovednosť za výsledky, pružné reagovanie na požiadavky lekára (z pohľadu perioperačnej sestry) alebo tiež rešpektovanie určitých pravidiel a zásad (Kurucová, 2016, s. 22). Podľa Jedličkovej et al. (2012, s. 17) sa v takto náročnom povolání, akým je povolanie zdravotníckych pracovníkov, ktorí pracujú v perioperačnej starostlivosti, môžu bežne objaviť pocity psychického vyčerpania. Príčinou môže byť už len skutočnosť, že personál pracujúci na operačných sálach možno v mierke erudovanosti nelekárskeho zdravotníckeho personálu zaradiť medzi kategórie s najvyššími požiadavkami. Vévoda et al. (2013, s. 88) uvádzajú, že psychickú záťaž tvoria aj požiadavky kladené na spracovanie informácií, ktoré súvisia s predstavivosťou a myslením.

Pri práci na operačnej sále je často potrebné sa vyrovnáť s náhlou vážnou situáciou v časovej tiesni, s vedomím následkov vážneho a nesprávneho rozhodnutia pre pacienta, čo prirodzene vplýva na psychiku členov operačného tímu. Zdravotnícky pracovník je bežne vystavený mnohým záťažovým situáciám, ktoré vyplývajú z utrpenia pacienta, a je nevyhnutné, aby sa vyrovnal prípadne aj so smrťou (Petrovová, 2017, s. 29). Vzhľadom na zameranie výskumu v tejto práci možno za významný faktor psychickej záťaže tohto druhu považovať subjektívne prežívanie perinatálnej straty zo strany členov operačného tímu, teda smrť pri pôrode.

Nadmerná psychická záťaž môže u zdravotníckych pracovníkov vyvolávať rôzne problémy, ktoré znižujú kvalitu ich života. Vévoda et al. (2013, s. 88) uvádzajú, že najčastejšie ide o tzv. psychomotorické ochorenia, napr. ischemickú chorobu srdca, vredovú chorobu, hypertenziu, prípadne o poruchy psychického zdravia.

Významným následkom psychickej záťaže je **stres**. Pod pojmom stres sa rozumie subjektívny stav, kedy má dotknutý jedinec pocit vystavenia ťažkej situácii či nepríjemným okolnostiam,

ktorým sa nemôže vyhnúť, ani ich nemôže ovplyvniť vo svoj prospech. Pre ich zvládnutie mu chýbajú schopnosti, príp. nemá k dispozícii dostatočné zdroje (Priess, 2015, s. 14).

Stres je so psychickou záťažou spájaný bežne. Zdravotnícki pracovníci, najmä však lekári, sú pri svojej práci vystavovaní veľmi vysokej úrovni stresu. Hrozbu stresu môže zvýšiť riziko prípadných chýb, čo samozrejme ovplyvňuje kvalitu života (Farahat et al., 2017, s. 789). Hoci lekári sa môžu s problémami pacientov vyrovnávať, majú najmenšiu šancu pripustiť si, že aj oni sami sú v strese. Starostlivosť o seba samého nie je súčasťou odbornej prípravy lekára a zvyčajne je na nízkom zozname priorít, čo vplyv stresu môže zvýrazňovať (Beckman et al., 2012, s. 325). V prípade lekárov niektoré štúdie dokonca ukazujú, že stresové faktory, ako sú napr. nespokojnosť s pracovným prostredím a pracovnými podmienkami, ako aj nadmerný počet pacientov, môžu mať vplyv na kvalitu ich života (Olivares et al., 2015, s. 100).

Stres významne vplýva aj na prácu sestry. Moraučíková, Chrústová (2010, s. 164) uvádzajú, že práca sestry je veľmi náročná po psychickej, fyzickej i emocionálnej stránke. Stres sa môže nahromadiť až do takej miery, že bežné záťažové situácie sa stávajú nezvládnuteľné. Sestra je však zaviazaná vykonávať svoje povolanie na vysokej odbornej a etickej úrovni, preto by mala byť schopná stresu a záťažovým situáciám predchádzať.

V pracovnej činnosti operačných sestier je stres prakticky každodennou záležitosťou a je na samotných sestrách, akými prostriedkami sa na očakávaný stres pripravia a ako dané situácie zvládnu (Balková et al., 2015, s. 34). Medzi významné faktory, ktoré ovplyvňujú prácu na operačnej sále, patrí sociálny stres, kedy je k jeho riešeniu nutné, aby perioperačná sestra využívala vysokú mieru komunikačných zručností. Jej úlohou je odvieť stres operátora počas emočne vypätých chvíľ, no nie každá perioperačná sestra je dostatočne psychicky odolná na to, aby takúto úlohu dokázala splniť (Žídková, 2010, s. 40). Okrem toho, v perioperačnej starostlivosti zohráva rolu aj tzv. technologický stres. Nakoľko lekár sa spolieha na sestry pri nastavovaní, správe a odstraňovaní problémov s využívanými zariadeniami a technológiami, priamo tým prispieva k prípadnej nejednoznačnosti úloh a vznikajúcemu technologickému stresu medzi perioperačnými sestrami (Luck, Gillespie, 2017, s. 280).

Stres sa bežne vyskytuje aj na pôrodných operačných sálach. V skutočnosti platí, že väčšina poskytovanej starostlivosti na pôrodnej sále je zaťažená stresom a nevyhnutnosťou vedieť sa vyrovnáť s rôznymi nepriaznivými situáciami, vrátane pôrodu mŕtveho plodu alebo potratu. Pokiaľ sa stretnú tieto riziká napr. s nevyhovujúcimi pracovnými podmienkami, pracovným preťažením z dôvodu nedostatku personálu alebo v kombinácii s nepravidelným čerpaním

prestávok počas práce či s príp. časovou tiesňou, môže takáto situácia vyústiť v ľudskú chybu alebo poranenia zdravotníckeho pracovníka (Lorenz, 2015).

Da Silva, Guimarães (2016, s. 63) uskutočnili výskumnú štúdiu, ktorá sa zaoberala pracovným stresom a kvalitou života v ošetrovatelstve. Autori ju realizovali s vedomím, že zníženie práce súvisiacej so stresom a psychosociálnym rizikom nie je len nevyhnutnou otázkou, ale aj morálnou otázkou v práci zdravotníckych pracovníkov. Cieľom štúdie bolo overiť prítomnosť profesionálneho stresu a kvalitu života v súvislosti so zdravím u rôznych odborníkov v oblasti ošetrovatelstva. K skúmaniu boli použité tri dotazníky. Zistilo sa, že až 60,8 % zúčastnených zdravotníckych pracovníkov videlo za stresom vysoký dopyt po práci, 71,8 % vysokú kontrolu nad vykonávanou činnosťou a 85,5 % nízku sociálnu podporu. Pri hodnotení kvality života zdravotníckych pracovníkov dosiahli najmenšie skóre faktory bolesť a vitalita. Zistilo sa, že hoci väčšina oslovených zdravotníckych pracovníkov zvládala stres v strednej miere, kvalita ich života sa zhoršila.

Významným psychickým faktorom, ktorý môže ovplyvňovať kvalitu života zdravotníckych pracovníkov, je aj **depresia**. Gurková, Macejková (2012, s. 327) vysvetľujú, že pracovný život nepochybne predstavuje významnú súčasť života človeka, no v mnohých ohľadoch je to aj zdroj rôznych stresogénnych faktorov a záťažových situácií, ktoré majú negatívny vplyv na životnú spokojnosť jedincov. Prežívanie straty kontroly nad svojou prácou, ale aj nenaplnenie pracovných nádejí a očakávaní či fyzické vyčerpanie predstavujú faktory, ktoré môžu viesť až k depresii a zhoršiť tým kvalitu života postihnutých jedincov.

V perioperačnej ošetrovateľskej starostlivosti má významný vplyv aj tzv. „**únavu zo súcitu**“. Vyskytuje sa najmä u sestier a predstavuje dôležitý problém, pretože starostlivosť a súcit, ktoré sestram poskytujú spokojnosť a naplnenie v ich starostlivosti o pacienta, môžu prispieť k vyčerpaniu týchto emócií a viesť práve k rozmachu únavy zo súcitu (Henson, 2017, s. 139). Tento fenomén následne môže priamo ovplyvňovať kvalitu života sestier vrátane ich zdravia (Sinclair et al., 2017, s. 9). Oproti tomuto pojmu však stojí pojem „spokojnosť so súcitom“. Je pritom nevyhnutné, aby pozitíva, ktoré vyplývajú zo spokojnosti so súcitom, dominovali nad negatívami, ktoré vyplývajú z únavy zo súcitu, aby sestry mohli dosahovať a udržiavať si kvalitný profesijný život. Nízka kvalita profesijného života má silné väzby na pokles kvality starostlivosti o pacientov (Mooney et al., 2017, s. 158).

Ďalším faktorom, ktorý môže ovplyvňovať kvalitu života členov perioperačného tímu a môže byť následkom psychickej záťaže, je **syndróm vyhorenia**.

Syndróm vyhorenia (burnout) bol prvýkrát opísaný v roku 1974. Ide o telesný a duševný stav, často sa vyskytujúci v profesiách, pri ktorých dochádza k intenzívnemu kontaktu s druhým človekom. Tento stav ohlasuje mnoho symptómov. Ide napr. o celkový zlý pocit, telesnú a duševnú únavu, prežívanie negatívnych pocitov, strata chuti do práce, pochybovanie o zmysle svojej práce a život a pod. (Mellanová, 2017, s. 88).

Syndróm vyhorenia má jednoznačný vplyv na kvalitu života zdravotníckych pracovníkov. Často pritom môže byť spájaný so stresom (Fradelos et al., 2014, s. 11). Štúdie ukazujú, že v perioperačnom pracovnom prostredí súvisí pracovný stres a syndróm vyhorenia s faktormi, akými sú pracovné zaťaženie, časový tlak, bezpečnosť pacienta, nedostatočná komunikácia medzi členmi tímu, pocity nepripravenosti na realizované postupy a požiadavky na neustále vzdelávanie sa (Zhou, Gong, 2015, s. 96). Hoci je pravdou, že syndróm vyhorenia je náročné správne zmerať a kvantifikovať, je zrejmé, že vyhorenie môže u zdravotníckych pracovníkov narušiť ich profesionalitu, ovplyvniť kvalitu ich starostlivosti o pacienta, zvýšiť riziko chýb a podporiť ich predčasný odchod do dôchodku (Dyrbye et al., 2010, s. 1173).

Tyssen et al. (2009, s. 47) uskutočnili štúdiu v Nórsku, ktorej výsledkom bolo, že syndróm vyhorenia a nízka úroveň spokojnosti so životom boli medzi lekármi v porovnaní s bežnou populáciou veľmi rozšírené. Samozrejme, syndróm vyhorenia môže postihnúť aj iné profesie, vrátane sestier. Bártlová, Hajduchová (2010, s. 110) tvrdia, že psychosociálna záťaž výkonu profesie sestry predstavuje jeden zo základných faktorov určujúcich náročnosť tohto povolania. U tejto profesie v dlhodobej perspektíve a v dôsledku neprimeraných požiadaviek a obmedzenej pozitívnej sociálnej odozvy dochádza k príznakom chronickej nespokojnosti, tzv. vyhasnutiu (burnoutu), poruchám prispôsobenia či pracovnej demotivácii.

Hyman et al. (2011, s. 194-204) realizovali jeden z mála výskumov o výskyte syndrómu vyhorenia v celom perioperačnom tíme. Konštatovali, že hoci tento syndróm je významným problémom u poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, prierezová štúdia vyhorenia všetkých členov perioperačnej jednotky sa až do ich štúdie nevykonala. Do výskumu sa zapojilo 145 členov perioperačných tímov, pričom sa zistilo, že lekári vykazovali vyššiu mieru vyhorenia ako anestéziológovia, sestry i ostatní pracovníci v operačnej skupine. Významné rozdiely so zohľadnením úloh jednotlivých členov perioperačnej jednotky boli zistené pre všetky položky s výnimkou profesionálnej podpory a pracovného zaťaženia. Na rozdiel od anestéziológov a sestier, lekári – a to najmä tí mladší – vykazovali vyššiu mieru depersonalizácie a emočného vyčerpania a boli vystavovaní vyššiemu riziku syndrómu vyhorenia.

V Španielsku bol vykonaný výskum, ktorý zohľadňoval, že poznanie rôznych organizačných faktorov, ktoré predpovedajú syndróm vyhorenia u perioperačných sestier, je rozhodujúce pre podporu psychosociálnej pohody a zdravia sestier. Účelom tohto výskumu bolo určiť vplyv organizačných faktorov pracovného prostredia perioperačnej sestry v rovine emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie a osobného výkonu. Išlo o prierezovú štúdiu uskutočnenú medzi 136 sestrami v jednotke perioperačnej starostlivosti vo vybranej nemocnici v Barcelone. Emocionálne vyčerpanie bolo preukázané u 43 % sestier, zatiaľ čo depersonalizácia sa objavila u 21 % a zhoršené osobné výsledky u 53 %. Stupeň všeobecnej miery vyhorenia perioperačných sestier bol mierny. Viaceré regresné analýzy pritom ukázali, že so všetkými tromi rozmermi syndrómu vyhorenia boli spojené organizačné faktory ako manažérske schopnosti vedúcej sestry, vedenie a podpora sestier a personálne zabezpečenie a primeranosť zdrojov. Ukázalo sa teda, že pre predchádzanie syndrómu vyhorenia je potrebné vytvárať a udržiavať pozitívne pracovné prostredie, ktoré by mohlo zvyšovať psychosociálnu pohodu a znižovať vyhorenie perioperačných sestier (Sillero, Zabalegui, 2018, s. 132).

Mieru vyhorenia medzi perioperačnými sestrami v súvislosti skúmal aj Findik (2015, s. 610-616). Výskum uvedeného autora bol zameraný na súvislosť medzi vyhorením a bezpečnosťou sestier na operačných sálach. Išlo o deskriptívne štúdiu, ktorá sa uskutočnila na vzorke 64 sestier z operačných sál po dobu štyroch mesiacov. Zistilo sa, že syndróm vyhorenia u sestier z operačných sál zvyšovali rôzne faktory, a to bodné rany, zlyhanie inštitúcie pri poskytovaní zdravotných vyšetrení a očkovaní, vystavenie žiareniu bez prijatia adekvátnych opatrení a neschopnosť sestier pociťovať podporu zo strany vedúcich pracovníkov. Celkovo sa však preukázalo, že oslovené sestry v operačných sálach zažívali iba priemernú úroveň vyhorenia v súvislosti so svojím povoláním.

Súvislosť medzi syndrómom vyhorenia a kvalitou života skúmala štúdia, ktorú uskutočnili Farahat et al. (2017, s. 789). Cieľom štúdie bolo zistiť výskyt syndrómu vyhorenia u lekárov v primárnych zdravotníckych zariadeniach a skúmať vzťah medzi vnímanou kvalitou života a úrovňou vyhorenia medzi lekármi. Do štúdie sa zapojilo 76 lekárov po dobu 10 mesiacov. Ukázalo sa, že u lekárov špecialistov vykazovalo tento syndróm vo vysokej miere iba 26,7 % z nich. Výskyt emocionálneho vyčerpania bol preukázaný u 46,7 % lekárov špecialistov. Medzi fyzickou a psychologickou doménou kvality života a skóre vyhorenia bola štatisticky významná negatívna korelácia. Z výsledkov vyplynulo, že vyváženosť života je dôležitá ako prekážka proti vyhoreniu a jeho vplyvu na kvalitu života (Farahat et al., 2017, s. 789).

Rizikom v práci perioperačného tímu je aj **zmennosť**. Predstavuje jednu z hlavných foriem nadmernej psychickej záťaže, ktorá môže znižovať kvalitu života pracovníkov (Jedličková et al., 2012, s. 58). Práca v zmenách môže mať rôzne negatívne dôsledky. Možno ich rozdeliť do týchto troch kategórií (oblastí, v ktorých sa práca v zmenách prejavuje):

- chronobiologické následky – do tejto kategórie patria napr. ospalosť, únava, poruchy sústredenia, znížená výkonnosť;
- somatické následky – ide predovšetkým o vredy, zažívacie ťažkosti, vyššie riziko kardiovaskulárnych ochorení, úrazov, závislosť na alkohole a hypnotikách;
- spoločenské následky – obmedzenie spoločenských aktivít, narušenie rodinného alebo partnerského života (Borzová et al., 2009, s. 84).

V súvislosti s prácou v zmenách možno spomenúť aj nepravidelný spánok, najmä nočných zmenách alebo pri častom striedaní denných a nočných zmien.

Ako už bolo naznačené predtým, osobitý význam môže mať **zraková záťaž**. Lorenz (2015) uvádza, že mnohé pôrodné sály sú navrhnuté tak, že priame slnečné svetlo sa v nich vyskytuje iba zriedka. K zrakovej záťaži pri práci pri umelom osvetlení cez deň sa pridáva aj častá práca v noci. Následky na zdraví sú potom napr. pálenie očí, zraková únava, bolesť hlavy vrátane deformácií zrakového vnímania (dvojité alebo rozmazané videnie) atď. Balková et al. (2015) na základe vlastného výskumu medzi sestrami z operačných sál zistili, že operačné sestry v oblasti záťaže zraku uvádzajú ako negatívne faktory adaptáciu zraku pri striedaní pohľadu v priebehu realizovaného operačného výkonu, ďalej nároky na akomodáciu pri dlhej fixácii pohľadu na blízke predmety a umelé osvetlenie.

Kvalitu života členov perioperačného tímu môže znižovať aj **nepravidelné stravovanie a nedodržiavanie pitného režimu**. Žídková (2010, s. 41) uvádza, že perioperačné sestry ako dôležité súčasť perioperačných tímov pracujú najmä v klimatizovaných priestoroch operačnej sály, z toho dôvodu by dvojnásobne mali dbať na dodržiavanie dostatočného príjmu tekutín a samozrejme aj adekvátneho stravovania. Podľa autorky však nie je výnimka, že sa ich pitný režim zvyčajne pohybuje na spodnej hranici a stravujú sa v nepravidelných intervaloch.

Rozsiahlou oblasťou, ktorá si zaslúži pozornosť, sú **vzťahy na pracovisku**, teda potenciálne problémy so sociálnou interakciou medzi členmi operačnej skupiny na operačnej sále. Tieto vzťahy môžu byť podmienené multifaktoriálne. K napätej atmosfére na pracoviskách môžu svojim dielom prispievať mnohé faktory, ako napr. časová tieseň alebo náročnosť práce na

operačnej sále. Je však nevyhnutné vziať do úvahy aj bežné interpersonálne konflikty, ktoré môžu mať fatálne dôsledky napr. v zmysle mobbingu (šikanovania na pracovisku) či prejavov syndrómu vyhorenia (Wendsche et al., 2012, s. 109). Konflikty medzi členmi perioperačných tímov však môžu vzniknúť aj z iných dôvodov. Napríklad Vévoda et al. (2013, s. 59) zistili, že lekári vidia ako hlavné dôvody svojich konfliktov so sestrami v pracovných podmienkach, konkrétne v pracovnom preťažení, v únave a vo vyčerpanosti z práce, čo býva spôsobené predovšetkým nedostatkom sestier. Až na druhé miesto autori kladú dôvody, ktoré vyplývajú zo správania sestier alebo z ich osobnostných črt.

Mnohé výskumy sa sústreďujú na **celkové skúmanie kvality života** členov perioperačného tímu, alebo **skúmanie viacerých faktorov**, ktoré kvalitu života ovplyvňujú.

Kumar et al. (2018, s. 96) realizovali štúdiu, ktorej východiskovým bodom bolo poznanie, že pre zvládnutie problémov v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti a na zabezpečenie kvality poskytovanej starostlivosti, ako i spokojnosti klientov s poskytnutou starostlivosťou je dôležité vedieť, ako spokojní sú zdravotnícki pracovníci s kvalitou svojho života a práce a aké vlastnosti ovplyvňujú kvalitu ich života. Cieľom tejto štúdie bolo preskúmať kvalitu života zdravotníckych pracovníkov (lekárov a sestier) a psychosociálne faktory, ktoré kvalitu života ovplyvňujú. Do výskumu sa zapojilo 200 zdravotníckych pracovníkov. Celková kvalita života skúmanej populácie zdravotníckych pracovníkov bola priemerná a priemerná prevalencia stresu z povolania bola u lekárov i u sestier mierna. Medzi pracovným stresom a jednotlivými oblasťami kvality života zdravotníckych pracovníkov existovala korelácia. Zistenia tejto štúdie odhalili, že celkové vnímanie kvality života bolo priemerné.

Bhattacharjee et al. (2016, s. 596) na základe svojej štúdie zistili, že existuje vyššia úroveň spokojnosti so životom obzvlášť u lekárov mužov vo veku nad 60 rokov, ďalej tých, ktorí pracujú v tej istej inštitúcii viac ako 5 rokov, alebo tých, ktorí pracujú na vedúcich funkciách.

Mahmood et al. (2019) skúmali životnú spokojnosť lekárov v Nórsku. Išlo o dlhodobú, 15 rokov trvajúcu štúdiu prediktorov súvisiacich s prácou lekárov. Ako sa preukázalo, stres z práce, z domova, vnímané pracovné požiadavky a podpora kolegov boli najdôležitejšími prediktormi spokojnosti so životom v súvislosti s prácou lekárov. Pri analýze osobnostných črt skúmanej vzorky vyplynulo, že lekárky boli so svojím životom spokojnejšie ako lekári – muži. Tieto zistenia naznačovali, že zlepšenie faktorov týkajúcich sa práce lekárov za pomoci cielených zásahov, vrátane podporného pracovného prostredia, môže zvyšovať spokojnosť lekárov s ich životom.

De Azevedo, Mathias (2017, s. 130) realizovali výskum, ktorý sa zameriaval na skúmanie závislosti od práce a kvalitu života lekárov. Účelom štúdie bolo zhodnotiť kvalitu života lekárov a zistiť, do akej miery je ovplyvnená závislosťou od práce. Išlo o prieskumnú, opisnú a prierezovú štúdiu, ktorá sa uskutočnila na vzorke 1110 lekárov. Výsledky ukázali, že väčšina lekárov prezentovala vysokú kvalitu života. Lekárky ženy prezentovali oproti lekárom mužom nižšiu kvalitu života v oblasti psychológie, životného prostredia a všeobecne. Štúdia napokon odhalila, že čím vyššia bola závislosť lekárov na práci, tým nižšia bola kvalita ich života. Ukázalo sa teda, že závislosť od práce môže byť ďalším faktorom, ktorý môže mať významný vplyv na kvalitu života týchto zdravotníckych pracovníkov.

Liang et al. (2015) uskutočnili štúdiu, ktorá sa zaoberala kvalitou života mladých lekárov vo verejných nemocniciach v rozvinutých mestách v Číne. Do štúdie sa zapojilo 762 mladých lekárov vo veku do 45 rokov v 18 verejných nemocniciach v troch mestách vo východnej časti krajiny. Zistilo sa napríklad, že takmer 91,3 % lekárov pracovalo 8 hodín denne. Lekári mali zlé návyky spánku a horšie mentálne funkcie, mali však relatívne dobré fyzické funkcie. Faktormi, ktoré boli spojené s nedostatočnou kvalitou života, bolo ženské pohlavie, nižšie vzdelanie, nízka pracovná pozícia, nízka mzda a dlhá pracovná doba. Výsledky tejto štúdie zdôrazňovali veľký vplyv vysokoškolského vzdelania na zlepšenie kvality života skúmaných lekárov. Štúdia ukázala, že mladí lekári mali zlú kvalitu života aj vplyvom zlého pracovného prostredia a väčšieho vplyvu stresu.

Bossola et al. (2010) realizovali štúdiu o poznaní kvality života súvisiacej so zdravím a jej implementovaní do praxe. Východiskom pre túto štúdiu bolo konštatovanie, že kvalita života súvisiaca so zdravím je v lekárskej praxi veľmi dôležitá, a to nielen pre lekárov samotných, ale i pre to, aby ju ďalej implementovali do vlastnej praxe a budovali jej poznanie aj u svojich pacientov. Štúdia bola zameraná na hodnotenie úrovne vedomostí o kvalite života a kvalite života súvisiacej so zdravím vo vybranej nemocnici v Ríme aj za pomoci dotazníka SF 36. Dotazník vyplnilo 309 lekárov. Výsledky štúdie okrem iného ukázali, že takmer tretina lekárov (30,7 %) pochybovala o metodických otázkach kvality života. Zo štúdie napokon vyplynulo, že jedna tretina lekárov uviedla, že pozná hodnoty kvality života a význam kvality života súvisiacej so zdravím, a že viac ako 80 % z nich by rado použilo koncept kvality života vo svojej každodennej klinickej praxi.

Mnohé výskumy sa venujú aj kvalite života sestier. Ako uvádzajú Vévoda et al. (2013, s. 81-82), kvalita života sestier je determinovaná rôznymi faktormi, pričom medzi rizikové faktory

patria najmä virologické činitele vyskytujúce sa v ich práci, chemické látky, ako aj fyzická a psychická záťaž pri výkone tohto povolania.

V oblasti jednotlivých druhov záťaže u sestier na operačných sálach bola zrealizovaná výskumná štúdia, ktorá sa uskutočnila v Národnom ústave srdcových a cievnych chorôb v Bratislave v roku 2012 na vzorke 17 operačných sestier, ktoré inštrumentovali v odboroch kardiochirurgie a cievnej chirurgie. Z výskumu vyplynulo, že senzorická záťaž, ktorá bežne sprevádza prácu na operačných sálach, predstavuje pri práci operačných sestier náročnosť na zmyslové orgány, najmä zrak a sluch, ďalej nepriaznivé klimatické podmienky a ergonomickú pracovnú polohu. V oblasti mentálnej záťaže operačné sestry uvádzali ako najčastejšie znaky záťaže prácu pod časovým tlakom, prácu vo vnútenom pracovnom tempe, krátky časový limit na realizáciu potrebného úkonu a vplyvy narušujúce sústredenie, ako napr. hluk, vyrušovanie či časté vyzváňanie telefónu. V oblasti emocionálnej záťaže operačné sestry uvádzali emočné znaky ako prežívanie napätia a stresu, prítomnosť strachu a smútku, prežívanie bezmocnosti a beznádeje, stratu nadšenia, bezmocnosť pri riešení problémov, stratu sebaovládania, stratu záujmu niečo riešiť, hmotnú zodpovednosť a pocit nedostatku uznania. Prežívanie napätia a stresu uviedlo 70 % operačných sestier, hmotnú zodpovednosť 90 %, intenzitu práce a časový tlak 75 %. Operačné sestry považovali za najčastejšie negatívne a rizikové faktory pracovného prostredia tieto faktory: väčší počet operačných výkonov (87 %), zlé medziľudské vzťahy (73 %), nevhodné stravovacie podmienky (80 %), presúvanie činností lekára na sestru (60 %), nevhodný režim prestávok (50 %) a pôsobenie rušivých vplyvov počas pracovnej činnosti (50 %). Za najzávažnejšie dôsledky výkonu svojej profesie a s tým spojenej psychickej záťaže považovali zrakové ťažkosti (tlak v očiach, pálenie očí, únava, začervenanie očí, slzenie očí), bolesti krčnej chrbtice a chrbta, celkovú únavu, srdcovo-cievne ťažkosti a gynekologické problémy. Ako ďalšie dôvody psychickej záťaže uvádzali aj pracovnú nespokojnosť, poruchy prispôsobenia sa, poruchy koncentrácie, diskomfort, užívanie liekov. Uskutočnená štúdia teda preukázala, že práca na operačnej sále u operačných sestier prináša nielen psychickú, ale tiež fyzickú záťaž, pričom so zvyšujúcim sa vekom sa pridávajú aj zdravotné problémy (Balková et al., 2015, s. 31-35).

Dos Santos et al. (2018, s. 472) sa vo svojej štúdii zaoberali otázkou spojenia kvality života sestier s ich pracovným prostredím. Cieľom tohto výskumu bolo overiť súvislosť medzi demografickými a pracovnými údajmi, kvalitou života a pracovným prostredím oslovených sestier. Štúdia bola prierezová, korelačná, uskutočňovala sa po dobu takmer šiestich mesiacov

na vzorke 143 sestier. Vzťah medzi skóre kvality života sestier, ich pracovným prostredím a demografickými a pracovnými údajmi sa analyzoval za pomoci úpravy viacerých lineárnych regresných modelov a na základe nadväznosti odpovedí oslovených sestier k jednotlivým doménam kvality života. Z výsledkov štúdie vyplynulo, že skóre kvality života a pracovného prostredia sestier bolo priaznivé – nebola teda zistená zlá kvalita života. Bol preukázaný štatistický význam v lepšej kvalite života u tých sestier, ktoré boli spokojné so svojím platom a pracovným časom po dobu viac ako šesť rokov, zatiaľ čo nižšie skóre kvality života bolo preukázané u tých sestier, ktoré pracovali v uzavretých a špeciálnych jednotkách, počas 36 až 40 hodín týždenne v období predchádzajúcich 12 mesiacov. Táto štúdia teda naznačila, že kvalita života sestier pracujúcich v špeciálnych podmienkach, ako napr. v perioperačnom tíme v rámci perioperačnej ošetrovateľskej starostlivosti, môže byť nižšia ako kvalita života sestier pracujúcich mimo týchto špeciálnych jednotiek.

Jose, Bhat (2014, s. 4) uvádzajú, že je dôležité skúmať a vedieť, ako sú sestry spokojné s kvalitou svojho života a svojím zamestnaním, a ktoré konkrétne charakteristiky ovplyvňujú kvalitu života sestier. Preto zrealizovali výskum, ktorého hlavným cieľom bolo zistiť kvalitu života sestier na základe dotazníka WHO a nájsť súvislosť medzi kvalitou života a vybranými demografickými a pracovnými premennými. Výskumnú vzorku tvorilo 1040 registrovaných sestier, ktoré pracovali vo vybraných fakultných nemocniciach. Výsledky ukázali, že medián skóre kvality života sestier v oblasti celkového vnímania kvality života a hodnotenia zdravia bol rovnaký. Zistila sa významná súvislosť medzi kvalitou života a ich rodinným stavom, mesačným príjmom, oblasťou práce, pracovným časom i celkovým počtom rokov praxe.

Členmi perioperačného tímu môžu byť tiež anestéziológovia, resp. anestéziologické sestry. Výskumov venovaných osobitne anestéziológom je však menej. Jeden u nich zrealizovali Arenson-Pandikow et al. (2012, s. 48). V tomto výskume skúmali vnímanie kvality života u anestéziológov a nonanestéziológov. Išlo o transversálnu štúdiu, založenú na troch špecifických dotazníkoch – epidemiologickom, dotazníku WHOQOL-BREF a dotazníku SF-12. Výskum okrem iného odhalil, že vnímanie kvality života u anestéziológov bolo vo vzťahu k skúmanej vzorke vo všeobecnosti horšie ako u ostatných zdravotníckych pracovníkov.

Zo zhrnutých poznatkov vyplýva, že kvalita života členov perioperačného tímu môže byť determinovaná množstvom faktorov, od fyzickej záťaže a vplyvov pracovného prostredia cez psychickú záťaž a jej rôzne formy a následky až po rôzne demografické faktory či faktory, ktoré súvisia s ich osobnostným, sociálnym, ekonomickým či vzdelanostným štatútom.

3 SKÚMANIE KVALITY ŽIVOTA A ZDRAVIA ČLENOV PERIOPERAČNÉHO TÍMU

Skúmaniu kvality života a zdravia členov perioperačného tímu sa ďalej venuje tretia kapitola, ktorá prezentuje metodiku a výsledky vlastného výskumu v tejto oblasti.

3.1 Výskumné otázky a výskumné hypotézy

Vzhľadom na kvalitatívno-kvantitatívny charakter výskumu boli stanovené výskumné otázky aj výskumné hypotézy.

Výskumné otázky boli stanovené v tomto znení:

- Ako členovia perioperačného tímu subjektívne hodnotia svoje fyzické zdravie?
- Ako členovia perioperačného tímu subjektívne hodnotia svoje psychické zdravie?
- Aká je kvalita života členov perioperačného tímu a čím je determinovaná?

Výskumné hypotézy boli stanovené v podobe nulových hypotéz, hovoriacich o nezávislosti porovnávaných znakov, pričom v prípade ich neplatnosti sa prijímala alternatívna hypotéza, hovoriaca o závislosti medzi porovnávanými znakmi:

- H_0 : Medzi všeobecným zdravím a pohlavím členov perioperačného tímu neexistuje štatisticky významný vzťah.
 H_A : Medzi všeobecným zdravím a pohlavím členov perioperačného tímu existuje štatisticky významný vzťah.
- H_0 : Medzi všeobecným zdravím a vekom členov perioperačného tímu neexistuje štatisticky významný vzťah.
 H_A : Medzi všeobecným zdravím a vekom členov perioperačného tímu existuje štatisticky významný vzťah.

3.2 Výskumný súbor

Výskumný súbor bol tvorený 38 členmi perioperačného tímu (perioperačnými sestrami, lekármi, sestrami a lekármi starajúcimi sa o pacientov bezprostredne po operácii, sanitármi) na vybranom pracovisku – na gynekologicko-pôrodnickom oddelení vybranej nemocnice. Participanti boli do výskumu zaradení zámerným výberom. Kritériom na zaradenie do výskumu bola práca v perioperačnom tíme na danom pracovisku. Kritériom na vyradenie z výskumu bolo nepôsobenie participantov v perioperačnom tíme na danom pracovisku.

Bližšiu charakteristiku výskumného súboru uvádzajú tabuľky 1 až 5.

Tabuľka 1 – Pohlavie respondentov

odpovede	n	%
muži	17	44,7
ženy	21	55,3
celkom	38	100

Z hľadiska pohlavia tvorili väčšinu respondentov vo výskume ženy (55,3 %). Muži tvorili 44,7 % výskumného súboru.

Tabuľka 2 – Vek respondentov – všetky odpovede

vek v rokoch	n	%
26	2	5,3
28	3	7,9
29	4	10,6
31	1	2,6
32	2	5,3
33	1	2,6
35	2	5,3
37	2	5,3
38	1	2,6
40	2	5,3
43	1	2,6
47	1	2,6
48	1	2,6
49	1	2,6
50	1	2,6
51	1	2,6
52	2	5,3
53	2	5,3
54	1	2,6
55	1	2,6
56	4	10,6
59	1	2,6
60	1	2,6
celkom	38	100

Do výskumu sa zapojili respondenti vo veku od 26 do 60 rokov. Najväčšiu vekovú skupinu tvorili respondenti vo veku 29 a 56 rokov (obe po 10,6 %). Priemerný vek respondentov vo výskume bol 41,9 rokov. Na účel overenia platnosti stanovených výskumných hypotéz boli respondenti z hľadiska veku rozdelení do dvoch vekových skupín (tabuľka 3).

Tabuľka 3 – Vek respondentov – vekové skupiny

odpovede	n	%
do 40 rokov	20	52,6
41 a viac rokov	18	47,4
celkom	38	100

Respondenti do 40 rokov tvorili miernu väčšinu výskumného súboru (52,6 %). Respondenti vo veku 41 a viac rokov mali vo výskume zastúpenie 47,4 %.

Tabuľka 4 – Pracovná pozícia respondentov v perioperačnom tíme

odpovede	n	%
sestra inštrumentárka	9	23,7
sanitár	9	23,7
lekár gynekológ	6	15,8
lekár anestéziológ	4	10,5
sestra anestéziologická	10	26,3
celkom	38	100

Do výskumu sa zapojili respondenti pracujúci na rôznych pozíciách v perioperačnom tíme. Najväčšie zastúpenie mali anestéziologické sestry s podielom 26,3 %. Sestier inštrumentárok a sanitárov bolo vo výskume po 23,7 %, lekári gynekológovia mali vo výskumnom súbore zastúpenie 15,8 % a lekári anestéziológovia 10,5 %.

Do kvalitatívnej časti výskumu sa zapojilo 5 z 38 respondentov výskumu (13,1 %). Do tejto časti výskumu boli respondenti vybraní kvótnym výberom s prihliadaním na zastúpenie čo najväčšieho počtu profesií v perioperačnom tíme. Zloženie výskumného súboru zapojeného do kvalitatívneho výskumu uvádza tabuľka 5.

Tabuľka 5 – Časť výskumného súboru zapojeného do kvalitatívneho výskumu

respondent / ka	pohlavie	vek v r.	pozícia v perioperačnom tíme
respondentka A	žena	28	sestra inštrumentárka
respondentka B	žena	56	staničná sestra, sestra inštrumentárka
respondentka C	žena	29	sekundárna lekárka
respondentka D	žena	55	sestra inštrumentárka
respondent E	muž	59	sanitár

Z piatich respondentov zapojených do kvalitatívnej časti výskumu boli štyri ženy a jeden muž. Priemerný vek respondentov v tejto časti výskumu bol 45,4 roka. Tri zo štyroch žien pracovali v perioperačnom tíme ako sestry inštrumentárky, pričom jedna z nich pracovala aj ako staničná sestra. Jedna žena pracovala ako sekundárna lekárka, muž pracoval ako sanitár.

3.3 Metodika zberu dát

Vzhľadom na kvalitatívno-kvantitatívny charakter boli pri výskume využité rôzne metódy a výskumné nástroje. V kvalitatívnej časti výskumu bola využitá metóda pološtruktúrovaného rozhovoru, v kvantitatívnej časti sa využíval dotazník SF 36 a Cantrilov index.

Pološtruktúrovaný rozhovor predstavuje jednu z hlavných metód v kvalitatívnom výskume. Je kombináciou štruktúrovaného a neštruktúrovaného rozhovoru. Výskumník pri ňom kladie otázky, ktoré si vopred pripravil, ale aj nepripravené, spontánne otázky, ktoré vyplývajú z obsahu rozhovoru (Škodová, 2013, s. 38). V tomto výskume bolo použitých deväť vopred pripravených otázok, ktoré slúžili ako opora pre uskutočnenie rozhovoru, z toho tri otázky sa zaoberali fyzickým zdravím, ďalšie tri psychickým zdravím a posledné tri subjektívnym hodnotením kvality života. Súčasťou rozhovoru boli aj samostatné položky, prostredníctvom ktorých sa zisťovalo pohlavie, vek a pracovná pozícia respondentov v perioperačnom tíme. Celé znenie otázok v štruktúrovanej časti rozhovoru je uvedené v prílohe A tejto práce.

Dotazník kvality života SF 36 patrí medzi najznámejšie a v praxi najčastejšie používané generické dotazníky (Slováček, Slováčková, 2012, s. 14). Je zložený z 36 otázok rozdelených do ôsmich dimenzií, a z jednej samostatnej otázky č. 2, nepatriacej do žiadnej dimenzie (Petr, 2000, s. 26-28). Príslušnosť otázok k jednotlivým dimenziám je nasledovná:

- všeobecné zdravie – otázky č. 1, 33, 34, 35, 36;
- fyzické fungovanie – č. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12;
- fyzické obmedzenia – č. 13, 14, 15, 16;
- emočné problémy – č. 17, 18, 19;
- sociálne fungovanie – č. 20, 32;
- telesná bolesť – č. 21, 22;
- vitalita – č. 23, 27, 29, 31;
- duševné zdravie – č. 24, 25, 26, 28, 30.

Dimenzie fyzické fungovanie, fyzické obmedzenia a telesná bolesť v najväčšej miere korelujú s fyzickou zložkou kvality života a teda najviac prispievajú k hodnoteniu fyzického zdravia jedinca. Dimenzie emočné problémy, sociálne fungovanie a duševné zdravie najviac korelujú s psychickou zložkou kvality života a teda najväčšmi prispievajú k hodnoteniu psychického zdravia jedinca. Dimenzie všeobecné zdravie, sociálne fungovanie, vitalita majú pozoruhodné korelácie s oboma týmito komponentmi, preto sa zohľadňujú pri hodnotení tak fyzického, ako

aj psychického zdravia (Ware et al., 1994, s. 3:2; Ware, 2000, s. 3131). Uvedené korelácie dimenzií v kombinácii tvoria celkové fyzické zdravie (PCS) alebo celkové psychické zdravie (MCS), ako uvádza Sobotík (1998, s. 50-51). V tomto výskume bol využitý dotazník kvality života SF 36 (Short Form 36 Health Subject Questionnaire) neziskovej organizácie RAND, ktorá tento dotazník spravuje a poskytuje jeho voľnú licenciu pod názvom RAND SF 36.

Cantrilov index (rebrík) je grafická posudzovacia škála, na ktorej respondenti posudzujú určitý problém na stupňoch od 1 do 10. Často sa využíva pri zisťovaní spokojnosti so životom alebo spokojnosti s kvalitou života (Bačíková, Janovská, 2018, s. 74). V praxi sa obvykle využíva v podobe 11 stupňov, t.j. o hodnotách 0 do 10 (Glatzer, Gulyas, 2014, s. 509).

Dotazník použitý v tomto výskume sa skladal z viacerých častí. Jadro tvoril štandardizovaný dotazník SF 36. Ďalšou časťou bol Cantrilov index, tretiu časť tvorili demografické údaje, kde sa zisťovalo pohlavie, vek a pracovná pozícia participantov výskumu v perioperačnom tíme. Celý dotazník bol napísaný v českom jazyku. Použitý dotazník o kvalite života a zdravia perioperačného tímu je uvedený v prílohe B tejto práce.

3.4 Metódy interpretácie a vyhodnotenia dát

Zber dát v rovine rozhovorov a dotazníkového šetrenia s vybranými členmi perioperačného tímu prebiehal v období od 14. februára do 25. februára 2022. Rozhovory prebiehali s každým členom perioperačného tímu samostatne a v pokojnej, nerušenej atmosfére. Dotazníky boli participantom výskumu rozdávané v tlačenej forme.

Rozhovory boli nahraté na diktafón a neskôr prepísané v tvare, v akom boli zaznamenané. K vyhodnoteniu rozhovorov sa použilo **otvorené kódovanie**. Formou opakovaných čítaní a hĺbkových analýz výpovedí participantov boli v texte identifikované kľúčové slová (slová porovnateľného významu), ktoré sa v procese kódovania označovali kódmi a zaradzovali do šiestich kategórií kódov. Pod kódom možno rozumieť konkrétne slovo, vetu, súvetie, odsek, myšlienku, udalosť, jednanie, pocit, prípad, postoj či informáciu, s ktorou sa ďalej pracuje. Jeden kód môže byť pritom umiestnený vo viacerých kategóriách. Vytvorené kategórie kódov umožňovali získané informácie rozčleňovať, sprehľadňovať a následne odprezentovať, ako to odporúča Hendl (2016, s. 211-258). Kódy kľúčových slov predstavovali skratky jednotlivých oblastí, na ktoré sa výskum primárne zameriaval, t.j. fyzické zdravie (FZ), psychické zdravie (PZ) a kvalita života (KŽ). Vytvorené kategórie kódov a použité kódy vrátane ich farebného rozlíšenia uvádza tabuľka 6.

Tabuľka 6 – Kategórie kódov, kódy a ich farebné rozlíšenie

kategória kódov	č.	kódy
hodnotenie zdravia pri práci v perioperačnom tíme	1	FZ-1, PZ-1
faktory ovplyvňujúce zdravie pri práci v perioperačnom tíme	2	FZ-2, PZ-2
spôsoby ovplyvňovania zdravia ostatnými členmi perioperačného tímu	3	FZ-3, PZ-3
subjektívne zhodnotenie kvality života	4	KŽ-1
faktory ovplyvňujúce kvalitu života	5	KŽ-2
subjektívne zhodnotenie kvality života v porovnaní so stavom pred rokom	6	KŽ-3

Prepísané a okódované rozhovory uvádzajú prílohy C až G tejto práce. Výsledky získané z rozhovorov sú v práci interpretované vo forme tabuliek s uvedením výskytu jednotlivých kľúčových slov v príslušnom rozhovore, a doplnené aj vybranými úryvkami v texte.

Získané dáta z dotazníkového šetrenia boli po ukončení výskumu spočítané a zaznamenané v programe Microsoft Office Excel vo forme absolútnych (n) a relatívnych (%) počtov. Výsledky z dotazníkového šetrenia sú interpretované taktiež vo forme tabuliek.

Pri vyhodnocovaní výsledkov z dotazníkov bolo použité **skórovanie**. Jenkinson et al. (1993a, s. 46-48) uvádzajú, že všetky otázky dotazníka SF 36 sú tvorené Likertovou škálou, pričom skóre v každej otázke dotazníka SF 36 môže nadobudnúť hodnotu od 0 do 100 bodov, kde vyššie skóre indikuje vyššiu kvalitu života v príslušnej oblasti a skóre 50 alebo menej môže byť interpretované ako skóre pod normou všeobecnej populácie.

Pri výpočte skóre v jednotlivých otázkach v dotazníku SF 36 bolo použité skórovanie podľa metodiky spoločnosti RAND, ktorá dotazník SF 36 spravuje a poskytuje:

- otázky č. 1, 2, 20, 22, 34 a 36 (škály 1-5): 1x100 (dáta prislúchajúce škále 1 boli vynásobené hodnotou 100), 2x75, 3x50, 4x25, 5x0;
- otázky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 (škály 1-3): 1x0, 2x50, 3x100;
- otázky č. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 (škály 1-2): 1x0, 2x100;
- otázky č. 21, 23, 26, 27, 30 (škály 1-6): 1x100, 2x80, 3x60, 4x40, 5x20, 6x0;
- otázky č. 24, 25, 28, 29, 31 (škály 1-6): 1x0, 2x20, 3x40, 4x60, 5x80, 6x100;
- otázky č. 32, 33, 35 (škály 1-5): 1x0, 2x25, 3x50, 4x75, 5x100 (RAND, 2023).

Výsledné skóre sa získalo podľa ďalších odporúčaní RAND (2023): získané hodnoty v každej otázke sa spočítali a vypočítala sa priemerná hodnota za každú dimenziu dotazníka. Využíval sa teda postup **vyhodnotenia posudzovacích škál podľa priemeru**. Výpočet hodnoty

posudzovacích škál podľa priemeru (na stupňoch od 0 do 10) sa využíval aj pri výpočte priemerného skóre v otázke, v ktorej bol použitý Cantrilov index.

Výpočet priemerného skóre každej dimenzie dotazníka SF 36 umožňoval vypočítať aj skóre celkového fyzického a celkového psychického zdravia. Sobotík (1998, s. 50-51) uvádza, že do celkového fyzického zdravia patria dimenzie všeobecné zdravie, fyzické fungovanie, fyzické obmedzenia, telesná bolesť, vitalita, pričom podľa aktualizácie Wareho (2000) do fyzického zdravia spadá sociálne fungovanie. Sobotík (1998, s. 50-53) ďalej uvádza, že do psychického zdravia spadajú všeobecné zdravie, emočné problémy, sociálne fungovanie, vitalita a duševné zdravie. Priemerné skóre celkového fyzického zdravia (PCS) a psychického zdravia (MCS) sa získava výpočtom aritmetického priemeru z výsledného skóre príslušných dimenzií.

Mnohé výskumné štúdie na základe priemeru z výsledného skóre každej z ôsmich dimenzií dotazníka SF 36, príp. na základe priemeru z výsledného skóre PCS a MCS počítajú tiež „celkový index kvality života” (Sobotík, 1998, s. 50) alebo „celkové skóre” dotazníka SF 36 (Lins, Carvalho, 2016). Tento postup však nie je správny, pretože nikdy nebol odporúčaný (Ware, Kosinski, 2001, s. 412) a môže prinášať veľmi skresľujúce výsledky (Lins, Carvalho, 2016). Z toho dôvodu v tomto výskume celkové skóre kvality života počítané nebolo.

Štatistické testovanie výskumných hypotéz bolo uskutočnené **Pearsonovým chí kvadrát testom nezávislosti** s využitím **kontingenčných tabuliek**. Somorčík, Teplička (2015, s. 174-180) uvádzajú, že test posudzuje, či sú porovnávané znaky závislé alebo nezávislé. Vychádza z kontingenčnej tabuľky skutočných a očakávaných početností. Nulová hypotéza značí, že porovnávané veličiny sú štatisticky nezávislé. V opačnom prípade sa prijíma alternatívna hypotéza, hovoriaca o závislosti porovnávaných znakov. Test sa počíta podľa vzorca:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

V uvedenom vzorci χ^2 predstavuje chí kvadrát (chí kvadrátový test), Σ je celková početnosť, O_i znamená skutočnú početnosť a E_i znamená očakávanú početnosť. Pri teste sa zohľadňuje aj hodnota testového kritéria, počet stupňov voľnosti, kritická hodnota pre stanovenú štatistickú významnosť a tiež splnenie podmienok pre uskutočnenie tohto testu – toho, či max. 20 % očakávaných početností je menších ako 5 a či žiadna očakávaná početnosť nemá hodnotu 0 (Somorčík, Teplička, 2015, s. 175-180). Vo výskume sa používala hladina štatistickej významnosti 5 % ($p < 0,05$).

3.5 Interpretácia výsledkov

Podkapitola prezentuje výsledky výskumu. Najskôr interpretujeme výsledky z uskutočnených rozhovorov, následne interpretujeme dáta z výskumu dotazníkom SF 36.

3.5.1 Interpretácia výsledkov z rozhovorov

Výsledky z rozhovorov sú interpretované predstavením jednotlivých kategórií s prihliadaním na skúmané oblasti a uvedením kódovaných kľúčových slov a ich výskytu v rozhovoroch.

Kategória: Hodnotenie zdravia pri práci v perioperačnom tíme

Tabuľka 7 – Hodnotenie fyzického zdravia pri práci v perioperačnom tíme

kľúčové slová	v rozhovore
výborné fyzické zdravie	–
veľmi dobré fyzické zdravie	–
dobré fyzické zdravie	A
celkom dobré fyzické zdravie	B, C
zlé fyzické zdravie	D, E

Z tabuľky 7 vyplýva, že žiadny respondent vo výskume neopísal svoje fyzické zdravie tak, aby ho bolo možné vyhodnotiť ako výborné alebo veľmi dobré. Dobré fyzické zdravie uviedla respondentka A: „*Po fyzické stránce se tedy cítím dobře.*” U dvoch respondentiek sme zistili celkom dobré fyzické zdravie a u dvoch respondentov zlé fyzické zdravie. Respondentka C, u ktorej sme zistili celkom dobré fyzické zdravie, uviedla: „*Kdysi jsem se cítila mnohem lépe, než jsem začala pracovat.*” Respondentka D, u ktorej sme zistili zlé fyzické zdravie, uviedla, že sa určite necíti byť zdravá a že práca v perioperačnom tíme na nej zanechala stopu, pričom pripomenula aj nasledovné: „*Má to špatný vliv na mě.*”

Tabuľka 8 – Hodnotenie psychického zdravia pri práci v perioperačnom tíme

kľúčové slová	v rozhovore
výborné psychické zdravie	–
veľmi dobré psychické zdravie	B
dobré psychické zdravie	A, C, E
celkom dobré psychické zdravie	–
zlé psychické zdravie	D

Väčšina respondentov, ktorí nám poskytli rozhovor, mala dobré psychické zdravie. Dobré psychické zdravie sme zistili u respondentov A, C, E. Respondentka B ako jediná v rozhovore uviedla, že v tomto smere sa cítili veľmi dobre: „*Po psychické stránce v pohodě, řekla bych až*

velmi dobře. Určitě mě dokážou rozhodit jisté věci... ale je to v normě.” Zlé psychické zdravie sme zistili iba u respondentky D.

Kategória: Faktory ovplyvňujúce zdravie pri práci v perioperačnom tíme

Tabuľka 9 – Faktory ovplyvňujúce fyzické zdravie pri práci v perioperačnom tíme

klúčové slová	v rozhovore
počet operatívnych výkonov / množstvo práce	A, C
fyzická náročnosť práce	A, B, C, D, E
dostatok fyzickej aktivity vo voľnom čase	A
stres	A, B, C, D, E
náročnosť a dôležitosť povolania	A
nedostatok personálu	A, C, D, E
bolesti chrbtice	B, D, E
dvíhanie ťažkých bremien	B, D
nedostatok spánku	C
nepravidelné stravovanie	C
dlhodobé státie pri práci	C, D
celodenné služby / časová náročnosť práce	C
nedostatok fyzickej aktivity vo voľnom čase	C
únava	C
prekladanie pacientov	D, E
nahrádzanie práce iných profesií	D
iné sprievodné ochorenia z fyzickej práce	E
nedostatok fyzických síl pre výkon povolania	E

Z rozhovorov s vybranými členmi perioperačného tímu sme vyčítali viaceré faktory, ktoré ovplyvňovali ich fyzické zdravie pri práci. Všetci piati respondenti v rozhovoroch v tomto smere uviedli fyzickú náročnosť práce a stres. Štyria respondenti uviedli nedostatok personálu ako faktor podpisujúci sa pod ich fyzické zdravie, traja uviedli bolesti chrbtice a po dvaja uviedli počet operatívnych výkonov / množstvo práce na operačnej sále, dvíhanie ťažkých bremien, dlhodobé státie pri práci na operačnej sále a prekladanie pacientov. Respondentka B, ktorá ako jedna z dvoch respondentiek v rozhovore uviedla bolesti chrbtice, v tomto smere vysvetlila: „Mně bolí záda, což příkládám této práci.” Kriticky sa v rozličných smeroch vyjadrovala najmä respondentka D, pracujúca ako sestra inštrumentárka: „Tuto práci dělám 30 let a za tu dobu mám velké problémy se zády, protože taháme těžký stůl, stojíme 4-5-6 hodin u operačního stolu, překládáme pacienty. Děláme spoustu věcí za sanitáře, kterých je málo, za kolegyně, které tady nejsou, protože buď jsou nemocné, nebo nejsou sestry, takže děláme práci nejméně za dva lidi plus svojí práci, takže tohle všechno se odráží na mém

fyzickém zdraví a prostě je to pro mě hodně těžký.” Respondent D poukázal popri bolestiach chrbta aj na konkrétne ochorenia v dôsledku fyzickej námahy v pracovnej pozícii sanitára: „Musel jsem absolvovat vyšetření, kde mi potvrdili vyhrzlou ploténku. Taktéž mám diastázu a tříselnou kýlu. Nezbyvá mnoho sil pro výkon povolání.”

Tabuľka 10 – Faktory ovplyvňujúce psychické zdravie pri práci v perioperačnom tíme

klúčové slová	v rozhovore
úzkosť	A
depresia	A
stres	A, B, C, D, E
zodpovednosť v práci	A, D
spytovanie svedomia / obavy z chýb / chybovosť pri práci	A, D
atmosféra na operačnej sále	A
pracovné tempo	A
nedostatok personálu	A, C, D
psychická náročnosť práce	A
únava	A, C
nedostatok radosti z práce	A
nižšia pozornosť pri práci	A
nedostatok voľného času	A, D
kumulovanie problémov	A
spolupráca v rámci perioperačného tímu	A, B, D
kvalita spánku	C
nedostatok energie	C
tlak kolegov na kvalitu odvedenej práce	C
tlak vedenia na kvalitu odvedenej práce	C
množstvo práce	C, D, E
nedostatok odpočinku	C
zodpovednosť za prácu iných profesií	D
osvetlenie na operačnej sále	D
fungovanie elektroniky na operačnej sále	D

Z rozhovorov sme vyčítali aj mnohé faktory, ktoré ovplyvňovali psychické zdravie členov perioperačného tímu pri práci. Tak ako v prípade fyzického zdravia, najvýznamnejším z nich bol faktor stresu, ktorý uviedlo všetkých päť respondentov v rozhovore. Po traja respondenti uviedli nedostatok personálu, spoluprácu v rámci perioperačného tímu a množstvo práce, po dvaja uviedli zodpovednosť v práci, spytovanie svedomia (obavy z chýb / chybovosť pri práci), únavu a nedostatok voľného času. Ostatné faktory uviedol vždy po jeden respondent. O strese rozprávala najmä respondentka D, ktorá okrem iného uviedla: „*Pokud mám v sobě, že ta práce má být dobře odvedená, ne vždycky se to podaří, takže to mám v sobě zakořeněný,*

že keď se mi to nepodaří na 100 %, tak mě to vystresuje. ... Od rána od 8 hodin je to jeden velký stres do konce operačního programu.” Vplyv stresu v tomto smere osobitne zdôraznil aj respondent E: „Jsem nervák a stresuji se ve vypjatých situacích – stres je pro mě klíčový faktor. Stres je určitě nejvýznamnějším faktorem, v mém případě jednoznačně.”

Kategória: Spôsobov ovplyvňovania zdravia ostatnými členmi perioperačného tímu

Tabuľka 11 – Spôsobov ovplyvňovania fyzického zdravia ostatnými členmi perioperačného tímu

klúčové slová	v rozhovore
netrpezlivosť	A
nedostatočná komunikácia	A
ohľaduplnosť k fyzickej kondícii starších kolegýň	A
stres iných členov	B
nedostatok personálu	C, D, E
fyzické nasadenie členov	C
nahrádzanie fyzickej práce iných profesií	D
kvalita práce v tíme	E
fyzická pomoc kolegov a kolegýň	E

Každý z piatich respondentov poskytujúcich rozhovor naznačil minimálne jeden konkrétny spôsob, ako ich fyzické zdravie ovplyvňovali ostatní členovia perioperačného tímu. Ako sme zistili, väčšina respondentov v tomto sme poukázala na nedostatok personálu. Túto odpoveď uviedli respondenti C, D a E. Respondentka C to vysvetlila nasledovne: „Pokud nás je málo, tak o to víc musíme pracovat.” Respondent E síce zhodnotil perioperačný tím, v ktorom pracoval, ako „dobrý”, ale pripomenul, že „opět je to o nedostatku personálu.”

Tabuľka 12 – Spôsobov ovplyvňovania psychického zdravia ostatnými členmi perioperačného tímu

klúčové slová	v rozhovore
komunikácia	A
tlak / nespokojnosť lekárov	A, D, E
atmosféra na operačnej sále	A, D
nervozita	A
fungovanie kolektívu	A, D, E
vzájomná pomoc	A, D
tolerancia a obozretnosť	A
tlak kolegov na kvalitu odvedenej práce	C
nedostatok personálu	C, D
zodpovednosť za prácu iných profesií	D
ocenenie práce inými členmi	E
žiadny vplyv na psychické zdravie	B

Respondenti poskytujúci rozhovor boli z hľadiska ovplyvňovania ich zdravia ostatnými členmi perioperačného tímu kritickejší v rovine psychického zdravia, pričom poukázali na viaceré spôsoby, ako podľa nich ostatní členovia tímu ovplyvňovali ich psychické zdravie. Najčastejšie uvádzanými odpoveďami boli tlak / nespokojnosť lekárov a fungovanie kolektívu – uviedli to po traja respondenti. Po dvaja respondenti prezradili, že na ich psychické zdravie vplýva to, aká je atmosféra na operačnej sále, ako si členovia perioperačného tímu navzájom pomáhajú, a nedostatok personálu. Respondentka A, pracujúca ako sestra inštrumentárka, okrem iného naznačila, ako sa tento vplyv môže odraziť na jej práci: „Čím víc je člověk nervóznější, tím víc ho práce či operace nebaví, a tím samozřejmě i operace se může díky tomu prodloužit, protože začne člověk všeobecně dělat chyby.” Respondent E, pracujúci ako sanitár, vo svojej odpovedi naznačil, že sa necíti byť dostatočne docenený: „Někdy mám pocit, že si (lékaři; pozn.) mé práce neváží a mou práci neoceňují, podobné je to i u sester na operačním sále. Takže se cítím, že má práce není dostatečně oceněná.” Respondentka B ako jediná v rozhovore neuviedla, že by ostatní členovia perioperačného tímu vplývali na jej psychické zdravie, pričom to vysvetlila takto: „Jsem dostatečně silná osobnost.”

Kategória: Subjektívne zhodnotenie kvality života

Tabuľka 13 – Subjektívne zhodnotenie kvality života

klúčové slová	v rozhovore
vysoká kvalita života	–
stredná kvalita života	A, B, C, E
nízka kvalita života	D

Väčšina respondentov v rozhovore subjektívne zhodnotila kvalitu svojho života ako strednú. Uviedli to respondenti A, B, C a E. Respondentka A, ktorá niekoľko mesiacov pred týmto rozhovorom menila zamestnanie, konštatovala: „I přesto, že se mi ve své podstatě změnilo od září (2021; pozn.) vcelku pracovní nasazení, co se týče fyzické a psychické úrovně, že občas to může být nahoře i dole, pořád jsem spokojená, pořád mám pocit, že ta kvalita života není nízká, ani samozřejmě vysoká, je střední.” Respondentka B uviedla, že kvalitu svojho života považuje za strednú, pretože nemala „dostatek času na své koníčky.” Kvalitu svojho života ako vysokú subjektívne nezhodnotil žiadny respondent vo výskume. Naopak kvalitu svojho života ako nízku subjektívne zhodnotila iba jedna respondentka v rozhovore – respondentka D: „Myslím si, že moje kvalita života je nízká”.

Kategória: Faktory ovplyvňujúce kvalitu života

Tabuľka 14 – Faktory ovplyvňujúce kvalitu života

klúčové slová	v rozhovore
fyzická aktivita / regenerácia	A
dostatočný čas na koníčky	A, E
nedostatočný čas na koníčky	B, C, D
radosť z práce / naplnenie prácou	A, C, E
nedostatočné budovanie partnerských vzťahov	A, C
nedostatočné budovanie rodinných a priateľských vzťahov	A, C, D
nedostatok personálu	A, B, C, D, E
početnosť služieb	A, C, D, E
celodenné služby	A, B
únava	A, E
finančné polepšenie si	A
pravidelnosť stravovania	B
nedostatok a nepravidelnosť spánku	B
stres	C, D
fyzická námaha v práci	D
zodpovednosť za prácu iných profesií	D

Z rozhovorov sme vyčítali aj viaceré faktory, ktoré podľa respondentov ovplyvňovali kvalitu ich života. Jediným faktorom, ktorý v tomto smere uviedol každý respondent v rozhovore, bol nedostatok personálu na oddelení. Po štyria respondenti poukázali na početnosť služieb, po traja na nedostatočný čas na koníčky, radosť z práce / naplnenie prácou a nedostatočné budovanie rodinných a priateľských vzťahov, a po dvaja na dostatočný čas na koníčky, na nedostatočné budovanie partnerských vzťahov, na celodenné služby, únavu a stres. Ostatné faktory, ktoré sme v rozhovoroch zaznamenali, boli vždy uvedené iba jedným respondentom. Respondentka A okrem iného uviedla: „*Je krásny žit práci, ale nemělo by to být na úkor osobního života. Samozřejmě, můžu si udělat čas na regeneraci, můžu si udělat čas na fyzické zdraví v podobě toho cvičení či koníčků, ale do života patří všeobecně nám lidem i láska a udržení vztahů s partnerem nebo s kýmkoliv, což je poměrně náročné, protože pokud se chci s někým sejit nebo chci cokoliv dělat, tak se to odvíjí od toho, kolik mám služeb a v podstatě kdy toho času bude.*” V časti odpovede respondentky B boli uvedené a navzájom previazané viaceré faktory: „*Nedostatek spánku a nepravidelnost spánku kvůli 24hodinovým službám, což je následek nedostatku personálu.*” Podobným štýlom odpovedala aj respondentka D, ktorá pracovala ako sestra inštrumentárka: „*Vzhledem k velké operativě, nedostatku personálu, velkému stresu, velké fyzické námaze už nemám čas na nic jiného.*” Kriticky sa vyjadrovala aj

respondentka C: „*Mohlo by být víc volného času, mohli bychom pracovat kvalitněji, ne na úkor volného času... Tady se hodně řeší kvantita na úkor té kvality.*” Táto respondentka, pracujúca ako sekundárna lekárka, okrem iného tiež naznačila, že nedostatok personálu je cyklický problém: „*Naberou se noví lidé a ta práce se rozdělí... ale po chvílce je to stejné.*” Naopak najmenej kritický bol respondent E, pracujúci ako sanitár. Tento respondent poukázal aj na faktory, ktoré kvalitu jeho života ovplyvňujú v pozitívnom smere, keď uviedol: „*Svoji práci mám rád a v soukromém životě se mám fajn. Někdy je člověk víc v práci než doma. Čas na své koníčky si ale vždy najdu.*”

Kategória: Subjektívne zhodnotenie kvality života v porovnaní so stavom pred rokom

Tabuľka 15 – Subjektívne zhodnotenie kvality života v porovnaní so stavom pred rokom

klúčové slová	v rozhovore
vyššia kvalita života ako pred rokom	–
rovnaká kvalita života ako pred rokom	B, C, D, E
nižšia kvalita života ako pred rokom	A

Respondenti poskytujúci rozhovor mali tiež subjektívne zhodnotiť súčasnú kvalitu svojho života v porovnaní so stavom pred rokom. Ako sme zistili, väčšina respondentov zhodnotila svoju kvalitu života ako rovnakú než pred rokom. Takto odpovedali respondenti B, C, D a E. V niektorých prípadoch to však znamenalo, že kvalitu svojho života hodnotili ako nízku alebo dlhodobo nezmenenú. Napríklad respondentka D uviedla: „*Asi zůstala stejná, takže nízká.*” Respondentka B, ktorá v inej časti rozhovoru subjektívne zhodnotila súčasnú kvalitu svojho života ako strednú, v tomto smere uviedla, že „*je to na stejné úrovni, protože takhle je to cca 2-3 roky.*” Podobne odpovedala aj respondentka C: „*Myslím si, že se nezvýšila a ani nesnížila. Stále stejná... Stejně problémy, stejná situace.*” Najobsiahlejšiu odpoveď v tomto ohľade uviedla respondentka A, u ktorej sme ako u jedinej respondentky v rozhovore zistili nižšiu súčasnú kvalitu života ako pred rokom. Respondentka A to vysvetlila nasledovne: „*Kvalita života před rokem byla poměrně vyšší, protože jsem nepracovala na operačním sále, ale pracovala jsem na porodním sále, pracovala jsem na lůžkovém oddělení, takže v podstatě ty služby byly jiného rázu, byly to 12tuhodinové služby. Co se týče personálního obsazení, bylo nás podstatně víc, takže samozřejmě toho volna a realizace v dalších oblastech mého života nebo mých zájmů byla vyšší, takže kvalita života se dala považovat za podstatně lepší. Aktuálně... to vnímám, že ta kvalita života je v podstatě nižší. Neříkám, že nejsem šťastná, ale přeji si, aby se tahle situace zlepšila a aby ta kvalita byla samozřejmě lepší.*”

3.5.2 Interpretácia výsledkov z dotazníkov

Podkapitola prezentuje výsledky dotazníkového výskumu. Sú prezentované podľa príslušnosti otázok k jednotlivým dimenziám použitého dotazníka kvality života SF 36.

K dimenzii **všeobecné zdravie** v dotazníku kvality života SF 36 prislúchali otázky č. 1, 33, 34, 35 a 36. Výsledky z týchto otázok boli vzhľadom na potreby výskumu kategorizované podľa pohlavia a veku respondentov.

V otázke č. 1 mali respondenti celkovo zhodnotiť svoje zdravie. Výsledky uvádza tabuľka 16.

Tabuľka 16 – Celkové hodnotenie zdravia

odpovede	n	%	muži		ženy		do 40 r.		41+ r.	
			n	%	n	%	n	%	n	%
1 výborné	4	10,5	2	11,8	2	9,5	3	15	1	5,6
2 veľmi dobré	6	15,8	3	17,6	3	14,3	4	20	2	11,1
3 dobré	15	39,5	6	35,3	9	42,9	9	45	6	33,3
4 celkom dobré	9	23,7	4	23,5	5	23,8	3	15	6	33,3
5 zlé	4	10,5	2	11,8	2	9,5	1	5	3	16,7
celkom	38	100	17	100	21	100	20	100	18	100

Najväčší podiel respondentov hodnotil svoje zdravie ako dobré (39,5 %). Za celkom dobré označilo svoje zdravie 23,7 % respondentov a za veľmi dobré 15,8 %. Za výborné a za zlé označilo svoje zdravie po 10,5 % respondentov.

Dobré zdravie, predstavujúce strednú hodnotu, bolo najčastejšie uvádzané tak medzi mužmi (35,3 %), ako aj medzi ženami (42,9 %). Muži oproti ženám mierne častejšie označovali svoje zdravie za výborné, veľmi dobré, resp. zlé. Ženy mierne častejšie oproti mužom označovali svoje zdravie za celkom dobré.

Dobré zdravie bolo najčastejšie uvádzanou odpoveďou aj medzi respondentmi vo veku do 40 rokov (45 %). V skupine respondentov vo veku 41 a viac rokov bolo najčastejšie uvádzané dobré a celkom dobré zdravie (po 33,3 %). Respondenti vo veku do 40 rokov častejšie oproti respondentom vo veku 41 a viac rokov uviedli výborné a veľmi dobré zdravie, respondenti vo veku 41 rokov častejšie oproti respondentom vo veku do 40 rokov uvádzali zlé zdravie.

V zostávajúcich štyroch otázkach, ktoré prislúchali dimenzii všeobecné zdravie v dotazníku kvality života SF 36, mali respondenti zvoliť takú odpoveď, ktorá najlepšie vystihovala, do akej miery pre nich platilo každé z predmetných prehlásení.

V otázke č. 33 sa respondenti vyjadrili k získaniu ochorenia ľahšou cestou ako u iných ľudí. Výsledky uvádza tabuľka 17.

Tabuľka 17 – Získanie ochorenia ľahšie ako u iných ľudí

odpovede	n	%	muži		ženy		do 40 r.		41+ r.	
			n	%	n	%	n	%	n	%
1 určite áno	5	13,2	1	5,8	4	19,1	2	10	3	16,7
2 väčšinou áno	7	18,4	3	17,7	4	19,1	3	15	4	22,2
3 nie som si istý/á	14	36,8	7	41,1	7	33,2	7	35	7	38,9
4 väčšinou nie	7	18,4	3	17,7	4	19,1	4	20	3	16,7
5 určite nie	5	13,2	3	17,7	2	9,5	4	20	1	5,5
celkom	38	100	17	100	21	100	20	100	18	100

Najväčší podiel respondentov si nebol istý tým, či ochorievajú ľahšie ako iní ľudia (36,8 %). Po 18,4 % respondentov označilo možnosti „väčšinou áno“ a „väčšinou nie“. Jednoznačné áno a jednoznačné nie označilo po 13,2 % respondentov.

Odpoveď „nie som si istý/á“ bola najčastejšie uvádzanou odpoveďou medzi mužmi (41,4 %), ženami (33,2 %), respondentmi vo veku do 40 rokov (35 %) i respondentmi vo veku 41 a viac rokov (38,9 %). Častejšie ju uvádzali muži ako ženy a starší respondenti. Ženy častejšie uvádzali odpovede „určite áno“, „väčšinou áno“ a „väčšinou nie“, muži častejšie označovali odpoveď „určite nie“. Odpovede „určite áno“ a „väčšinou áno“ boli častejšie uvádzané u respondentov vo veku 41 a viac rokov, naopak respondenti vo veku do 40 rokov častejšie uvádzali odpovede „väčšinou nie“ alebo „určite nie“.

V otázke č. 34 mali respondenti posúdiť, či sú rovnako zdraví ako ktokoľvek iný. Výsledky uvádza tabuľka 18.

Tabuľka 18 – Rovnaké zdravie ako u kohokoľvek iného

odpovede	n	%	muži		ženy		do 40 r.		41+ r.	
			n	%	n	%	n	%	n	%
1 určite áno	4	10,5	2	11,8	2	9,5	2	10	2	11
2 väčšinou áno	8	21,1	4	23,5	4	19,1	5	25	3	16,7
3 nie som si istý/á	12	31,6	5	29,4	7	33,3	7	35	5	27,8
4 väčšinou nie	9	23,7	4	23,5	5	23,8	4	20	5	27,8
5 určite nie	5	13,1	2	11,8	3	14,3	2	10	3	16,7
celkom	38	100	17	100	21	100	20	100	18	100

Najväčší podiel respondentov si nebol istý tým, či sú rovnako zdraví ako ktokoľvek iný. Túto možnosť označilo 31,6 % respondentov. Možnosť „väčšinou nie“ uviedlo 23,7 % opýtaných

a „väčšinou áno“ 21,1 %. Respondentov, ktorí uviedli, že určite nemajú rovnaké zdravie ako ktokoľvek iný, bolo 13,1 %. Respondentov s presne opačným názorom bolo 10,5 %.

Možnosť „nie som si istý/á“ bola najčastejšie uvádzanou odpoveďou medzi mužmi (29,4 %), ženami (33,3 %) a respondentmi vo veku do 40 rokov (35 %). Respondenti vo veku 41 a viac rokov rovnako často uvádzali túto odpoveď, alebo odpoveď „väčšinou nie“ (po 27,8 %).

V otázke č. 35 sa mali respondenti vyjadriť k tomu, či očakávajú, že ich zdravie sa zhorší. Výsledky uvádza tabuľka 19.

Tabuľka 19 – Očakávané zhoršenie zdravia

odpovede	n	%	muži		ženy		do 40 r.		41+ r.	
			n	%	n	%	n	%	n	%
1 určite áno	8	21,1	3	17,65	5	23,8	4	20	4	22,2
2 väčšinou áno	8	21,1	3	17,65	5	23,8	4	20	4	22,2
3 nie som si istý/á	12	31,6	5	29,4	7	33,4	7	35	5	27,8
4 väčšinou nie	5	13,1	3	17,65	2	9,5	3	15	2	11,1
5 určite nie	5	13,1	3	17,65	2	9,5	2	10	3	16,7
celkom	38	100	17	100	21	100	20	100	18	100

Najväčší podiel respondentov si nebol istý tým, či očakávajú zhoršenie svojho zdravia. Túto odpoveď označilo 31,6 % opýtaných. Po 21,1 % respondentov uviedlo odpovede „určite áno“ alebo „väčšinou áno“, po 13,1 % respondentov uviedlo „väčšinou nie“ alebo „určite nie“.

Odpoveď „nie som si istý/á“ bola najčastejšie uvádzanou odpoveďou vo všetkých skupinách respondentov, t.j. medzi mužmi (29,4 %), ženami (33,4 %), respondentmi vo veku do 40 rokov (35 %) i respondentmi vo veku 41 a viac rokov (27,8 %).

V otázke č. 36 mali respondenti vyjadriť svoj postoj k prehláseniu o tom, že ich zdravie je perfektné. Výsledky uvádza tabuľka 20.

Tabuľka 20 – Považovanie zdravia za perfektné

odpovede	n	%	muži		ženy		do 40 r.		41+ r.	
			n	%	n	%	n	%	n	%
1 určite áno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 väčšinou áno	15	39,5	8	47,1	7	33,3	9	45	6	33,3
3 nie som si istý/á	13	34,2	5	29,4	8	38,1	7	35	6	33,3
4 väčšinou nie	10	26,3	4	23,5	6	28,6	4	20	6	33,3
5 určite nie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
celkom	38	100	17	100	21	100	20	100	18	100

Najväčší podiel respondentov vo výskume považoval svoje zdravie za väčšinou perfektné. Uviedlo to 39,5 % opýtaných. Odpoveď „nie som si istý/á“ uviedlo 34,2 % respondentov, čo bol druhý najvyšší počet. Odpoveď „väčšinou nie“ uviedlo 26,3 % respondentov. Ani jeden respondent neuviedol, že by jeho zdravie určite bolo, resp. určite nebolo perfektné.

Zatiaľ čo v skupine mužov bolo najčastejšie uvádzané prehlásenie o tom, že svoje zdravie väčšinou považujú za perfektné (47,1 %), medzi ženami bola najčastejšie odpoveď „nie som si istý“ s podielom 38,1 % odpovedí v tejto skupine respondentov.

Odpoveď „väčšinou áno“ bola najčastejšie uvádzanou odpoveďou v skupine respondentov vo veku do 40 rokov (45 %). Naopak medzi respondentmi vo veku 41 a viac rokov nebola žiadna odpoveď dominantná a každú z troch uvádzaných možností uviedlo po 33,3 % z nich.

V tabuľke 21 je uvedené výsledné skóre všetkých otázok v dimenzii všeobecné zdravie a výsledné priemerné skóre tejto dimenzie.

Tabuľka 21 – Výsledné skóre v dimenzii všeobecné zdravie

otázka č.	oblasť	skóre
1	celkové hodnotenie zdravia	48,02
33	získanie ochorenia ľahšie ako u iných ľudí	50
34	rovnaké zdravie ako u kohokoľvek iného	48,02
35	očakávanie zhoršenia zdravia	44,07
36	považovanie zdravia za perfektné	53,28
celkom		243,39
priemer		48,67

Výsledné skóre dimenzie všeobecné zdravie malo hodnotu 48,67 b., čo možno vyhodnotiť ako hodnotu pod normou všeobecnej populácie. Najnižšie výsledné skóre respondenti dosiahli v otázke venovanej očakávaniu zhoršenia svojho zdravia – hodnota výsledného skóre v tejto otázke bola 44,07 b. Do priemernej hodnoty 50 b. figurovali aj otázky o celkovom hodnotení zdravia, ďalej o posudzovaní toho, či je zdravie rovnaké ako u kohokoľvek iného (v oboch skóre 48,02 b.), a o získaní ochorenia ľahšie ako u iných ľudí (50 b.). Nadpriemerné skóre bolo dosiahnuté iba v otázke považovania svojho zdravia za perfektné (53,28 b.).

Súčasťou dotazníka kvality života SF 36 bola aj **nezaradená otázka č. 2**, nepatriaca do žiadnej dimenzie. Respondenti sa v nej mali vyjadriť, ako by zhodnotili svoje súčasné zdravie v porovnaní so stavom pred rokom. Výsledky uvádza tabuľka 22.

Tabuľka 22 – Hodnotenie zdravia v porovnaní so stavom pred rokom

odpovede	n	%
1 oveľa lepšie než pred rokom	1	2,6
2 trochu lepšie než pred rokom	3	7,9
3 približne rovnaké ako pred rokom	18	47,4
4 trochu horšie než pred rokom	12	31,6
5 oveľa horšie než pred rokom	4	10,5
celkom	38	100

Najväčší podiel respondentov uviedlo, že svoje súčasné zdravie považujú za približne rovnaké ako pred rokom (47,4 %). Mierne zhoršenie zdravia oproti stavu pred rokom uviedla takmer tretina respondentov (31,6 %). Výrazné zhoršenie uviedlo 10,5 % respondentov. Mierne lepší zdravotný stav označilo 7,9 % respondentov a oveľa lepší jeden respondent (2,6 %).

K ďalšej dimenzii v dotazníku kvality života SF 36, dimenzii **fyzické fungovanie**, prislúchali otázky č. 3 až 12. Tieto otázky sa týkali bežných činností, ktoré respondenti mohli vykonávať počas svojho typického dňa. Respondenti sa mali vyjadriť k tomu, že uvádzané činnosti obmedzuje ich súčasné zdravie, a pokiaľ áno, do akej miery.

Otázka č. 3 sa zaoberala obmedzením pri usilovných činnostiach, akými sú beh, dvíhanie ťažkých predmetov či prevádzkovanie náročných športov. Výsledky uvádza tabuľka 23.

Tabuľka 23 – Obmedzenie zdravím pri usilovných činnostiach

odpovede	n	%
1 áno, obmedzuje veľa	0	0
2 áno, obmedzuje trochu	11	28,9
3 nie, vôbec neobmedzuje	27	71,1
celkom	38	100

Väčšinu respondentov zdravie pri usilovných činnostiach vôbec neobmedzovalo (71,1 %). Mierne obmedzenie uviedlo 28,9 % respondentov. Žiadny respondent vo výskume neuviedol, že by ho zdravie pri usilovných činnostiach obmedzovalo vo veľkej miere.

Otázka č. 4 sa zaoberala zdravotným obmedzením pri stredne namáhavých činnostiach ako sú posúvanie stola, vysávanie, hranie kolkov či jazda na bicykli. Výsledky uvádza tabuľka 24.

Tabuľka 24 – Obmedzenie zdravím pri stredne namáhavých činnostiach

odpovede	n	%
1 áno, obmedzuje veľa	1	2,6
2 áno, obmedzuje trochu	6	15,8
3 nie, vôbec neobmedzuje	31	81,6
celkom	38	100

Významnú väčšinu respondentov zdravie pri vykonávaní stredne namáhavých činností vôbec neobmedzovalo. Uviedlo to 81,6 % respondentov. Ďalších 15,8 % respondentov uviedlo, že ich zdravie pri vykonávaní týchto činností obmedzovalo trochu. Iba jeden respondent uviedol veľké obmedzenie zdravím pri vykonávaní týchto činností (2,6 %).

Otázka č. 5 sa zaoberala obmedzením pri dvíhaní alebo nosení bežného nákupu (tabuľka 25).

Tabuľka 25 – Obmedzenie zdravím pri dvíhaní alebo nosení bežného nákupu

odpovede	n	%
1 áno, obmedzuje veľa	1	2,6
2 áno, obmedzuje trochu	4	10,5
3 nie, vôbec neobmedzuje	33	86,9
celkom	38	100

S dvíhaním a nosením bežného nákupu nemala významná väčšina respondentov vôbec žiadne problémy (86,9 %) opýtaných. Ďalších 10,5 % respondentov uviedlo, že boli obmedzovaní trochu. Iba jeden respondent uviedol obmedzenie zdravím vo veľkej miere (2,6 %).

Otázka č. 6 sa zaoberala obmedzením pri vychádzaní po schodoch v rozsahu niekoľkých poschodí. Výsledky uvádza tabuľka 26.

Tabuľka 26 – Obmedzenie zdravím pri vychádzaní po schodoch – niekoľko poschodí

odpovede	n	%
1 áno, obmedzuje veľa	0	0
2 áno, obmedzuje trochu	7	18,4
3 nie, vôbec neobmedzuje	31	81,6
celkom	38	100

Významná väčšina respondentov nebola pri vychádzaní po schodoch v rozmedzí niekoľkých poschodí vôbec obmedzovaná (81,6 %). Mierne obmedzenie uviedlo 18,4 % respondentov. Ani jeden respondent neuviedol, že by bol v tomto smere obmedzený vo veľkej miere.

Otázka č. 7 sa zaoberala zdravotným obmedzením pri vychádzaní po schodoch v rozmedzí jedného poschodia. Výsledky sú uvedené v tabuľke 27.

Tabuľka 27 – Obmedzenie zdravím pri vychádzaní po schodoch – jedno poschodie

odpovede	n	%
1 áno, obmedzuje veľa	0	0
2 áno, obmedzuje trochu	0	0
3 nie, vôbec neobmedzuje	38	100
celkom	38	100

Zdravie pri vychádzaní po schodoch v rozmedzí jedného poschodia členov perioperačného tímu vôbec neobmedzovalo – všetci respondenti uviedli túto odpoveď.

Otázka č. 8 sa zaoberala obmedzením pri predklone, zhýbaní alebo pokľaku. Výsledky tejto otázky uvádza tabuľka 28.

Tabuľka 28 – Obmedzenie zdravím pri predklone, zhýbaní, pokľaku

odpovede	n	%
1 áno, obmedzuje veľa	1	2,6
2 áno, obmedzuje trochu	9	23,7
3 nie, vôbec neobmedzuje	28	73,7
celkom	38	100

Väčšina respondentov v tomto smere vôbec nebola obmedzovaná (73,7 %). Takmer štvrtina (23,7 %) bola obmedzovaná trochu a jeden respondent bol obmedzovaný veľa (2,6 %).

Otázka č. 9 sa zaoberala obmedzením pri chôdzi v rozmedzí asi jedného kilometra. Výsledky uvádza tabuľka 29.

Tabuľka 29 – Obmedzenie zdravím pri chôdzi – asi jeden kilometer

odpovede	n	%
1 áno, obmedzuje veľa	0	0
2 áno, obmedzuje trochu	5	13,2
3 nie, vôbec neobmedzuje	33	86,8
celkom	38	100

Významná väčšina respondentov nebola pri chôdzi v rozmedzí asi jedného kilometra vôbec obmedzovaná (86,8 %). Mierne obmedzenie zdravím v tomto smere uviedlo ďalších 13,2 % respondentov, veľké obmedzenie neuviedol ani jeden respondent.

Otázka č. 10 sa zaoberala obmedzením pri chôdzi po ulici v rozmedzí sto metrov. Výsledky uvádza tabuľka 30.

Tabuľka 30 – Obmedzenie zdravím pri chôdzi po ulici – sto metrov

odpovede	n	%
1 áno, obmedzuje veľa	0	0
2 áno, obmedzuje trochu	0	0
3 nie, vôbec neobmedzuje	38	100
celkom	38	100

Pri chôdzi po ulici v rozmedzí asi sto metrov neboli respondenti vôbec obmedzení – túto odpoveď uviedli všetci respondenti.

Otázka č. 11 sa zaoberala chôdzou po ulici v rozmedzí niekoľko desiatok metrov. Výsledky sú uvedené v tabuľke 31.

Tabuľka 31 – Obmedzenie zdravím pri chôdzi po ulici – niekoľko desiatok metrov

odpovede	n	%
1 áno, obmedzuje veľa	0	0
2 áno, obmedzuje trochu	0	0
3 nie, vôbec neobmedzuje	38	100
celkom	38	100

Rovnako ani pri chôdzi po ulici v rozmedzí niekoľko desiatok metrov neboli respondenti vôbec obmedzení – túto odpoveď uviedli všetci respondenti.

Otázka č. 12 sa zaoberala obmedzením pri kúpaní doma alebo obliekaní bez cudzej pomoci. Výsledky uvádza tabuľka 32.

Tabuľka 32 – Obmedzenie zdravím pri kúpaní doma alebo obliekaní bez cudzej pomoci

odpovede	n	%
1 áno, obmedzuje veľa	0	0
2 áno, obmedzuje trochu	0	0
3 nie, vôbec neobmedzuje	38	100
celkom	38	100

Pri kúpaní doma alebo obliekaní bez cudzej pomoci neboli respondenti vôbec obmedzovaní – všetci respondenti vo výskume uviedli túto odpoveď.

V tabuľke 33 je uvedené výsledné skóre všetkých otázok v dimenzii fyzické fungovanie a výsledné priemerné skóre tejto dimenzie.

Tabuľka 33 – Výsledné skóre v dimenzii fyzické fungovanie

otázka č.	oblasť	skóre
3	obmedzenie zdravím pri usilovných činnostiach	85,52
4	obmedzenie zdravím pri stredne namáhavých činnostiach	89,47
5	obmedzenie zdravím pri dvíhaní alebo nosení bežného nákupu	92,1
6	obmedzenie zdravím pri vychádzaní po schodoch – niekoľko poschodí	90,78
7	obmedzenie zdravím pri vychádzaní po schodoch – jedno poschodie	100
8	obmedzenie zdravím pri predklone, zhýbaní, pokľaku	85,52
9	obmedzenie zdravím pri chôdzi – asi jeden kilometer	93,42
10	obmedzenie zdravím pri chôdzi po ulici – sto metrov	100
11	obmedzenie zdravím pri chôdzi po ulici – niekoľko desiatok metrov	100
12	obmedzenie zdravím pri kúpaní doma alebo obliekaní bez cudzej pomoci	100
celkom		936,81
priemer		93,68

Výsledné skóre dimenzie fyzické fungovanie malo hodnotu 93,68 b., čo možno vyhodnotiť ako hodnotu nad normou všeobecnej populácie. Najnižšie výsledné skóre respondenti dosiahli v otázkach, ktoré sa venovali obmedzeniu zdravím pri usilovných činnostiach a obmedzeniu zdravím pri predklone, zhýbaní, pokľaku (skóre po 85,52 b.). Najvyššie možné skóre 100 b. respondenti dosiahli v štyroch otázkach venovaných obmedzeniu zdravím pri vychádzaní po schodoch – jedno poschodie, ďalej obmedzeniu zdravím pri chôdzi po ulici – sto metrov, obmedzeniu zdravím pri chôdzi po ulici – niekoľko desiatok metrov a obmedzeniu zdravím pri kúpaní doma alebo obliekaní bez cudzej pomoci.

K ďalšej dimenzii v štandardizovanom dotazníku kvality života SF 36, k dimenzii **fyzické obmedzenia**, prislúchali otázky č. 13 až č. 16. Respondenti mali uviesť, či mali niektorý z uvedených problémov pri práci alebo bežnej dennej činnosti v posledných štyroch týždňoch v dôsledku zdravotných problémov.

V otázke č. 13 mali respondenti uviesť, či sa v sledovanom období skrátil čas, ktorý venovali práci alebo iným činnostiam. Výsledky uvádza tabuľka 34.

Tabuľka 34 – Skrátenie času venovaného práci alebo inej činnosti

odpovede	n	%
1 áno	7	18,4
2 nie	31	81,6
celkom	38	100

Významná väčšina respondentov uviedla, že v sledovanom období sa im neskrátil čas, ktorý venovali práci alebo iným činnostiam. Uviedlo to 81,6 % respondentov. Opačnú odpoveď uviedlo 18,4 % respondentov.

V otázke č. 14 sa mali respondenti vyjadriť k tomu, či v sledovanom období urobili menej, ako chceli. Výsledky uvádza tabuľka 35.

Tabuľka 35 – Menej vykonanej práce, než bolo zamýšľané

odpovede	n	%
1 áno	7	18,4
2 nie	31	81,6
celkom	38	100

Významná väčšina opýtaných uviedla, že v sledovanom období neurobili menej, ako chceli (81,6 %). Respondentov, ktorí vinou fyzických obmedzení v posledných štyroch týždňoch urobili menej, ako chceli, bolo 18,4 %.

V otázke č. 15 mali respondenti uviesť, či boli v sledovanom období obmedzení v druhu práce alebo iných činnostiach. Výsledky uvádza tabuľka 36.

Tabuľka 36 – Obmedzenie v druhu práce alebo iných činnostiach

odpovede	n	%
1 áno	7	18,4
2 nie	31	81,6
celkom	38	100

Ani v tomto smere nebola významná väčšina respondentov v sledovanom období obmedzená (81,6 %). Opačnú odpoveď uviedlo 18,4 % opýtaných.

V otázke č. 16 mali respondenti uviesť, či mali v sledovanom období problémy pri práci alebo iných činnostiach, t.j. či napríklad museli vynaložiť zvláštne úsilie (tabuľka 37).

Tabuľka 37 – Problémy pri práci alebo iných činnostiach

odpovede	n	%
1 áno	8	21,1
2 nie	30	78,9
celkom	38	100

Väčšina respondentov nemala v sledovanom období také problémy, aby musela pri práci či iných činnostiach vynaložiť zvláštne úsilie. Uviedlo to 78,9 % respondentov. Zostávajúcich 21,1 % respondentov uviedlo, že s takýmito problémami sa v sledovanom období stretli.

V tabuľke 38 je uvedené výsledné skóre všetkých otázok v dimenzii fyzické obmedzenia a výsledné priemerné skóre tejto dimenzie.

Tabuľka 38 – Výsledné skóre v dimenzii fyzické obmedzenia

otázka č.	oblasť	skóre
13	skrátenie času venovaného práci alebo inej činnosti	81,57
14	menej vykonanej práce, než bolo zamýšľané	81,57
15	obmedzenie v druhu práce alebo iných činnostiach	81,57
16	problémy pri práci alebo iných činnostiach	78,94
celkom		323,65
priemer		80,91

Výsledné skóre dimenzie fyzické obmedzenia malo hodnotu 80,91 b., čo možno vyhodnotiť ako hodnotu nad normou všeobecnej populácie. Najnižšie výsledné skóre respondenti dosiahli v otázke venovanej problémom pri práci alebo iných činnostiach (78,94 b.). V ostatných troch otázkach v tejto dimenzii, venovaných skráteniu času venovaného práci alebo inej činnosti, menšiemu podielu vykonanej práce, než bolo zamýšľané, a obmedzeniu v druhu práce alebo iných činnostiach, dosiahli respondenti výsledné skóre po 81,57 b.

Ďalšou dimenziou v dotazníku kvality života SF 36 boli **emočné problémy**. Na túto oblasť sa zameriavali otázky č. 17 až 19. Respondenti sa mali vyjadriť k tomu, či trpeli niektorým z uvedených problémov pri práci alebo bežnej dennej činnosti za posledné štyri týždne v dôsledku nejakých emocionálnych problémov, napr. pocitu depresie alebo úzkosti.

V otázke č. 17 sa respondenti mali vyjadriť k tomu, či v sledovanom období a v dôsledku nejakých emocionálnych problémov sa skrátil čas, ktorý venovali práci alebo inej činnosti. Výsledky sú uvedené v tabuľke 39.

Tabuľka 39 – Skrátenie času venovaného práci alebo inej činnosti

odpovede	n	%
1 áno	13	34,2
2 nie	25	65,8
celkom	38	100

Väčšine respondentov vo výskume sa v danom období neskrátil čas venovaný práci alebo inej činnosti v dôsledku nejakých emocionálnych problémov. Uviedli to takmer dve tretiny z nich – 65,8 %. Opačnú odpoveď uviedla viac ako tretina respondentov – 34,2 %.

V otázke č. 18 mali respondenti uviesť, či v sledovanom období a v dôsledku emocionálnych problémov urobili menej, ako by chceli. Výsledky uvádza tabuľka 40.

Tabuľka 40 – Menej vykonanej práce, než bolo zamýšľané

odpovede	n	%
1 áno	11	28,9
2 nie	27	71,1
celkom	38	100

Väčšina respondentov v sledovanom období pod pracovala ako predtým a neurobila menej, ako by chcela (71,1 %). Opačnú odpoveď uviedlo 28,9 % opýtaných.

V otázke č. 19 sa mali respondenti vyjadriť k tomu, či v sledovanom období v dôsledku istých emocionálnych problémov boli pri práci alebo iných činnostiach menej pozorní než obvykle. Výsledky sú uvádzané v tabuľke 41.

Tabuľka 41 – Menšia pozornosť pri práci alebo iných činnostiach, než obvykle

odpovede	n	%
1 áno	15	39,5
2 nie	23	60,5
celkom	38	100

Väčšina respondentov uviedla, že v sledovanom období a vplyvom nejakých emocionálnych problémov nebola menej pozorná než obvykle. Uviedlo to 60,5 % opýtaných. Menšiu mieru pozornosti v dôsledku emocionálnych problémov označilo 39,5 % respondentov.

V tabuľke 42 je uvedené výsledné skóre všetkých otázok v dimenzii emočné problémy, ako aj výsledné priemerné skóre tejto dimenzie.

Tabuľka 42 – Výsledné skóre v dimenzii emočné problémy

otázka č.	oblasť	skóre
17	skrátenie času venovaného práci alebo inej činnosti	65,78
18	menej vykonanej práce, než bolo zamýšľané	71,05
19	menšia pozornosť pri práci alebo iných činnostiach, než obvykle	60,52
celkom		197,35
priemer		65,78

Výsledné skóre dimenzie emočné problémy bolo 65,78 b., čo možno vyhodnotiť ako hodnotu nad normou všeobecnej populácie. Najnižšie výsledné skóre respondenti dosiahli v otázke o menšej pozornosti pri práci alebo iných činnostiach, než obvykle (60,52 b.). Najvyššie skóre bolo dosiahnuté v otázke o menšom podiele vykonanej práce, než bolo zamýšľané (71,05 b.).

K dimenzii **sociálne fungovanie**, ďalšej dimenzii dotazníka kvality života SF 36, prislúchali otázky č. 20 a 32.

V otázke č. 20 mali respondenti odhaliť, do akej miery bránili ich zdravotné či emocionálne problémy ich normálnemu spoločenskému životu v rodine, medzi priateľmi, susedmi alebo v širšej spoločnosti v posledných štyroch týždňoch. Výsledky uvádza tabuľka 43.

Tabuľka 43 – Obmedzovanie spoločenského života v dôsledku problémov

odpovede	n	%
1 vôbec nie	7	18,4
2 trochu	16	42,1
3 mierne	15	39,5
4 pomerne dosť	0	0
5 veľmi silno	0	0
celkom	38	100

Najväčší podiel respondentov vo výskume bol vo svojom normálnom spoločenskom živote v dôsledku zdravotných alebo emocionálnych problémov obmedzený trochu (42,1 %). Mierne obmedzenie uviedlo 39,5 % respondentov a vôbec žiadne obmedzenie 18,4 % respondentov. Žiadny respondent neuviedol, že by bol v normálnom spoločenskom živote obmedzovaný pomerne dosť alebo veľmi silno.

V otázke č. 32 mali respondenti uviesť, ako často v poslednom týždni bránili ich zdravotné alebo emocionálne problémy ich spoločenskému životu, ako napr. návštevám priateľov alebo príbuzných. Výsledky sú uvádzané v tabuľke 44.

Tabuľka 44 – Frekvencia obmedzovania spoločenského života v dôsledku problémov

odpovede	n	%
1 stále	0	0
2 väčšinu času	0	0
3 občas	8	21,1
4 málokedy	16	42,1
5 nikdy	14	36,8
celkom	38	100

Zdravotné alebo emocionálne problémy bránili v spoločenskom živote najväčšieho podielu respondentov málokedy (42,1 %). Ďalších 36,8 % respondentov uviedlo, že s obmedzením tohto druhu sa v poslednom týždni nestretli ani raz, a 21,1 % uviedlo, že sa s ním stretli iba občas. Ani jeden respondent neuviedol, že tieto problémy by mu v sledovanom období bránili v spoločenskom živote väčšinu času alebo stále.

V tabuľke 45 je uvedené výsledné skóre oboch otázok v dimenzii sociálne fungovanie a výsledné priemerné skóre tejto dimenzie.

Tabuľka 45 – Výsledné skóre v dimenzii sociálne fungovanie

otázka č.	oblasť	skóre
20	obmedzovanie spoločenského života v dôsledku problémov	69,73
32	frekvencia obmedzovania spoločenského života v dôsledku problémov	78,94
celkom		148,67
priemer		74,33

Výsledné skóre v dimenzii sociálne fungovanie malo hodnotu 74,33 b., čo možno vyhodnotiť ako hodnotu nad normou všeobecnej populácie. Nižšie výsledné skóre v tejto dimenzii bolo dosiahnuté v otázke, ktorá sa zaoberala obmedzovaním spoločenského života v dôsledku problémov (69,73 b.). Vyššie výsledné skóre v tejto dimenzii bolo naopak dosiahnuté v otázke, ktorá sa zaoberala frekvenciou obmedzovania spoločenského života respondentov v dôsledku ich zdravotných problémov (78,94 b.).

Ďalšou dimenziou dotazníka kvality života SF 36 bola dimenzia **telesná bolesť**. K dimenzii prislúchali otázky č. 21 a 22.

V otázke č. 21 sa mali respondenti vyjadriť k tomu, aké veľké bolesti mali v posledných štyroch týždňoch. Výsledky sú uvedené v tabuľke 46.

Tabuľka 46 – Veľkosť bolestí v posledných štyroch týždňoch

odpovede	n	%
1 žiadne	4	10,5
2 veľmi mierne	13	34,2
3 mierne	15	39,5
4 stredné	6	15,8
5 silné	0	0
6 veľmi silné	0	0
celkom	38	100

Najväčší podiel respondentov vo výskume mal v posledných štyroch týždňoch iba mierne bolesti (39,5 %). Veľmi mierne bolesti uviedlo 34,2 % respondentov. Treťou najčastejšie uvádzanou odpoveďou boli stredné bolesti s podielom 15,8 % odpovedí a štvrtou najčastejšie uvádzanou odpoveďou boli žiadne bolesti s podielom 10,5 %. Silné alebo veľmi silné bolesti neuviedol ani jeden respondent vo výskume.

V otázke č. 22 mali respondenti uviesť, do akej miery im bolesti bránili v práci v zamestnaní alebo doma v posledných štyroch týždňoch. Výsledky uvádza tabuľka 47.

Tabuľka 47 – Obmedzovanie v práci v zamestnaní alebo doma v dôsledku bolestí

odpovede	n	%
1 vôbec nie	7	18,4
2 trochu	14	36,9
3 mierne	17	44,7
4 pomerne dosť	0	0
5 veľmi silno	0	0
celkom	38	100

Najväčšiemu podielu respondentov bránili bolesti pri práci mierne. Túto možnosť označilo 44,7 % opýtaných. Ďalších 36,9 % respondentov uviedlo, že bolesti im pri práci bránili trochu a 18,4 % uviedlo, že im vôbec nebránili. Ani jeden respondent vo výskume neuviedol, že by mu bolesti pri práci bránili pomerne dosť alebo veľmi silno.

V tabuľke 48 je uvedené výsledné skóre oboch otázok v dimenzii telesná bolesť a výsledné priemerné skóre tejto dimenzie.

Tabuľka 48 – Výsledné skóre v dimenzii telesná bolesť

otázka č.	oblasť	skóre
21	veľkosť bolestí v posledných štyroch týždňoch	67,89
22	obmedzovanie v práci v zamestnaní alebo doma v dôsledku bolestí	68,42
celkom		136,31
priemer		68,15

Výsledné skóre v dimenzii telesná bolesť malo hodnotu 68,15 b., čo možno vyhodnotiť ako hodnotu nad normou všeobecnej populácie. Mierne nižšie výsledné skóre v tejto dimenzii bolo dosiahnuté v otázke, ktorá sa zaoberala veľkosťou bolestí v posledných štyroch týždňoch (67,89 b.). Mierne vyššie výsledné skóre v tejto dimenzii bolo dosiahnuté v otázke venovanej obmedzovaniu v práci v zamestnaní alebo doma v dôsledku bolestí (68,42 b.).

Dimenzii **vitalita**, ďalšej dimenzii v dotazníku kvality života SF 36, prislúchali otázky č. 23, 27, 29 a 31. Otázky sa týkali pocitov respondentov a toho, ako sa im za posledné štyri týždne darilo. U každej otázky mali označiť odpoveď, ktorá najlepšie vystihovala, ako sa cítili.

Otázka č. 23 zisťovala, či sa respondenti cítili plní elánu. Výsledky uvádza tabuľka 49.

Tabuľka 49 – Naplnenie elánom

odpovede	n	%
1 stále	3	7,9
2 väčšinou	16	42,1
3 dosť často	13	34,2
4 občas	6	15,8
5 málokedy	0	0
6 nikdy	0	0
celkom	38	100

Najväčší podiel respondentov vo výskume sa cítil plný elánu po väčšinu času (42,1 %). Dosť často pociťovalo elán 34,2 % respondentov. Občasné naplnenie elánom uviedlo 15,8 % a stále naplnenie elánom 7,9 % respondentov. Žiadny respondent neuviedol, že sa cítil plný elánu málokedy, alebo že sa tak v sledovanom období necítil nikdy.

Otázka č. 27 zisťovala, či boli respondenti plní energie. Výsledky sú uvedené v tabuľke 50.

Tabuľka 50 – Naplnenie energiou

odpovede	n	%
1 stále	4	10,5
2 väčšinou	9	23,7
3 dosť často	13	34,2
4 občas	9	23,7
5 málokedy	3	7,9
6 nikdy	0	0
celkom	38	100

Najväčší podiel respondentov vo výskume sa cítil plný energie dosť často. Uviedla to viac ako tretina opýtaných – 34,2 %. Respondentov, ktorí sa cítili plní energie väčšinou, resp. občas, bolo po 23,7 %. Stále naplnených energiou bolo 10,5 % respondentov a naopak málokedy naplnených energiou bolo 7,9 %. Žiadny respondent vo výskume neuviedol, že v sledovanom období nebol naplnený energiou nikdy.

Otázka č. 29 zisťovala, či sa respondenti cítili vyčerpaní. Výsledky uvádza tabuľka 51.

Tabuľka 51 – Pocit vyčerpanosti

odpovede	n	%
1 stále	2	5,3
2 väčšinou	5	13,2
3 dosť často	15	39,5
4 občas	10	26,3
5 málokedy	6	15,7
6 nikdy	0	0
celkom	38	100

Najväčší podiel respondentov sa cítil vyčerpane dosť často (39,5 %). Občasné vyčerpanie uviedlo 26,3 % členov perioperačného tímu, ďalších 15,7 % uviedlo, že sa cítili vyčerpaní iba málokedy, a 13,2 % sa ich cítilo vyčerpane po väčšinu času. Stále vyčerpanie uviedli dvaja respondenti (5,3 %). Ani jeden respondent neuviedol, že by nikdy nebol vyčerpaný.

Otázka č. 31 zisťovala, či sa respondenti cítili unavení. Výsledky sú uvedené v tabuľke 52.

Tabuľka 52 – Pocit únavy

odpovede	n	%
1 stále	4	10,5
2 väčšinou	6	15,8
3 dosť často	20	52,6
4 občas	8	21,1
5 málokedy	0	0
6 nikdy	0	0
celkom	38	100

Väčšina respondentov vo výskume sa v sledovanom období cítila unavene dosť často, a to 52,6 % z nich. Približne každý piaty respondent (spolu 21,1 %) cítil únavu občas. Ďalších 15,8 % respondent uviedlo únavu po väčšinu času a 10,5 % stálu únavu. Málokedy unavený alebo nikdy neunavený nebol ani jeden respondent vo výskume.

V tabuľke 53 je uvedené výsledné skóre všetkých otázok v dimenzii vitalita a výsledné priemerné skóre tejto dimenzie.

Tabuľka 53 – Výsledné skóre v dimenzii vitalita

otázka č.	oblasť	skóre
23	naplnenie elánom	68,42
27	naplnenie energiou	61,05
29	pocit vyčerpanosti	46,84
31	pocit únavy	36,84
celkom		213,15
priemer		53,28

Výsledné skóre v dimenzii vitalita malo hodnotu 53,28 b., čo možno vyhodnotiť ako hodnotu mierne nad normou všeobecnej populácie. Najnižšie skóre v tejto oblasti bolo dosiahnuté v otázke venovanej pocitu únavy (36,84 b.). Nízke skóre bolo dosiahnuté aj v otázke, ktorá sa venovala pocitu vyčerpanosti (46,84 b.). Naopak najvyššie skóre v rámci dimenzie vitalita bolo dosiahnuté v otázke venovanej naplneniu elánom (68,42 b.).

K dimenzii **duševné zdravie** v štandardizovanom dotazníku kvality života SF 36 prislúchali otázky č. 24, 25, 26, 28 a 30. Otázky sa týkali pocitov respondentov a toho, ako sa im v období posledných štyroch týždňov darilo. U každej otázky tejto dimenzie mali respondenti označiť tú odpoveď, ktorá najlepšie vystihovala, ako sa cítili.

Otázka č. 24 skúmala, či sa respondenti v sledovanom období cítili veľmi nervózni. Výsledky sú uvedené v tabuľke 54.

Tabuľka 54 – Pocit veľkej nervozity

odpovede	n	%
1 stále	2	5,3
2 väčšinou	5	13,2
3 dosť často	15	39,5
4 občas	12	31,5
5 málokedy	4	10,5
6 nikdy	0	0
celkom	38	100

Najväčší podiel respondentov vo výskume uviedol, že veľmi nervózni boli dosť často. Túto možnosť označilo 39,5 % opýtaných. Druhou najčastejšou odpoveďou bola odpoveď „občas“ s podielom 31,5 %. Respondentov, ktorí boli veľmi nervózni po väčšinu času, bolo 13,2 %. Málokedy pociťovalo veľkú nervozitu 10,5 % respondentov a naopak stále ju pociťovali dvaja respondenti (5,3 %). Ani jeden respondent neuviedol, že nikdy nebol veľmi nervózny.

V otázke č. 25 mali respondenti uviesť, či v sledovanom období pociťovali takú depresiu, že ich nič nemohlo rozveseliť. Výsledky uvádza tabuľka 55.

Tabuľka 55 – Pociťovanie veľkej depresie bez možnosti rozveseliť sa

odpovede	n	%
1 stále	0	0
2 väčšinou	0	0
3 dosť často	6	15,8
4 občas	10	26,3
5 málokedy	15	39,5
6 nikdy	7	18,4
celkom	38	100

Najväčší podiel respondentov pociťoval veľkú depresiu uvedeného typu iba málokedy. Túto možnosť označilo 39,5 % opýtaných. Ďalších 26,3 % respondentov uviedlo, že takúto veľkú depresiu mali občas. Respondentov, ktorí uviedli, že veľkú depresiu v sledovanom období ani raz nemali, bolo 18,4 %. Dosť časté pociťovanie takejto veľkej depresie uviedlo zostávajúcich 15,8 % respondentov. Ani jeden respondent vo výskume neuviedol, že by depresiu tohto typu pociťoval väčšinou alebo stále.

Otázka č. 26 zistovala, či respondenti pociťovali pokoj a pohodu (tabuľka 56).

Tabuľka 56 – Pociťovanie pokoja a pohody

odpovede	n	%
1 stále	3	7,9
2 väčšinou	7	18,4
3 dosť často	17	44,7
4 občas	11	29
5 málokedy	0	0
6 nikdy	0	0
celkom	38	100

Najväčší podiel respondentov pociťoval pokoj a pohodu v sledovanom období dosť často – 44,7 %. Ďalších 29 % opýtaných pociťovalo pokoj a pohodu občas, 18,4 % väčšinou a 7,9 % stále. Žiadny respondent neuviedol, že by pokoj a pohodu pociťoval málokedy, resp. nikdy.

V otázke č. 28 mali respondenti prezradiť, či v sledovanom období pociťovali pesimizmus a smútok. Výsledky sú uvedené v tabuľke 57.

Tabuľka 57 – Pociťovanie pesimizmu a smútku

odpovede	n	%
1 stále	0	0
2 väčšinou	0	0
3 dosť často	7	18,4
4 občas	13	34,2
5 málokedy	18	47,4
6 nikdy	0	0
celkom	38	100

Najväčší podiel respondentov vo výskume cítil v sledovanom období pesimizmus a smútok iba málokedy. Túto odpoveď uviedlo 47,4 % opýtaných. Približne každý tretí respondent vo výskume (34,2 %) pociťoval pesimizmus a smútok občas. Dosť časté pociťovanie pesimizmu a smútku uviedlo 18,4 % respondentov. Žiadny respondent neuviedol, že by v danom období nikdy nepocítil pesimizmus a smútok, no rovnako ani jeden respondent neuviedol, že by ich pociťoval väčšinou alebo stále.

V 30. otázke dotazníka mali respondenti prezradiť, či boli v danom období šťastní. Výsledky tejto otázky uvádza tabuľka 58.

Tabuľka 58 – Pocit šťastia

odpovede	n	%
1 stále	4	10,5
2 väčšinou	8	21,1
3 dosť často	16	42,1
4 občas	10	26,3
5 málokedy	0	0
6 nikdy	0	0
celkom	38	100

Najväčší podiel respondentov cítil šťastie dosť často (42,1 %). Ďalších 26,3 % respondentov ho cítilo občas, 21,1 % väčšinou a 10,5 % stále. Ani jeden respondent vo výskume neuviedol, že by šťastie pociťoval málokedy, alebo že by ho necítil nikdy.

V tabuľke 59 je uvedené výsledné skóre všetkých otázok v dimenzii duševné zdravie, ako aj výsledné priemerné skóre tejto dimenzie.

Tabuľka 59 – Výsledné skóre v dimenzii duševné zdravie

otázka č.	oblasť	skóre
24	pocit veľkej nervozity	45,78
25	pociťovanie veľkej depresie bez možnosti rozveseliť sa	72,1
26	pociťovanie pokoja a pohody	61,05
28	pociťovanie pesimizmu a smútku	65,78
30	pocit šťastia	63,15
celkom		307,86
priemer		61,57

Výsledné skóre v dimenzii duševné zdravie malo hodnotu 61,57 b., čo možno vyhodnotiť ako hodnotu nad normou všeobecnej populácie. Najnižšie skóre v tejto oblasti bolo dosiahnuté v otázke venovanej pocitu veľkej nervozity (45,78 b.). Naopak najvyššie priemerné skóre v tejto dimenzii bolo dosiahnuté v otázke, ktorá sa zaoberala pociťovaním veľkej depresie bez možnosti rozveseliť sa (72,1 b.).

Na základe skórovania každej otázky v dotazníku SF 36, prislúchajúcej k niektorej z ôsmich dimenzií, ako aj na základe výpočtu výsledného priemerného skóre za celý výskumný súbor v každej dimenzii dotazníka bolo možné vypočítať aj výsledné skóre celkového fyzického zdravia a celkového psychického zdravia respondentov (tabuľka 60).

Tabuľka 60 – Celkové fyzické zdravie a celkové psychické zdravie

dimenzia	otázky	skóre
všeobecné zdravie	5	48,67
fyzické fungovanie	10	93,68
fyzické obmedzenia	4	80,91
emočné problémy	3	65,78
sociálne fungovanie	2	74,33
telesná bolesť	2	68,15
vitalita	4	53,28
duševné zdravie	5	61,57
celkové fyzické zdravie (PCS)		69,83
celkové psychické zdravie (MCS)		60,72

Z tabuľky 60 vyplýva, že celkové psychické zdravie respondentov bolo horšie ako ich celkové fyzické zdravie, pretože v oblasti celkového psychického zdravia bolo dosiahnuté nižšie výsledné skóre (60,72 b.) ako v oblasti celkového fyzického zdravia (69,83 b.). Oba tieto komponenty kvality života najviac zhoršovala dimenzia hodnotenia všeobecného zdravia s výsledným skóre 48,67 b. Najvyššie skóre v celkovom fyzickom zdraví bolo dosiahnuté v dimenzii fyzické fungovanie (93,68 b.), najvyššie skóre v rovine celkového psychického zdravia dosiahla dimenzia sociálne fungovanie (74,33 b.).

Súčasťou dotazníkového výskumu bol aj **Cantrilov index**. Respondenti v tejto časti mali vyznačiť, akým číslom na stupnici od 0 do 10 hodnotia kvalitu svojho života, pričom stupeň 0 znamenal najhoršiu kvalitu života a stupeň 10 najlepšiu kvalitu života. Absolútne a relatívne početnosti ich odpovedí sú uvedené v tabuľke 61.

Tabuľka 61 – Hodnotenie kvality života podľa Cantrilovho indexu

stupeň	n	%
0	0	0
1	0	0
2	0	0
3	2	5,3
4	3	7,9
5	3	7,9
6	11	28,9
7	7	18,4
8	7	18,4
9	3	7,9
10	2	5,3
celkom	38	100

Najväčší podiel respondentov vo výskume hodnotil kvalitu svojho života na stupni 6, čo je nadpriemerná kvalita života (28,9 %). Často boli označované aj stupne 7 a 8 (po 18,4 %), taktiež indikujúce nadpriemernú kvalitu života. Tri najnižšie stupne na danej stupnici – stupne 0, 1 a 2 – nezvolil žiadny respondent vo výskume. Priemerná hodnota bola 6,6.

3.6 Vyhodnotenie výsledkov

Podkapitola prezentuje celkové vyhodnotenie výsledkov výskumu vo vzťahu k stanoveným výskumným otázkam a výskumným hypotézam.

Výskumná otázka č. 1 sa zaoberala fyzickým zdravím členov perioperačného tímu a znela takto: **Ako členovia perioperačného tímu subjektívne hodnotia svoje fyzické zdravie?** Pre zodpovedanie tejto výskumnej otázky boli využité poznatky získané z rozhovorov, príslušné fyzickému zdraviu a združené v kategóriách hodnotenie zdravia pri práci v perioperačnom tíme, faktory ovplyvňujúce zdravie pri práci v perioperačnom tíme a spôsoby ovplyvňovania zdravia ostatnými členmi perioperačného tímu. K zodpovedaniu výskumnej otázky slúžilo aj výsledné skóre dimenzií v dotazníku SF 36, viazaných k celkovému fyzickému zdraviu.

Z rozhovorov s vybranými členmi perioperačného tímu vyplynulo, že jeden respondent svoje fyzické zdravie zhodnotil ako dobré, dvaja ako celkom dobré a dvaja ako zlé. Faktormi, ktoré najviac ovplyvňovali ich fyzické zdravie, boli fyzická náročnosť práce, stres a nedostatok personálu. Nedostatok personálu bol zároveň najčastejšie uvádzaný spôsob ovplyvňovania fyzického zdravia ostatnými členmi perioperačného tímu.

Celkové fyzické zdravie, vypočítané z príslušných dimenzií dotazníka SF 36, vykazovalo skóre 69,83 b., čo bola hodnota nad normou všeobecnej populácie (50 b.). Dimenziou, ktorá v rámci fyzického zdravia v najväčšej miere znižovala kvalitu života členov perioperačného tímu, bolo všeobecné zdravie, u ktorého bolo zistené vôbec najnižšie skóre zo všetkých dimenzií (48,67 b.), pričom najnižšie skóre v tejto dimenzii bolo zistené v otázke venovanej očakávaniu zhoršenia vlastného zdravia (44,07 b.). Fyzické zdravie členov perioperačného tímu bolo nízke aj v dimenzii vitality (53,28 b.), a to najmä v rovine pocitu únavy (36,84 b.) a pocitu vyčerpanosti (46,84 b.). Na druhú stranu však bolo najvyššie v dimenzii fyzického fungovania (93,68 b.) a druhé najvyššie v dimenzii fyzických obmedzení (80,91 b.).

Možno teda konštatovať, že členovia perioperačného tímu subjektívne hodnotili svoje fyzické zdravie ako zhoršené. Dôvodmi boli najmä fyzická náročnosť práce v dôsledku nedostatku personálu, stres, očakávanie zhoršenia svojho fyzického zdravia, únava a vyčerpanosť.

Výskumná otázka č. 2 sa zaoberala psychickým zdravím členov perioperačného tímu a znela: **Ako členovia perioperačného tímu subjektívne hodnotia svoje psychické zdravie?** Pre zodpovedanie tejto výskumnej otázky boli využité poznatky získané z rozhovorov, príslušné psychickému zdraviu a združené v kategóriách hodnotenie zdravia pri práci v perioperačnom tíme, faktory ovplyvňujúce zdravie pri práci v perioperačnom tíme a spôsoby ovplyvňovania zdravia ostatnými členmi perioperačného tímu. K zodpovedaniu výskumnej otázky slúžilo aj výsledné skóre dimenzií v dotazníku SF 36, viazaných k celkovému psychickému zdraviu.

Z rozhovorov s vybranými členmi perioperačného tímu vyplynulo, že jeden respondent svoje psychické zdravie zhodnotil ako veľmi dobré, traja ho zhodnotili ako dobré a jeden ako zlé. Faktorom, ktorý najviac ovplyvňoval ich psychické zdravie, bol stres. Významnými faktormi z hľadiska ovplyvňovania psychického zdravia ostatnými členmi perioperačného tímu boli tlak / nespokojnosť lekárov a fungovanie kolektívu.

Celkové psychické zdravie, vypočítané z príslušných dimenzií dotazníka SF 36, vykazovalo skóre 60,72 b., čo bola hodnota nad normou všeobecnej populácie (50 b.). Dimenziou, ktorá v rámci psychického zdravia v najväčšej miere znižovala kvalitu života členov tímu, bolo tak ako u fyzického zdravia všeobecné zdravie (hodnotenie všeobecného zdravia), u ktorého bolo zistené najnižšie skóre zo všetkých dimenzií (48,67 b.), pričom najnižšie skóre v predmetnej dimenzii bolo zistené v otázke venovanej očakávaniu zhoršenia vlastného zdravia (44,07 b.). Psychické zdravie členov perioperačného tímu bolo nízke aj v dimenzii vitality (53,28 b.), a to najmä v rovine pocitu únavy (36,84 b.) a pocitu vyčerpanosti (46,84 b.). Významný bol aj pocit veľkej nervozity (45,78 b.) v dimenzii duševné zdravie.

Možno konštatovať, že členovia perioperačného tímu subjektívne hodnotili svoje psychické zdravie ako priemerné. Psychické zdravie bolo v ponímaní celého súboru horšie ako fyzické zdravie. Dôvodmi boli najmä stres v práci, očakávanie zhoršenia svojho psychického zdravia, tlak a fungovanie v kolektíve, únava, vyčerpanosť a veľká nervozita.

Výskumná otázka č. 3 sa zaoberala kvalitou života perioperačného tímu a jej determinantmi, pričom znela: **Aká je kvalita života členov perioperačného tímu a čím je determinovaná?** Pre zodpovedanie výskumnej otázky boli využité poznatky získané z rozhovorov, príslušné kvalite života a združené v kategóriách subjektívne hodnotenie kvality života, faktory ovplyvňujúce kvalitu života a subjektívne zhodnotenie kvality života v porovnaní so stavom pred rokom. K zodpovedaniu slúžilo aj výsledné skóre celkového fyzického a psychického zdravia v dotazníku SF 36 a hodnotenie kvality života v Cantrilovom indexe.

Z rozhovorov s vybranými členmi perioperačného tímu vyplynulo, že štyria respondenti zhodnotili kvalitu svojho života ako strednú a jeden respondent ako nízku. Faktorom, ktorý podľa tejto časti výskumného súboru v najväčšej miere ovplyvňoval kvalitu ich života, bol nedostatok personálu na pracovisku, významným faktorom však bola aj početnosť služieb. Pri subjektívnom hodnotení kvality vlastného života v porovnaní so stavom pred rokom štyria respondenti uviedli, že kvalitu svojho života považujú za rovnakú ako pred rokom, a jeden respondent uviedol, že ju považuje za nižšiu ako pred rokom. Podobne aj v jednej z otázok v dotazníku SF 36 s podobným obsahom najväčší podiel respondentov (47,4 %) uviedol, že svoje súčasné zdravie považuje za približne rovnaké ako pred rokom.

Z hľadiska porovnania výsledného skóre celkového fyzického a psychického zdravia podľa dotazníka SF 36 bolo zrejmé, že kvalitu života členov perioperačného tímu vo väčšej miere znižovalo celkové psychické zdravie než celkové fyzické zdravie. Z vyhodnotenia odpovedí respondentov v Cantrilovom indexe vyplynulo, že najväčší podiel respondentov (28,9 %) hodnotil kvalitu svojho života na stupni 6, čo znamenalo mierne nadpriemernú kvalitu života. Priemerná hodnota odpovedí všetkých respondentov v tejto časti výskumu mala hodnotu 6,6, znamenajúcu taktiež mierne nadpriemernú kvalitu života.

Možno konštatovať, že kvalita života členov perioperačného tímu bola stredná. Pre najväčší podiel respondentov sa kvalita života v porovnaní s obdobím pred roka nezmenila, pričom zostala na približne strednej úrovni. Okrem konkrétnych faktorov, ktoré boli uvedené predtým v rovine fyzického a psychického zdravia, bola kvalita života členov perioperačného tímu ovplyvnená aj nedostatkom personálu na pracovisku a početnosťou služieb. Vo väčšej miere ju znižovalo celkové psychické než celkové fyzické zdravie.

Prvá hypotéza skúmala vzťah medzi všeobecným zdravím a pohlavím členov perioperačného tímu. Štatistickým testovaním sa overovalo, či platí H_0 v tomto znení: **Medzi všeobecným zdravím a pohlavím členov perioperačného tímu neexistuje štatisticky významný vzťah.** V prípade jej neplatnosti by sa prijala H_A v znení: **Medzi všeobecným zdravím a pohlavím členov perioperačného tímu existuje štatisticky významný vzťah.** K overeniu výskumnej hypotézy boli využité otázky č. 1, 33, 34, 35 a 36 v dotazníku SF 36, patriace do dimenzie všeobecné zdravie, a premenná pohlavie.

K štatistickému testovaniu Pearsonovým chí kvadrát testom nezávislosti boli zostavené kontingenčné tabuľky skutočných a očakávaných početností (tabuľky 62 až 66). Pre splnenie podmienok k uskutočneniu tohto testu (žiadna očakávaná početnosť nesmie mať hodnotu 0,

max. 20 % očakávaných početností môže byť menších ako 5) boli niektoré príbuzné škály skombinované, príp. boli vynechané možnosti, ktoré neoznačil žiadny respondent.

Tabuľka 62 – Celkové hodnotenie zdravia podľa pohlavia – kontingenčná tabuľka

odpovede	muži		ženy	
	skut. poč.	očak. poč.	skut. poč.	očak. poč.
1 výborné, 2 veľmi dobré	5	4,47	5	5,53
3 dobré	6	6,71	9	8,29
4 celkom dobré, 5 zlé	6	5,82	7	7,18
celkom	17	–	21	–

Pri testovaní vzťahu medzi celkovým hodnotením zdravia a pohlavím respondentov sa zistilo, že hodnota testového kritéria bola 0,26, počet stupňov voľnosti bol 2 a kritická hodnota pre hladinu štatistickej významnosti 5 % a daný počet stupňov voľnosti bola 5,991. Vzhľadom na to, že kritická hodnota bola väčšia ako hodnota testového kritéria, štatisticky významný vzťah medzi danými znakmi neexistoval.

Tabuľka 63 – Získanie ochorenia ľahšie ako u iných ľudí podľa pohlavia – kontingenčná tabuľka

odpovede	muži		ženy	
	skut. poč.	očak. poč.	skut. poč.	očak. poč.
1 určite áno, 2 väčšinou áno	4	5,37	8	6,63
3 nie som si istý/á	7	6,26	7	7,74
4 väčšinou nie, 5 určite nie	6	5,37	6	6,63
celkom	17	–	21	–

Pri testovaní vzťahu medzi získaním ochorenia ľahšie ako u iných ľudí a pohlavím sa zistilo, že hodnota testového kritéria bola 0,925, počet stupňov voľnosti bol 2 a kritická hodnota pre hladinu štatistickej významnosti 5 % a daný počet stupňov voľnosti bola 5,991. Vzhľadom na to, že kritická hodnota bola väčšia ako hodnota testového kritéria, štatisticky významný vzťah medzi skúmanými znakmi neexistoval.

Tabuľka 64 – Rovnaké zdravie ako u kohokoľvek iného podľa pohlavia – kontingenčná tabuľka

odpovede	muži		ženy	
	skut. poč.	očak. poč.	skut. poč.	očak. poč.
1 určite áno, 2 väčšinou áno	6	5,37	6	6,63
3 nie som si istý/á	5	5,37	7	6,63
4 väčšinou nie, 5 určite nie	6	6,26	8	7,74
celkom	17	–	21	–

Pri testovaní vzťahu medzi rovnakým zdravím ako u kohokoľvek iného a pohlavím sa zistilo, že hodnota testového kritéria bola 0,199, počet stupňov voľnosti bol 2 a kritická hodnota pre hladinu štatistickej významnosti 5 % a daný počet stupňov voľnosti bola 5,991. Vzhľadom na to, že kritická hodnota bola väčšia ako hodnota testového kritéria, štatisticky významný vzťah medzi skúmanými znakmi neexistoval.

Tabuľka 65 – Očakávané zhoršenie zdravia podľa pohlavia – kontingenčná tabuľka

odpovede	muži		ženy	
	skut. poč.	očk. poč.	skut. poč.	očk. poč.
1 určite áno, 2 väčšinou áno	6	7,16	10	8,84
3 nie som si istý/á	5	5,37	7	6,63
4 väčšinou nie, 5 určite nie	6	4,47	4	5,53
celkom	17	–	21	–

Pri testovaní vzťahu medzi očakávaným zhoršeným zdravím a pohlavím sa zistilo, že hodnota testového kritéria bola 1,333, počet stupňov voľnosti bol 2 a kritická hodnota pre hladinu štatistickej významnosti 5 % a daný počet stupňov voľnosti bola 5,991. Keďže kritická hodnota bola väčšia než hodnota testového kritéria, štatisticky významný vzťah medzi týmito znakmi neexistoval.

Tabuľka 66 – Považovanie zdravia za perfektné podľa pohlavia – kontingenčná tabuľka

odpovede	muži		ženy	
	skut. poč.	očk. poč.	skut. poč.	očk. poč.
2 väčšinou áno	8	6,71	7	8,29
3 nie som si istý/á	5	5,82	8	7,18
4 väčšinou nie	4	4,47	6	5,53
celkom	17	–	21	–

Pri testovaní vzťahu medzi považovaním zdravia za perfektné a pohlavím respondentov sa zistilo, že hodnota testového kritéria bola 0,747, počet stupňov voľnosti bol 2 a kritická hodnota pre hladinu štatistickej významnosti 5 % a daný počet stupňov voľnosti bola 5,991. Vzhľadom na to, že kritická hodnota bola väčšia ako hodnota testového kritéria, štatisticky významný vzťah medzi skúmanými znakmi neexistoval.

Keďže v každej z piatich otázok v dimenzii všeobecné hodnotenie zdravia sa zistilo, že medzi skúmanými znakmi bola nezávislosť, tzn. štatisticky významný vzťah medzi nimi neexistoval, hypotéza H_0 sa nezamieta a platí v znení: **Medzi všeobecným zdravím a pohlavím členov perioperačného tímu neexistuje štatisticky významný vzťah.**

Druhá hypotéza skúmala vzťah medzi všeobecným zdravím a vekom členov perioperačného tímu. Štatistickým testovaním sa overovalo, či platí H_0 v znení: **Medzi všeobecným zdravím a vekom členov perioperačného tímu neexistuje štatisticky významný vzťah.** V prípade neplatnosti H_0 by sa prijala H_A v tomto znení: **Medzi všeobecným zdravím a vekom členov perioperačného tímu existuje štatisticky významný vzťah.** K overeniu platnosti výskumnej hypotézy boli využité otázky č. 1, 33, 34, 35 a 36 v dotazníku SF 36, patriace do dimenzie všeobecnej zdravotnej, a premenná vek.

K štatistickému testovaniu Pearsonovým chí kvadrát testom nezávislosti boli zostavené kontingenčné tabuľky skutočných a očakávaných početností (tabuľky 67 až 71). Pre splnenie podmienok k uskutočneniu testu (žiadna očakávaná početnosť nesmie mať hodnotu 0, max. 20 % očakávaných početností môže byť menších ako 5) boli niektoré príbuzné škály skombinované, príp. boli vynechané možnosti, ktoré neoznačil žiadny respondent.

Tabuľka 67 – Celkové hodnotenie zdravia podľa veku – kontingenčná tabuľka

odpovede	vek do 40 rokov		vek 41 a viac rokov	
	skut. poč.	očk. poč.	skut. poč.	očk. poč.
1 výborné, 2 veľmi dobré	7	5,26	3	4,74
3 dobré	9	7,89	6	7,11
4 celkom dobré, 5 zlé	4	6,84	9	6,16
celkom	20	–	18	–

Pri testovaní vzťahu medzi celkovým hodnotením zdravia a vekom respondentov sa zistilo, že hodnota testového kritéria bola 7,032, počet stupňov voľnosti bol 2 a kritická hodnota pre hladinu štatistickej významnosti 5 % a daný počet stupňov voľnosti bola 5,991. Vzhľadom na to, že kritická hodnota bola väčšia ako hodnota testového kritéria, štatisticky významný vzťah medzi skúmanými znakmi neexistoval.

Tabuľka 68 – Získanie ochorenia ľahšie ako u iných ľudí podľa veku – kontingenčná tabuľka

odpovede	vek do 40 rokov		vek 41 a viac rokov	
	skut. poč.	očk. poč.	skut. poč.	očk. poč.
1 určite áno, 2 väčšinou áno	5	6,32	7	5,68
3 nie som si istý/á	7	7,37	7	6,63
4 väčšinou nie, 5 určite nie	8	6,32	4	5,68
celkom	20	–	18	–

Pri testovaní vzťahu medzi získaním ochorenia ľahšie ako u iných ľudí a vekom respondentov sa zistilo, že hodnota testového kritéria bola 1,565, počet stupňov voľnosti bol 2 a kritická hodnota pre hladinu štatistickej významnosti 5 % a daný počet stupňov voľnosti bola 5,991.

Vzhľadom na to, že kritická hodnota bola väčšia ako hodnota testového kritéria, štatisticky významný vzťah medzi skúmanými znakmi neexistoval.

Tabuľka 69 – Rovnaké zdravie ako u kohokoľvek iného podľa veku – kontingenčná tabuľka

odpovede	vek do 40 rokov		vek 41 a viac rokov	
	skut. poč.	očak. poč.	skut. poč.	očak. poč.
1 určite áno, 2 väčšinou áno	7	6,32	5	5,68
3 nie som si istý/á	7	6,32	5	5,68
4 väčšinou nie, 5 určite nie	6	7,37	8	6,63
celkom	20	–	18	–

Pri testovaní vzťahu medzi rovnakým zdravím ako u kohokoľvek iného a vekom bolo zistené, že hodnota testového kritéria bola 0,847, počet stupňov voľnosti bol 2 a kritická hodnota pre hladinu štatistickej významnosti 5 % a daný počet stupňov voľnosti bola 5,991. Vzhľadom na to, že kritická hodnota bola väčšia ako hodnota testového kritéria, štatisticky významný vzťah medzi skúmanými znakmi neexistoval.

Tabuľka 70 – Očakávané zhoršenie zdravia podľa veku – kontingenčná tabuľka

odpovede	vek do 40 rokov		vek 41 a viac rokov	
	skut. poč.	očak. poč.	skut. poč.	očak. poč.
1 určite áno, 2 väčšinou áno	8	8,42	8	7,58
3 nie som si istý/á	7	6,32	5	5,68
4 väčšinou nie, 5 určite nie	5	5,26	5	4,74
celkom	20	–	18	–

Pri testovaní vzťahu medzi očakávaným zhoršeným zdravím a vekom respondentov sa zistilo, že hodnota testového kritéria bola 0,226, počet stupňov voľnosti bol 2 a kritická hodnota pre hladinu štatistickej významnosti 5 % a daný počet stupňov voľnosti bola 5,991. Vzhľadom na to, že kritická hodnota bola väčšia než hodnota testového kritéria, štatisticky významný vzťah medzi skúmanými znakmi neexistoval.

Tabuľka 71 – Považovanie zdravia za perfektné podľa veku – kontingenčná tabuľka

odpovede	vek do 40 rokov		vek 41 a viac rokov	
	skut. poč.	očak. poč.	skut. poč.	očak. poč.
2 väčšinou áno	9	7,89	6	7,11
3 nie som si istý/á	7	6,84	6	6,16
4 väčšinou nie	4	5,26	6	4,74
celkom	20	–	18	–

Pri testovaní vzťahu medzi považovaním zdravia za perfektné a vekom sa zistilo, že hodnota testového kritéria bola 0,974, počet stupňov voľnosti bol 2 a kritická hodnota pre hladinu štatistickej významnosti 5 % a daný počet stupňov voľnosti bola 5,991. Vzhľadom na to, že kritická hodnota bola väčšia ako hodnota testového kritéria, štatisticky významný vzťah medzi skúmanými znakmi neexistoval.

Keďže v každej z piatich otázok v dimenzii všeobecné zdravie sa zistilo, že medzi skúmanými znakmi bola nezávislosť, tzn. štatisticky významný vzťah medzi nimi neexistoval, hypotéza H_0 sa nezamieta a platí v nasledovnom znení: **Medzi všeobecným zdravím a vekom členov perioperačného tímu neexistuje štatisticky významný vzťah.**

4 DISKUSIA

Cieľom výskumu bolo zistiť kvalitu života a zdravia členov perioperačného tímu na vybranom pracovisku. V kapitole sa porovnávajú vlastné zistenia výskumu vo vzťahu k jednotlivým čiastkovým cieľom so zisteniami alebo tvrdeniami iných autorov, na základe čoho sú v závere navrhnuté odporúčania pre prax.

Prvým čiastkovým cieľom výskumu bolo **zistiť, ako členovia perioperačného tímu subjektívne hodnotia svoje fyzické zdravie.**

Členovia perioperačného tímu hodnotili svoje fyzické zdravie ako zhoršené. Hlavnými príčinami boli fyzická náročnosť práce v perioperačnej starostlivosti v dôsledku nedostatku personálu, stres, očakávanie zhoršenia svojho fyzického zdravia, únava či vyčerpanosť.

Fyzická náročnosť perioperačnej starostlivosti, najmä v niektorých konkrétnych profesiách, ako sú inštrumentárne sestry či sanitári, je všeobecne známa. Možno súhlasiť s Jedličkovou et al. (2012) a ich tvrdením o tom, že pre prácu v tomto odbore sú potrebné určité predpoklady na zvládnutie situácií a povinností, ktoré bývajú náročné po fyzickej aj psychickej stránke. V rovine fyzického zdravia teda možno pozitívne zhodnotiť, že podľa výsledkov výskumu v tejto práci členovia perioperačného tímu dosahovali najvyššie výsledné skóre v dotazníku SF 36 v dimenziách fyzické fungovanie (93,68) či fyzické obmedzenia (80,91). To znamená, že napriek fyzickej náročnosti tejto práce nemala väčšina členov perioperačného tímu v týchto dvoch konkrétnych dimenziách výraznejšie problémy s fyzickým zdravím.

Výskum realizovaný v tejto práci sa uskutočnil na vybranom gynekologicko-pôrodníckom oddelení. Ako pripomína Lorenz (2015), práve pôrodné operačné sály sú pracoviskom, ktoré je enormne zaťažené stresom. Okrem toho sa tento faktor môže často stretávať aj s veľkým pracovným zaťažením ako dôsledkom nedostatku personálu. Výsledky výskumu v tejto práci teda potvrdzujú tvrdenia uvedeného autora. Na nedostatok sestier a z toho plynúce preťaženie a stres v týchto podmienkach upozorňujú aj Vévoda et al. (2013, s. 59), ktorí okrem toho uvádzajú, že nedostatok sestier môže byť natoľko vážnou prekážkou, že až na druhom mieste v prípadných konfliktoch v pracovnom tíme sa objavujú osobnostné rysy či správanie sestier. Týmto tvrdením možno vysvetliť zistenie o tom, prečo respondenti vo výskume v tejto práci hovorili o nedostatku personálu na pracovisku nielen ako o samostatnom významnom faktore, ktorý vplýva na ich celkové fyzické zdravie, ale aj ako o hlavnom dôvode ovplyvňovania ich fyzického zdravia zo strany ostatných členov perioperačného tímu.

Na častú únavu a vyčerpanosť na operačných sálach upozorňuje Žídková (2010, s. 40). Podľa Gurkovej, Macejkovej (2012, s. 327) je význam únavy a vyčerpania natoľko veľký, že môže viesť až k zhoršeniu kvality života. Tiež podľa výskumu Balkovej et al. (2015, s. 32) patrila únava medzi najčastejšie uvádzané dôsledky záťaže v perioperačnej starostlivosti.

Celkové fyzické zdravie, vypočítané z príslušných dimenzií dotazníka SF 36, vykazovalo skóre 69,83 b., čo bola hodnota nad normou všeobecnej populácie (50 b.). Toto hodnotenie výsledného skóre, kde hodnota 50 predstavuje všeobecný priemer za celú populáciu, uviedli v roku 1993 autori Jenkinson et al. (1993a, s. 48). Obvykle dosahované normy v populáciách však môžu byť aj výrazne vyššie, ako bude vysvetlené ďalej.

Ako sa ďalej preukázalo, dimenziou, ktorá v oblasti celkového fyzického zdravia vykazovala najnižšie skóre a teda v najväčšej miere znižovala kvalitu života členov perioperačného tímu, bola dimenzia všeobecné zdravie (hodnotenie všeobecného zdravia), kde bolo zistené vôbec najnižšie skóre zo všetkých dimenzií – 48,67 b. Druhé najnižšie skóre v dimenziách, ktoré korelujú s celkovým fyzickým zdravím, bolo dosiahnuté v dimenzii vitalita – 53,28 b. Tieto výsledky čiastočne korešpondujú so zistením Bártlovej et al. (2020, s. 16) v štúdií, ktorá bola uskutočnená na českej populácii v roku 2016, kde sa zistilo, že najnižšie skóre mala dimenzia vitalita a druhé najnižšie skóre vykazovala dimenzia všeobecné zdravie – ich poradie teda bolo opačné. Vitalita bola dimenziou s druhým najnižším výsledným skóre aj vo výskume, ktorý uskutočnili Da Silva, Guimarães (2016, s. 63); vo výskume týchto autorov však bola dimenziou s najnižším výsledným skóre iná dimenzia korelujúca s fyzickým zdravím, a sice telesná bolesť, čo nekorešponduje s výsledkami výskumu v tejto práci.

Druhým čiastkovým cieľom výskumu bolo **zistiť, ako členovia perioperačného tímu subjektívne hodnotia svoje psychické zdravie.**

Ako sa preukázalo, členovia perioperačného tímu hodnotili svoje psychické zdravie ako priemerné. Psychické zdravie bolo v ponímaní celého výskumného súboru horšie (malo nižšie celkové skóre v dotazníku SF-36) ako fyzické zdravie. Príčinami boli najmä stres v práci, očakávanie zhoršenia svojho psychického zdravia, ďalej tlak a fungovanie v kolektíve, únava, vyčerpanosť a veľká nervozita. Mnohé z týchto faktorov rezonovali aj v hodnotení fyzického zdravia respondentov. Okrem toho, dimenzie všeobecné zdravie a vitalita, ktoré v najväčšej miere znižovali kvalitu života respondentov tohto výskumu v rovine celkového fyzického zdravia, významne korelujú aj s dimenziou celkového psychického zdravia (Ware, 2000, s. 3131). Z toho dôvodu možno odkázať na predchádzajúce pasáže tejto kapitoly, venované

porovnaní získaných výsledkov s výsledkami a tvrdeniami iných autoroch o týchto faktoroch a dimenziách – uvedené platí aj pre psychické zdravie. Je to pochopiteľné, keďže fyzické a psychické zdravie spolu súvisia, ovplyvňujú sa a takto ovplyvňujú aj kvalitu života.

V perioperačnej starostlivosti sa vyskytujú rôzne riziká, pričom jedným z nich je aj psychická záťaž, spôsobujúca psychické problémy a zhoršujúcu kvalitu života v kontexte psychického zdravia (Jedličková et al., 2012, s. 58). Tlak ako častý faktor ovplyvňujúci psychické zdravie v perioperačnom tíme bol preukázaný aj vo výskume, ktorý realizovali Balková et al. (2015, s. 32-33) – v tomto výskume konkrétne išlo o prácu pod časovým tlakom, ale aj tlak plynúci z pracovného tempa a práce v kolektíve. O vplyve nespokojnosti, tlaku či stresu na pracovný výkon na operačnej sále a následnom znižovaní kvality života v dôsledku uvedených faktorov pojednáva aj štúdia, ktorú uskutočnili Olivares et al. (2015, s. 100).

Stres ako významný faktor vplývajúci na psychické zdravie respondentov v tomto výskume bol potvrdený ako dôležitý činiteľ aj v rôznych štúdiách a v odbornej literatúre. Na jeho veľký vplyv na prácu i samotnú psychiku poukazuje napr. Priess (2015, s. 14). Farahat et al. (2017, s. 789) taktiež zistili, že stres je s psychickou záťažou spájaný bežne a má veľký vplyv na psychické zdravie. Kumar et al. (2018, s. 96) vo svojej štúdii zistili, že prevalencia stresu medzi lekármi a sestrami bola síce mierna, no medzi pracovným stresom a jednotlivými oblasťami kvality života, vrátane psychického zdravia existovala korelácia. Aj toto zistenie teda potvrdzuje významný vplyv stresu, ako to bolo zistené vo výskume v tejto práci.

Tretím čiastkovým cieľom výskumu bolo **zistiť, či existuje vzťah medzi všeobecným zdravím a pohlavím členov perioperačného tímu.**

Ako bolo preukázané, štatisticky významný vzťah medzi všeobecným zdravím a pohlavím členov perioperačného tímu neexistoval. Dimenzia všeobecne zdravie v dotazníku SF 36 bola dimenziou, ktorá v najväčšej miere znižovala kvalitu života členov perioperačného tímu, no medzi mužmi a ženami neboli zaznamenané významné rozdiely.

Výsledky hovoriace o neexistujúcom štatisticky významnom vzťahu medzi všeobecným zdravím a pohlavím členov perioperačného tímu nekorešpondujú so zisteniami a tvrdeniami rôznych autorov. Napríklad Jenkinson et al. (1993a, s. 48) zistili, že ženy dosahujú všeobecne nižšie skóre v dotazníku SF 36, vrátane dimenzie hodnotenia všeobecného zdravia, ako muži, pričom tieto rozdiely bývajú štatisticky významné, čo sa však vo výskume uskutočnenom v tejto práci nepotvrdilo. Štatisticky významne vyššiu kvalitu života u žien ako u mužov

v tejto oblasti zistili aj De Azevedo, Mathias (2017, s. 130). Naopak Mahmood et al. (2019) vo svojej štúdií v Nórsku v skúmanom smere zistili štatisticky vyššiu spokojnosť u žien ako u mužov, podobne ako Liang et al. (2015) v štúdií uskutočnenej v Číne, kde konštatovali, že ženské pohlavie bolo faktorom, ktoré bolo spojené s nedostatočnou kvalitou života.

Naopak, výsledky výskumu v tejto práci korešpondujú so zistením Bártlovej et al. (2020, s. 16-17), skúmajúcej českú populáciu v roku 2016, kde sa zistilo, že medzi ženami a mužmi boli v doméne všeobecného zdravia v dotazníku SF 36 iba minimálne rozdiely a svoje zdravie subjektívne hodnotili veľmi podobne, hoci s ním boli menej spokojní.

Štvrtým čiastkovým cieľom výskumu bolo **zistiť, či existuje vzťah medzi všeobecným zdravím a vekom členov perioperačného tímu.**

Ako bolo preukázané, štatisticky významný vzťah medzi všeobecným zdravím a vekom členov perioperačného tímu neexistoval. Dimenzia všeobecné zdravie v dotazníku SF 36 bola dimenziou, ktorá v najväčšej miere znižovala kvalitu života členov perioperačného tímu, no medzi porovnávanými vekovými skupinami neboli zaznamenané významné rozdiely.

Za účelom overenia platnosti tejto hypotézy boli respondenti vo výskume rozdelení do dvoch vekových skupín, a to na vekovú skupinu do 40 rokov a vekovú skupinu 41 a viac rokov. Je na mieste pripomenúť, že rozdeľovanie výskumného súboru na základe veku býva v štúdiách v tejto oblasti pomerne variabilné a v každej štúdií môže byť vykonané inak. O tom, že je to možné, svedčil aj postup Bártlovej et al. (2020, s. 16-20) vo výskume, ktorý ako doposiaľ posledný publikovaný výskum v Českej republike posudzoval väčšiu populáciu jedincov so zámerom vytvoriť na základe získaných dát novší populačný štandard. Uvedené autorky posudzovali kvalitu života a zdravia pomocou dotazníka SF 36 u českej populácie vo veku 40 a viac rokov, pričom po získaní dát ju rozdelili na vekové skupiny po 10 rokov. Výsledky výskumu v tejto práci nekorešpondujú s výskumom Bártlovej et al. (2020, s. 16-20), keďže v tomto výskume boli preukázané rozdiely v hodnotení všeobecného zdravia podľa vekových skupín: so zvyšujúcim sa vekom, resp. vekovou skupinou po 10 rokov sa neustále znižovalo výsledné skóre tejto dimenzie, pričom rozdiely podľa veku boli podľa uvedených autoriek na vysokej hladine relevantnej významnosti, čo znamenalo, že hodnotenie všeobecného zdravia súviselo s vekom participantov výskumu.

Výsledky výskumu v tejto práci nekorešpondujú ani s výsledkami a tvrdeniami iných autorov. Napríklad Lorenz (2015) tvrdí, že vysoká záťaž pri práci na operačnej sále sa po čase môže

odrážať na zdraví pracovníkov. Podobne Balková et al. (2015) tvrdia, že so zvyšujúcim sa vekom sa u pracovníkov na operačných sálach pridružujú zdravotné problémy, čo sa takisto prejavuje zhoršeným hodnotením zdravia či nižšou kvalitou života. Lowe et al. (2022, s. 201) či Jose, Bhat (2014, s. 4) naznačujú podobný vzťah zdravia voči veku, hoci nepriamo – jedni i druhí autori dávajú zdravie pracovníkov do súvislosti s ich skúsenosťami alebo rokmi praxe. Lowe et al. (2022, s. 201) uvádzajú, že zhoršenie možno badať skôr u skúsenejších sestier, pretože problémy sa u nich rokmi kumulujú. Jose, Bhat (2014, s. 4) konštatujú, že existuje významná súvislosť medzi kvalitou života celkovým počtom rokov praxe sestier, čo však ale súvisí aj s ich spokojnosťou v zamestnaní a ďalšími faktormi.

Posledným čiastkovým cieľom vo výskume bolo **zistiť, aká je kvalita života členov perioperačného tímu a čím je determinovaná.**

Kvalita života členov perioperačného tímu vo výskume v tejto práci bola na základe ich subjektívneho hodnotenia vyhodnotená ako stredná. Pre najväčší podiel respondentov sa kvalita života v porovnaní s obdobím pred roka nezmenila a zostala na približne strednej úrovni, čo bolo zistené oboma metódami – rozhovorom i dotazníkom SF 36. Kvalitu života popri faktoroch fyzického a psychického zdravia alebo osobitne zdôrazňovaného nedostatku personálu ovplyvňovala aj početnosť služieb na pracovisku. Zistilo sa tiež, že kvalitu života vo väčšej miere znižovalo celkové psychické zdravie než celkové fyzické zdravie.

Výsledky výskumu v tejto práci o tom, že kvalita života členov perioperačného tímu bola vyhodnotená ako stredná, prakticky korešpondujú so zistením Kumara et al. (2018, s. 96), ktorí takisto konštatovali, že kvalita života skúmanej populácie zdravotníckych pracovníkov (lekárov a sestier) bola vyhodnotená ako priemerná.

Početnosť služieb a vôbec zmennosť patrí medzi bežné formy nadmernej záťaže, ktorá môže znižovať kvalitu života členov perioperačného tímu (Jedličková et al., 2012, s. 58). Na jej negatívne dôsledky upozorňujú aj Borzová et al. (2009, s. 84). Možno teda konštatovať, že zistenia výskumu v tomto smere korešpondujú s odbornou literatúrou.

Mnohé štúdie, ktoré zisťujú kvalitu života populácie osôb prostredníctvom štandardizovaného dotazníka SF 36, sa v konečnom hodnotení výsledkov uchýľujú aj k výpočtu „indexu kvality života“ alebo „celkového skóre“ dotazníka SF 36. Tieto postupy však nie sú správne. Pokiaľ výskumníci používajú k výpočtu „celkového skóre“ dotazníka SF 36 napr. výpočet priemeru zo skóre celkového fyzického a celkového psychického zdravia, prakticky tým naznačujú, že

meranie kvality života súvisiacej so zdravím bude výsledkom „dokonalej rovnováhy“ medzi fyzickou (50 %) a duševnou (50 %) zložkou kvality života, čo samozrejme nemusí byť presné (Lins, Carvalho, 2016). Výstupom z dotazníka SF 36 môže byť výpočet výsledného skóre celkového fyzického a psychického zdravia (Sobotík, 1998, s. 50-51), podstatné však je, aby boli dodržané metodické pokyny k vyhodnoteniu výsledkov. Podľa pôvodných metodických pokynov, ktoré v roku 2001 vypracovali Ware, Kosinski (2001, s. 412), by sa pri vyhodnotení výsledkov z dotazníka SF 36 vždy malo prihliadať najmä na skóre ôsmich dimenzií. Všetky tieto odporúčania boli dodržané aj vo výskume uskutočnenom v tejto práci. Možno vysloviť názor, že výsledné skóre jednotlivých dimenzií v dotazníku SF 36 alebo skóre celkového fyzického a psychického zdravia by nemali slúžiť na výpočet skresleného ukazovateľa kvality života, ale miesto toho by mali byť využívané k určovaniu toho, ktorá konkrétna dimenzia alebo ktorý komponent zdravia v najväčšej alebo najmenej miere kvalitu života ovplyvnil.

Celkové výsledky výskumu v tejto práci teda naznačujú, že kvalitu života perioperačného tímu v najväčšej miere znižovala dimenzia všeobecné zdravie, pričom to platilo v rovine celkového fyzického aj celkového psychického zdravia vzhľadom na to, že dimenzia koreluje s oboma týmito komponentmi. Dimenziou, ktorá naopak v najmenej miere znižovala kvalitu života perioperačného tímu, bolo fyzické fungovanie.

Tabuľka 72 prezentuje výsledné skóre z každej dimenzie dotazníka SF 36 v tomto výskume a prináša porovnanie tohto skóre s vybranými štandardmi a normami. Porovnanie je zamerané na tri publikované české štandardy a dva vybrané svetové štandardy.

Tabuľka 72 – Porovnanie výsledného skóre dimenzií dotazníka SF 36 so skóre vybraných štandardov a noriem

dimenzia SF 36	vlastný výskum	Bártlová et al. (2020)	Petr et al. (2003)	Sobotík (1998)	Jenkinson et al. (1993b)	Ware (2000)
všeobecné zdravie	48,67	58,1	73,4	60,3	73,5	71,9
fyzické fungovanie	93,68	79,0	92,6	86,2	88,4	84,2
fyzické obmedzenia	80,91	73,1	82,3	69,4	85,8	80,9
emočné problémy	65,78	78,5	81,2	70,7	82,9	81,3
sociálne fungovanie	74,33	79,0	86,3	74,6	88,0	83,3
telesná bolesť	68,15	76,9	81,2	69,5	81,5	75,2
vitalita	53,28	57,0	67,3	54,1	61,1	60,9
duševné zdravie	61,57	71,0	77,7	66,6	73,8	74,7

Bártlová et al. (2020) vykonali svoju štúdiu na reprezentatívnej českej populácii (n = 1992) vo veku 40 a viac rokov. Petr et al. (2003) dotazníkom SF 36 skúmali kvalitu života príslušníkov

Polície ČR v Juhočeskom kraji (n = 103). Sobotík (1998) skúmal kvalitu života študentov z Lekárskej fakulty Univerzity Karlovej v Hradci Králové a ich príbuzných (n = 415). Ostatné dva štandardy predstavujú európsky štandard, vychádzajúci z výskumu na výskumnom súbore 9332 dospelých osôb (Jenkinson et al., 1993b), a americký štandard, vychádzajú z výskumu na neupresnenej vzorke vo všeobecnej populácii v USA (Ware, 2000).

Z tabuľky 72 vyplýva, že výsledné skóre získané v tomto výskume bolo vo väčšine dimenzií dotazníka SF 36 nižšie, príp. výrazne nižšie ako v uvedených normách a štandardoch. Nižšie skóre oproti všetkým zahrnutým normám a štandardom bolo dosiahnuté v dimenzii všeobecné zdravie, emočné problémy, sociálne fungovanie, telesná bolesť, vitalita aj duševné zdravie. Naopak v dimenzii fyzické fungovanie bolo vo vlastnom výskume dosiahnuté vyššie celkové skóre ako v každom uvedenom štandarde, a v dimenzii fyzické obmedzenia bolo dosiahnuté vyššie skóre ako v štandarde Bártlovej et al. (2020), Sobotíka (1998) a Wareho (2000). Na základe týchto výsledkov možno konštatovať, že fyzické fungovanie a fyzické obmedzenia pri práci v perioperačnom tíme nemusia byť pre členov tímu vždy takou veľkou prekážkou v súvislosti s kvalitou ich života, ako sa vzhľadom na fyzickú záťaž pri tejto práci môže javiť. Je možné prehlásiť, že v dimenzii všeobecného zdravia, emočných problémov, sociálneho fungovania, telesnej bolesti, vitality a duševného zdravia je práca v perioperačnom tíme veľmi náročná a v týchto oblastiach môže výrazne znižovať kvalitu života oproti bežnej populácii. Samozrejme, pre fyzické fungovanie a fyzické obmedzenia pri práci v perioperačnom tíme to môže platiť taktiež. Možno konštatovať, že fyzické fungovanie a minimálny vplyv fyzických obmedzení na výkon sú dôležitými predpokladmi pre prácu v perioperačnom tíme. Pracovníci vykazujúci výrazne zhoršenú kvalitu života v týchto oblastiach by prakticky túto prácu ani nemohli efektívne vykonávať. Výsledky tiež môžu naznačovať, že členovia perioperačného tímu si uvedomujú nutnosť byť na prácu v perioperačnom tíme adekvátne pripravení aj po fyzickej stránke, hoci vlastné fyzické zdravie celkovo hodnotili skôr ako zhoršené. Príp. tieto zistenia môžu tiež naznačovať, že niektoré otázky, ktoré boli v týchto dimenziách zahrnuté, ako chôdza po ulici, kúpanie a obliekanie bez cudzej pomoci, vychádzanie po schodoch na jedno poschodie atď., nemuseli celkom pokryť najväčšie problémy, s ktorými sa perioperačný tím pri práci na operačnej sále môže v rovine pocitovanej záťaže stretávať, a ktoré môžu zásadne ovplyvňovať jeho kvalitu života. Preto bolo dôležité poňať vlastný výskum aj formou rozhovorov s vybranými členmi perioperačného tímu a zachádzania do hlbších súvislostí. Na základe toho sa napr. zistilo, že aj napriek priaznivému celkovému skóre v dimenziách fyzického fungovania a fyzických obmedzení členovia tímu opakovane poukazovali na rôzne

iné problémy, ktoré im v práci spôsobovali záťaž a tým znižovali kvalitu ich života, najmä na nedostatok personálu a s tým súvisiace väčšie vyťaženie po fyzickej aj psychickej stránke, ale aj na bolesti chrbtice a ojedinele aj na dvíhanie ťažkých bremien, dlhodobé státie pri práci či prekladanie pacientov v perioperačnej starostlivosti.

V nadväznosti na uvedené konštatovania je nutné pripomenúť, že za limitáciu tohto výskumu možno považovať skutočnosť, že sa skúmala kvalita života a zdravia členov perioperačného tímu ako celku s jedinečným zložením a jedinečnou početnosťou rôznych profesií, ktoré ho tvoria. Iné výskumy v tejto oblasti sa pritom zameriavajú skôr na konkrétne profesie v rámci tímu, napr. na lekárov alebo na operačné sestry. Je možné, že získané výsledky výskumu sú ovplyvnené konkrétnym zložením výskumného súboru a že pri inej početnosti profesií v tíme by mohli byť výrazne odlišné. Ako sa zistilo v kvalitatívnej časti výskumu, kvalita života rôznych profesií (v prípade tohto výskumu najmä inštrumentárnych sestier a sanitára) môže byť determinovaná aj tým, ako ich vnímajú iní členovia tímu, napr. lekári, ako sa jednotliví členovia tímu k sebe správajú, či sa rešpektujú, oceňujú a pod. Je tak možné, že kvalita života a zdravia pri práci v perioperačnom tíme môže byť u každej profesie, ktorá tvorí súčasť tímu, rozdielna, a môže byť ovplyvnená aj faktormi, ktoré tento výskum neodhalil.

Na základe výsledkov výskumu možno stanoviť odporúčania členom perioperačného tímu:

- venovať sa aktívnemu odpočinku (pohybu, cvičeniam) a tým zvyšovať svoju odolnosť voči fyzickej aj psychickej záťaži a voči stresu. Možno tým zároveň zvyšovať svoju pripravenosť na fyzickú záťaž v perioperačnej starostlivosti a pestovať si väčšiu pozornosť. Venovať sa najmä takým pohybovým činnostiam, ktoré preukázateľne (t.j. u všetkých alebo u takmer všetkých respondentov v tomto výskume) nespôsobovali žiadne alebo takmer žiadne fyzické obmedzenia – napr. chôdza na krátke a stredné vzdialenosti, vychádzanie po schodoch jedno či niekoľko poschodí;
- bojovať proti nadmernému stresu nielen aktívnym pohybom a dostatkom odpočinku, ale aj zmysluplným trávením voľného času so svojimi blízkymi a priateľmi;
- v čase voľna sa venovať takým pohybovým činnostiam, ktoré nespôsobujú fyzické obmedzenia či bolesti, a ktoré nekopírujú potenciálne problematickú pracovnú záťaž – nedvíhať ťažké bremená, nestáť dlhodobo alebo staticky, výrazne sa nepredkláňať;
- v prípade očakávania zhoršenia vlastného zdravia nečakať na rozmach zdravotných komplikácií a vyhľadať odbornú pomoc. Reagovať už v prípade, pokiaľ bolesti aspoň mierne bránia vo výkone práce v zamestnaní alebo doma;

- bojovať s pocitmi únavy alebo vyčerpaním dostatočným a kvalitným odpočinkom;
- nevytvárať na kolegov v perioperačnom tíme zbytočný tlak, pokiaľ si to daná situácia nevyžaduje. Tlak v tejto práci je prirodzený, nemal by však byť neodôvodnený;
- rešpektovať a oceňovať prácu ostatných členov perioperačného tímu, nepovyšovať sa nad iné profesie, udržiavať zdravú pracovnú atmosféru a posilňovať kolektív. Dbať na udržiavanie kvalitnej a otvorenej komunikácie v perioperačnom tíme;
- zmiernovať časté pocity veľkej nervozity pestovaním väčšej psychickej odolnosti. Viac si dôverovať, veriť vo svoje schopnosti i v schopnosti svojich kolegov;
- snažiť sa zvyšovať si kvalitu svojho života, príp. ju udržiavať na rovnakej úrovni. Je dôležité rozmýšľať o problémoch a ich príčinách, a hľadať riešenia na zlepšenie.

Manažmentu pracoviska, na ktorom sa uskutočnil výskum, možno odporučiť riešiť nedostatok personálu a udržiavať čo najväčšiu obsadenosť na jednotlivých pozíciách v perioperačnom tíme. Nedostatok personálu je závažný problém, ktorý sa prejavuje väčšou fyzickou záťažou a náročnosťou práce v perioperačnom tíme, pričom vplýva aj na psychické zdravie členov perioperačného tímu, aj na početnosť ich služieb. Tým pádom ovplyvňuje kvalitu ich života.

ZÁVER

Práca sa venovala kvalite života a zdravia perioperačného tímu. Hlavným cieľom práce bolo zistiť kvalitu života a zdravia členov perioperačného tímu. Na tento účel bol zrealizovaný kvalitatívno-kvantitatívny výskum na vybranom pracovisku. Kvalitatívny výskum sa vykonal formou pološtruktúrovaného rozhovoru na výskumnom súbore päť respondentov a vyhodnotil sa otvoreným kódovaním, kvantitatívny výskum sa uskutočnil na výskumnom súbore 38 respondentov s využitím štandardizovaného dotazníka kvality života SF 36, Cantrilovho indexu a vyhodnotením získaných dát skórovaním jednotlivých otázok a dimenzií dotazníka SF 36 a overením platnosti výskumných hypotéz pomocou Pearsonovho chí kvadrát testu nezávislosti. Čiastkovými cieľmi výskumu bolo zistiť, ako členovia perioperačného tímu subjektívne hodnotia svoje fyzické, resp. psychické zdravie, či existuje vzťah medzi všeobecným zdravím a pohlavím, resp. vekom členov perioperačného tímu, a aká je kvalita života členov perioperačného tímu a čím je determinovaná.

Zistilo sa, že členovia perioperačného tímu subjektívne hodnotili svoje fyzické zdravie ako zhoršené. Príčinami boli najmä fyzická náročnosť práce v dôsledku nedostatku personálu, stres, očakávanie zhoršenia svojho fyzického zdravia, únava a vyčerpanosť. Psychické zdravie bolo členmi perioperačného tímu subjektívne zhodnotené ako priemerné. Celkové psychické zdravie v ponímaní celého výskumného súboru znižovalo kvalitu života a zdravia vo väčšej miere ako celkové fyzické zdravie. Dôvodmi boli najmä stres v práci, očakávanie zhoršenia psychického zdravia, tlak a fungovanie v kolektíve, únava, vyčerpanosť a veľká nervozita. Medzi všeobecným zdravím a pohlavím členov perioperačného tímu neexistoval štatisticky významný vzťah. Štatisticky významný vzťah neexistoval ani medzi všeobecným zdravím a vekom členov perioperačného tímu. Kvalita života členov perioperačného tímu bola stredná. Pre najväčší podiel členov tímu sa v porovnaní s obdobím pred roka kvalita ich života nezmenila a zostala na približne strednej úrovni. Kvalita života členov perioperačného tímu bola okrem uvedených faktorov v komponentoch fyzického i psychického zdravia ovplyvnená najmä nedostatkom personálu na pracovisku a početnosťou služieb.

Záverom možno konštatovať, že všetky stanovené ciele boli splnené. Na základe výsledkov výskumu boli stanovené viaceré odporúčania pre členov perioperačného tímu, ako aj jedno odporúčanie pre manažment pracoviska, na ktorom sa uskutočnil výskum.

SÚPIS BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ARENSON-PANDIKOW, Helena Maria et al. Perception of Quality of Life among Anesthesiologists and Non-Anesthesiologists. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2012, **62**(1), 48-55. ISSN 0034-7094.
- BAČÍKOVÁ Mária a Anna JANOVSÁ. *Základy metodológie pedagogicko-psychologického výskumu*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, 2018, 154 s. ISBN 978-80-8152-695-4.
- BALKOVÁ, Hilda, Monika ZIBRÍNOVÁ a Gabriela TAKÁČOVÁ. Psychická zaťaž v práci operačnej sestry. *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. 2015, **13**(4), 31-35. ISSN 1336-183X.
- BÁRTLOVÁ, Sylva a Hana HAJDUCHOVÁ. Psychofyzická záťaž a príčiny fluktuácie sester. *Zdravotníctví v České republice*. 2010, **13**(3), 110-115. ISSN 1213-6050.
- BÁRTLOVÁ, Sylva et al. The quality of health of the Czech population at the age of 40+ using the Short Form – 36 (SF-36) questionnaire. *Kontakt*. 2020, **22**(1), 16-26. ISSN 1212-4117.
- BECKMAN, Thomas et al. Resident physician well-being and assessments of their knowledge and clinical performance. *Journal of General Internal Medicine*. 2012, **27**(3), 325-330. ISSN 0884-8734.
- BHATTACHERJEE, Sharmistha et al. Job satisfaction among doctors of a government medical college and hospital of Eastern India. *Nepal Journal of Epidemiology*. 2016, **6**(3), 596-602. ISSN 2091-0800.
- BORZOVÁ, Claudia et al. *Nespavost a jiné poruchy spánku (pro nelékařské zdravotnické obory)*. Praha: Grada Publishing, 2009, 144 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
- BOSSOLA, Maurizio. et al. Physicians' knowledge of health-related quality of life and perception of its importance in daily clinical practice. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2010, **8**(1) [cit. 2020-05-17]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20416062>. ISSN 1477-7525.
- DA SILVA, Aline Moraes and Liliana Andolpho Magalhães GUIMARÃES. Occupational Stress and Quality of Life in Nursing. *Paidéia*. 2016, **26**(63), 63-70. ISSN 0103-863X.

- DE AZEVEDO, Walter Fernandes and Lígia Andrade da Silva Telles MATHIAS. Work addiction and quality of life: a study with physicians. *Einstein*. 2017, **15**(2), 130-135. ISSN 1679-4508.
- DOLL, Dietrich et al. Implications of Perioperative Team Setups for Operating Room Management Decisions. *Anesthesia & Analgesia*. 2017, **124**(1), 262-269. ISSN 0003-2999.
- DOS SANTOS, Roselaine Raimundo, Miriam Cristina Marques DA SILVA DE PAIVA and Wilza Carla SPIRI. Association between nurses' quality of life and work environment. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2017, **31**(5), 472-479. ISSN 0103-2100.
- DYRBYE, Liselotte N. et al. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *Journal of the American Medical Association*. 2010, **304**(11), 1173-1180. ISSN 0098-7484.
- FARAHAT, Tagraeed M., Nagwa N. HEGAZYA and Dalia H. MOHAMED. Burnout and quality of life among physicians in primary healthcare facilities in Egypt: a cross-sectional study. *Menoufia Medical Journal*. 2017, **30**(3), 789-793. ISSN 1110-2098.
- FINDIK, U. Yildiz. Operating Room Nurses' Burnout and Safety Applications. *International Journal of Caring Sciences*. 2015, **8**(3), 610-617. ISSN 1791-5201.
- FRADELOS, Evangelos et al. Assessment of Burn-Out and Quality of Life in Nursing Professionals: The Contribution of Perceived Social Support. *Health Psychology Research*. 2014, **2**(1), 11-12. ISSN 2281-2075.
- GILLERNOVÁ, Ilona et al. *Psychologické aspekty změn v české společnosti (člověk na přelomu tisíciletí)*. Praha: Grada Publishing, 2011, 256 s. ISBN 978-80-247-448-0.
- GLATZER, Wolfgang and Jennifer GULYAS. Cantril Self-Anchoring Striving Scale. In MICHALOS, Alex C., editor. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Dordrecht: Springer Science+Business Media Dordrecht, 2014, p. 509-511. ISBN 978-94-007-0752-8.
- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života (pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum)*. Praha: Grada Publishing, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- GURKOVÁ, Elena a Slávka MACEJKOVÁ. Psychická zátěž a depresívna symptomatológia u sestier. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2012, **3**(1), 326-334. ISSN 1804-2740.

- HANÁKOVÁ, Eva. *Práce a zdraví, rizikové faktory pracovního prostředí*. 2. vyd. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2012 [CD-ROM]. ISBN 978-80-87676-02-8.
- HAYS, Ronald D. and Bryce B. REEVE. Measurement and Modeling of Health-Related Quality of Life. In: KILLEWO, Japhet, Kristian H. HEGGENHOUGEN and Stella R. QUAH, editors. *Epidemiology and Demography in Public Health*. San Diego: Academic Press, 2010, p. 195-205. ISBN 978-0-12-382200-0.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum (základní metody a aplikace)*. 4. vyd. Praha: Portál, 2016, 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HENSON, J. Sheree. When compassion is lost. *Medsurg Nursing*. 2017, **26**(2), 139-142. ISSN 1092-0811.
- HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012, 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
- HYMAN, Steve A. et al. Risk of Burnout in Perioperative Clinicians: A Survey Study and Literature Review. *Anesthesiology*. 2011, **114**(1), 194-204. ISSN 0003-3022.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii (pro bakalářské a magisterské studium)*. Praha: Grada Publishing, 2013, 256 s. ISBN 978-247-4412-4.
- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava et al. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
- JENKINSON, Crispin et al. Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1993a. **53**(1), 46-50. ISSN 0143-005X.
- JENKINSON, Crispin et al. Short form (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ Clinical Research*. 1993b. **306**(6890), 1437-1440. ISSN 0959-8138.
- JOSE, Tessy Treesa and Sripathy M. BHAT. A descriptive study on quality of life of nurses working in selected hospitals of Udupi and Mangalore Districts Karnataka, India. *Nitte University Journal of Health Science*. 2014, **4**(2), 4-11. ISSN 2249-7110.

- KERTESZ, Louise, Christina WALKER and Bernadette MALIWAT-BANDIGAN. Improving Communication and Teamwork in the Operating Room. *Acta Scientific Paediatrics*. 2019, **2**(2), 21-31. ISSN 2581-883X.
- KRIŠKOVÁ, Anna. *Profesionálne opatrovatel'stvo (úvod do teórie)*. Martin: Osveta, 2010, 162 s. ISBN 978-80-8063-330-1.
- KUMAR, Amit, Pookala Shivaram BHAT and Sumalatha RYALI. Study of quality of life among health workers and psychosocial factors influencing it. *Industrial Psychiatry Journal*. 2018, **27**(1), 96-102. ISSN 0972-6748.
- KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele (posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyлéčitelně nemocné)*. Praha: Grada Publishing, 2016, 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
- LIANG, Ying, Hanwei WANG and Xiaojun TAO. Quality of life of young clinical doctors in public hospitals in China's developed cities as measured by the Nottingham Health Profile (NHP). *International Journal for Equity in Health* [online]. 2015, **14**(1) [cit. 2020-05-17]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26400673>. ISSN 1475-9276.
- LINS, Liliane and Fernando Martins CARVALHO. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Medicine* [online]. 2016, **4**(1) [cit. 2020-05-17]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5052926>. ISSN 2050-3121.
- LORENZ, Andrea. Ergonomie v práci porodní asistentky. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2015 [cit. 2020-05-17]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/ergonomie-v-praci-porodni-asistentky-478392>. ISSN 2336-2987.
- LOWE, Patricia L., Samantha JAKIMOWICZ and Tracy LEVETT-JONES. Neonatal nurses' professional quality of life: An integrative review. *Collegian*. 2020, **29**(2), 201-212. ISSN 1322-7696.
- LUCK, Emma S. and Brigid M. GILLESPIE. Technological advancements in the OR: Do we need to redefine intraoperative nursing roles? *AORN Journal*. 2017, **106**(4), 280-282. ISSN 0001-2092.
- MAHMOOD, Javed Iqbal et al. Life satisfaction in Norwegian medical doctors: a 15-year longitudinal study of work-related predictors. *BMC Health Services Research* [online].

- 2019, **19**(1) [cit. 2020-05-07]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31640717>. ISSN 1472-6963.
- MELLANOVÁ, Alena. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing, 2017, 112 s. ISBN 978-80-247-5589-2.
- MITCHELL, Lucy et al. Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' nontechnical skills. *International Journal of Nursing Studies*. 2011, **48**(7), 818-828. ISSN 0020-7489.
- MOONEY, Claire et al. A Preliminary Analysis of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue With Considerations for Nursing Unit Specialization and Demographic Factors. *Journal of Trauma Nursing*. 2017, **24**(3), 158-163. ISSN 1078-7496.
- MORAUČÍKOVÁ, Eva a Adriana CHRÚSTOVÁ. Stres v práci sestry. In: TISOŇOVÁ, Veronika et al., editor. *Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovatel'stva a pôrodnej asistencie*. Ružomberok: Katolícka univerzita, 2010, s. 164-173. ISBN 978-80-8084-548-3.
- OLIVARES, Alberto Ignácio, Jorge BONITO and Patrícia R. SILVA. Qualidade de vida no trabalho dos médicos da atenção básica no estado de Roraima (Brasil). *Psicologia, saúde e doenças*. 2015, **16**(1), 100-111. ISSN 1645-0086.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Univerzita Karlova, 2011, 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.
- PEÑASALES, Aiza A., Francisco Rico U. RAQUITICO and Michael A. CLORES. Experiences of Operating Room Nurses in Promoting Quality Perioperative Patient Care. *Clinical Practice*. 2017, **6**(2), 26-32. ISSN 2044-9038.
- PETR, Petr. Dotazník SF 36 o kvalitě života podmíněné zdravím. *Kontakt*. 2000, **2**(1), 26-30. ISSN 1212-4117.
- PETR, Petr et al. Kvalita života příslušníků PČR v Jihočeském kraji. *Kontakt*. 2003, **5**(4), 216-223. ISSN 1212-4117.
- PETROVOVÁ, Markéta. Zdravotní rizika práce ve zdravotnictví. *Florence*. 2017, **13**(11), 28-30. ISSN 1801-464X.
- PRIESS, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření (najděte cestu zpátky k sobě)*. Praha: Grada Publishing, 2015, 176 s. ISBN 978-80-247-5394-2.

- QUICK, Julie. Modern perioperative teamwork: an opportunity for interprofessional learning. *British Journal of Perioperative Nursing*. 2011, **21**(11), 387-390. ISSN 1467-1026.
- RALPH, Nicholas. The value of a perioperative nurse. *Journal of Perioperative Nursing*. 2019, **32**(2), 3-4. ISSN 2209-1084.
- RAND. *36-Item Short Form Survey (SF-36) Scoring Instructions* [online]. Santa Monica: RAND Corporation, 2023 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html.
- ROGALEWICZ, Vladimír, Miroslav BARTÁK a Milena SIHELNÍKOVÁ. Poznámka k použití dotazníku kvality života WHOQOL-BREF v českém prostředí. *Časopis lékařů českých*. 2017, **156**(2), 88-92. ISSN 0008-7335.
- RUSKIN, Keith J., Stanley H. ROSENBAUM and Marjorie P. STIEGLER, editors. *Quality and Safety in Anesthesia and Perioperative Care*. Oxford: Oxford University Press, 2016, 299 p. ISBN 978-0-199-36614-9.
- SELIMEN, Deniz and Isil Isik ANDSOY. The Importance of a Holistic Approach During the Perioperative Period. *AORN Journal*. 2011, **93**(4), 482-490. ISSN 0001-2092.
- SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada Publishing, 2014, 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SILLERO, Amalia nad ZABALEGUI, Adelaida. Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2018, **14**(1), 132-142. ISSN 1745-0179.
- SINCLAIR, Shane et al. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2017, **69**(1), 9-24. ISSN 0020-7489.
- SLOVÁČEK, Ladislav a Birgita SLOVÁČKOVÁ. Kvalita života nemocných v programu paliativní onkologické péče. *Paliativna medicína a liečba bolesti*. 2012, **5**(1), 13-17. ISSN 1337-6896.
- SOBOTÍK, Zdeněk. Zkušenosti s použitím předběžné verze amerického dotazníku o zdraví (SF – 36). *Zdravotnictví v České republice*. 1998, **1**(1/2), 50-55. ISSN 1213-6050.
- SOMORČÍK, Ján a Ivan TEPLIČKA. *Štatistika zrozumiteľne*. Nitra: Enigma Publishing, 2015, 244 s. ISBN 978-80-8133-042-1.

- ŠKODOVÁ, Zuzana. *Praktický úvod do metodologie výzkumnej práce*. Martin: Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského, 2013, 65 s. ISBN 978-80-89544-43-1.
- TYSSEN, Reidar et al. Lower life satisfaction in doctors compared with a general population sample: A 10-year Longitudinal, Nationwide Study of Course and Predictors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009, **44**(1), 47-54. ISSN 0933-7954.
- VÉVODA, Jiří et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2013, 159 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
- WARE, John E. SF-36 Health Survey Update. *Spine*. 2000. **25**(24), 3130-3139. ISSN 0362-2436.
- WARE, John E. and Mark KOSINSKI. Interpreting SF-36 summary health measures: a response. *Quality of Life Research*. 2001, **10**(5), 405-413. ISSN 0962-9343.
- WARE, John E., Mark KOSINSKI and Susan D. KELLER. *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. 5th ed. Boston: Health Assessment Lab, 1994, 190 p. ISBN 1-891810-00-6.
- WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012, 118 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
- WHO. *Basic Documents (Constitution of the World Health Organization)*. 48th ed. Geneva: World Health Organization, 2014. 216 p. ISBN 978-92-4-165048-9.
- WHO. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*. 1993, **2**(2), 153-159. ISSN 0962-9343.
- WICHSOVÁ, Jana et al. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada Publishing, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
- ZHOU, Hui and Yu-Hua GONG. Relationship between occupational stress and coping strategy among operating theatre nurses in China: a questionnaire survey. *Journal of Nursing Management*. 2015, **23**(1), 96-106. ISSN 0966-0429.
- ŽÍDKOVÁ, Zdeňka. Životospráva sálových sester. *Sestra*. 2010, **20**(2), 40-41. ISSN 1210-0404.

PRÍLOHY

Príloha A – Štruktúrovaná časť rozhovoru	97
Príloha B – Dotazník o kvalite života a zdravia perioperačného tímu	98
Príloha C – Prepis a kódovanie rozhovoru s respondentkou A	103
Príloha D – Prepis a kódovanie rozhovoru s respondentkou B	108
Príloha E – Prepis a kódovanie rozhovoru s respondentkou C.....	110
Príloha F – Prepis a kódovanie rozhovoru s respondentkou D.....	113
Príloha G – Prepis a kódovanie rozhovoru s respondentom E	116

Pohlaví.

Věk.

Pozice v perioperačním týmu.

1. Jak byste zhodnotili své fyzické zdraví při práci v perioperačním týmu? Cítíte se být po fyzické stránce zdravý(á)? Vysvětlete, proč si to myslíte.

2. Které faktory mají největší vliv na Vaše fyzické zdraví při práci v perioperačním týmu?

3. Myslíte si, že Vaše fyzické zdraví ovlivňují i ostatní členové perioperačního týmu? Vysvětlete jak.

4. Jak byste zhodnotili své psychické zdraví při práci v perioperačním týmu? Cítíte se být po psychické stránce zdravý(á)? Vysvětlete, proč si to myslíte.

5. Které faktory mají největší vliv na Vaše psychické zdraví při práci v perioperačním týmu?

6. Myslíte si, že Vaše psychické zdraví ovlivňují i ostatní členové perioperačního týmu? Vysvětlete jak.

7. Jak byste zhodnotili současnou kvalitu Vašeho života? Považujete ji za vysokou, střední, nebo nízkou? Vysvětlete, proč si to myslíte.

8. Které faktory nejvíce ovlivňují kvalitu Vašeho života?

9. Jak byste zhodnotili kvalitu Vašeho života dnes ve srovnání se stavem před rokem? Zvýšila se, zůstala stejná, nebo se snížila? Uveďte důvody případné změny.

DOTAZNÍK O KVALITĚ ŽIVOTA A ZDRAVÍ PERIOPERAČNÍHO TÝMU

Milí členové perioperačního týmu,

jmenuji se Radka Lužáková, jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice a zároveň pracuji jako sestra. Prosím vás o vyplnění tohoto dotazníku, jehož cílem je zjistit kvalitu života a zdraví členů perioperačního týmu. Dotazník má tři části, hlavní částí je standardizovaný, mezinárodně uznávaný dotazník SF 36. Dotazník je anonymní a dobrovolný, jeho výsledky budou použity pouze na vyhodnocení výzkumu v mé diplomové práci. Výsledky výzkumu vám později můžu poskytnout. Děkuji Vám!

I. DOTAZNÍK SF 36

Odpovězte prosím na každou otázku tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti, jak odpovědět, odpovězte, jak nejlépe umíte. U každé otázky označte jednu možnost. Odpověďte prosím pravdivě.

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:

Výtečné	1
Velmi dobré	2
Dobré	3
Docela dobré.....	4
Špatné	5

2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

Mnohem lepší než před rokem.....	1
Poněkud lepší než před rokem.....	2
Přibližně stejné jako před rokem	3
Poněkud horší než před rokem.....	4
Mnohem horší než před rokem.....	5

FYZICKÉ FUNGOVÁNÍ:

Následující otázky se týkají činností, které někdy děláte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

	ano, omezuje hodně	ano, omezuje trochu	ne, vůbec neomezuje
--	-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

3. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů.	1	2	3
4. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole.	1	2	3
5. Zvedání nebo nošení běžného nákupu.	1	2	3
6. Vyjít po schodech několik pater.	1	2	3
7. Vyjít po schodech jedno patro.	1	2	3
8. Předklon, shýbání, poklek.	1	2	3
9. Chůze asi jeden kilometr.	1	2	3
10. Chůze po ulici sto metrů.	1	2	3
11. Chůze po ulici několik desítek metrů.	1	2	3
12. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci.	1	2	3

FYZICKÁ OMEZENÍ:

Měl(a) jste některý z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

	ano	ne
13. Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
14. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
15. Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činnostech?	1	2
16. Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například musel(a) jste vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

EMOČNÍ PROBLÉMY:

Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese nebo úzkosti)?

	ano	ne
17. Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
18. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
19. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ:

20. Uved'te, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech:

Vůbec ne.....	1
Trochu.....	2
Mírně.....	3
Poměrně dost.....	4
Velmi silně.....	5

TĚLESNÁ BOLEST:

21. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

Žádné.....	1
Velmi mírné.....	2
Mírné.....	3
Střední.....	4
Silné.....	5
Velmi silné.....	6

22. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

Vůbec ne.....	1
Trochu.....	2
Mírně.....	3
Poměrně dost.....	4
Velmi silně.....	5

VITALITA A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ:

Následující otázky se týkají vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v minulých 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a).

Jak často v minulých 4 týdnech:

	pořád	většinou	dost často	občas	málokdy	nikdy
23. Jste se cítil(a) plný(a) elánu?	1	2	3	4	5	6
24. Byl(a) jste velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
25. Pociťoval(a) jste takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
26. Pociťoval(a) jste klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
27. Byl(a) jste plný(a) energie?	1	2	3	4	5	6

28. Pociťoval(a) jste pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
29. Cítil(a) jste se vyčerpaný(á)?	1	2	3	4	5	6
30. Byl(a) jste šťastný(á)?	1	2	3	4	5	6
31. Cítil(a) jste se unavený(á)?	1	2	3	4	5	6

SOCIÁLNÍ FUNGOVÁNÍ:

32. Uved'te, jak často v posledním týdnu bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

Pořád	1
Většinu času.....	2
Občas	3
Málokdy	4
Nikdy.....	5

VŠEOBECNÉ ZDRAVÍ:

Zvolte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení.

	určitě ano	většinou ano	nejsem si jist(a)	většinou ne	určitě ne
33. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé.	1	2	3	4	5
34. Jsem stejně zdravý(á) jako kdokoliv jiný.	1	2	3	4	5
35. Očekávám, že se mé zdraví zhorší.	1	2	3	4	5
36. Mé zdraví je perfektní.	1	2	3	4	5

II. CANTRILŮV INDEX

Vyznačte prosím, jakým číslem na stupnici od 0 do 10 byste zhodnotili kvalitu Vašeho života. Stupeň 0 znamená nejhorší kvalitu života a stupeň 10 znamená nejlepší kvalitu života.

0
1

2
3
4
5
6
7
8
9
10

III. DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Vaše pohlaví:

muž 1
žena 2

Váš věk:

..... let

Uved'te, na jaké pozici v perioperačním týmu pracujete:

.....

Děkuji za Váš čas a spolupráci!

Bc. Radka Lužáková

Pohlaví.

Žena.

Věk.

28 let.

Pozice v perioperačním týmu.

Instrumentárka.

1. Jak byste zhodnotili své fyzické zdraví při práci v perioperačním týmu? Cítíte se být po fyzické stránce zdravý(á)? Vysvětlete, proč si to myslíte.

Tak abych to zhodnotila, tak samozřejmě fyzická zdatnost v operačním prostředí je velmi důležitá, když pojmem, **kolik operativy máme za den, nikoliv za týden (FZ-2)**, musím uznat, že **je to poměrně náročná práce, a i ta náplň je náročná (FZ-2)**. Vzhledem k tomu, že si utužuji zdraví **pravidelným cvičením (FZ-2) a pravidelnými koníčky (FZ-2)**, které mě baví, tak v podstatě fyzickou sílu vlastně čerpám zpátky a **po fyzické stránce se tedy cítím dobře (FZ-1)**. Pokud bych to nedělala, tak by se dalo říct, že by se to fyzické zdraví mohlo i zhoršit.

Takže se takto udržujete mimo práci?

Přesně tak! (*úsměv*).

2. Které faktory mají největší vliv na Vaše fyzické zdraví při práci v perioperačním týmu?

Hm faktory... asi bych řekla, že fyzické zdraví by mohl ovlivnit **stres, který v tomto pracovním prostředí je (FZ-2)**, přece úloha instrumentárky je **náročná a důležitá (FZ-2)**, takže řekla bych, že asi stres a určitým způsobem i **určitá netrpělivost operačního týmu, která mě nutí vyvinout větší fyzickou sílu, než je nezbytně nutné (FZ-2) (FZ-3)**, takže se vracíme opět **ke stresu (FZ-2)**.

Existují ještě jiné faktory, o nichž si myslíte, že Vás ovlivňují kromě stresu?

Hm, vzhledem k mým povahovým rysům, tak si myslím, že mě nejvíc ovlivňuje **stres (FZ-2)**, někdy i **nedostatečná komunikace (FZ-3)**, ze které jsem víc nervózní a mám pocit, že bych mohla udělat větší chybu, než by byla nutná.

3. Myslíte si, že Vaše fyzické zdraví ovlivňují i ostatní členové perioperačního týmu? Vysvětlete jak.

Tak ve své podstatě bych si troufla tvrdit, že to **je to takový klišé, že asi mladší instrumentárky mi budou stačit (FZ-3)**, ale musím být obezřetnější a trpělivější třeba v rámci svého fyzického zdraví u starších kolegyň, což samozřejmě chápu, že **moje zdraví či moje fyzická kondice je jiná než u starších kolegyň (FZ-3)**, takže někdy **musím být trpělivější v nějakém ohledu (FZ-3)**, například při přípravě operace musím chvíli počkat a tak dále. Takže asi v tom bych viděla rozdíl, ale jinak **v rámci jiných věcí a znalostí a povahových rysů** bych si dovolila tvrdit, že **jsme relativně na stejné lodi (FZ-3)**.

4. Jak byste zhodnotili své psychické zdraví při práci v perioperačním týmu? Cítíte se být po fyzické stránce zdravý(á)? Vysvětlete, proč si to myslíte.

Tak nikdo není úplně dokonalý se svojí psychikou a ten co tvrdí, že nemá svojí psychiku nějakým způsobem narušenou, tak je to docela zvláštní, ale co se týká psychiky, občas mě popadají **úzkosti (PZ-2)** a **deprese (PZ-2)**, právě že vyplývající z toho stresu, kdy třeba mám pocit, že **dělám pro svoji práci naprosté maximum (PZ-2)**, domnívám se... Ale třeba se může stát, že třeba v rámci té **komunikace (PZ-3)** či **nespokojnosti operátéra (PZ-3)** to tak třeba nebylo a na základě toho si potom můžu, což se i stává, bohužel, pokládat otázku, **jestli jsem nemohla udělat něco lépe (PZ-2)** a pro příště se to i snažím zlepšit, aby vlastně i ta **atmosféra na operačním sále (PZ-2) (PZ-3)** byla v pořádku a **aby ta práce byla opravdu odvedena na 100 % a já si tím utvrdila z psychického hlediska (PZ-2)**, že jsem to pochopila, když jsem něco neměla nachystané na 100 % a tím já byla v té psychické pohodě. Samozřejmě s tou psychickou pohodou souvisí i určitým způsobem **pracovní tempo (PZ-2)**, co si budeme povídat, v posledních měsících **díky COVID-u nás bylo docela málo (PZ-2)**, takže samozřejmě to **psychické vypětí (PZ-2)** v kombinaci **s únavou (PZ-2)** ve mě probouzelo spíš i ty negativní emoce, že pokud jsem byla volaná k jakékoliv operativě nebo mě cokoliv čekalo ve službě, tak **už jsem to nedělala s takou radostí (PZ-2)**, s jakou by se čekalo od instrumentárky, a zároveň **mě i trápily obavy, opět se bavíme o těch chybách (PZ-2)**, že bych

mohla udělat chybu při té operativě, takže samozřejmě i ta **pozornost byla na nižším prahu (PZ-2)**. Ale **celkově bych to hodnotila ve střední míře, cítím se dobře (PZ-1)**.

Takže to bylo spojeno s nedostatkem personálu a...

Plynulo to **z nedostatku personálu (PZ-2)**, také **únava (PZ-2)**, a dá se říct nějakým způsobem **nevěnování se svým koníčkům, jak jsem zvyklá v rámci svého fyzického zdraví (PZ-2)**, a tím **se to v rámci mé psychiky nakumulovalo (PZ-2)**, protože jak říkám, bylo to poměrně náročný **udržet si dobrou náladu i na tom „operáku“ (PZ-2)** nebo **i pro sebe (PZ-2)**, abych nebyla zbytečně protivná či netaktní. Bylo to velmi náročný a myslím, že tu špičku jsem měla při poslední službě, kdy mě ani nebavila sekce.

5. Které faktory mají největší vliv na Vaše psychické zdraví při práci v perioperačním týmu?

No budou to asi podobné faktory jako u fyzického zdraví, samozřejmě je důležité aby ten **kolektiv fungoval (PZ-3)**, **aby si navzájem pomáhal (PZ-3)**, **abychom se navzájem tolerovali (PZ-3)**, samozřejmě ne každý má svůj den, takže z toho důvodu je důležité, aby se udržovala i **pozitivní atmosféra mezi kolegyněmi (PZ-3)**, abychom si dokázali **navzájem pomáhat (PZ-3)**, a zároveň je velmi důležité, **aby lékaři viděli, pokud něco nestíháme z důvodu nedostatku personálu, aby i oni sami byli k nám obezřetní (PZ-3)**, protože všechny tyto negativní dopady, se domnívám, potom na tu psychiku dopadají. Takže proto všechno se vším souvisí. Jakmile není **pohoda mezi kolegyněmi (PZ-3)**, anebo prostě **neklape na sále operační program (PZ-3)** tak jak by měl, tak opět narůstá **stres (PZ-2)** a opět **náročnost (PZ-2)**. A pak se může stát, že jsem sama nervózní a nepříjemná.

6. Myslíte si, že Vaše psychické zdraví ovlivňují i ostatní členové perioperačního týmu? Vysvětlete jak.

Což se může v podstatě stát, pokud instrumentářka nebo obíhající sestra nebo i já, a je úplně jedno, v jaký jsem pozici, tak samozřejmě **můžu ovlivnit naprosto bezpochyby i celý operační tým (PZ-3)**, a tím pádem **může být atmosféra na sále nepříjemná (PZ-2) (PZ-3)**. **Čím víc je člověk nervóznější, tím víc ho práce či operace nebaví (PZ-3)**, a tím samozřejmě i operace se může díky tomu prodloužit (PZ-3), protože začne člověk všeobecně dělat chyby.

7. Jak byste zhodnotili současnou kvalitu Vašeho života? Považujete ji za vysokou, střední, nebo nízkou? Vysvětlete, proč si to myslíte.

I přesto, že se mi ve své podstatě změnilo od září vcelku pracovní nasazení, co se týče fyzické a psychické úrovně, že občas to může být nahoře i dole, pořád jsem spokojená (KŽ-1), pořád mám pocit, že ta kvalita života není nízká, ani samozřejmě vysoká, je střední (KŽ-1), protože se domnívám, že samozřejmě je krásný žít práci, ale nemělo by to být na úkor osobního života (KŽ-2). Samozřejmě, můžu si udělat čas na regeneraci (KŽ-2), můžu si udělat čas na fyzické zdraví v podobě toho cvičení (KŽ-2) či koníčků (KŽ-2), ale do života patří všeobecně nám lidem i láska (KŽ-2) a udržení si vztahů s partnerem nebo s kýmkoliv (KŽ-2), což je poměrně náročné, protože pokud se chci s někým sejít nebo chci cokoli dělat, tak se to odvíjí od toho, kolik mám služeb (KŽ-2) a v podstatě kdy toho času bude (KŽ-2). Tím, že je nedostatek personálu (FZ-2) (KŽ-2), tak převažuje práce, než trávení volného času s přáteli nebo s rodinou nebo s partnerem (KŽ-2).

Znovu jsme navázali na další moji otázku, a to otázku č. 8.

Pojďme do toho! (úsměv)

8. Které faktory nejvíce ovlivňují kvalitu Vašeho života?

Asi určitě nedostatek času na osobní život (KŽ-2), pak bych řekla únava (KŽ-2), protože sloužíme 24hodinové služby (KŽ-2), což není úplně zákonné, ale je to tak, prostě sloužíme tyto služby, takže tyto dva faktory u sebe považuji za hlavní kámen úrazu, protože si nemůžu v podstatě úplně dovolit rozvinout některé věci (KŽ-2) v životě a tím pádem trošku ta kvalita může klesat, ale jak už jsem řekla, považují ji za střední kvalitu (KŽ-1), protože v práci a ve svých koníčcích se realizuji naplno (KŽ-2), což je v pořádku, ale další náplně mého bytí nejsou úplně naplněné (KŽ-2) na základě těchto faktorů. Samozřejmě někdy můžou faktory..., třeba úzkost (PZ-2) nebo deprese (PZ-2) a nechci mít negativní náladu, když si mám s přáteli nebo s rodinou užívat společného času (KŽ-2), jsem uzavřenější typ, takže ráda si tyhle věci protrpím sama, nejsem člověk, který by je rád sdílel a vlastně nejsem ten typ, který ze svých přátel bere energii a tím pádem bych jim i já snižovala kvalitu života.

9. Jak byste zhodnotili kvalitu Vašeho života dnes ve srovnání se stavem před rokem? Zvýšila se, zůstala stejná, nebo se snížila? Uveďte důvody případné změny.

Kvalita života před rokem byla poměrně vyšší (KŽ-3), protože jsem nepracovala na operačním sále, ale pracovala jsem na porodním sále, pracovala jsem na lůžkovém oddělení,

takže v podstatě ty služby byly jiného rázu, byly to 12tuhodinové služby. Co se týče **personálního obsazení, bylo nás podstatně víc (FZ-2)**, takže samozřejmě toho **volna (KŽ-2)** a realizace v dalších oblastech mého života nebo mých zájmů byla vyšší (KŽ-2), takže **kvalita života se dala považovat za podstatně lepší (KŽ-3)**. Aktuálně, jak jsem sdělila v předchozích odpovědích, **nerozvívám si přátelské a partnerské vztahy (KŽ-2)**, **rodina mě vidí opravdu málo (KŽ-2)**, takže tím to vnímám, že ta **kvalita života je v podstatě nižší (KŽ-3)**. Samozřejmě, **pracovně a finančně jsem si polepšila (KŽ-2)**, ale všechno by mělo být ve stejné rovině, aby ten člověk mohl být opravdu šťastný. Neříkám, že nejsem šťastná, ale přeji si, aby se tahle situace zlepšila a **aby ta kvalita byla samozřejmě lepší (KŽ-3)**.

To samé přeju i já Vám a mockrát děkuji, že jste si našli čas na tento rozhovor.

Pohlaví.

Žena.

Věk.

56 let.

Pozice v perioperačním týmu.

Staniční sestra, instrumentářka.

1. Jak byste zhodnotili své fyzické zdraví při práci v perioperačním týmu? Cítíte se být po fyzické stránce zdravý(á)? Vysvětlete, proč si to myslíte.

Připadám si dostatečně zdravá, cítím se docela dobře (FZ-1), pouze mně bolí záda, což přikládám této práci (FZ-2).

2. Které faktory mají největší vliv na Vaše fyzické zdraví při práci v perioperačním týmu?

Tak hlavně tahání břemen (FZ-2) a stres (FZ-2).

3. Myslíte si, že Vaše fyzické zdraví ovlivňují i ostatní členové perioperačního týmu? Vysvětlete jak.

Ano, tím stresem občas (FZ-2) (FZ-3).

Takže pouze tím stresem?

Ano (FZ-3).

4. Jak byste zhodnotili své psychické zdraví při práci v perioperačním týmu? Cítíte se být po psychické stránce zdravý(á)? Vysvětlete, proč si to myslíte.

Cítím se být po psychické stránce v pohodě, řekla bych až velmi dobře (PZ-1), určitě mě dokážou rozhodit jisté věci, jako řvaní lékařů během operačního programu (PZ-2), ale je to v normě. (úsměv)

5. Které faktory mají největší vliv na Vaše psychické zdraví při práci v perioperačním týmu?

Znovu se budu opakovat, ale hlavně spolupráce s lékaři (PZ-2) a stres (PZ-2) (FZ-2).

6. Myslíte si, že Vaše psychické zdraví ovlivňují i ostatní členové perioperačního týmu? Vysvětlete jak.

Nemyslím si (PZ-3)... jsem dostatečně silná osobnost.

7. Jak byste zhodnotili současnou kvalitu Vašeho života? Považujete ji za vysokou, střední, nebo nízkou? Vysvětlete, proč si to myslíte.

Považuji ji za střední (KŽ-1), protože momentálně nemám dostatek času na své koníčky (KŽ-2).

8. Které faktory nejvíce ovlivňují kvalitu Vašeho života?

Řekla bych, že pravidelnost stravování (KŽ-2), takže tloustnu (úsměv), dále taky nedostatek spánku (KŽ-2) a nepravidelnost spánku (KŽ-2) kvůli 24hodinovým službám (KŽ-2), což je následek nedostatku personálu (KŽ-2).

9. Jak byste zhodnotili kvalitu Vašeho života dnes ve srovnání se stavem před rokem? Zvýšila se, zůstala stejná, nebo se snížila? Uveďte důvody případné změny.

Řekla bych, že je to na stejné úrovni (KŽ-3), protože takhle je to cca 2-3 roky.

Chtěli byste ještě něco dodat?

Nic dalšího nemám, myslím, že jsem řekla vše. (úsměv)

Děkuji za rozhovor!

Pohlaví.

Žena.

Věk.

Je mi 29 let.

Pozice v perioperačním týmu.

Jsem sekundární lékař, střídáme se jako tým, ale většinu mého času asistuji při operacích, nebo jsem na porodním sále a ambulanci.

1. Jak byste zhodnotili své fyzické zdraví při práci v perioperačním týmu? Cítíte se být po fyzické stránce zdravý(á)? Vysvětlete, proč si to myslíte.

No, cítím se docela dobře, cítím se být zdravá (FZ-1), to jo, ale samozřejmě, myslím si, že kdysi jsem se cítila mnohem lépe, než jsem začala pracovat (FZ-1). Jednak kvůli stresu (FZ-2), kvůli počtu výkonů (FZ-2), kvůli té práci obecně – kolik toho tu musíme odvést (FZ-2), tak jednak nemám tolik času na sebe (KŽ-2), své blízké (KŽ-2), koníčky (KŽ-2) a hlavně ten spánek (FZ-2) (úsměv), rozhodně nemám 8 hodin spánku (FZ-2), jak se doporučuje. (úsměv)

2. Které faktory mají největší vliv na Vaše fyzické zdraví při práci v perioperačním týmu?

Kromě těch věcí, které jsem Vám vyměňovala, v podstatě samozřejmě nestíháme občas i jíst, jako pravidelná strava tu neexistuje (FZ-2)... možná v jiných oborech, kde to není tak akutní... Myslím si, že na operačních sálech, kde dlouho stojíme (FZ-2), to též není úplně ideální... Kromě zmíněného množství výkonů (FZ-2), tak když člověk jde domů po celém dni na „operáku“ (FZ-2), tak nemá sílu nějak sportovat (FZ-2) nebo něco dělat pro zdraví (FZ-2). Ta práce je stresující (FZ-2), je náročná (FZ-2). Neříkám, že mě nebaví, ale zabírá spoustu času (FZ-2) (KŽ-2). I když se zdá, že jdeme domů v normální čas, tak jsem unavená (FZ-2). Navíc to, v jakém jsme stavu, dlouhodobě v podstavu – chybí lidí (FZ-2)... Podle mě, aby kvalita byla lepší, co se týče fyzického a psychického zdraví, tak by nás mělo být víc (FZ-2) (PZ-2) (KŽ-2). (úsměv)

Já jsem stejného názoru.

(úsměv)

3. Myslíte si, že Vaše fyzické zdraví ovlivňují i ostatní členové perioperačního týmu? Vysvětlete jak.

Hm, ano určitě. Pokud nás je málo, tak o to víc musíme pracovat (FZ-3). Určitě to záleží na celém týmu, jak kdo pracuje (FZ-3) atd.

4. Jak byste zhodnotili své psychické zdraví při práci v perioperačním týmu? Cítíte se být po psychické stránce zdravý(á)? Vysvětlete, proč si to myslíte.

No, tak jako musím říct, že se cítím psychicky zdravě (PZ-1), ano občas je to horší, občas člověk má špatnou náladu, občas dobrou, ne každý má svůj den. Abych to shrnula, po stránce psychiky se cítím být v pohodě (PZ-1). *(úsměv)*

5. Které faktory mají největší vliv na Vaše psychické zdraví při práci v perioperačním týmu?

Určitě stres (PZ-2), spánek (PZ-2), vlastně fyzická stránka souvisí s psychickou, že jo... Člověk, když je unavený (PZ-2), tak nebude mít dobrou náladu... a nemá takový elán (PZ-2) do práce. Tlak kolegů (PZ-2) (PZ-3) a vedení (PZ-2), abychom jsme odvedli co nejlepší práci. To opět souvisí s tím, že je nás málo (PZ-2) (PZ-3) (KŽ-2) a práce prostě... je jí prostě hodně (PZ-2) (FZ-2). Hodně služeb, hodně práce (PZ-2) a málo odpočinku (PZ-2) (KŽ-2).

6. Myslíte si, že Vaše psychické zdraví ovlivňují i ostatní členové perioperačního týmu? Vysvětlete jak.

Odpovídám asi opět stejně jako v předcházejících odpovědích... rozhodně jo! (PZ-3)

7. Jak byste zhodnotili současnou kvalitu Vašeho života? Považujete ji za vysokou, střední, nebo nízkou? Vysvětlete, proč si to myslíte.

No, asi se nemáme úplně nejhůř, to si uvědomuji a cením si toho. Samozřejmě když to porovnám s mým partnerem a vidím jak on pracuje... samozřejmě, každý vnímá ten stres (KŽ-2) trochu jinak, ale myslím si, že by mohlo být líp... Kdybych mněla zhodnotit kvalitu svého života, tak by byla střední (KŽ-1). Mohlo by být víc volného času (KŽ-2), mohli bychom pracovat kvalitněji, ne na úkor volného času (KŽ-2)... Tady se hodně řeší kvantita na úkor té kvality (KŽ-2).

A co dělá Váš přítel, jestli se můžu zeptat? Zajímalo by mě to pro srovnání.

Pracuje v oblasti IT.

8. Které faktory nejvíce ovlivňují kvalitu Vašeho života?

Rozhodně **pohoda (KŽ-2)**, **práce (KŽ-2)**, **vztah (KŽ-2)**, **rodina (KŽ-2)**, **přátelé (KŽ-2)**... já nevím, to je asi tak všechno, když spojím předcházející odpovědi.

9. Jak byste zhodnotili kvalitu Vašeho života dnes ve srovnání se stavem před rokem? Zvýšila se, zůstala stejná, nebo se snížila? Uveďte důvody případné změny.

Myslím si, že **se nezvýšila a ani nesnížila. Stále stejná (KŽ-3)**... občas je to lepší, co se týče v práci, naberou se noví lidé a ta práce se rozdělí (KŽ-2)...ale ty holky těhotní (*úsměv*), takže po chvíli je to stejné. Takže **střední kvalita (KŽ-3)**. Stejné problémy, stejná situace.

Děkuji Vám za rozhovor!

Pohlaví.

Žena.

Věk.

55 let.

Pozice v perioperačním týmu.

Sestra instrumentářka.

1. Jak byste zhodnotili své fyzické zdraví při práci v perioperačním týmu? Cítíte se být po fyzické stránce zdravý(á)? Vysvětlete, proč si to myslíte.

Určitě zdravá ne (FZ-1)... protože tuto práci dělám 30 let a za tu dobu mám velké problémy se zády (FZ-2), protože taháme těžký síta (FZ-2), stojíme 4-5-6 hodin u operačního stolu (FZ-2), překládáme pacienty (FZ-2), takže po fyzické stránce to na mně zanechalo nějakou... no, má to špatný vliv na mně (FZ-1).

2. Které faktory mají největší vliv na Vaše fyzické zdraví při práci v perioperačním týmu?

Nedostatek personálu (FZ-2) (FZ-3), protože děláme spoustu věcí za sanitáře, kterých je málo (FZ-2) (FZ-3), za kolegyně, které tady nejsou, protože buď jsou nemocné, nebo nejsou sestry (FZ-2) (FZ-3), takže děláme práci nejméně za dva lidi plus svojí práci (FZ-2) (FZ-3), pořád stres (FZ-2), takže tohle všechno se odráží na mém fyzickém zdraví a prostě je to pro mě hodně těžký.

3. Myslíte si, že Vaše fyzické zdraví ovlivňují i ostatní členové perioperačního týmu? Vysvětlete jak.

To určitě, jak jsem už odpověděla (FZ-3).

4. Jak byste zhodnotili své psychické zdraví při práci v perioperačním týmu? Cítíte se být po psychické stránce zdravý(á)? Vysvětlete, proč si to myslíte.

Určitě ne, určitě zase ne (PZ-1). Ráno přijedu do práce a hned je stres (PZ-2)... chybí sanitář, není další sestra (PZ-2) (PZ-3)...takže na operační program jsem jako instrumentářka buď se

sanitářem, což je pro mě velký stres, když zodpovídám za svou práci i za práci sanitáře (PZ-2) (PZ-3)... Pak další je, pokud mám v sobě, že ta práce má být dobře odvedená, ne vždycky se to podaří (PZ-2), takže to mám v sobě zakořeněný, že když se mi to nepodaří na 100 %, tak mě to vystresuje (PZ-2). Další stres je, jestli ten operační program stihneme do konce pracovní doby, nebo nestihneme (PZ-2), jestli stihnou pohlídat vnoučata, nebo nestihnou (PZ-2), takže od rána od 8 hodin je to jeden velký stres do konce operačního programu (PZ-2).

5. Které faktory mají největší vliv na Vaše psychické zdraví při práci v perioperačním týmu?

Určitě je to faktor ten, že s kolegyněmi vycházíme dobře (PZ-3), někdy se stane, že operační tým není dobře naladěný (PZ-3), takže je člověk ve stresu (PZ-2)... jestli podává nástroje dostatečně rychle (PZ-2) (PZ-3), jestli světlo dobře svítí (PZ-2), jestli nám veškerá elektronika dobře funguje (PZ-2), takže je to prostě výkon od výkonu a stres od stresu (PZ-2).

6. Myslíte si, že Vaše psychické zdraví ovlivňují i ostatní členové perioperačního týmu? Vysvětlete jak.

Lékaři (PZ-3). Kolegyně ani ne, tam prostě si myslím, že máme každá své práce dost, takže spíš naopak, tam si každá vycházíme vstříc (PZ-3), ale spíš operační tým jako lékaři (PZ-3), potom sanitáři, protože my jsme za jejich práci zodpovědní, jestli svou práci dělají dobře (PZ-3), takže jak říkám, je to jedna práce od druhý.

7. Jak byste zhodnotili současnou kvalitu Vašeho života? Považujete ji za vysokou, střední, nebo nízkou? Vysvětlete, proč si to myslíte.

Myslím si, že moje kvalita života je nízká (KŽ-1).

Proč si to myslíte?

Protože vzhledem k velké operativě (KŽ-2), nedostatku personálu (KŽ-2), velkému stresu (KŽ-2), velké fyzické námaze (FZ-1) (KŽ-2) už nemám čas na nic jiného (KŽ-2). Přijedu domů v 17 hodin, akorát uklidím, osprchuji se a jdu si lehnout, protože na druhý den jsme tady znova, takže není čas na nic jiného (KŽ-2)... jít do kina, na diskotéku (KŽ-2), pohlídat vnoučata, vidět svoje děti (KŽ-2) – na to už není čas.

8. Které faktory nejvíce ovlivňují kvalitu Vašeho života?

Všechny předtím uvedené. Hodně mi to zasahuje do osobního života (KŽ-2), jak jsem řekla.

9. Jak byste zhodnotili kvalitu Vašeho života dnes ve srovnání se stavem před rokem? Zvýšila se, zůstala stejná, nebo se snížila? Uveďte důvody případné změny.

Asi zůstala stejná, takže nízká (KŽ-3). Sester je stejně nedostatek (KŽ-2), pořád velká zodpovědnost zůstává na instrumentárce (KŽ-2), takže ten stav je pořád nízký, takže špatný.

Děkuji za rozhovor!

Pohlaví.

Muž.

Věk.

59 let.

Pozice v perioperačním týmu.

Jsem sanitář.

1. Jak byste zhodnotili své fyzické zdraví při práci v perioperačním týmu? Cítíte se být po fyzické stránce zdravý(á)? Vysvětlete, proč si to myslíte.

Myslím si, že se zdravím je to těžší, špatné (FZ-1)... Člověka bolí záda (FZ-2), musel jsem absolvovat vyšetření, kde mi potvrdili vyhřezlou ploténku (FZ-2)... Taktéž mám diastázu a tříselnou kýlu (FZ-2). Zvedáme opravdu těžké pacientky (FZ-2), takže asi tak.

2. Které faktory mají největší vliv na Vaše fyzické zdraví při práci v perioperačním týmu?

Hlavně teda překlady pacientek (FZ-2), pak stres (FZ-2)... a hlavně jako sanitářů je nás opravdu málo (FZ-2). Včetně „sálovek“.

3. Myslíte si, že Vaše fyzické zdraví ovlivňují i ostatní členové perioperačního týmu? Vysvětlete jak.

Ten tým tady je dobrý (FZ-3). „Sálovky“ nám vycházejí vstříc (FZ-3), pomáhají například při překladau pacientek (FZ-3). Takže dobrý tým (FZ-3), ale opět je to o nedostatku personálu (FZ-2) (FZ-3) a člověku nezbývá mnoho sil pro výkon povolání (FZ-2).

4. Jak byste zhodnotili své psychické zdraví při práci v perioperačním týmu? Cítíte se být po psychické stránce zdravý(á)? Vysvětlete, proč si to myslíte.

No, to se těžko odpovídá... Je to tu spíš takový hektický (PZ-2) a jindy zase lepší... Je to střední, tak 50 na 50 (PZ-1).

5. Které faktory mají největší vliv na Vaše psychické zdraví při práci v perioperačním týmu?

Jsem nervák a stresuji se ve vypjatých situacích – stres je pro mě klíčový faktor (PZ-2).

Napadají Vás ještě další faktory?

Stres je určitě nejvýznamnějším faktorem, v mém případě jednoznačně (PZ-2).

6. Myslíte si, že Vaše psychické zdraví ovlivňují i ostatní členové perioperačního týmu? Vysvětlete jak.

Určitě, hlavně chování a spolupráce s lékaři (PZ-3). Někdy mám pocit, že si mé práce neváží a mou práci neoceňují, podobné je to i u sester na operačním sále (PZ-3). Takže se cítím, že má práce není dostatečně oceněná (PZ-3).

7. Jak byste zhodnotili současnou kvalitu Vašeho života? Považujete ji za vysokou, střední, nebo nízkou? Vysvětlete, proč si to myslíte.

Střední (KŽ-1). Svoji práci mám rád (KŽ-2) a v soukromém životě se mám fajn (KŽ-2).

8. Které faktory nejvíce ovlivňují kvalitu Vašeho života?

No... asi počet služeb (KŽ-2), únava (KŽ-2) a tak dál... někdy je člověk víc v práci než doma (KŽ-2). Čas na své koníčky si ale vždy najdu (KŽ-2). (úsměv)

9. Jak byste zhodnotili kvalitu Vašeho života dnes ve srovnání se stavem před rokem? Zvýšila se, zůstala stejná, nebo se snížila? Uveďte důvody případné změny.

Já myslím, že zůstala stejná (KŽ-3). Stejná situace, co se týče personálu (KŽ-2) a služeb (KŽ-2) i celkově v životě.

Děkuji za rozhovor!