

UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Bc. Gabriela Finková, DiS.

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života praktických a všeobecných sester na onkologických odděleních
Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Gabriela Finková, DiS.**
Osobní číslo: **Z16188**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**
Téma práce: **Kvalita života praktických a všeobecných sester na onkologických odděleních**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Portál, 2001. Sestra (Grada). ISBN 80-717-8551-2.
KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Portál, 2001. Sestra (Grada).
PAYNE, Jan. Kvalita života a zdraví. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-725-4657-0.
VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

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

Datum zadání diplomové práce: **29. června 2020**
Termín odevzdání diplomové práce: **14. srpna 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 21. července 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

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

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., 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 12. 8. 2020

Bc. Gabriela Finková, DiS.

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat PhDr. Zdeňkovi Hrstkovi, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za jeho cenné rady a vstřícný přístup. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, za jejich čas a trpělivost při vyplňování mého dotazníku. Své rodině děkuji za podporu, kterou mi poskytovaly po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Diplomová práce se zaměřuje na kvalitu života praktických a všeobecných sester na onkologických odděleních. Práce je rozdělena na dvě části - teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá sumarizací informací v oblasti kvality života, jsou zde zahrnuty témata jako specifika práce sestry na onkologickém oddělení, syndrom vyhoření, stres, zátěž, coping.

Obsahem průzkumné části, která vychází z teoretické části je provedení průzkum. Pro průzkum byly použity tři dotazníky: nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby, Meisterův standardizovaný dotazník a WHOQOL-BREF dotazník. Cílem výzkumu bylo zjistit kvalitu života a psychické zatížení u praktických a všeobecných sester na onkologických odděleních. Předpoklad byl, že práce na onkologických odděleních ovlivňuje kvalitu života a jaký vliv má na psychické zatížení.

KLÍČOVÁ SLOVA

kvalita života, onkologické sestry, stres, syndrom vyhoření, coping

TITLE

Quality of life of nurses in oncology wards

ANNOTATION

The diploma thesis focuses on the quality of life of nurses in oncology wards. The work is divided into two parts - theoretical and practical. The theoretical part deals with the summary of information in the field of quality of life, there are topics such as the specifics of the work of a nurse in the oncology department, burnout syndrome, stress, load, coping. The content of the practical part, which is based on the theoretical part, is a survey. Three questionnaires were used for the survey: a non-standardized questionnaire of own creation, Meister's standardized questionnaire and the WHOQOL-BREF questionnaire. The aim of the research was to determine the quality of life and psychological burden of practical and general

nurses in oncology wards. The assumption was that working in oncology wards affects the quality of life and what effect it has on mental stress.

KEYWORDS

quality of life, oncology nurses, stress, burnout syndrome, coping

OBSAH

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK.....	13
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK	15
ÚVOD	17
1 CÍL PRÁCE	18
1.1 Teoretická část	18
1.2 Průzkumná část	18
2 TEORETICKÁ ČÁST	19
2.1 Kvalita života	19
2.1.1 Pojem kvalita života.....	19
2.2 Rozsah pojetí kvality života	20
2.2.1 Makro - rovina	20
2.2.2 Mezo - rovina.....	21
2.2.3 Personální rovina	21
2.2.4 Fyzická rovina.....	21
2.3 Stručná historie kvality života.....	21
2.3.1 Subjektivní a objektivní rozměr kvality života.....	24
2.3.2 Vnější a vnitřní činitele kvality života.....	24
2.3.3 Dimenze kvality života	25
2.4 Globální souvislosti kvality života v současnosti	25
2.4.1 Fyziologický přístup ke kvalitě života.....	25
2.4.2 Psychologický přístup ke kvalitě života	27
2.4.3 Ekonomický přístup ke kvalitě života	27
2.4.4 Sociologický přístup ke kvalitě zdraví.....	27
2.4.5 Duchovní přístup ke kvalitě zdraví	30
2.4.6 Ekologický a environmentální přístup ke kvalitě života	30

2.4.7	Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života.....	30
2.5	Metody měření kvality života	32
2.6	Objektivní metody měření kvality života.....	32
2.6.1	APACHE II.....	32
2.6.2	The Karnofsky Performance Scale	32
2.6.3	Visual Analogue Scale - VAS	33
2.6.4	Index kvality života - ILF	33
2.6.5	Spitzer Quality of Life Index - QL	33
2.7	Subjektivní metody měření kvality života	34
2.7.1	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - metoda SEIQoL....	34
2.7.2	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life Direct Weighting (SEIQoL - DW)	34
2.7.3	Lancashire Quality of Life Profile - LqoLP	35
2.7.4	Dotazník SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis)	35
2.7.5	WHOQoL-100	35
2.7.6	WHOQoL-BREF	36
2.8	Smišené metody zjišťování kvality života	37
2.8.1	MANSA - Manchester Short Assessment of Quality of Life	37
2.8.2	LSS - měření spokojenosti - Life Satisfaction Scale	37
2.9	Onkologie.....	38
2.9.1	Práce sestry na onkologii	38
2.9.2	Zátěž.....	39
2.9.3	Zátěž v ošetrovatelské péči	40
2.9.4	Syndrom vyhoření a stres	41
2.9.5	Příznaky syndromu vyhoření	42
2.9.6	Zásady duševní hygieny.....	43
2.9.7	Coping.....	43

2.10	Shrnutí teoretické části	45
3	PRŮZKUMNÁ ČÁST	46
3.1	Metodika a realizace průzkumu	46
3.2	Organizace průzkumu	47
3.3	Zpracování získaných dat.....	47
3.4	Seznam průzkumných otázek.....	48
3.4.1	Průzkumná otázka č. 1	49
3.4.2	Průzkumná otázka č. 2	52
3.4.3	Průzkumná otázka č. 3	54
3.4.4	Průzkumná otázka č. 4	55
3.4.5	Průzkumná otázka č. 5	57
3.4.6	Průzkumná otázka č. 6	58
3.4.7	Průzkumná otázka č. 7.....	59
3.5	Seznam hypotéz	61
3.5.1	H ₁ : Svobodná praktická a všeobecná sestra disponuje vyšší celkovou životní spokojeností, nežli vdaná/družka.	62
3.5.2	H ₂ : Praktická a všeobecná sestra, která má děti, je se svým životem méně spokojena nežli bezdětná.	63
3.5.3	H ₃ : Čím vyšší míru únavy praktická a všeobecná sestra zažívá, tím je její celková životní spokojenost nižší.	65
3.5.4	H ₄ : Čím vyšší je míra opory blízkých osob, tím vyšší je celková životní spokojenost.	67
3.5.5	H ₅ : Nespokojenost v oblasti sexuálního života snižuje celkovou životní spokojenost.	68
3.5.6	H ₆ : Spokojenost s finanční odměnou za odvedenou práci koresponduje s celkovou životní spokojeností.	69
3.5.7	H ₇ : Čím vyšší míru pracovního stresu praktická a všeobecná sestra zažívá, tím méně je celkově spokojená se svým životem.	70

3.5.8	H ₈ : Může-li se praktická a všeobecná sestra realizovat skrze své oblíbené volnočasové aktivity, pak je její celková životní spokojenost vyšší.....	73
4	DISKUZE	75
4.1	Doporučení pro praxi	82
5	ZÁVĚR	83
6	POUŽITÁ LITERATURA	85
7	PŘÍLOHY	94

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Tabulka 1 - Stupeň psychické pracovní zátěže u sester pracujících na onkologických odděleních - lůžkové oddělení	49
Tabulka 2 - Stupeň psychické pracovní zátěže u sester pracujících na onkologických odděleních - ambulantní oddělení	49
Tabulka 3 - Průzkumná otázka 1 - testy normality proměnných.....	50
Tabulka 4 - Průzkumná otázka č. 1 - výsledky testů.....	51
Tabulka 5 - Existence preventivních programů syndromu vyhoření dle typu nemocnice	52
Tabulka 6 - Vnímání dostatku sester a jeho vlivu na způsob práce dle typu nemocnice	54
Tabulka 7 - Průzkumná otázka 4 - výsledky testů.....	56
Tabulka 8 - Praktikování víry a zvládání pracovního stresu	56
Tabulka 9 - Existence syndromu vyhoření	57
Tabulka 10 - Průzkumná otázka 7 - výsledky testů.....	58
Tabulka 11 - Závislost zvládání stresu na počtu dětí	59
Tabulka 12 - Závislost vzdělání a spokojenosti s kvalitou života.....	60
Tabulka 13 - Hypotéza 1 - testy normality	62
Tabulka 14 - Rodinný stav a životní spokojenost	63
Tabulka 15 - Hypotéza 2 - testy normality	64
Tabulka 16 - Celková životní spokojenost a počet dětí.....	65
Tabulka 17 - Hypotéza 3 - testy normality	65
Tabulka 18 - Hypotéza 6 - testy normality	69
Tabulka 19 - Životní spokojenost a spokojenost s finanční odměnou	70
Tabulka 20 - Hypotéza 7 - Výsledky testu korelace.....	70
Graf 1 - Souvislost hodnocení životní spokojenosti a energie.....	66
Graf 2 - Souvislost hodnocení životní spokojenosti a opory blízkých osob	67
Graf 3 - Souvislost hodnocení životní spokojenosti a spokojenosti v oblasti sexuálního života	68
Graf 4 - Souvislost hodnocení životní spokojenosti a přetížení	71
Graf 5 - Souvislost hodnocení životní spokojenosti a monotonie	72
Graf 6 - Souvislost hodnocení životní spokojenosti a hrubý skór	73

Graf 7 - Souvislost hodnocení životní spokojenosti a možnosti věnovat se svým zálibám74

Obrázek 1 - Maslowova pyramida potřeb29

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

APACHE II.	Acute Physiology And Chronic Health Evaluation
AV ČR	Akademie věd České republiky
COPING	anglické slovo, přeloženo jako zvládnání
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
EuroQOL	European Quality of Life Scale
HDP	hrubý domácí produkt
HRQOL	Health-related quality of life
ILF	index kvality života
LQOLP-EU	evropská verze testu Lancashire Quality of Life Profile
LQOLP	Lancashire Quality of Life Profile
LSS	Life Satisfaction Scale
MANSA	Manchester Short Assessment of Quality of Life
OSN	organizace spojených národů
QL	Spitzer Quality of Life Index
QOL	Quality of life
SEIQoL-DW	Schedule for the Evaluation of the Individual Quality of Life- Direct Weighting
SEIQoL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
SQUALA	Subjektive Quality of Live Analysis
VAS	Visual Analogue Scale
WHO	světová zdravotnická organizace
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life Assessment

WHOQOL-OLD World Health Organization Quality of Life Assessment je určený pro věkovou skupinu 60 a více let

WHOQOL-BREF jedná se o zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL – 100

ÚVOD

Tématem diplomové práce je Kvalita života praktických a všeobecných sester na onkologických odděleních. Téma kvality se skloňuje v mnoha lidských činnostech a odvětvích. Vývoj pojmu kvality života měl dlouhou historii a díky ní se můžeme na kvalitu života dívat z mnoha perspektiv. Profese sestry je často popisována jako poslání, je psychicky a fyzicky náročná, a mě zajímalo, jaká je kvalita života sester, které pracují na onkologických odděleních, kde se často setkávají s fyzickou a psychickou bolestí, umíráním a smrtí. Onkologické oddělení jsem si vybrala z důvodu, že mě toto odvětví medicíny zajímá, tento obor zaznamenal v posledních desetiletích velký rozvoj a má budoucnost. Vzhledem k oboru co studuji a praxím, kterými jsem prošla, mě zajímalo, jak tato práce ovlivňuje kvalitu života sester na onkologických odděleních.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části. První teoretická, se zabývá pojetím a chápáním pojmu kvalita života, jeho historickým vymezením, subjektivní a objektivní dimenzí, do jakých skupin se dělí činitelé kvality života, jaké jsou přístupy ke kvalitě života z perspektivy jiných oborů než lékařského, dále jsou zde uvedeny metody měřící kvalitu života, které jsou rozděleny na objektivní, subjektivní a smíšené. Nedílnou součástí je charakteristika práce na onkologii, jsou zde popsána témata jako zátěž, syndrom vyhoření a coping.

V průzkumné části, která vycházela z teoretické části, je provedena analýza a vyhodnocení dotazníkového šetření u praktických a všeobecných sester na ambulantních a lůžkových onkologických odděleních. Průzkumné šetření bylo realizované pomocí dotazníku, který měl výhody v nízké časové a finanční náročnosti a anonymitě respondentů. Pro průzkum byly použity tři dotazníky: prvním je nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby, který byl sestaven z dvaceti jedna uzavřených otázek a pěti polouzavřených otázek. U každé otázky respondent zakroužkoval pouze jednu variantu odpovědi nebo ji doplnil slovy. Druhým byl Meisterův standardizovaný dotazník, kde respondent označil k danému tvrzení číslo z hodnotící stupnice. Třetím byl standardizovaný WHOQOL-BREF dotazník, kde respondent zakroužkoval u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihovalo jeho odpověď.

1 CÍL PRÁCE

1.1 Teoretická část

Hlavní cíl:

- Popsat problematiku kvality života na základě dostupných literárních a elektronických zdrojů.

Dílčí cíle:

- Charakterizovat práci sester na onkologii.
- Popsat pojmy jako zátěž, syndrom vyhoření, coping.

1.2 Průzkumná část

Hlavní cíl:

- Ověřit, zda je kvalita života všeobecných a praktických sester podmíněna vybranými proměnnými.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Kvalita života

Dle etymologického slovníku je slovo „kvalita“ odvozeno od latinského základu „qualitas“ – kvalita či „qualis“ jaký. Slovo „qualis“ je odvozeno od ještě hlubšího kořene „qui“ – kdo, kdosi, někdo. Český kořen tázacího zájmena „kdo“ nás zavede ke slovům: „kěz“, „kýžený“ – žádoucí, cílový stav. Dle sémantiky je význam slova kvalita popsán jako jakost, hodnota (Křivohlavý, 2002, s. 162).

2.1.1 Pojem kvalita života

Pojetí a chápání obsahu pojmu kvalita života je interdisciplinární, protože se tím zabývají různé vědní disciplíny jako například psychologie, kulturní antropologie, sociologie, etika, teologie, ekonomie, environmentalistika, sociální ekologie, ale i technické vědy a neodmyslitelně medicína, kde kvalita života a zdraví patří ke klíčovým tématům výzkumu (Heřmanová, 2012, s. 408).

Dále se jedná o pojem multidimenzionální, protože pod pojmem kvalita života je zahrnuté materiální, psychologické, kulturně antropologické, morální a sociologické pojetí (Heřmanová, 2012, s. 408).

Tokárová vymezuje pojem života ve dvou významech. Za prvé jako normativní kategorii na vyjádření optimální úrovně nebo stupně, přibližující se k očekáváním, potřebám či představám jednotlivců nebo skupin. Za druhé jako všeobecný výraz na označení specifických vlastností, atributů, kterými se daný objekt liší od objektů jiných, bez zdůrazňování míry určitých potřeb. Kvalita je relativní kategorií, protože může být vyjádřena kvalitativními a kvantitativními indikátory. Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život. Život jednotlivce chápeme jako komplexní pojem zahrnující všechny projevy, oblasti jeho činnosti. Kromě života jednotlivce může být předmětem hodnocení život skupiny, společnosti nebo populace (Tokárová, 2002, s. 20; Gurková, 2011, s. 21).

V běžné komunikaci se pojem kvalita života většinou pojí s pozitivní konotací pojmu kvalita, v odborném jazyce se pojem používá na popis pozitivních i negativních aspektů života. Kvalita života se rozlišuje na subjektivní a objektivní. Kvalitu života hodnotíme

jako subjektivní, individuální a komplexní. Její měření je porovnávání jednotlivých životů různých lidí s důrazem na to, co je pro každého důležité. Z toho vyplývá, že se kvalita života nedá definovat jako něco všeobecně závazné, je to pojem formální, latentní proměnná, kterou je možné naplnit pouze individuálním obsahem (Gurková, 2011, s. 22-23).

Koncept kvality života nemá dosud všeobecně akceptovanou definici, metodologii, a je předmětem mnoha interpretací, interdisciplinárních rozprav bez jednoznačného, všeobecně přijatého konsenzu v jeho konceptualizaci (Gurková, 2011, s. 23). Důsledkem toho je značná terminologická roztříštěnost. Vedle pojmu quality of life (QOL), existuje velké množství souvisejících pojmů, často používaných jako synonyma, i když ani jejich přesný význam není dosud zcela definován. Příkladem jsou social well - being (sociální pohoda), well – being (pocit pohody), subjective well being (individuální stav pohody), happiness (štěstí), wealt (bohatství), satisfaction (spokojenost) aj. (Heřmanová, 2012, s. 11).

V konceptualizaci a měření kvality života jsou zaznamenány dva hlavní přístupy:

- *„kvalita života jako konstrukt na úrovni celé populace,*
- *kvalita života jako individuální konstrukt.“*

(Gurková, 2011, s. 24)

2.2 Rozsah pojetí kvality života

Měření kvality života se neomezuje pouze na jednotlivce. Kvalita života individua je pouze dílčí oblastí (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 15). G. L. Engel a J. Bergsma v roce 1988 popsali tři hierarchicky odlišné sféry (Bergsma a Engel, 1988, s. 267-279).

2.2.1 Makro - rovina

Kvalita života je zvažována z pohledu velkých společenských celků, např. země, kontinentu. Dle Bergsmy se jedná o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života – o absolutní smysl života. Život je v této rovině chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí tento závěr ve své definici plně respektovat. Problematika kvality života se zde stává součástí základních politických úvah, např. bojem proti hladomoru, epidemiemi, terorismem, investice do infrastruktur a zdravotnictví (Křivohlavý, 2002, s. 163, Bergsma a Engel, 1988, s. 267-279).

2.2.2 Mezo - rovina

V této rovině se kvalita života měří v malých sociálních skupinách, např. škola, podnik, domov důchodců, nemocnice. Zde se do popředí kromě respektu k morální hodnotě života člověka přicházejí otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky frustrace a saturace základních potřeb každého člena dané skupiny, sdílení hodnot, existence sociální opory (Křivohlavý, 2002, s. 164).

2.2.3 Personální rovina

Ve středu zájmu je život jednotlivce. Při hodnocení kvality života jde o subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atp. Vzhledem k subjektivitě hodnocení vlastního života do hry vstupují osobní hodnoty jedince, jeho představy, naděje, přesvědčení, očekávání (Křivohlavý, 2002, s. 164).

2.2.4 Fyzická rovina

Jedná se o pozorovatelné chování druhých lidí, které lze objektivně měřit a srovnávat, např. chůze před a po ortopedické terapii. Navzdory objektivitě a možnosti kritéria měření operacionalizovat, postrádá fyzická rovina dimenzi, která je pro hlubší pojetí kvality života nutná (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 15).

2.3 Stručná historie kvality života

Historie koncepce kvality života sahá až do římské a řecké mytologie, kde je spojována se jmény Asclepia, Aesculapa (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 7). V novodobé historii byl termín kvalita života zmíněn ve dvacátých letech 20. století anglickým ekonomem Arthurem C. Pigouem, který se v jedné ze svých sociálně - ekonomických prací s názvem *The Economics of Welfare*, soustředil mimo jiné také na kvalitu života tehdejší populace z hlediska potenciálních a reálných důsledků uplatňované podpory sociálně slabším populačním skupinám (Gillernová, 2011, s. 21). Pigou se nesetkal s ohlasem a pojem byl znovu objeven až po druhé světové válce. V poválečném období vznikla v roce 1948 Světová zdravotnická organizace, která publikovala novou rozšířenou definici zdraví, která zahrnovala

fyzickou, psychickou a sociální pohodu, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo slabosti. V novém pojetí zdraví se odborná veřejnost soustředila na otázky subjektivně prožívané kvality lidského zdraví a na jeho psychologické a sociální souvislosti. Což vedlo k diskuzím odborné veřejnosti o měřitelnosti tohoto konceptu (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 7).

Dle Snoeka není jistota ohledně původu pojmu kvalita života, ale američtí ekonomové Samuel Ordway a Fairfield Osborn jsou pravděpodobně první, kdo v padesátých letech tento koncept použili. Vyjadřovali své znepokojení nad ekologickým nebezpečím způsobeným nekontrolovatelným ekonomickým růstem. Dále se pojem objevuje o několik let později v knize ekonoma Johna Galbraitha *The Affluent Society* v roce 1958, následovanou *The Industrial State* (1967) ve které kritizoval ideu ekonomické průmyslové expanze, která uvádí: „Co se počítá, není množství našeho zboží, ale kvalita života.“ (Snoek, 2000, s. 24)

V šedesátých letech 20. století se zvyšovaly sociální nerovnosti v západoevropských zemích a USA, které byly podnětem ke vzniku různých sociálních a politických iniciativ. Na politickém poli se tématům kvality života věnovali američtí prezidenti J. F. Kennedy a L. B. Johnson, který v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své politiky (programy *The Great Society* a *The Beautiful America*), kdy kvalita života a spokojenost lidí se svým životem nekorelovala s ekonomickým růstem a zvyšování spotřeby (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 7; Payne, 2005, s. 205). V roce 1968 byl v Římě založen Římský klub, mezinárodní nevládní organizace, která se mimo globálních problémů zabývala tematikou humanizace světa a člověka, a dále měla programové zvyšování životní úrovně lidí a kvality života (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 7).

V sedmdesátých letech německý sociálně demokratický politik Willy Brandt použil pojem kvalita života ve volbách v roce 1972, v programu bylo mimo jiné cílem dosahovat lepší kvality života pro své spoluobčany (Proske, 2008, s. 450; Payne, 2005, s. 205). Do této doby je datováno první použití termínu kvalita života pro výzkumné účely, jednalo se o americký sociologický výzkum nazvaný *Social Indicators*, který sledoval dopad společenských změn na život lidí. V USA také proběhlo v sedmdesátých letech první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva. Cílem bylo vytvořit subjektivní a objektivní indikátory kvality života, kterými by se zjistilo, jak lidé hodnotí svůj život a které by doplňovaly objektivní charakteristiky životních podmínek. Výsledky šetření vedly k závěru, že socioekonomický status a zajištění biologického zdraví nemusí být v přímém vztahu se subjektivním hodnocením kvality života (Payne, 2005, s. 205-206).

V těchto letech se pojem kvalita života začal zmiňovat také v medicíně, a to zejména v oborech jako onkologie, traumatologie a ve farmakologii v USA a v evropských státech (Kalvodová, 2012). Dále vyšlo mnoho publikací, které se snažily definovat pojem kvalita života, hlavní problém, společný pro všechny pokusy, bylo stanovení indikátorů skutečné kvality života. Tyto snahy měl Alex C. Michalos který inicioval založení časopisu Social Indicators Research, který od roku 1974 vycházel v USA a Nizozemí (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 8).

Problematika kvality života se do centra zájmu dostala ze dvou příčin. První byl ekonomický růst a rozvoj vědy a techniky, který vytvářel pro občany možnost bezproblémově uspokojovat primární materiální potřeby. Druhou příčinou byl dopad tohoto ekonomického růstu, který sebou nesl ohrožení zdraví a lidské existence. Další významnou osobností, která vymezila první faktory ovlivňující kvalitu života, byl W. Forrester. Mezi ně patřili: zabezpečení potravinami, finance, zabezpečující životní standard, stav znečištění životního prostředí, růst počtu obyvatel (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 8).

V roce 1961 Evropská komise OSN tyto faktory upřesnila a rozšířila, a pojmenovala je jako „podmínky života“. Později v roce 1974 Evropská komise OSN uspořádala sociální indikátory kvality života do osmi skupin:

- *„zdraví,*
- *kvalita pracovního prostředí,*
- *nákup zboží a služeb,*
- *možnosti trávení volného času,*
- *pocit sociální jistoty,*
- *možnosti rozvoje osobnosti,*
- *fyzikální kvalita životního prostředí,*
- *možnosti účasti na společenském životě.“*

(Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 8)

V osmdesátých letech se přístup k indikátorům kvality života měnil, pravděpodobnými příčinami byl vliv rostoucího relativismu v sociálních vědách a nastávající politické změny (Gullone, Cummins, 2002, s. 63).

V současnosti studium kvality života spočívá v hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Výzkumníci se též zajímají

o interakce a vztahy mezi těmito faktory. „*Ideologickým důvodem pro studium kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou a mohou „užít“.* (Payne, 2005, s. 206)

O rozvoj tématu kvality života v české a slovenské literatuře se zasloužili např.: J. Křivohlavý, D. Kováč, J. Vymětal, K. Hnilica, T. Haas a další (Kebza, 2005, s. 60).

2.3.1 Subjektivní a objektivní rozměr kvality života

Ke konceptu kvality života lze přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního.

V současnosti se odborníci přiklánějí k subjektivnímu hodnocení QOL jako k zásadnímu a určujícímu pro život člověka.

Objektivní kvalita života se zaměřuje na materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Jedná se o souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a enviromentálních podmínek, které ovlivňují život jedince (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 17).

„*Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému.*“ (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 17)

„*Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech.*“ (Vymětal, 2003, s. 198-199)

2.3.2 Vnější a vnitřní činitele kvality života

Jesenský (2000, s. 81) dělí činitele kvality života do dvou skupin.

- Vnější činitele - ekologické, společensko - kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory.
- Vnitřní činitele - somatické a psychické faktory.

(Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 18)

2.3.3 Dimenze kvality života

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (Zacharová, 2007, s. 15). WHO identifikovala čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

1. Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti - v této dimenzi je zahrnuta energie a únava, odpočinek, mobilita, každodenní život, bolest.
2. Psychické zdraví a duchovní stránka - do této dimenze patří víra, spiritualita, vyznání, pozitivní a negativní pocity, sebepojetí, sebehodnocení, myšlení, učení.
3. Sociální vztahy - v této dimenzi jsou zahrnuty osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita.
4. Prostředí - tato dimenze zahrnuje finanční zdroje, fyzikální prostředí, domácí prostředí, bezpečí, svoboda, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, dostupnost zdravotnické a sociální péče.

Tyto oblasti se shodují s jednotlivými oblastmi obsaženými v měřících nástrojích WHOQOL - BREF a WHOQOL - 100 (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 18-19).

2.4 Globální souvislosti kvality života v současnosti

Odborníci z různých oblastí nahlíží na pojem kvalita života z perspektivy svého oboru, jsou ovlivněny účelem měření, který je rozdílný u lékařství, sociologie, pedagogiky a dalších vědních oborů. OSN ve svém programu Agenda on Ageing for the 21st Century rozlišuje šest základních oblastí QOL: fyziologickou, psychologickou, ekonomickou, sociální, duchovní a enviromentální. Vymětal (2003, s. 197-199) ve své práci o rehabilitaci pacientů doplnil rovinu psychoterapeutickou.

2.4.1 Fyziologický přístup ke kvalitě života

Hlavními pojmy fyziologického přístupu jsou kvalita života a zdraví. WHO definuje zdraví jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (Zacharová, 2007, s. 15). V protikladu ke zdraví je pojem nemoc, který je definován jako „*Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností,*

kteřé narušují jeho správné fungování a rovnováhu.“ (Vokurka, 2015, s. 229) Křivohlavý (2001, s. 28-40) rozeznává dvě základní dimenze zdraví:

- „zdraví jako prostředek k realizaci určitého cíle,
- *zdraví jako cíl sám o sobě.*“

(Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 24)

V tomto vymezení Křivohlavý uvádí sedm teorií zdraví:

- zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly,
- zdraví jako metafyzická síla,
- salutogeneze - individuální zdroje zdraví,
- zdraví jako schopnost adaptace,
- zdraví jako schopnost dobrého fungování,
- zdraví jako zboží,
- zdraví jako ideál.

(Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 24-26)

2.4.1.1 Kvalita života týkající se zdraví

V medicíně se prosazuje označení „Health - Related Quality of Life“, neboli kvalita života týkající se zdraví (Libigerová, Müllerová, 2001, s. 183). HRQOL popisuje subjektivní prožívání nemoci a poskytované zdravotní péče. Nástrojem měření HRQOL je dotazník nebo strukturovaný rozhovor. Dotazníky jsou rozděleny do dvou základních skupin. Prvním typem jsou dotazníky obecné, např. WHOQOL - 100, WHOQOL - BREF, Euro QOL, Nottingham Health Profile, Sickness Impact Profile. Druhým typem jsou specificky zaměřené dotazníky na určité onemocnění, jeho průběh a léčbu, např. EORTC, který zjišťuje kvalitu života onkologických pacientů a je nejčastěji používaným dotazníkem pro HRQOL (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 26-27).

2.4.2 Psychologický přístup ke kvalitě života

Předmětem zájmu psychologického přístupu je prožívání, myšlení, hodnocení člověka, jeho potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace, sebeaktualizace a negativní indikátory, jako krize, deprese, životní trauma, poruchy nálad (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 29). Dle Doležalové (2003, s. 71) psychologický přístup pracuje s termínem „well - being“ čili spokojenost, pohoda. Subjektivní pohodu popisuje jako výskyt pozitivních emocí v delším časovém úseku - absence nepříjemných tělesných pocitů a pozitivní sebehodnocení (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 29). Psychologické pojetí kvality života se snaží postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. V psychologii jsou charakterizovány tři podoby konceptualizace pojmu kvalita života

Jedná se o:

- Spokojenost se životem - jedná se o zjišťování životní spokojenosti, jsou hledány odpovědi na otázky týkající toho, co dělá lidi spokojenými, jaké faktory ke spokojenosti přispívají, jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí.
- Prožívanou subjektivní pohodu - subjective well - being.
- Pocit štěstí - happiness, flow - zde je dáván důraz na všeobecné hodnocení kvality života jako takového.

(Payne, 2005, s. 209)

2.4.3 Ekonomický přístup ke kvalitě života

V sedmdesátých letech dvacátého století byla poprvé položena otázka, jaký je vztah mezi HDP na hlavu a subjektivně vnímaným štěstím, a to jak na úrovni jednotlivých zemí, tak na úrovni jednotlivců (Heřmanová, 2012, s. 77). Mlčoch (2007, s. 148) uvádí, že z hlediska mezinárodního srovnávání vyšla skutečnost, že obyvatelé chudých či chudších zemí nejsou vždy méně šťastní, než obyvatelé zemí bohatých.

2.4.4 Sociologický přístup ke kvalitě zdraví

V sociologickém pojetí, které zahrnuje sociálně - ekonomické aspekty kvality života jsou zdůrazňované atributy sociální úspěšnosti a subjektivní pocit jednotlivce ve vztahu k nim. Kvalita života je úzce pojímaná ve vztahu k pojmu životní úroveň (Gurková, 2011, s. 30).

2.4.4.1 Životní úroveň

Dle Sičáka je životní úroveň určována reálnými příjmy lidí a vyjadřuje v první řadě materiální a ekonomické podmínky jedince. „*Způsob života ji dává do souvislosti se životními projevy a celkovým průběhem života, prostřednictvím kterého lidé aktivně podřizují podmínky života své vědomé kontrole.*“ (Sičák in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 30)

2.4.4.2 Způsob života

Ve společenských vědách je život člověka charakterizován jako celek, kde je zachycen jeho charakter, obsah a struktura. Způsob života je charakterizován jako strukturovaný projev materiálního a duchovního života, jehož součástí je životní úroveň (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 30).

2.4.4.3 Životní styl

Životní styl je definován jako specifický druh chování jedince, resp. sociální skupiny se specifickými způsoby chování, zvyky a sklony. Materiálně - technická úroveň společnosti má vliv na život jedince. Životní styl se v praxi projevuje jako podstatný znak individuality, projev samostatnosti a schopnost utvářet se jako osobnost. Je formován vlivem výchovy a v obecné rovině je možné ho chápat jako odraz duchovního citění, kultury, vzdělání a morálky. Nejedná se tedy o odlišení se od ostatních, být originální.

Životní styl zachycuje vlastnosti zkoumaného jedince na různých úrovních:

- „*Každodenní život - zákonité změny v jednání.*
- *Empirická - pojmenování jednotlivých činností v lidském životě.*
- *Teoretická - systém vědomostí a názorů, který zachycuje a vysvětluje určité zákonitosti v chování lidské společnosti.*“

(Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 31)

2.4.4.4 Potřeby

Potřeby jsou zdrojem lidského chování. A. H. Maslow vytvořil pětistupňovou pyramidu (King, 2010, s. 3) (viz Obrázek 1).

Dle Frka (2002, s. 436-438) množství finančních prostředků poskytuje jedinci možnost naplňovat své potřeby. Ti, kteří mají dostatečné množství peněz, mohou uspokojovat potřeby související s kvalitou života jako je například seberealizace nebo poznání, které jsou vrcholem Maslowovy pyramidy. Naopak jedinci, kteří pocítují jejich nedostatek, preferují uspokojovat potřeby fyziologické a potřeby bezpečí a jistoty.



Obrázek 1 - Maslowova pyramida potřeb

2.4.4.5 Hodnoty

„Za hodnotu považujeme každý jev, který má pro jednání a existenci člověka zásadní význam. O hodnoty se usiluje, hodnoty se požadují, nebo zamítají. Hodnoty vyplývají ze zájmů a potřeb představují závažné cíle, ideály, vážou se na smysl i normy lidského života. Hodnoty a hodnotové postoje jsou podstatnou součástí osobnosti.“ (Jesenský, 2000, s. 36)

V ekonomicky vyspělých státech vysoce převládají hodnoty konzumní před hodnotami kreativními, hodnoty výkonu pro zabezpečení konzumu před hodnotami kulturního charakteru, materiální blahobyt před duchovním rozvojem.

Dle Jesenského (2000, s. 37) se dělí na dva základní druhy:

Modus „mít“ - je charakterizovaný společenskou a občanskou pasivitou, určujícím znakem je touha vlastnit, dosahování zisku. Jedná se o modus, který zajišťuje existenci, ale nezaručuje hodnotný život. Je převládajícím v moderní společnosti, kde převládají konzumní hodnoty (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 33).

Modus „být“ - „*charakterizovaný občansky společenskou aktivitou, ochotou dělit se, dávat se a obětovat, solidaritou, radostí a láskou k životu.*“ (Jesenský, 2000, s. 37)

Veenhoven rozlišuje tyto sociální činitele, které mají vliv na kvalitu života:

- materiální bohatství HDP, parita kupní síly,
- životní standart - strava, hygiena, bydlení,
- ochrana osob - bezpečí, vraždy,
- svoboda - politická, individuální, osobní, dodržování lidských práv,
- sociální rovnost - genderová rovnost, postavení menšin,
- kulturní klima - dostupnost vzdělání, přístup k informacím,
- sociální klima - tolerance, důvěra k institucím a elitám,
- populační tlak - nárůst počtu seniorů,
- modernizace - urbanizace, industrializace a individualizace.

(Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 34)

2.4.5 Duchovní přístup ke kvalitě zdraví

Duchovní (noický či existenciální) přístup je vnímán jako prožitek smysluplnosti vlastního života, který je v životě člověka zakotven v jeho odezvách na hodnotové výzvy, které mu poskytuje jeho svědomí a činnosti, které jedinec ze své vůle činí k uskutečnění hodnotového potenciálu obsaženého v přítomné situaci (Balcar, 2005, s. 254-255).

2.4.6 Ekologický a environmentální přístup ke kvalitě života

Život v příznivém životním prostředí je jedním ze základních lidských práv, které je zakotveno v Listině základních práv a svobod v čl. 35 (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 34; Listina základních práv a svobod, 1993). Jedná se o biologické, fyzikální a chemické vlivy prostředí ovlivňující život jedince (Slováčková, 2008, s. 91).

2.4.7 Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života

Psychoterapie je především léčbou, ale i profylaxí a rehabilitací poruch zdraví. Je uskutečňována psychologickými prostředky - komunikační a vztahovou cestou. Psychoterapie

je představitelem zvláštního druhu psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka a jeho meziosobní vztahy a tělesné procesy. Současná psychoterapie obsahuje osm základních proudů (Vymětal, 2003, s. 301-302). Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života v rehabilitaci má za cíl dosáhnout nejvyšší možné kvality života. Psychoterapeutické postupy jsou doplňovány rehabilitačními postupy, např. fyzioterapií, ergoterapií (Vymětal, 2010, s. 216-217).

„Kvalitní život v tomto pojetí znamená, že jedinec rozvíjí a naplňuje své pozitivní možnosti, ačkoliv mohou být prodělanou, nebo dokonce probíhající nemocí či defektem výrazně sníženy – omezeny.“ Kvalita života je zlepšována psychoterapeutickými prostředky i tím, že jsou pozitivně ovlivňovány psychopatologické fenomény, jako např. deprese (Vymětal, 2010, s. 217).

2.5 Metody měření kvality života

Křivohlavý (2002, s. 165) rozlišuje tři druhy metod, kterými se měří kvalita života

- Objektivní metody, kdy kvalitu života hodnotí druhá osoba.
- Subjektivní metody, hodnotitelem kvality života je sama daná osoba.
- Metody smíšené, jsou vzniklé kombinací metod objektivních a subjektivních.

2.6 Objektivní metody měření kvality života

2.6.1 APACHE II

Jedná se o metodu, nazvanou Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu - APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System). Cílem je vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii (Křivohlavý, 2002, s. 165). *Základním předpokladem této metody je, že vážnost onemocnění pacienta je možné posoudit podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od normy* (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 53). Výsledek je vyjádřen číselně - jedním číslem. Podkladem tohoto přístupu je předpoklad, že pravděpodobně existuje vyšší míra korelace mezi údajem o vážnosti nemoci a mortalitou pacientů. Metoda APACHE II je využívána ve Velké Británii, zejména na jednotkách intenzivní péče. Tam je zjišťována závažnost onemocnění ihned při jeho příjmu do nemocnice a do 24 hodin po jeho přijetí na oddělení jednotky intenzivní péče. Hodnocení obsahuje kritéria typu věk a chronické onemocnění pacienta. Celkové skóre APACHE II se pohybuje v rozmezí 0-71 bodů. Platí, že čím je vyšší číselný údaj, tím je vyšší pravděpodobnost úmrtí pacienta (Křivohlavý, 2002, s. 166).

2.6.2 The Karnofsky Performance Scale

Karnofsky Performance Status je široce používaná metoda sloužící ke zhodnocení funkčního stavu pacienta. Tvůrci jsou David A. Karnofsky a Joseph H. Burchenal, kteří ho publikovali v 1949 jako kapitolu v knize Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Tato metoda dává větší důraz na fyzickou dimenzi kvality života, než na psychologickou a sociální dimenzi (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 54). Lze jej využít k porovnání účinnosti různých terapií a k posouzení prognózy u jednotlivých pacientů. Čím nižší je Karnofského skóre, tím je nižší

pravděpodobnost přežití. Tato metoda využívá procentuální stupnici v rozmezí od 100 % (bez známek onemocnění, bez příznaků) až po 0 % (smrt) (Péus et al., 2013, s. 1).

Od těchto metod, které nahlíží na kvalitu pacientova života jako na soubor zdravotních problémů, se později přešlo k posuzování celkového stavu pacienta (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 54).

2.6.3 Visual Analogue Scale - VAS

Jedná se o vizuální analogovou škálu, kde je stupnicí 10 cm dlouhá vodorovná nebo lépe v úhlu 45 stupňů stoupající úsečka s označenými dvěma extrémy (Křivohlavý, 2002, s. 166).

2.6.4 Index kvality života - ILF

U této metody se využívají slovně formulovaná kritéria - např. sebeobslužnost pacienta, sociální opora pacienta, celkový emocionální stav pacienta. Kladem této metody je, že výběr hodnotících kritérií kvality života nezáleží jen na hodnotiteli. Hodnocení stavu pacienta vzniká na základě konsensu mezi pacientem, lékaři, zdravotními sestrami, klinickým psychologem atp. Výsledné hodnocení stavu pacienta je možné odstupňovat v jednotlivých dimenzích a je možné kvalitu života hodnotit v předem stanovených časových úsecích (Křivohlavý, 2002, s. 168).

2.6.5 Spitzer Quality of Life Index - QL

Spitzer Quality of Life Index sleduje pět oblastí kvality života: aktivita, každodenní život, vnímání zdraví, podpora rodiny a přátel, pohled na život. Tento nástroj byl vytvořen pro pacienty s rakovinou a chronicky nemocné pacienty. Celkový počet bodů se pohybuje v rozmezí od 0 do 10. Pacientova kvalita života je často přehodnocována v intervalech týdnů až měsíců (Loretz, 2005, s. 338-339).

2.7 Subjektivní metody měření kvality života

2.7.1 Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - metoda SEIQoL

Autory této metody z roku 1994 jsou Irové C. A. O'Boyl, H. M. McGee a Joyce. Autoři vycházeli z metody „Repertory Grid“ vytvořené na základě Kellyho pojetí tzv. osobních konstruktů. Základní metodologií SEIQoL je strukturovaný rozhovor (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 56), který je tematicky omezen na nejdůležitější aspekty jedincovy kvality života, přičemž je zjišťována i relativní důležitost každého aspektu v dané situaci (Křivohlavý, 2001, s. 243). Respondent je požádán, aby uvedl pět životních cílů (cues) (Křivohlavý, 2001, s. 244). Mezi nejčastěji udávané podněty (cues) patří např.: zdraví, rodina, finance, vzdělání, víra. (Křivohlavý, 2002, s. 173). U každého z pěti uvedených životních cílů respondent zhodnocuje i míru uspokojení s tímto podnětem, kdy se míra uspokojení s dosahováním daného životního cíle uvádí v procentech od 0 % do 100 % (Křivohlavý, 2001, s. 244).

Kvalita života je dle metody SEIQoL zcela individuální. K pojetí kvality života se přistupuje tak, jak ji subjektivně vidí dotazovaný jedinec. Za základní data jsou považovány výpovědi dotazovaného. Pojetí kvality života dotazovaného závisí na vlastním systému hodnot, který je v průběhu měření kvality života zjišťován a plně respektován (Křivohlavý, 2001, s. 243-244).

2.7.2 Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life Direct Weighting (SEIQoL - DW)

SEIQoL - DW vznikl odvozením od nástroje pro měření subjektivní kvality života SEIQoL. Umožňuje naprosto individuální měření kvality života. Nástroj je vytvořen jako standardizovaný polostrukturovaný rozhovor, který obsahuje tři části (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 57-59). První je polostrukturovaný rozhovor, v němž respondent identifikuje pět oblastí života, které jsou pro jeho celkovou kvalitu života považovány za nejdůležitější. Druhou je hodnocení aktuálního stavu respondenta pro každou doménu na vertikální vizuální škále na stupnici od 0 do 100. Třetí je kvantifikace relativní důležitosti daných životních cílů, hodnocení dle důležitosti každé domény v barevných zalaminovaných kruhových discích na stupnici od 0 do 100 (Sampaio, 2012, s. 128).

2.7.3 Lancashire Quality of Life Profile - LqoLP

LQOLP je určen pro chronické psychiatrické pacienty, který kombinuje subjektivní a objektivní aspekty kvality života. Metodikou je strukturovaný sebeposuzující rozhovor, který je zaznamenán školeným tazatelem. Obsahuje 105 položek (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 61). Respondent hodnotí svůj život v devíti doménách: práce a vzdělání, volný čas, vyznání, finance, životní situace, právní status a bezpečnost, vztahy s rodinou, sociální vztahy, zdraví. Rozhovor trvá přibližně jednu hodinu (Thornicroft, 2010, 146). Tyto oblasti jsou hodnoceny na sedmibodové stupnici životní spokojenosti (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 61). LQoLP-EU je evropskou verzí LQoLP (Thornicroft, 2010, s. 146).

2.7.4 Dotazník SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis)

Byl vytvořen v roce 1992 M. Zannottim, nástroj vychází z Maslowovy teorie potřeb. Dotazník se skládá z dvaceti tří oblastí vnějších i vnitřních aspektů dennodenní kvality života (Gillernová, 2011, s. 31). Jedná se o sebeposuzující dotazník, který respondent zvládne vyplnit sám, krom psychiatrických pacientů, délka vyplnění je přibližně patnáct minut (Kalvach, 2011, s. 205). „*Dotazník SQUALA lze využít v medicínské, sociální, psychologické i pedagogické oblasti především za účelem diagnostiky nebo zkvalitnění péče a služeb.*“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 63)

2.7.5 WHOQoL-100

WHO ve spolupráci s patnácti centry na celém světě vytvořila nástroje pro měření kvality života WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF, které lze aplikovat v odlišných kulturních podmínkách a které umožňují srovnatelnost výsledků výzkumu z různých zemí. Tyto nástroje mají využití v oblastech např: výzkum, lékařská praxe, audit, politická činnost. Dotazník byl vytvořen na základě analýzy tvrzení pacientů s různými nemocemi, ale i zdravých jedinců či zdravotníků z různých kultur. WHOQOL je dostupný ve dvaceti jazycích. Národní centra mohou dát povolení k používání příslušné jazykové verze (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 27-29). WHOQOL a WHOQOL-BREF jsou využívány k sebeposouzení kvality života jedince. Vyplnění dotazníku WHOQOL-100 trvá přibližně 20-30 minut. WHOQOL-100 není vhodné používat k podchycení vlivu bezprostřední nálady nebo krátkodobých změn. Respondent vyplňuje dotazník samostatně, pouze v případě potřeby lze použít formu

standardizovaného rozhovoru. Autory české verze je Eva Dragomirecká a Jitka Bartoňová (Šťastná, 2019). Kvalita života je autory definována obdobně jak ji definuje WHO: „...*jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.*“ (Šťastná, 2019)

WHOQOL je složen ze 100 položek, zahrnuje 24 aspektů života sdružených do 6 domén:

- fyzické zdraví - energie a únava, bolest a neklid, spánek a odpočinek,
- psychická pohoda - obraz těla a vzhled, negativní a pozitivní city, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace,
- stupeň samostatnosti - mobilita, každodenní aktivity,
- sociální vztahy - interpersonální vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita,
- životní prostředí - finanční zdroje, svoboda, bezpečí, zdravotní a sociální péče a jejich kvalita, domácí prostředí, účast na možnostech rekreace,
- duchovno - víra, spiritualita, osobní vyznání.

(Frank-Stromborg, 2004, s. 135)

2.7.6 WHOQoL-BREF

WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100. Dotazník byl koncipován tak, aby pokrýval široké spektrum aspektů kvality života. Formulace položek byly beze změn převzaty z plné verze dotazníku. Dotazník je vhodný pro osoby do 65 let, pro starší respondenty je dle autorů české verze WHOQOL-BREF doporučeno použít dotazník pro starší populaci WHOQOL-OLD. Vyplnění dotazníku trvá přibližně 5-10 minut, formou rozhovoru se čas prodlužuje na 15-20 minut (Šťastná, 2019). Dotazník obsahuje dvacet šest otázek sdružených do čtyř oblastí:

- fyzické zdraví - aktivity denního života, mobilita, spánek a odpočinek,
- psychická oblast - vztah k vlastnímu tělu, prožívání pozitivních a negativních emocí, spirituální prožívání, sebeúcta,
- sociální vztahy - osobní vztahy, sociální opora, subjektivní hodnocení sexuálního života,
- prostředí - finanční zdroje, svoboda, zdraví a sociální péče, domácí prostředí, doprava.

Jednotlivé položky jsou ohodnoceny od 1 do 5, kdy vyšší číslo znamená vyšší kvalitu života v dané oblasti (Gurková, 2011, s. 146–148). Tuto zkrácenou verzi jsme dále použili pro náš průzkum.

2.8 Smíšené metody zjišťování kvality života

2.8.1 MANSA - Manchester Short Assessment of Quality of Life

Jedná se o krátký způsob hodnocení kvality života, která byla vytvořena na univerzitě v Manchesteru. Její variací je LQoLP. Cílem MANSY je vytvořit celkový obraz kvality života daného jedince v danou chvíli. V dalším kroku to umožňuje optimalizovat péči a pomoc.

MANSA je zaměřena na zjišťování spokojenosti v oblastech:

- zdravotní stav,
- sebepojetí,
- sociální vztahy,
- rodinné vztahy,
- bezpečnostní situace,
- právní stav,
- životní prostředí,
- finanční situace,
- náboženství,
- účast na aktivitách volného času,
- zaměstnání.

(Křivohlavý, 2002, s. 176)

2.8.2 LSS - měření spokojenosti - Life Satisfaction Scale

LSS je v podstatě vizuální stupnicí typu VAS, která má sedm stupňů. Ty jsou uvedeny na vodorovné ose od minima po maximum (Křivohlavý, 2002, s. 176).

2.9 Onkologie

Onkologie je lékařský obor, který se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí nádorových onemocnění. Jedná se o multidisciplinární obor, ve kterém je nutná spolupráce mnoha specialistů z různých oborů, jako např. patologové, chirurgové, chemoterapeutové, radioterapeutové, endoskopisté. Onkologická pracoviště jsou členěna na ambulantní a lůžkovou (Slezáková, 2007, s. 101).

Nádorová onemocnění jsou po kardiovaskulárních nemocech druhou nejčastější příčinou úmrtí v České republice. Incidence zhoubných novotvarů stále roste. Česko patří k evropským zemím s nejvyšší incidencí nádorových onemocnění. Zvyšování počtu nových případů zhoubných novotvarů je nejspíše důsledkem stárnutí populace, expozice karcinogenům v životním prostředí a zlepšující se diagnostice, zejména plošného onkologického screeningu. Tento trend není provázen rostoucí mortalitou, která v posledních letech mírně klesá. Důvodem je zvyšující se kvalita léčby a časnější záchyt onemocnění, kdy je léčba úspěšnější (Antošová, 2014, s. 6-7).

2.9.1 Práce sestry na onkologii

Profese všeobecných sester patří mezi jedno z nejnáročnějších (Venglářová et al., 2011, s. 47). Sestry mají důležitou úlohu v systému zdravotní péče (Sharma, 2018, s. 238).

Pracovní život představuje významnou součást našeho života. V mnohých případech je však zdrojem stresogenních faktorů a zátěžových situací, které ovlivňují životní spokojenost. Prožívání ztráty kontroly nad svojí prací, nenaplněné pracovní očekávání, fyzické vyčerpání, mohou vést ke vzniku syndromu vyhoření a deprese (Gurková, Macejková, 2012, s. 327).

„Předpokladem úspěšné práce sestry na onkologickém oddělení je dobrá adaptace. Sestra musí překonat počáteční velmi hluboké a živé prožívání mnohých zatěžujících událostí, s nimiž se ve své práci denně setkává. Patří sem utrpení, bezmocnost, žal, ale i smrt. Je třeba je prožívat s odstupem, přiměřeně, bez traumatizujícího vlivu, deprese, aby nenarušovaly pracovní odborné výkony. Sestra zde musí získat stupeň emocionální odbornosti a neztotožňovat se s pacientem natolik, aby sama prožívala citové ztráty. Čas a stupeň profesionální adaptace závisejí na motivaci její volby a překonání případných počátečních deziluzí. Adaptace na povolání sestry v onkologii se dosáhne rychleji a snáze, je-li motivací pro jeho volbu hluboký zájem a znalost jeho náplně. Projevem úspěšné adaptace je, jestliže

má sestra blízko k psychologii nemocného, vžívá se do toho, jak pacient vnímá zdravotnické zařízení, jak prožívá bolest, strach a nejistotu.“ (Navrátilová, Vašutová, 2006)

Ze společenského hlediska je rakovina obávanou nemocí, která pacientům stejně tak i zdravotníkům vyvolává představy smrti, bolesti a utrpení (Shang et al., 2013, s. 2).

Onkologický pacient je specifický tím, že nikdy nemá jeden ošetrovatelský problém. Pacientovým hlavním problémem je jeho nemoc, která ovlivňuje jeho fyziologii a psychiku, mění se priority a sociální status. Následná dlouhotrvající léčba je významným zásahem do života pacienta a jeho rodiny. Sestra může pomoci zvládnout novou životní situaci pacienta pomocí své edukační činnosti. Od sestry je vyžadována velká dávka zodpovědnosti, empatie, komunikační dovednosti a v neposlední řadě lásku k člověku a ke svému povolání - poslání (Palková, Dimunová, 2013).

Práce onkologické sestry vyžaduje větší psychickou kontrolu a aktivitu, vzhledem k tomu, že se setkává s pacienty s těžkým onemocněním, s intenzivní a dlouhodobou péčí, často v terminálním stádiu. Dále je pro sestru náročné být v kontaktu s rodinami pacientů (Rodrigues, Chaves, 2008, s. 25). Dle výzkumu N. Onan, se u 66,7 % onkologických sester vytvořil strach, že mohou také trpět rakovinou, 60 % cítilo hluboký zármutek a u 33,3 % sester se jednalo o záměrné vyhýbání komunikace s pacienty (Onan, Isil, Barlas, 2013, s. 126).

Sestry na onkologických odděleních se často setkávají s náročným rozhodováním o stavu pacienta, řízením léčby, která má závažné vedlejší účinky, hněvem pacientů, adharencí k léčbě, monitoringem bolesti a utrpení, péčí o terminálně nemocné, stresujícími situacemi v souvislosti s úmrtím pacientů, emocionální zátěží během ošetřování, konflikty v týmu, které mohou způsobovat stres (Sharma, 2018, s. 238).

Vysoká úroveň chronického stresu může vést ke zvýšení zdravotního rizika u sester, chronický stres může přispět k chronickému zánětu a zvýšenému riziku vzniku nemocí jako např. syndrom vyhoření či kardiovaskulární onemocnění (Kailmal, 2019, s. 154).

2.9.2 Zátěž

Zátěží se rozumí nesoulad mezi úrovní požadavků, jíž je organizmus schopen dostát (Mandincová, 2011, s. 38). Z různých hledisek ji lze dále diferencovat. Dle délky jejího

působení ji dělíme na krátkodobou a dlouhodobou. Podle emoční odezvy na příjemnou či nepříjemnou. Dle intenzity na minimální, lehkou, střední a těžkou. Dále ji lze rozdělit na zátěž biologickou, kdy působením různých činitelů je vyvolána biologická odpověď, fyzickou, zde jsou dány požadavky na svalovou činnost a psychickou. Psychická zátěž je dále členěna podle oblasti, na kterou působí: senzory, emocionální, mentální. Všechny nároky, které jsou na jedince kladeny se souhrnně nazývají zátěží. Pokud nároky převyšují aktuální či dlouhodobě běžnou adaptační kapacitu nebo nejsou využívány dostatečně, je tento stav označován jako stres. Podněty či požadavky jsou nazývány jako stresory (Paulík, 2017, s. 68-69).

2.9.3 Zátěž v ošetrovatelské péči

„Práce ve zdravotnictví je spojena s větší mírou stresu, než je tomu u jiných profesí. Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů, rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění a je častým důvodem, proč zdravotníci opouští zdravotnictví. Nadměrný stres zhoršuje zdravotní stav i produktivitu zdravotníků a toto se přenáší i do jejich rodin.“ (Bartošíková, 2006, s. 10)

Fyzická, chemická a fyzikální zátěž

- statické a dynamické zatížení,
- zatížení páteře,
- zatížení svalového a kloubního aparátu,
- setkávání se s nepříjemnými podněty,
- riziko vzniku infekce,
- narušení spánkového biorytmu,
- nedostatek času a klidu na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu,
- kontakt s chemickými látkami,
- hluk, vibrace, radiační záření, nesprávné osvětlení.

Zátěže psychické, emocionální, sociální

- neustálá pozornost, pečlivý monitoring,

- setkávání se smrtí, utrpením, bolestí, bezmocí
- pružné reagování na různé požadavky a změny,
- nízké ohodnocení náročné práce,
- práce s intimitou pacientů,
- konflikt rolí,
- působení bolesti druhým lidem.

(Bartošíková, 2006, s. 11-12)

Měření psychické zátěže

Meisterův dotazník je využíván k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků. Jedná se o orientační vyšetření psychické zátěže při práci. Dotazník byl převzat od autora W. Meistera z Zentralinstitutu für Arbeitsmedizin v Berlíně, vytvořen byl v roce 1975 a ověřován v letech 1976-1984 hygienickou službou České republiky. Mezi přednosti Meisterova dotazníku patří srozumitelnost pro respondenty, stručnost a dobrá reliabilita.

Dotazník administruje zaškolený pracovník, lze jej zadávat skupinově i individuálně. Vyhodnocení výsledků lze provést dvojím způsobem: podle faktorů a podle jednotlivých položek. Dotazník obsahuje deset uvedených otázek, na které pracovníci vyjadřují své názory. Nástroj hodnotí psychický stres při práci ve třech stupních.

Jednotlivé otázky vyhodnocují následující aspekty zátěže: časová tíseň, nízká spokojenost, vysoká odpovědnost, otupující práce, problémy a konflikty, monotonie, nervozita, přesycení, únava a dlouhodobá únosnost. Respondent si vybere z odpovědí: 1 - ne, vůbec nesouhlasím, 2 - spíše nesouhlasím, 3 - nevím, někdy ano, někdy ne, 4 - spíše ano, 5 - ano, plně souhlasí (Obročníková et al., 2015, s. 353; Hladký, Židková, 1999, s. 39-41). Tento dotazník byl využit v průzkumné části diplomové práce.

2.9.4 Syndrom vyhoření a stres

Pojmy jako syndrom vyhoření a stres jsou často viděny společně, protože stres je chápán jako příčina vzniku syndromu vyhoření. Stres je součástí života a při jeho správném zvládnání nevede k vyhoření. Na rozdíl od stresu, který má některé pozitivní znaky (může být katalyzátorem pro uskutečnění pozitivní změny, jako například je naučení se nové dovednosti), syndrom vyhoření nemá žádné pozitivní aspekty pro osobu, která ji zažívá, či pro

ty, kteří jsou v okolí této osoby (Elder et al, 2009, s. 8). Podle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace není syndrom vyhoření klasifikován jako nemoc (Stock, 2010, s. 14).

Pojmy Burn-out effect, burn-out syndrome pocházejí z anglického jazyka a znamenají syndrom vyhoření, vyhasnutí či vypálení (Švingalová, 2006, s. 46). Syndrom vyhoření je důsledkem dlouhodobě působícího pracovního stresu, který je zvládán maladaptivně. Často vzniká u profesí, které obsahují podstatnou část pracovní náplně práci s lidmi, na jejichž hodnocení jsou závislé, a tlak na kvalitu i kvantitu výkonu. „*Jedná se o závažný medicínský a psychologický problém, který významně ovlivňuje zdraví a kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje.*“ (Švingalová, 2006, s. 49)

První zmínky o syndromu vyhoření byly publikovány v USA v letech 1974-1975, kdy termín burnout začal používat H. J. Freudenberger (Bartošíková, 2006, s. 20). Existují dvě hlavní východiska ve výzkumu syndromu vyhoření. Klinická psychologie zastoupená Freudenbergerem hodnotí tento jev na pozadí osobních rysů v životě jedince, z tohoto pohledu je vyhoření chápáno jako vnitřní duševní reakce. Sociální psychologie, jejíž představitelkou je Maslachová, je vyhoření důsledkem působení vnějších vlivů, zejména práce a pracovního prostředí (Maroon, 2012, s. 15).

2.9.5 Příznaky syndromu vyhoření

Tělesné vyčerpání je projevováno např. chronickou únavou, nedostatkem energie, svalovým napětím, náchylností k infekčním onemocněním, kardiovaskulárními a zažívacími potížemi, poruchami paměti, soustředění a spánku. V případě syndromu vyhoření je únava spojená s pocitem viny a selhání (Venglářová et al., 2011, s. 24-25; Stock, 2010, s. 20).

Psychicky vyčerpaný jedinec je cynický, negativistický, pesimistický, nechce už žádné změny. Dochází k útlumu celkové aktivity, jeho život a práce ztrácí smysl, mohou se objevit suicidální myšlenky (Venglářová et al., 2011, s. 24-25; Stock, 2010, s. 20).

Emocionálně vyčerpaný jedinec cítí sklíčenost, bezmoc, beznaděj, ztrátu sebeovládání a empatie, pocitu strachu, prázdnoty, apatii. Rodina a přátelé se stávají pro člověka přítěží, přestává je vnímat jako zdroje radosti a uspokojení. Jedinec se uzavírá do sebe, snaží se lidem vyhýbat (Venglářová et al., 2011, s. 24-25; Stock, 2010, s. 20).

2.9.6 Zásady duševní hygieny

Pro profesionály pracující s lidmi je důležité vytvořit si jistý odstup od pacientů. Podle Maslachové si k tomu pomáhají různými způsoby, např.

- sémantickým odosobněním, kdy se pacient se stává určitou diagnózou, kauzou,
- intelektualismem, kdy je o pacientovi hovořeno vysoce racionálně, bez emocí a osobního přístupu,
- izolací, která rozlišuje profesionální přístup k pacientům od přístupu k ostatním lidem.

Je důležité nepotlačovat své pocity, je vhodné je ventilovat např. (kolega, porada, Bálintovská skupina). V průběhu pracovního dne je vhodné zařadit přestávky a využít je k regeneraci sil např. cvičením, procházkou, relaxací nebo meditací. Je důležité oddělovat pracovní život od osobního (Kebza, Šolcová, 2003, s. 20).

2.9.7 Coping

Stresové situace je možné překonávat dvěma způsoby: adaptací neboli přizpůsobením se nebo copingem. Termín adaptace se využívá u zátěže, která je pro jedince ve zvládnutelné toleranci (Doležal et al, 2012, s. 340).

Coping je definován jako kognitivní a behaviorální úsilí, které má za cíl zvládat vnitřní a vnější požadavky při setkávání se s okolním prostředím (Akbar et al., 2016, s. 56). Copingem se rozumí boj člověka s nepřiměřenou, nadlimitní zátěží (Stackeová, 2011, s. 26). Výraz nadlimitní je chápáno jak v dimenzi intenzity, tak ve smyslu délky trvání. Takto definovaná zátěž se liší i pojmenováním, nejedná se o stres ale již distres. Coping vyjadřuje v určitém smyslu vyšší úroveň adaptace. Příklady nadlimitní zátěže je těžká nemoc, životní krize, nedorozumění, konflikty.

Za zmínku stojí pojem předjímání neboli anticipace. Termín anticipatory coping, označuje procesy, které probíhají předtím, než se jedinec dostane do těžké životní situace. Jedná se o kognitivní, emocionální a volní přípravu vhodných strategií, budování zdrojů sil (Křivohlavý, 1994, s. 41-43).

Na zvládání stresu se podílí dva faktory, prvním jsou naše osobní zdroje zvládání zátěže, druhým je pomoc a podpora okolí (Venglářová, 2011, s. 63).

Dle Lazaruse existují dva základní typy copingu, podle toho, jak působí. Prvním typem je coping zaměřený na problém, kdy lze situaci změnit pomocí úpravy okolností nebo vlastního chování a copingem zaměřeným na emoce, kdy je cílem dostat své emoce pod kontrolu, aby nenarušovaly jeho integritu a vztahy s lidmi v okolí (Paulík, 2017, s. 119).

Strategie zvládání může být pozitivní, např. pomoc od známého, nebo negativní jako např. užívání alkoholu, drog. Individuální chování související se zvládáním může být náročné měřit, protože reagujeme odlišně na stejný typ stresoru, v závislosti na několika různých faktorech, včetně našich charakterových vlastností, specifického prostředí, podpůrných sítí a individuálních životních zkušeností (Mead, 2020).

V zahraničí existuje šest dotazníků, které měří strategie zvládání a schopnost samoregulace v reakci na různé stresory:

- The COPE Inventory,
- The Carver Brief COPE Inventory (+PDF),
- The Coping Self-Efficacy Scale (CSES),
- The Brief Resilient Coping Scale (BRCS),
- The Proactive Coping Inventory (PCI),
- The Dyadic Coping Inventory (DCI).

(Mead, 2020)

Pro překonání stresových situací si jedinec musí zvolit určitou strategii, Existují čtyři strategie zvládání stresu:

- strategie netečnosti,
- strategie vyhnutí se působení škodliviny,
- strategie napadení škodliviny,
- strategie posilování vlastních zdrojů sil.

(Doležal at al., 2012, s. 340)

2.10 Shrnutí teoretické části

V teoretické části byly zmapovány poznatky týkající se tématům blízkých kvalitě života. První kapitola se věnovala pojmu jako takovému, jeho vymezením a pojetím. V následující kapitole byl popsán způsob rozdělení rozsahu pojetí kvality života dle autorů Friedricha Engelse a J. Bergsmy na makrorovinu, mezorovinu, personální a fyzickou rovinu.

Rozsáhlejší kapitola, týkající se historie kvality života, představila vývoj, faktory a osobnosti, které utvářeli dnešní koncept kvality života.

Dalším tématem bylo vyjmenovat a popsat přístupy z hlediska různých vědních oborů.

Následujícím rozsáhlejším tématem bylo popsání třech přístupů, jak vyhodnocovat kvalitu života. Metody hodnocení byly rozděleny na subjektivní, objektivní a smíšené.

Další malá kapitola se věnovala onkologii, kde bylo uvedeno malé seznámení s oborem onkologické péče a informací ohledně incidence nádorových onemocnění. Nedílnou součástí této kapitoly bylo popsat specifikace ošetrovatelské práce sestry na onkologickém oddělení, a čím je onkologický pacient specifický. Souvisejícím tématem je termín zátěž, který je přehledně rozdělen na fyzickou, chemickou, fyzikální, psychickou, emocionální a sociální. V podkapitole je podrobněji popsán Meisterův dotazník.

Navazující menší kapitola se věnovala syndromu vyhoření, jeho charakteristikou a projevy. Poslední kapitola se věnovala pojmu coping, který může být brán jako vyšší úroveň adaptace.

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

3.1 Metodika a realizace průzkumu

Podkladem pro vypracování praktické části byl zvolen kvantitativní průzkum. Kvantitativní průzkum byl řešen formou dotazníkového šetření. Zvolená dotazníková metoda byla zvolena z důvodu její jednoduchosti, rychlého zpracování dat, finanční a časové výhodnosti. V dotazníku byly využity otázky uzavřené, polytomické výběrové, polouzavřené výběrové a škálové.

Průzkumný vzorek tvořily praktické a všeobecné sestry. Po schválení hlavních sester, že je možné provádět průzkum, byly kontaktovány vrchní a staniční sestry daných oddělení. Staniční sestry s průzkumem vždy souhlasily. Poté byly instruovány osobně, jak a kdo má dotazník vyplňovat. Dále byl na přední straně dotazníku popis jednotlivých částí dotazníku.

Průzkum probíhal ve třech fakultních a třech krajských nemocnicích a v jednom nestátním zdravotnickém zařízení. V každém zařízení byl rozdán dotazník v počtu třiceti kusů, pro 15 respondentů na lůžkové onkologii a pro stejný počet na onkologické ambulanci. V jedné krajské nemocnici bylo rozdáno pouze 15 dotazníků z důvodu, že nemají ambulanci část, z tohoto důvodu jsme pro doplnění počtu dotazníků zvolili průzkum v nestátním zdravotnickém zařízení, které má onkologické ambulance, kde bylo také rozdáno 15 dotazníků. Dotazníky byly rozdány osobně autorkou diplomové práce.

Pro průzkum byly použity tři dotazníky: prvním je nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby, který je sestaven z dvaceti jedna uzavřených otázek a pěti polouzavřených otázek. U každé otázky respondent zakroužkoval pouze jednu variantu odpovědi nebo ji doplnil slovy. Druhým je Meisterův standardizovaný dotazník, kde respondent označil k danému tvrzení číslo z hodnotící stupnice. Třetím je standardizovaný WHOQOL-BREF dotazník, kde respondent zakroužkoval u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihovalo jeho odpověď. Celý dotazník je k nahlédnutí v příloze A, použité dotazníkové metody jsou podrobněji popsány v kapitole 2.5. Samotnému průzkumu předcházel předvýzkum na počtu 10 sester z onkologického oddělení krajské nemocnice. Výsledkem předvýzkumu bylo, že není třeba po formální stránce provádět úpravy. Dotazník byl pro ně přehledný, jediná výtka

byla na rozsah dotazníku. Rozsah nebyl poté upravován z důvodu získání co nejvíce proměnných do našeho průzkumu.

3.2 Organizace průzkumu

Průzkum probíhal v období od 11. 4. 2018 do 30. 4. 2019. Bylo osloveno 10 nemocnic, kde bylo onkologické oddělení lůžkové a ambulantní, průzkum byl povolen ve třech fakultních a třech krajských nemocnicích a jednom nestátním zdravotnickém zařízení. Dohromady bylo rozdáno 195 dotazníků, rozvržených po 15 dotaznicích v ambulantní a po 15 lůžkové části. Z celkového počtu rozdaných dotazníků 195 kusů, byla návratnost 71 % tj. 139 kusů. Konečný počet validních dotazníků tvořilo 57 % tj. 112 kusů z celkového počtu dotazníků.

3.3 Zpracování získaných dat

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány za pomoci počítačových programů Microsoft Word a Excel a dále vyhodnoceny. Výsledky průzkumných otázek a hypotéz jsou přehledně zobrazeny v tabulkách, kde byla znázorněna absolutní četnost, relativní četnost. Některé vybrané výsledky byly zpracovány pomoci bodových grafů. Následně byly tyto údaje využity k ověření platnosti stanovených průzkumných otázek a hypotéz.

3.4 Seznam průzkumných otázek

Průzkumná otázka č. 1

Jaký je stupeň psychické pracovní zátěže u praktických a všeobecných sester pracujících na ambulantních a lůžkových onkologických odděleních?

Průzkumná otázka č. 2

Mají praktické a všeobecné sestry ve fakultních a krajských nemocnicích možnosti eliminace vzniku syndromu vyhoření?

Průzkumná otázka č. 3

Ovlivňuje práci praktických a všeobecných sester ve fakultních a krajských onkologických odděleních jejich nedostatek?

Průzkumná otázka č. 4

Poskytuje praktikování víry u praktických a všeobecných sester ve fakultních a krajských onkologických odděleních pomoc při zvládnání pracovního stresu?

Průzkumná otázka č. 5

Je souvislost mezi délkou praxe na fakultním nebo krajském onkologickém oddělení a incidencí syndromu vyhoření u praktických a všeobecných sester?

Průzkumná otázka č. 6

Zvládají stres lépe bezdětné praktické a všeobecné sestry než ty s 2 a více dětmi na ambulantním nebo lůžkovém onkologickém oddělení?

Průzkumná otázka č. 7

Má vliv nejvyšší dosažené vzdělání na subjektivní hodnocení kvality života praktických a všeobecných sester na ambulantním nebo lůžkovém onkologickém oddělení?

3.4.1 Průzkumná otázka č. 1

Jaký je stupeň psychické pracovní zátěže u praktických a všeobecných sester pracujících na ambulantních a lůžkových onkologických odděleních?

Tabulka 1 - Stupeň psychické pracovní zátěže u sester pracujících na onkologických odděleních - lůžkové oddělení

	Průměr	Medián	Modus	Minimum	Maximum
Přetížení	7,3	7	7	3	14
Monotonie	4,6	4	3	3	9
Nespecifický faktor	8,3	8	5	4	19
Hrubý skór	20,2	20	13	10	42,0

Tabulka 2 - Stupeň psychické pracovní zátěže u sester pracujících na onkologických odděleních - ambulantní oddělení

	Průměr	Medián	Modus	Minimum	Maximum
Přetížení	7,3	7	8	3	12
Monotonie	4,7	4	3	3	13
Nespecifický faktor	8,8	9	9	4	20
Hrubý skór	20,8	21	17	10	34,0

Hodnoty stupně psychické pracovní zátěže u sester pracujících na onkologických odděleních se téměř neliší v rozdělení na ambulantní (Tabulka 2) a lůžkové oddělení (Tabulka 1). Např. průměrné přetížení je na obou odděleních stejné (7,3).

Případnou přítomnost statisticky významných rozdílů lze ověřit pomocí statistických testů. Pro rozhodnutí, jaký test použít, byl proveden test normality. Normalita byla ověřena Shapiro-Wilkovým testem. Tento test ve své nulové hypotéze předpokládá, že výběr pochází z normálního rozdělení. Testovaná hypotéza je ve tvaru:

H_0 : Testované proměnné pochází z normálního rozdělení.

H_1 : Testované proměnné nepochází z normálního rozdělení.

Tabulka 3 - Průzkumná otázka 1 - testy normality proměnných

	Oddělení	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	P-hodnota
Přetížení	Ambulantní	,962	41	,184
	Lůžkové	,966	71	,053
Monotonie	Ambulantní	,775	41	,000
	Lůžkové	,897	71	,000
Nespecifický faktor	Ambulantní	,926	41	,011
	Lůžkové	,961	71	,028
Hrubý skór	Ambulantní	,983	41	,790
	Lůžkové	,961	71	,028

Ukazuje se, že první faktor má při dělení na ambulantní a lůžkové oddělení normální rozdělení. U ostatních faktorů tomu tak není, při dělení podle oddělení nemá vždy aspoň jedna fazeta normální rozdělení. Podle těchto skutečností jsou vybrány statistické testy:

- Pro první faktor byl využit dvouvýběrový t-test.
- V ostatních případech, tedy tam, kde proměnná nemá normální rozdělení, musel být použit Mann-Whitneův test.

Testovaná hypotéza je ve tvaru:

H₀: Stupeň psychické pracovní zátěže (faktor I / II / III / Nespecifický faktor) u sester pracujících na onkologických odděleních se podle typu oddělení (ambulantní nebo lůžkové) neliší.

H₁: Stupeň psychické pracovní zátěže (faktor I / II / III / Nespecifický faktor) u sester pracujících na onkologických odděleních se podle typu oddělení (ambulantní nebo lůžkové) liší.

Tabulka 4 - Průzkumná otázka č. 1 - výsledky testů

	P-hodnota
Faktor 1 – Přetížení	0,618
Faktor 2 – Monotonie	0,972
Faktor 3 – Nespecifický faktor	0,327
Hrubý skór	0,287

Jelikož žádná p-hodnota není nižší než hladina významnosti alfa (0,05), neprokázala se statisticky významná závislost stupně psychické pracovní zátěže u sester pracujících na onkologických odděleních na typu oddělení.

3.4.2 Průzkumná otázka č. 2

Mají praktické a všeobecné sestry ve fakultních a krajských nemocnicích možnosti eliminace vzniku syndromu vyhoření?

Byly využity odpovědi na otázky č. 7 a č. 22 z první části dotazníku:

Tabulka 5 - Existence preventivních programů syndromu vyhoření dle typu nemocnice

	Absolutní četnost		Celkem	Relativní četnost	
	Krajská nemocnice	Fakultní nemocnice		Krajská nemocnice	Fakultní nemocnice
Nevyplněno	2	0	2	3,8 %	0,0 %
Ano	7	17	24	13,5 %	28,3 %
Ne	43	43	86	82,7 %	71,7 %
Celkem	52	60	112	100,0 %	100,0 %

Z Tabulky 5 je zřejmé, že na existenci preventivních programů syndromu vyhoření odpovědělo „ano“ více respondentů z fakultních nemocnic, a to 28,3%. Naproti tomu v krajských nemocnicích jsou tyto programy jen ve 13,5%.

Pro zjištění, zda jde o statisticky významný rozdíl, byla využita vzhledem k charakteru proměnných pro tuto průzkumnou otázku χ^2 - test nezávislosti v kontingenční tabulce. Tento test ve své nulové hypotéze předpokládá, že znaky v kontingenční tabulce jsou nezávislé. Při ověřování nezávislosti tento test porovnává získané (empirické) četnosti s teoretickými četnostmi, které by měly nastat, pokud jsou sledované znaky nezávislé.

Pro správné použití tohoto testu se doporučuje, aby podíl polí, kde jsou očekávané četnosti nižší než 5, byl maximálně 20%.

Testovaná hypotéza je ve tvaru:

H₀: Možnost eliminace vzniku syndromu vyhoření na typu nemocnice nezávisí.

H₁: Možnost eliminace vzniku syndromu vyhoření na typu nemocnice závisí.

Pro vyhodnocení byly použity otázky č. 7 a č. 22 z 1. části dotazníku. U otázky č. 22 jsou 2 nevyplněné odpovědi, ty byly z testování vynechány.

Výsledkem testu je p-hodnota = 0,070. Není prokázána závislost eliminace vzniku syndromu vyhoření na typu nemocnice.

3.4.3 Průzkumná otázka č. 3

Ovlivňuje práci praktických a všeobecných sester ve fakultních a krajských onkologických odděleních jejich nedostatek?

Tabulka 6 - Vnímání dostatku sester a jeho vlivu na způsob práce dle typu nemocnice

		Absolutní četnost			Relativní četnost	
Dostatek sester	Vliv na způsob práce	Krajská nemocnice	Fakultní nemocnice	Celkem	Krajská nemocnice	Fakultní nemocnice
	Nevyplněno		1		0	1
Ano		36	43	79	69,2 %	82,7 %
Ne		15	17	32	28,8 %	32,7 %
	<i>Ano</i>	<i>10</i>	<i>12</i>	<i>22</i>		
	<i>Ne</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>10</i>		
Celkem		52	60	112	100,0 %	100,0 %

Z Tabulky 6 je patrné, že jen málo respondentů odpovědělo, že na oddělení je nedostatek sester, a že tento fakt má vliv na způsob práce (celkem 22 odpovědí). Vyhodnocení, zda mezi typy nemocnic existuje v této problematice statisticky významný rozdíl, není možné. Při použití χ^2 - testu nezávislosti v kontingenční tabulce dochází k nesplnění podmínek tohoto testu - více jak 20% polí má očekávanou četnost menší než 5.

Lze pouze ověřit to, zda se mezi nemocnicemi liší vnímání dostatku všeobecných sester. Pro ověření této závislosti byl použit χ^2 - test nezávislosti v kontingenční tabulce. Byly testovány hypotézy:

H₀: Vnímání dostatku všeobecných sester se mezi nemocnicemi neliší.

H₁: Vnímání dostatku všeobecných sester se mezi nemocnicemi liší.

K vyhodnocení byly využity otázky č. 7 a 13 první části dotazníku. V otázce č. 13 je jedna odpověď nevyplněna, proto nebyla využita.

Výsledná p-hodnotou testu je 0,901, což znamená, že nebyl prokázán statisticky významný rozdíl ve vnímání dostatku sester na oddělení v závislosti na typu nemocnice.

3.4.4 Průzkumná otázka č. 4

Poskytuje praktikování víry u praktických a všeobecných sester ve fakultních a krajských onkologických odděleních pomoc při zvládnání pracovního stresu?

Pro ověření této závislosti byl použit χ^2 - test nezávislosti v kontingenční tabulce. Jelikož při dělení dle typu nemocnice dochází k nedodržení podmínky testu (maximálně 20% polí s očekávanou hodnotou méně než 5), nelze hypotézu v tomto dělení vyhodnotit. Byla otestována alespoň obecně tuto závislost, testovaná hypotéza je ve tvaru:

H₀: Zvládnání pracovního stresu na praktikování víry nezávisí.

H₁: Zvládnání pracovního stresu na praktikování víry závisí.

K vyhodnocení byly využity otázky č. 10 z první části dotazníku a skóry, které vznikly z Meisterova dotazníku. Výsledky testu jsou zachyceny v tabulce 7.

Tabulka 7- Průzkumná otázka 4 - výsledky testů

	P-hodnota
Faktor 1 – Přetížení	0,945
Faktor 2 – Monotonie	0,149
Faktor 3 – Nespecifický faktor	0,674
Hrubý skór	0,461

Žádná z p-hodnot testu není statisticky významná, tudíž se neprokázala statisticky významná závislost zvládnání pracovního stresu a praktikování víry. Četnosti a hodnoty jednotlivých kategorií demonstruje Tabulka 8.

Tabulka 8 - Praktikování víry a zvládnání pracovního stresu

Praktikující věřící	Absolutní četnost	Relativní četnost	Faktor 1 – Přetížení	Faktor 2 – Monotonie	Faktor 3 – Nespecifický faktor	Hrubý skór
Ano	13	11,6 %	7,2	3,8	7,8	18,8
Ne	99	88,4 %	7,2	4,7	8,4	20,2
Celkem	112	100,0 %	7,2	4,6	8,3	20,1

3.4.5 Průzkumná otázka č. 5

Je souvislost mezi délkou praxe na fakultním nebo krajském onkologickém oddělení a incidencí syndromu vyhoření u praktických a všeobecných sester?

Pro ověření této závislosti je možné využít χ^2 - test nezávislosti v kontingenční tabulce. Jelikož při dělení dle typu nemocnice dochází k nedodržení podmínky testu (maximálně 20% polí s očekávanou hodnotou méně než 5), nelze hypotézu v tomto dělení vyhodnotit. Ze stejného důvodu nelze vyhodnotit ani obecnou závislost délky praxe a incidence syndromu vyhoření. Hlavním důvodem je, že syndromem vyhoření trpí jen minimum sester (konkrétně 8 sester), viz Tabulka 9.

Tabulka 9 - Existence syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nevyplněno	1	0,9 %
Ano	8	7,1 %
Ne	79	70,5 %
Nevím	24	21,4 %
Celkem	112	100,0 %

3.4.6 Průzkumná otázka č. 6

Zvládají stres lépe bezdětné praktické a všeobecné sestry než ty s 2 a více dětmi na ambulantním nebo lůžkovém onkologickém oddělení?

Pro zodpovězení této otázky byla použita odpověď č. 5 v 1. části dotazníku a faktory, které vznikly vyhodnocením 2. části dotazníku. Vzhledem k počtu odpovědí v jednotlivých kategoriích otázky č. 5 (počet dětí) se neuvvažovalo o normálním rozdělení této proměnné. Proto byl využit neparametrický test, a to konkrétně Kruskal-Wallisův test.

V tomto případě testovaná hypotéza byla dána do tvaru:

H₀: Zvládání stresu na počtu dětí (obecně nebo podle typu oddělení) nezávisí.

H₁: Zvládání stresu na počtu dětí (obecně nebo podle typu oddělení) závisí.

Výsledné p-hodnoty testů zobrazuje následující Tabulka:

Tabulka 10 - Průzkumná otázka 7 - výsledky testů

	P-hodnota – obecně	P-hodnota – lůžkové	P-hodnota – ambulantní
Faktor 1 – Přetížení	0,241	0,405	0,106
Faktor 2 – Monotonie	0,915	0,096	0,088
Faktor 3 – Nespecifický faktor	0,391	0,136	0,331
Hrubý skór	0,244	0,107	0,109

Žádný ze vztahů se neukázal jako statisticky významný, závislost zvládání stresu na počtu dětí se neprokázala obecně, ani podle typu oddělení. Pro úplnost jsou uvedené četnosti odpovědí na testované otázky.

Tabulka 11 - Závislost zvládání stresu na počtu dětí

Oddělení	Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost	Faktor 1 – Přetížení	Faktor 2 – Monotonie	Faktor 3 – Nespecifický faktor	Hrubý skór
Lůžkové	1	11	21,2 %	7,9	5,5	10,1	23,5
	2	20	38,5 %	7,4	4,6	8,7	20,7
	3	5	9,6 %	7,2	5,0	10,0	22,2
	žádné	16	30,8 %	6,1	4,1	7,1	17,4
	Celkem	52	100,0 %	7,1	4,7	8,6	20,4
Ambulantní	1	13	21,7 %	7,3	4,2	7,3	18,8
	2	30	50,0 %	7,2	4,6	8,5	20,3
	3	1	1,7 %	9,0	3,0	10,0	22,0
	žádné	16	26,7 %	7,1	4,5	7,8	19,4
	Celkem	60	100,0 %	7,2	4,5	8,1	19,8
Celkový součet		112		7,2	4,6	8,3	20,1

3.4.7 Průzkumná otázka č. 7

Má vliv nejvyšší dosažené vzdělání na subjektivní hodnocení kvality života praktických a všeobecných sester na ambulantním nebo lůžkovém onkologickém oddělení?

Jelikož nespokojenost s kvalitou života vyslovilo málo respondentů (nikdo nehodnotil známkou 1, jedna osoba známkou 2 a 12 osob hodnotilo známkou 3), nelze tuto hypotézu

vyhodnotit při použití χ^2 -testu v kontingenční tabulce - při křížení s proměnnou „vzdělání“ dochází k porušení podmínky maximálně 20% hodnot s očekávanou hodnotou méně než 5.

Tabulka 12 - Závislost vzdělání a spokojenosti s kvalitou života

Vzdělání \ Kvalita života	1	2	3	4	5	Nehodnoceno	Celkem
Střední zdravotnická škola	0	1	9	44	6	2	62
vyšší odborná škola	0	0	1	14	3	0	18
bakalářské studium	0	0	2	13	5	0	20
magisterské studium	0	0	0	9	3	0	12
Celkem	0	1	12	80	17	2	112

3.5 Seznam hypotéz

- H₁: Svobodná praktická a všeobecná sestra disponuje vyšší celkovou životní spokojeností, nežli vdaná/družka.
- H₂: Praktická a všeobecná sestra, která má děti, je se svým životem méně spokojena nežli bezdětná.
- H₃: Čím vyšší míru únavy praktická a všeobecná sestra zažívá, tím je její celková životní spokojenost nižší.
- H₄: Čím vyšší je míra opory blízkých osob, tím vyšší je celková životní spokojenost.
- H₅: Nespokojenost v oblasti sexuálního života snižuje celkovou životní spokojenost.
- H₆: Spokojenost s finanční odměnou za odvedenou práci koresponduje s celkovou životní spokojeností.
- H₇: Čím vyšší míru pracovního stresu praktická a všeobecná sestra zažívá, tím méně je celkově spokojená se svým životem.
- H₈: Může-li se praktická a všeobecná sestra realizovat skrze své oblíbené volnočasové aktivity, pak je její celková životní spokojenost vyšší.

3.5.1 H₁: Svobodná praktická a všeobecná sestra disponuje vyšší celkovou životní spokojeností, nežli vdaná/družka.

Byly použity odpovědi na otázky č. 4 a č. 20 v první části dotazníku. U otázky č. 4 byla vynechána odpověď d - vdovec, jelikož tak odpověděl pouze 1 respondent. Pro volbu testu bylo nutné nejprve zjistit, zda naše proměnná životní spokojenost v dělení podle rodinného stavu je v normálním rozdělení:

Tabulka 13 - Hypotéza 1 - testy normality

	Rodinný stav	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	P-hodnota
Životní spokojenost	Ženatý	,881	49	,000
	Svobodný	,900	41	,002
	Rozvedený	,909	20	,061

V kategoriích ženatý a svobodný nemá proměnná životní spokojenost normální rozdělení, proto byl použit Kruskal-Wallisův neparametrický test. Testovaná hypotéza je ve tvaru:

H₀: Celková životní spokojenost na rodinném stavu nezávisí.

H₁: Celková životní spokojenost na rodinném stavu závisí.

Výsledná p-hodnota tohoto testu je 0,840. **Nebyla prokázána závislost celkové životní spokojenosti na rodinném stavu.** Pro úplnost je uvedena četnost testovaných odpovědí.

Tabulka 14 - Rodinný stav a životní spokojenost

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost	Životní spokojenost - průměr
ženatý/vdaná	50	44,6 %	7,5
svobodný/á	41	36,6 %	7,7
rozvedený/á	20	17,9 %	7,7
vdovec/vdova	1	0,9 %	5,0
Celkem	112	100,0 %	7,6

3.5.2 H₂: Praktická a všeobecná sestra, která má děti, je se svým životem méně spokojena nežli bezdětná.

Byly využity odpovědi na otázky č. 5 a č. 20 v první části dotazníku. Pro volbu testu se nejprve muselo zjistit, zda má proměnná životní spokojenost ve všech kategoriích normální rozdělení:

Tabulka 15 - Hypotéza 2 - testy normality

	Počet dětí	Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.
Životní spokojenost	1	,913	24	,041
	2	,893	49	,000
	3	,827	6	,101
	žádné	,921	32	,022

Proměnná životní spokojenost nemá ve všech kategoriích normální rozdělení, proto byl použit Kruskal-Wallisův neparametrický test. Testovaná hypotéza je ve tvaru:

H₀: Celková životní spokojenost na počtu dětí nezávisí.

H₁: Celková životní spokojenost na počtu dětí závisí.

Výsledná p-hodnota tohoto testu je 0,332. **Není prokázána závislost celkové životní spokojenosti na počtu dětí.** Četnosti odpovědí zachycuje následující Tabulka 16.

Tabulka 16 - Celková životní spokojenost a počet dětí

Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost	Životní spokojenost – průměr
1	24	21,4 %	7,8
2	50	44,6 %	7,2
3	6	5,4 %	8,0
žádné	32	28,6 %	7,9
Celkem	112	100,0 %	7,6

3.5.3 H₃: Čím vyšší míru únavy praktická a všeobecná sestra zažívá, tím je její celková životní spokojenost nižší.

Byly využity odpovědi na otázky č. 20 v první části dotazníku a na otázku č. 10 ve třetí části dotazníku. Otázka č. 10 zní: Máte dost energie pro každodenní život? Pro volbu testu se muselo nejprve zjistit, zda mají obě proměnné normální rozdělení:

Tabulka 17 - Hypotéza 3 - testy normality

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	P-hodnota
Životní spokojenost	,908	111	,000
Energie	,783	111	,000

Obě proměnné nemají normální rozdělení, proto byl použit pro testování neparametrický test. Zde je vhodné použít Spearmanův korelační koeficient pořadové korelace.

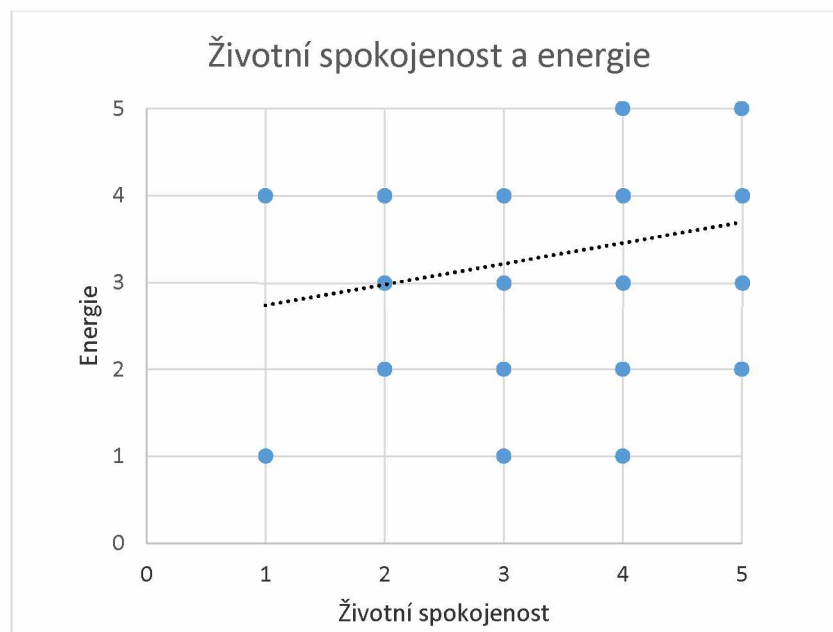
Testovaná hypotéza je ve tvaru:

H_0 : Celková životní spokojenost na míře energie nezávisí.

H_1 : Celková životní spokojenost na míře energie závisí.

Výsledný korelační koeficient je 0,243, což značí slabou lineární závislost. **P-hodnota tohoto testu je 0,010, daná závislost je tedy statisticky významná - celková životní spokojenost roste s mírou energie.** Souvislost hodnocení životní spokojenosti a energie zachycuje Graf 1 - body zachycují odpovědi respondentů na dané otázky, černá přerušovaná čára značí trend.

Graf 1 - Souvislost hodnocení životní spokojenosti a energie



3.5.4 H₄: Čím vyšší je míra opory blízkých osob, tím vyšší je celková životní spokojenost.

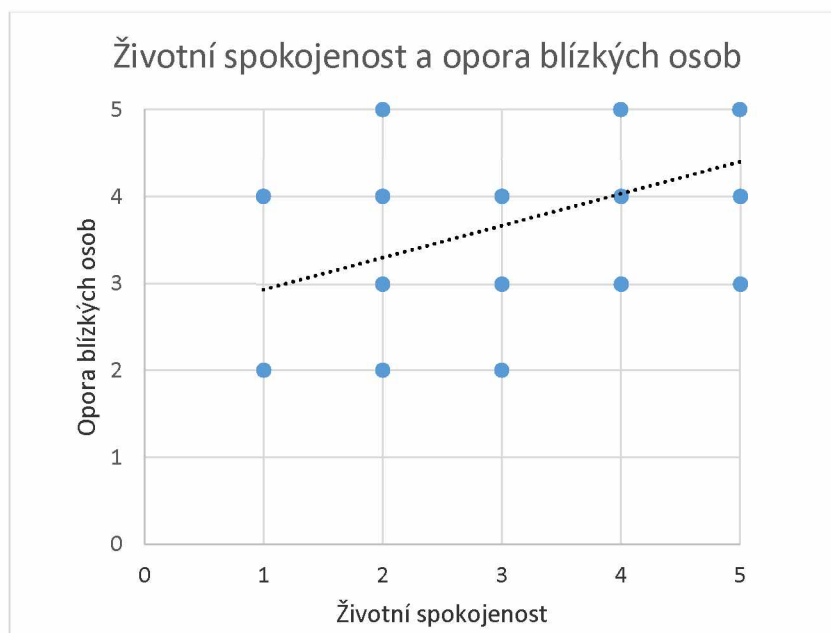
Byly využity odpovědi na otázku číslo 20 z první části dotazníku a na otázku č. 22 z třetí části dotazníku. Jelikož již v rámci hypotézy 5 bylo prokázáno, že otázka č. 20 nemá normální rozdělení, byl použit neparametrický test, a to Spearmanův korelační koeficient. Testovaná hypotéza je ve tvaru:

H₀: Celková životní spokojenost na míře opory blízkých nezávisí.

H₁: Celková životní spokojenost na míře opory blízkých závisí.

Výsledný korelační koeficient je 0,229, což značí slabou lineární závislost. **P-hodnota tohoto testu je 0,016, daná závislost je tedy statisticky významná - celková životní spokojenost roste s růstem míry opory blízkých.** Souvislost hodnocení životní spokojenosti a míry opory blízkých osob zachycuje Graf 2 - body zachycují odpovědi respondentů na dané otázky, černá přerušovaná čára značí trend.

Graf 2 - Souvislost hodnocení životní spokojenosti a opory blízkých osob



3.5.5 H_5 : Nespokojenost v oblasti sexuálního života snižuje celkovou životní spokojenost.

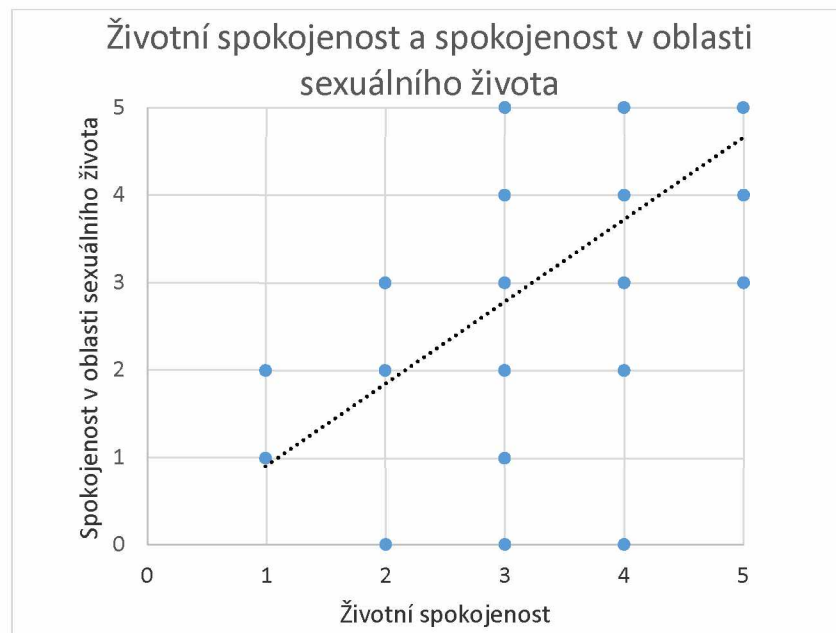
Byly využity odpovědi na otázku číslo 20 z první části dotazníku a na otázku č. 21 z třetí části dotazníku. Jelikož již v rámci hypotézy 5 byla prokázána, že otázka 20 nemá normální rozdělení, byl použit neparametrický test, a to Spearmanův korelační koeficient. Testovaná hypotéza je ve tvaru:

H_0 : Celková životní spokojenost na míře spokojenosti v oblasti sexuálního života nezávisí.

H_1 : Celková životní spokojenost na míře spokojenosti v oblasti sexuálního života závisí.

Výsledný korelační koeficient je 0,381, což značí středně silnou lineární závislost. **P-hodnota tohoto testu je 0,000, daná závislost je tedy statisticky významná - celková životní spokojenost roste s rostoucí mírou spokojenosti v oblasti sexuálního života.** Souvislost hodnocení životní spokojenosti a míry spokojenosti v oblasti sexuálního života zachycuje Graf 3.

Graf 3 - Souvislost hodnocení životní spokojenosti a spokojenosti v oblasti sexuálního života



3.5.6 H_6 : Spokojenost s finanční odměnou za odvedenou práci koresponduje s celkovou životní spokojeností.

Byly využity odpovědi na otázky č. 12 a č. 20 v první části dotazníku. U otázky č. 12 byly důležití respondenti, kteří uvedli v odpovědi variantu g). Jedná se o proměnnou, která nabývá 2 hodnot - ano (zaškrtl g) a ne (nezaškrtl g) Pro volbu testu se nejprve muselo zjistit, zda mají proměnné normální rozdělení:

Tabulka 18 - Hypotéza 6 - testy normality

	Mzda	Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	P-hodnota
Životní spokojenost	Ne	,913	86	,000
	Ano	,853	25	,002

Vzhledem k tomu, že v obou kategoriích nemá proměnná Životní spokojenost normální rozdělení, byl použit Kruskal-Wallisův neparametrický test. Testovaná hypotéza je ve tvaru:

H_0 : Celková životní spokojenost na spokojenosti s finanční odměnou nezávisí.

H_1 : Celková životní spokojenost na spokojenosti s finanční odměnou závisí.

Výsledná p-hodnota tohoto testu je 0,675. Neprokázala se závislost celkové životní spokojenosti na spokojenosti s finanční odměnou. Četnosti odpovědí zachycuje následující Tabulka 19.

Tabulka 19 - Životní spokojenost a spokojenost s finanční odměnou

Nespokojen s finanční odměnou	Absolutní četnost	Relativní četnost	Životní spokojenost - průměr
Ne	87	77,7 %	7,5
Ano	25	22,3 %	7,9
Celkem	112	100,0 %	7,6

3.5.7 H₇: Čím vyšší míru pracovního stresu praktická a všeobecná sestra zažívá, tím méně je celkově spokojená se svým životem.

Byly využity odpovědi na otázku č. 20 z první části dotazníku a faktorů, které vznikly z otázek v druhé části dotazníku. Jelikož již v rámci hypotézy 5 bylo prokázáno, že otázka č. 20 nemá normální rozdělení, byl použit neparametrický test, a to Spearmanův korelační koeficient. Testovaná otázka je ve tvaru:

H₀: Celková životní spokojenost na míře prožívaného pracovního stresu nezávisí.

H₁: Celková životní spokojenost na míře prožívaného pracovního stresu závisí.

Výsledky zachycuje Tabulka 20, statisticky významné výsledky jsou zvýrazněny červeně.

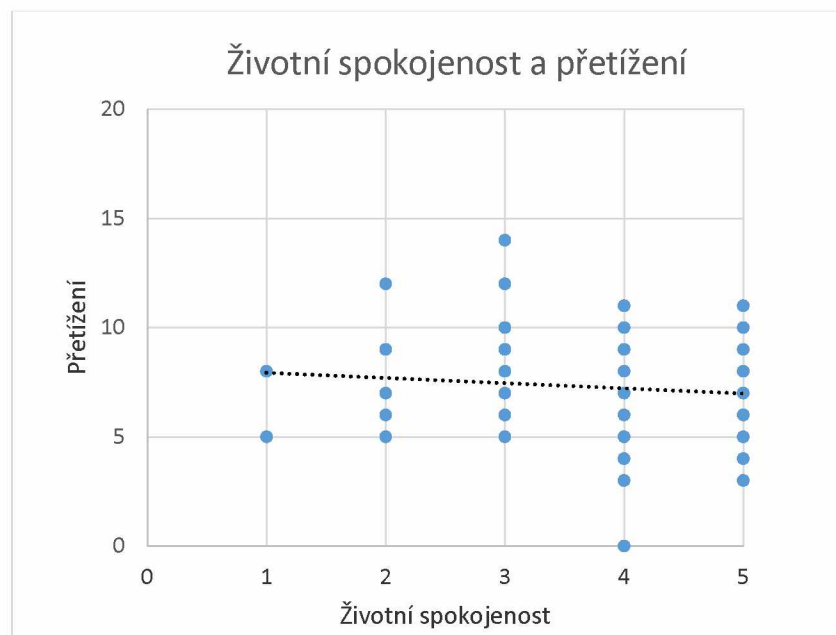
Tabulka 20 - Hypotéza 7 - Výsledky testu korelace

	Korelační koeficient	P-hodnota
1. faktor – Přetížení	-0,230	0,015

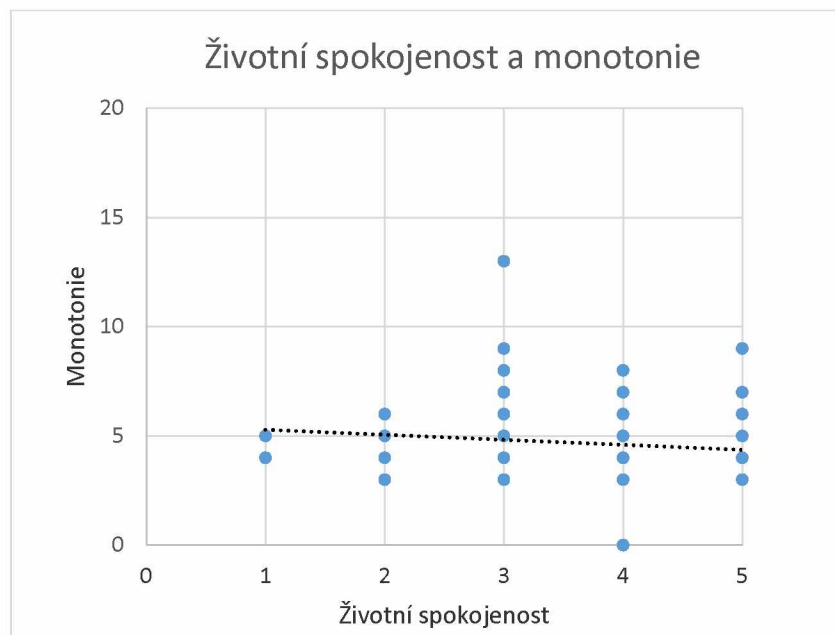
2. faktor – Monotonie	-0,334	0,000
3. faktor – Nespecifický faktor	-0,110	0,252
Hrubý skór	-0,234	0,013

Jako statisticky významná se ukázala závislost celkové životní spokojenosti a následujících faktorů: 1. faktor (p-hodnota = 0,015), 2. faktor (p-hodnota = 0,000) a hrubý skór (p-hodnota = 0,013). **Ve všech případech jde o nelineární závislost - s rostoucí mírou stresu podle faktorů 1 a 2 a hrubého skóru klesá životní spokojenost.** Souvislost hodnocení životní spokojenosti a statisticky významných proměnných zachycují Grafy 4, 5 a 6.

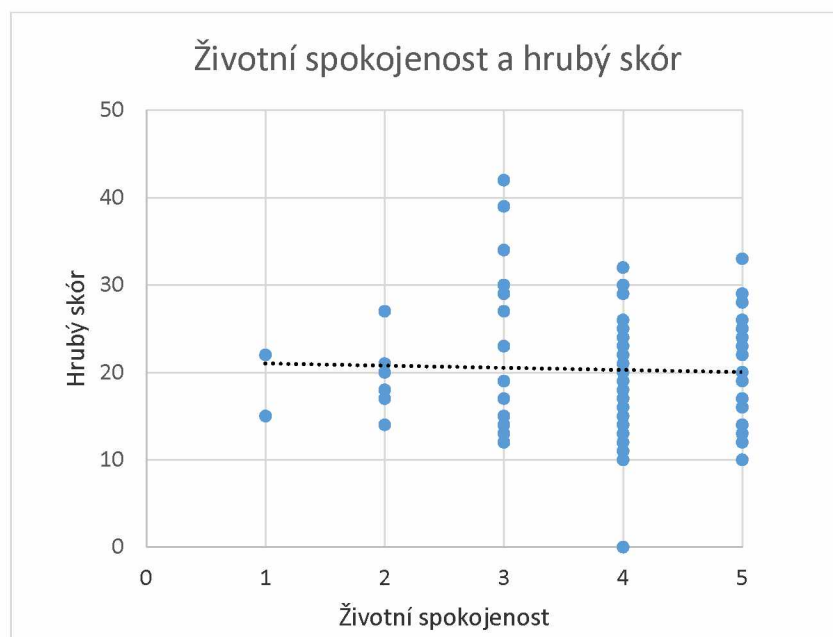
Graf 4 - Souvislost hodnocení životní spokojenosti a přetížení



Graf 5 - Souvislost hodnocení životní spokojenosti a monotonie



Graf 6 - Souvislost hodnocení životní spokojenosti a hrubý skór



3.5.8 H₈: Může-li se praktická a všeobecná sestra realizovat skrze své oblíbené volnočasové aktivity, pak je její celková životní spokojenost vyšší.

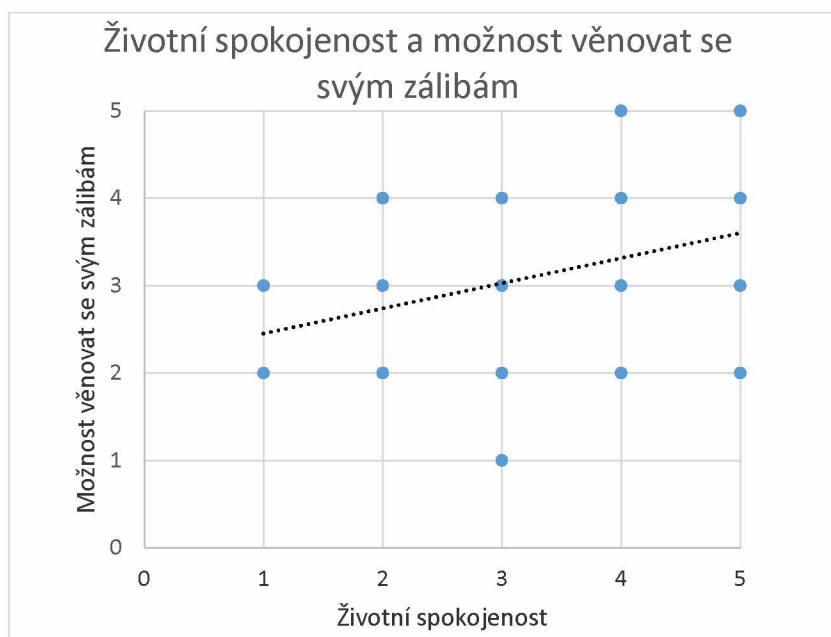
Byly využity odpovědi na otázku č. 20 z první části dotazníku a na otázku č. 14 z třetí části dotazníku. Jelikož již v rámci hypotézy 5 bylo prokázáno, že otázka č. 20 nemá normální rozdělení, byl použit neparametrický tes - Spearmanův korelační koeficient. Testovaná otázka je ve tvaru:

H₀: Celková životní spokojenost na míře možnosti věnovat se svým zálibám nezávisí.

H₁: Celková životní spokojenost na míře možnosti věnovat se svým zálibám závisí.

Výsledný korelační koeficient je 0,218, což značí slabou lineární závislost. P-hodnota tohoto testu je 0,022, daná závislost tedy je statisticky významná - celková životní spokojenost roste v závislosti na míře možnosti věnovat se svým zálibám. Souvislost proměnných zachycuje Graf 7.

Graf 7 - Souvislost hodnocení životní spokojenosti a možnosti věnovat se svým zálibám



4 DISKUZE

Průzkumná otázka č. 1:

Jaký je stupeň psychické pracovní zátěže u praktických a všeobecných sester pracujících na ambulantních a lůžkových onkologických odděleních?

V první průzkumné otázce byla neprokázána statisticky významná závislost stupně psychické pracovní zátěže u sester pracujících na ambulantním nebo lůžkovém onkologickém oddělení

Tento výsledek byl překvapující. Byl předpoklad, že sestry na lůžkovém oddělení mají vyšší psychickou zátěž, protože pracují ve směném provozu a z toho plynoucí narušení cirkadiánního rytmu, mají dvanáctihodinové služby, kdy jsou v delším fyzickém kontaktu s pacienty. V českých ani v zahraničních zdrojích nebyla vyhledána podobná komparativní studie. Ze zahraničního zdroje byl vyhledán průzkum, který provedla Debská at al. (2017, s. 36). Průzkum byl proveden v roce 2013 ve čtyřech polských nemocnicích na 164 onkologických sestřích, pracujících na lůžkových onkologických odděleních. Z průzkumu vyplynulo, že u sester je průměr přetížení 9,96 versus 7,3 u našeho průzkumu. Rozdíl u psychického přetížení není signifikantně odlišný. Příčinou může být kulturní podobnost českého a polského národu.

Průzkumná otázka č. 2:

Mají praktické a všeobecné sestry ve fakultních a krajských nemocnicích možnosti eliminace vzniku syndromu vyhoření?

Předpokladem bylo, že fakultní nemocnice, které spolupracují s příslušnou lékařskou fakultou, uskutečňují výzkumnou a vývojovou činnost. Tím by zde mohla být větší možnost ke zvyšování informační základny a lepší péče o své zaměstnance. Dle našeho průzkumu 28,3% sester ve fakultních nemocnicích a 13,5% v krajských nemocnicích má možnost preventivních programů syndromu vyhoření. Po následném testu nezávislosti bylo zjištěno, že není prokázána závislost eliminace vzniku syndromu vyhoření na typu nemocnice. Podobný průzkum v českých ani zahraničních zdrojích nebyl vyhledán, k tomuto tématu je vhodný průzkum Kratochvílové (2011, s. 41), která se ptala, zda se sestry domnívají, že management nemocnice hledá dostatečná řešení v boji proti syndromu vyhoření, ať už v prevenci nebo

v léčbě. Z 60 respondentů jich 51 odpovědělo, že vedení nemocnice se nesnaží řešit burnout syndrom. Průzkum byl realizován ve Fakultní nemocnici Brno na interní kardiologické klinice.

Průzkumná otázka č. 3

Ovlivňuje práci praktických a všeobecných sester ve fakultních a krajských onkologických odděleních jejich nedostatek?

Dle našeho průzkumu bylo neprokázáno, že existuje statisticky významný rozdíl ve vnímání dostatku sester na oddělení v závislosti na typu nemocnice. Předpokladem bylo, že ve fakultních nemocnicích bude menší nedostatek zaměstnanců z důvodu vyšší mzdy a lepšího materiálního vybavení, než v krajských nemocnicích. Dle průzkumu Pavlasové, které tvořilo výzkumný soubor 189 respondentů (2010, s. 68) 84% sester z oblastních nemocnic si myslelo, že je v České republice nedostatek sester a 81% sester z fakultních nemocnic. Dle novějšího výzkumu Böhmové (2016, s. 48), pocítují nedostatek sester na pracovišti 36% sester pracujících na onkologickém oddělení. Zda šlo o krajská či fakultní pracoviště nebylo v práci uvedeno.

Průzkumná otázka č. 4

Poskytuje praktikování víry u praktických a všeobecných sester ve fakultních a krajských onkologických odděleních pomoc při zvládnání pracovního stresu?

Z našeho průzkumu statisticky bylo neprokázána významná závislost zvládnání pracovního stresu a praktikování víry. Předpokladem bylo, že víra může pomoci se vyrovnat s těžkými okamžiky (Burešová, 2015, s. 15). Z průzkumu Böhmové (2016, s. 52), byla víra, jako způsob relaxace uvedena v 1% dotazovaných zdravotníků na onkologických pracovištích. Což koresponduje s tím, že Česká republika patří mezi nejateističtější země (Matulík, 2015). V jiném výzkumu, provedeném na šedesáti sestřích pracujících na intenzivní péči ze dvou středně velkých nemocnic v USA, u 68,3% víra umožňovala sestřím se lépe vyrovnávat s náročností profese a pozitivně ovlivňovala jejich emocionální vyčerpání (Meltzer, 2004, s. 202-208). Tento výsledek může mít příčinu v tom, že v USA je více lidí vyznávající víru než v České republice.

Průzkumná otázka č. 5

Je souvislost mezi délkou praxe na fakultním nebo krajském onkologickém oddělení a incidencí syndromu vyhoření u praktických a všeobecných sester?

V tomto případě nelze vyhodnotit obecnou závislost délky praxe a incidence syndromu vyhoření. Hlavním důvodem je, že syndromem vyhoření trpí jen 8 sester, což je 7% z celkového souboru. Jedná se o pozitivní výsledek. Bylo předpokladem, že vzhledem k náročnosti práce na onkologickém oddělení, bude více respondentů, kteří odpoví kladně na otázku, zdali trpí syndromem vyhoření. Výzkum na prevalenci burnout syndromu provedla Guillermo et al. (2018, s. 1426-1431), jednalo se o metaanalýzu předchozích výzkumů ze sedmi vědeckých databází na prevalenci burnout syndromu testem MBI. Výzkum zahrnoval 9959 onkologických sester. Prevalence emočního vyčerpání a depersonalizace byla u 30 %, nízká osobní výkonnost byla u 35 % respondentů. V České republice byl proveden výzkum Ježorské et al. (2012, s. 56-61), respondenty tvořilo 100 onkologických a hematoonkologických sester dvou fakultních nemocnic, kde byl využit BM dotazník. U 11 % byl syndrom vyhoření prokázán. Chápeme, že nemůžeme porovnávat náš výsledek s výsledky ostatních výzkumů (kdy sestry měly subjektivně odpovědět na otázku, zdali trpí syndromem vyhoření) s výzkumy, kde byl využit na prevalenci standardizovaný dotazník na burnout syndrom.

Průzkumná otázka č. 6

Zvládají stres lépe bezdětné praktické a všeobecné sestry než ty s 2 a více dětmi na ambulantním nebo lůžkovém onkologickém oddělení?

Výsledkem této otázky bylo, že žádný ze vztahů se neukázal jako statisticky významný, závislost zvládání stresu na počtu dětí se neprokázala obecně, ani podle typu oddělení. Východiskem pro tuto otázku bylo, že bezdětné ženy jsou méně unavené a mají více zdrojů ke zvládání stresových situací. Výzkum týkající se stresu provedla američanka Ko (2014, s. 32) na 40 onkologických sestrách pracujících v ambulantních onkologických odděleních. Byl využit Nursing Stress Scale dotazník, celkové skóre bylo rozděleno do tří různých úrovní stresu, 45 % uvádělo, že jsou bez stresu či s mírným stresem, 52,5 % cítilo mírný stres, a pouze 2,5 % cítili vysoký stres v zaměstnání.

Průzkumná otázka č. 7

Má vliv nejvyšší dosažené vzdělání na subjektivní hodnocení kvality života praktických a všeobecných sester na ambulantním nebo lůžkovém onkologickém oddělení?

Jelikož nespokojenost s kvalitou života vyslovilo málo respondentů, nelze tuto hypotézu vyhodnotit. Bylo předpokladem, že čím vyšší má sestra vzdělání, tím bude mít vyšší subjektivní hodnocení kvality života. Díky vyššímu vzdělání, by sestra měla více informací, a v případě nespokojenosti v jakékoliv oblasti by problém adekvátně řešila. Ve svém výzkumu Seidlerová (2013, s. 65) porovnávala hodnocení kvality života podle dosaženého vzdělání. Výsledkem bylo, že sestry s vysokoškolským vzděláním hodnotí kvalitu života v doméně prožívání hůře než sestry s vyšším odborným vzděláním.

H₁: Svobodná praktická a všeobecná sestra disponuje vyšší celkovou životní spokojeností, nežli vdaná/družka.

V našem průzkumu bylo zjištěno, že nebyla prokázána závislost celkové životní spokojenosti na rodinném stavu. Byl předpoklad, že svobodná sestra má více času na sebe, může si více věnovat svým koníčkům. Ve výzkumu Hamplové, která udělala výzkum ve 21 evropských zemích (2006, s. 39-45), lidé žijící v manželském svazku jsou celkově šťastnější než ostatní. Předpokládá se, že rodinný stav ovlivňuje životní spokojenost pomocí tří mechanismů: finanční situací, zdravotním stavem a emocionálním zázemím. Pozitivní vliv manželství se u žen a mužů projevuje dožitím vyššího věku, lepším zdravím, menším výskytem deprese, úzkosti a dalších psychických nemocí.

H₂: Praktická a všeobecná sestra, která má děti, je se svým životem méně spokojena nežli bezdětná.

V našem průzkumu nebyla prokázána závislost celkové životní spokojenosti na počtu dětí. Předpokladem pro tuto hypotézu bylo, že sestra s dětmi je více unavená péčí o děti a domácnost. Má méně energie a času se věnovat svým potřebám. Na toto téma udělal výzkum Sociologický ústav AV ČR (2016), výsledkem bylo, že děti na jednu stranu dodávají člověku smysl života a nechtěná bezdětnost je značnou psychickou zátěží, na druhou stranu řada

rodičů čelí vyčerpání a většímu stresu. Spokojenost rodičů souvisí s počtem dětí, jejich věkem a rodinným stavem rodiče. Obecně se dá říci, že matky samoživitelky jsou nejméně spokojené a více nemocné.

H₃: Čím vyšší míru únavy praktická a všeobecná sestra zažívá, tím je její celková životní spokojenost nižší.

Dle našeho průzkumu je daná závislost statisticky významná - celková životní spokojenost roste s mírou energie. Naším předpokladem bylo, že únava snižuje životní spokojenost. Dle výzkumu Piotrkowské, která provedla průzkum na 140 polských onkologických sestrách (2019, s. 374-380) je úzké propojení mezi spokojeností se životem a prací. Úroveň spokojenosti závisí na proměnných jako hodnotový žebříček, organizace práce, věk, pracovní doba. Práce ve směnném provozu, druhé zaměstnání snižuje spokojenost se životem.

H₄: Čím vyšší je míra opory blízkých osob, tím vyšší je celková životní spokojenost.

Dle našeho průzkumu celková životní spokojenost roste s růstem míry opory blízkých. Předpokladem pro tuto hypotézu bylo, že rodinná záchytná síť a přátelé sestrám zvyšují jejich životní spokojenost. Na toto téma nebyl vyhledán výzkum v sesterské profesi. Podobný tématem se zabývala Gencoz et al. (2004 s. 449-458), kdy bylo cílem prozkoumat přímé a nepřímé účinky sociální podpory na psychickou pohodu u vysokoškolských studentů. Výsledky ukázaly, že je přímá souvislost s pomocí, sociální podporou a psychickou pohodou (např. zmírněné příznaky deprese).

H₅: Nespokojenost v oblasti sexuálního života snižuje celkovou životní spokojenost.

Dle našeho průzkumu celková životní spokojenost roste s rostoucí mírou spokojenosti v oblasti sexuálního života. U této hypotézy bylo předpokladem, že když nejsou dostatečně uspokojovány sexuální potřeby, tak nemohou být uspokojovány i potřeby vyšší na základě teorie Maslowovy pyramidy potřeb. K podobným závěrům dospěli Doliňská-Zygmuntová a Nomejková (2011, s. 71-72), které na základě výzkumu provedeným na 49 ženách a 51 mužů

zjistili, že čím vyšší je úroveň sexuální spokojenosti, tím vyšší je úroveň kvality života. Výsledky výzkumu ukazují, že smysl pro kvalitu života žen se nevztahuje pouze na fyzický aspekt sexuality, ale jak je pro ně nesmírně důležité - na širší kontext - situační, sociální a psychický.

H₆: Spokojenost s finanční odměnou za odvedenou práci koresponduje s celkovou životní spokojeností.

V našem průzkumu byla neprokázána závislost celkové životní spokojenosti na spokojenosti s finanční odměnou. Pro tuto hypotézu byl předpoklad, že je souvislost mezi finanční odměnou a celkovou životní spokojeností. Dle našich výsledků je žebříček hodnot každého jedince odlišný. Ne všichni potřebují ke své spokojenosti vysoké finanční ohodnocení ale např. příjemné pracovní prostředí, dobrý kolektiv nebo možnost seberealizace. Podle výzkumu Dudáčkové (2016, s. 75), která provedla výzkum na 201 sestřích z různých oddělení, v otázce finančního ohodnocení si sestry postěžovaly, že by jejich plat mohl být lepší, ale v podstatě jsou spokojené. Ke stejnému výsledku došel Hnilica (2005, s. 385-398), který provedl výzkum na 208 úřednicích státní správy, výsledkem bylo, že materialistická hodnotová orientace vykazuje signifikantně záporný vztah se spokojeností v životě a vliv sebeúcty na spokojenost se životem není ani částečně zprostředkován materialistickou hodnotovou orientací.

H₇: Čím vyšší míru pracovního stresu praktická a všeobecná sestra zažívá, tím méně je celkově spokojená se svým životem.

Dle našeho průzkumu se zvyšující se mírou stresu klesá životní spokojenost. Předpokladem pro tuto hypotézu bylo, že stres snižuje spokojenost v životě. Dle výzkumu Piotrkowské (2019, s. 374-380) je signifikantní souvislost mezi spokojeností se životem a prací. Onkologické ošetřovatelství je dle ní charakterizováno výraznou fyzickou a duševní námahou. Jiný výzkum vypracovala Kamisli et al. (2017, s. 1065-1073), na 70 onkologických sestřích. Sestry udávaly zvýšené riziko vzniku burn out syndromu, jmenovaly nedostatečné zvládání pracovního stresu a poskytování psychické podpory pacientům, na druhou stranu cítily zvýšenou pracovní spokojenost, benefitem byly odborné dovednosti a změna priorit v osobním životě. Dle autorky výzkumu by sestry měly být podporovány různými aktivitami,

jako jsou postgraduální semináře, konference, kurzy, skupinové schůzky, poradenství a výzkumy v této oblasti.

H₈: Může-li se praktická a všeobecná sestra realizovat skrze své oblíbené volnočasové aktivity, pak je její celková životní spokojenost vyšší.

V našem průzkumu celková životní spokojenost roste v závislosti na míře možnosti věnovat se svým zálibám. Předpokladem pro tuto hypotézu bylo, že sestra, která realizuje své volnočasové aktivity, má svou celkovou životní spokojenost vyšší. Podobným tématem se zabýval Jun a Song (2016, s. 208-215). Dle jejich průzkumu na 292 sestřích, které pracovaly na směny, dospěla tato studie k závěru, že zdravotní sestry, které vnímaly vyšší spokojenost se svým volným životem, mají tendenci mít vyšší spokojenost se svou prací i ve stresové situaci. Proto jsou strategie ke zlepšení spokojenosti s volným časem nutné ke zvýšení spokojenosti s prací ve stresujících podmínkách. V jiné studii provedené na 1297 amerických občanech bylo Londonem et al. (1977, s. 328-334) zjištěno, že činnosti týkající se volného času, přispívají k vyšší kvalitě života.

4.1 Doporučení pro praxi

Na základě prostudované literatury, jsou zde uvedena doporučení, která by měla vést ke snížení rizika vzniku stresu a následného burnout syndromu.

- Ke zvýšení pocitu spokojenosti a snížení rizika vzniku burnout syndromu je vhodné zařadit na oddělení pravidelné supervize.
- Zavedení anonymní schránky, kam by sestry anonymně vkládaly své připomínky a návrhy, by mohlo vést ke zlepšení podmínek na pracovišti.
- Pro zvýšení psychické a fyzické pohody by byly vhodné benefity od zaměstnavatele ve formě např. týdnu dovolené navíc, poukázek na masáž, sportovních aktivit, wellness pobytů).
- Zavedení pravidelných porad mezi vedením a personálem.
- Zavedení bezplatného klinického psychologa pro sestry.
- Pravidelné přednášky týkající se témat jako stres, zátěž, burnout syndromu, relaxační techniky.

(Horáková, 2018, s. 46)

5 ZÁVĚR

Předložená diplomová práce se zabývala tématem kvality života praktických a všeobecných sester na onkologických pracovištích.

Práce byla rozdělena na dvě části. První, teoretická část se věnovala tématu kvalita života a jejím podkapitolám, byla popsána její bohatá historie, jak se její definice a obsah v průběhu času měnil, a kdo stál za těmito změnami. V další kapitole byly vysvětleny možnosti, jak lze přistupovat ke konceptu kvality života, či jakým způsobem WHO identifikuje čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života. Bylo věnováno se sedmi druhům přístupům, jak lze přistupovat ke kvalitě života z perspektivy různých oborů. Dalším velkým tématem bylo sumarizování všech hodnotících dotazníků kvality života, které byly rozděleny z pohledu toho, jak se daný dotazník hodnotí: na objektivní, kdy je hodnotitelem druhá osoba, subjektivní - hodnotitel je sama daná osoba a smíšené, jedná se o kombinaci obou předchozích druhů. Následujícím velkým tématem byla kapitola o onkologii a následná specifikace práce sestry na onkologickém oddělení, kde bylo popisováno, čím je práce na onkologickém oddělení odlišná. Posledním tématem bylo popsat druhy zátěží, které působí na sestru. Malá kapitola byla věnována termínům syndromu vyhoření, stresu, zásadám duševní hygieny a copingu. V úvodu byl stanoven za hlavní cíl popsat problematiku kvality života, cíl byl splněn. Dílčími cíly bylo popsat charakteristiku práce na onkologii, pojmenovat pojmy jako zátěž, syndrom vyhoření a coping. I tyto cíle se podařilo splnit.

Druhá část - praktická, která vycházela z teoretické základny, se věnovala průzkumu u praktických a všeobecných sester pracujících na onkologických pracovištích. Pro průzkum byly použity tři dotazníky, prvním byl autorem této práce vytvořený nestandardizovaný dotazník, sloužící ke zjištění anamnestických údajů, druhým byl Meisterův standardizovaný dotazník a posledním WHOQOL-BREF dotazník. Bylo stanoveno sedm průzkumných otázek, a osm hypotéz, které byly statisticky ověřovány. Průzkumné otázky, jsou následně v diskuzi komparovány s obdobnými výzkumy. Mezi hlavní shrnutí průzkumného šetření patří např. to, že mediálně prezentovaný nedostatek sester se dle odpovědí respondentů neprojevoval na vybraných onkologických odděleních. Další výsledek ukázal, že není statistický rozdíl v pocíťované subjektivní zátěži u sester pracujících na lůžkovém nebo ambulantním onkologickém oddělení. Analýzou dat bylo zjištěno, že není prokázána významná závislost finanční odměny s celkovou životní spokojeností. Co se týče osvětové činnosti v prevenci

burnout syndromu, bylo výsledkem, že fakultní nemocnice mají větší osvětovou činnost v prevenci syndromu vyhoření než krajské nemocnice. Ale přesto nebyla prokázána závislost eliminace vzniku syndromu vyhoření na typu nemocnice.

Cílem průzkumné části bylo ověřit, zdali kvalita života praktických a všeobecných sester je podmíněna vybranými proměnnými. Tento cíl byl splněn. Zpětně lze říci, že se mohli zkoumat i jiné proměnné (vzhledem k velkému rozsahu otázek v anamnestické části dotazníku) a tento průzkum by sledoval jiná témata týkající se kvality života a psychického zatížení.

6 POUŽITÁ LITERATURA

ANTOŠOVÁ, Danuše. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. ISBN 978-80-85047-49-3.

BALCAR, K. Životní smysl a kvalita života. In Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 253—261. ISBN 80-7254-657-0.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-701-3439-9.

BERGSMA, J. a George Libman ENGEL. Quality of life: does measurement help? *Health Policy*. Elsevier, 1988, **10**(3), 267-279. ISSN 0168-8510.

BŮHMOVÁ, Ivana. *Analýza pracovních stresorů zdravotnického personálu pracujícího s onkologickými pacienty*. Brno, 2016. Bakalářská práce. Mendelova Univerzita v Brně.

BUREŠOVÁ, Zuzana a Darja JAROŠOVÁ. Kvalita života sester pracujících v nemocnici. *Ošetrovatelstvo*. 2015, **5**(1), 13-17. ISSN 1338-6263.

CAÑADAS-DE LA FUENTE, Guillermo A., Jose L. GÓMEZ-URQUIZA, Elena M. ORTEGA-CAMPOS, Gustavo R. CAÑADAS, Luis ALBENDÍN-GARCÍA a Emilia I. DE LA FUENTE-SOLANA. Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: A meta-analytic study. *Psycho-Oncology* [online]. 2018, **27**(5), 1426-1433 [cit. 2020-05-09]. DOI: 10.1002/pon.4632. ISSN 10579249. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/pon.4632>

DEBSKA, Grażyna, Małgorzata PASEK a Ewa WILCZEK-RUŻYCZKA. Sense of Coherence vs. Mental Load in Nurses Working at a Chemotherapy Ward. *Central European Journal of Public Health* [online]. 2017, **25**(1), 35-40 [cit. 2020-05-08]. DOI: 10.21101/cejph.a4305. ISSN 12107778. Dostupné z: <http://cejph.szu.cz/doi/10.21101/cejph.a4305.html>

DOLEŽAL, Jan, Pavel MÁCHAL a Branislav LACKO. *Projektový management podle IPMA*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-4275-5.

DOLEŽALOVÁ, Pavla. *Sociálně léčebné aspekty kvality života klientů terapeutických komunit*. Brno, 2003. Rigorózní práce. Masarykova.

DUDÁČKOVÁ, Tereza. *Kvalita života pomáhajících profesí z pohledu všeobecných sester*. Hradec Králové, 2016. Bakalářská práce. Lékařská fakulta v Hradci Králové.

ELDER, Ruth, Katie EVANS a Debra NIZETTE. *Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2. Austrálie: Mosby, 2009. ISBN 9780729538770.

ESLAMI AKBAR, Rasool, Nasrin ELAHI, Eesa MOHAMMADI a Masoud FALLAHI KHOSHKNAB. What Strategies Do the Nurses Apply to Cope With Job Stress?: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science*. 2015, **8**(6). DOI: 10.5539/gjhs.v8n6p55. ISSN 1916-9744. Dostupné také z: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/50410>

FRANK-STROMBORG, Marilyn. *Instruments for Clinical Health-care Research*. 3. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers Canada, 2004. ISBN 978-443-5000.

FRK, Vladimír. *Kvalita života v kontextoch globalizácie a výkonovej spoločnosti*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2002. ISBN 80-8068-088-4.

GENÇÖZ, Tülin, Yeşim ÖZLALE a Randy LENNON. DIRECT AND INDIRECT EFFECTS OF SOCIAL SUPPORT ON PSYCHOLOGICAL WELL-BEING. *Social Behavior and Personality: an international journal* [online]. 2004, **32**(5), 449-458 [cit. 2020-05-13]. DOI: 10.2224/sbp.2004.32.5.449. ISSN 03012212.

GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2798-1.

GULLONE, Eleonora a Robert CUMMIS. *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators*. Dordrecht: Springer, 2002. ISBN 978-94-010-3960-4.

GURKOVÁ, Elena a Slávka MACEJKOVÁ. Psychická zátěž a depresivní symptomatologie u sester. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2012, **3**(1), 326-334. ISSN 1804-2740.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.

- HAMPLOVÁ, Dana. Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* [online]. 2006, **42**(1), 35-55 [cit. 2020-02-01]. ISSN 0038-0288. Dostupné z: <https://sreview.soc.cas.cz/pdfs/csr/2006/01/04.pdf>
- HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.
- HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-718-4890-5.
- HNILICA, Karel. Československá psychologie: Vlivy materialistické hodnotové orientace na spokojenost se životem. Praha: Katedra kulturologie FF UK, 2005, **49**(5). ISSN 0009-062X.
- HORÁKOVÁ, Vendula. Kvalita života pečujících o geriatrického pacienta [online]. Jihlava, 2018 [cit. 2020-07-11]. Dostupné z: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwifmsjF7ZPrAhVsMewKHWBhAMIQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fis.vspj.cz%2Fbp%2Fget-bp%2Fstudent%2F50136%2Fthema%2F6729&usg=AOvVaw1TpYrfps-lLrj-RVCd2tjW>. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Ingrid Juhásová.
- JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-718-4823-9.
- JEŽORSKÁ, Šárka, Jana KOZYKOVÁ a Jan CHRASTINA. Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících s onkologicky nemocnými. *Ošetrovatelstvo*. 2012, **2**(2), 56-62. ISSN 1338-6263.
- JUN, Younghee a Youngshin SONG. The Moderating Effect of the Leisure Satisfaction in the Job Stress on Job Satisfaction of Nurses on Shift Work. *Korean Journal of Occupational Health Nursing* [online]. 2016, **25**(3) [cit. 2020-05-14]. DOI: 10.5807/kjohn.2016.25.3.208. ISSN 2287-2531.
- KAIMAL, Girija, Katrina CARROLL-HASKINS, Janell L. MENSINGER, Rebekka M. DIETERICH-HARTWELL, Elizabeth MANDERS a William P. LEVIN. Outcomes of art therapy and coloring for professional and informal caregivers of patients in a radiation oncology unit: A mixed methods pilot study. *European Journal of Oncology Nursing*.

2019, **42**, 153-161. DOI: 10.1016/j.ejon.2019.08.006. ISSN 14623889. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1462388919301152>

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4740-263.

KALVODOVÁ, Libuše. Úvod do problematiky kvality života obecně a na onkologii. *Linkos* [online]. 2012 [cit. 2020-05-02]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kvalita-zivota-lekar/psychoonkologicka-pece-a-komunikace/uvod-do-problematiky-kvality-zivota-obecne-a-na-onkologii/>

KAMISLI, S, D YUCE, B KARAKILIC, S KILICKAP a M HAYRAN. Cancer patients and oncology nursing: Perspectives of oncology nurses in Turkey. *Nigerian Journal of Clinical Practice* [online]. 2017, **20**(9) [cit. 2020-05-13]. DOI: 10.4103/njcp.njcp_108_16. ISSN 1119-3077. Dostupné z: <http://www.njcponline.com/text.asp?2017/20/9/1065/217239>

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-707-1231-7.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KING, Paul W. *Climbing Maslow's Pyramid*. UK: Troubador Publishing, 2010. ISBN 978-1848764422.

KO, Woonhwa. *Stress levels of nurses in oncology outpatients units*. North Dakota, 2014. Magisterská. North Dakota State University of Agriculture and Applied Science.

Korean Journal of Occupational Health Nursing [online]. 2016, **25**(3) [cit. 2020-05-13]. ISSN 2287-2531.

KRATOCHVÍLOVÁ, Petra. *Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí*. Brno, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. Pro vaše zdraví. ISBN 80-716-9121-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 2002. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8551-2.

Kvalita života pomáhajících profesí z pohledu všeobecných sester. Hradec Králové, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze Lékařská fakulta v Hradci Králové.

LIBIGEROVÁ, E. a H. MÜLEROVÁ. *Česká a slovenská psychiatrie: Posuzování kvality života v medicíně* [online]. (4), 183-186 [cit. 2020-05-14]. ISSN 1212-0383.

LONDON, Manuel, M. CRANDALL a R. SEALS. The contribution of job and leisure satisfaction to quality of life. *Journal of Applied Psychology* [online]. 1977, **62**(3), 328-334 [cit. 2020-05-02].

LORETZ, Lorraine. *Primary Care Tools for Clinicians: A Compendium of Forms, Questionnaires, and Rating Scales for Everyday Practice*. USA: Mosby, 2005. ISBN 978-0323019835.

LUŽNÝ, Jan. *Kvalita života pracovníků ve vybraných nemocnicích Moravskoslezského kraje*. Olomouc, 2013. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4738-116.

Manželství nám prodlužuje život, ale přidává kilogramy. *Deník* [online]. Empresa Media, 2006 [cit. 2020-05-01]. Dostupné z: https://www.tyden.cz/rubriky/zdravi/vztahy/manzelstvi-nam-prodluzuje-zivot-ale-pridava-kilogramy_374722.html?showTab=diskutovane

MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.

MATULÍK, Rostislav. Dvě třetiny lidstva jsou věřící, Češi jsou čtvrtý nejateističtější národ. *Christnet* [online]. 2015, 16. 4. 2015 [cit. 2020-01-02]. Dostupné z: http://www.christnet.eu/clanky/5507/dve_tretiny_lidstva_jsou_verici_cesi_jsou_ctvrty_ne_jateistictejsi_narod.url

MEAD, Elaine. *Positivepsychology: 6 Scales to Measure Coping + The Brief Cope Inventory* [online]. 27. 04. 2020 [cit. 2020-05-08]. Dostupné z: <https://positivepsychology.com/coping-scales-brief-cope-inventory/>

MELTZER, Lilia Susana a Loucine Missak HUCKABAY. Critical Care Nurses' Perceptions of Futile Care and Its Effect on Burnout. *American Journal of Critical Care* [online]. 2004, 13(3), 202-208 [cit. 2020-05-08]. DOI: 10.4037/ajcc2004.13.3.202. ISSN 1062-3264. Dostupné z: <https://aacnjournals.org/ajconline/article/13/3/202/283/Critical-Care-Nurses-Perceptions-of-Futile-Care>

MLČOCH, Lubomír. Economics and Happiness: Why More is Sometimes not Better. *Politická ekonomie*. Praha, 2007, 55(2), 147-163. DOI: 10.18267/j.polek.594. ISSN 00323233. Dostupné také z: <http://polek.vse.cz/doi/10.18267/j.polek.594.html>

NAVRÁTILOVÁ, Marie a Petra VAŠUTOVÁ. Práce sestry na onkologickém oddělení. *Zdravi.euro* [online]. Mladá fronta, 2006 [cit. 2020-01-02]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/prace-sestry-na-onkologickem-oddeleni-273169>

NOMEJKO, Agnieszka a Dolińska Zygmunt GRAŻYNA. Sexual satisfaction's contribution to a sense of quality of life in early adulthood. *Polish Journal of Applied Psychology* [online]. 2011, 9(1), 65-73 [cit. 2020-01-02]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/235929133_Sexual_satisfaction's_contribution_to_a_sense_of_quality_of_life_in_early_adulthood

OBROČNÍKOVÁ, Andrea, Dagmar MAGUROVÁ, Ludmila MAJERNÍKOVÁ, Mária KAŠČÁKOVÁ a Mária HARČARIKOVÁ. Psychological strain between nurses. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2015, 6(4), 352-359. DOI: 10.15452/CEJNM.2015.06.0027. ISSN 23363517. Dostupné také z: <http://cejnm.osu.cz/doi/10.15452/CEJNM.2015.06.0027.html>

ONAN, Nevin, Ozlem ISIL a Gul BARLAS. THE EFFECT OF A NEW COPING INTERVENTION ON STRESS AND BURNOUT IN TURKISH ONCOLOGY NURSES. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*. 2013. DOI: 10.5455/musbed.20130814120535. ISSN 2146-3654. Dostupné také z: <http://www.clinexphealthsci.com/sayilar/104/buyuk/121-1301.pdf>

- PALKOVÁ, Luba a Lucia DIMUNOVÁ. Onkologická ošetrovatelská péče. *Zdravi.euro* [online]. Mladá fronta, 2013 [cit. 2020-02]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/onkologicka-oseetrovatelska-pece-468403>
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4756-462.
- PAVLASOVÁ, Zdeňka. *Příčiny nedostatku zdravotních sester ve vybraných zdravotnických zařízeních*. Hradec Králové, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze.
- PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-725-4657-0.
- PÉUS, Dominik, Nicolas NEWCOMB a Silvia HOFER. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. *BMC Medical Informatics and Decision Making* [online]. 2013, **13**(1) [cit. 2020-05-02]. DOI: 10.1186/1472-6947-13-72. ISSN 1472-6947. Dostupné z: <https://bmcmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-13-72>
- PIOTRKOWSKA, R., P. JARZYNKOWSKI, J. KSIĄŻEK a W. MĘDRZYCKA-DĄBROWSKA. Satisfaction with life of oncology nurses in Poland. *International Nursing Review*. 2019, **66**(3), 374-380. DOI: 10.1111/inr.12521. ISSN 0020-8132. Dostupné také z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inr.12521>
- PROCHÁZKOVÁ, Tereza. Teorie motivace podle Maslowa. *Mentem* [online]. 24. 10. 2018 [cit. 2020-01-02]. Dostupné z: <https://www.mentem.cz/blog/teorie-motivace/>
- PROSKE, Dirk. *Catalogue of Risks: Natural, Technical, Social and Health Risks*. Berlin: Springer, 2008. ISBN 978-3-540-79554-4.
- RODRIGUES, Andrea Bezerra a Eliane Corrêa CHAVES. Stressing factors and coping strategies used by oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008, **16**(1), 24-28. DOI: 10.1590/S0104-11692008000100004. ISSN 0104-1169.
- SAMPAIO, Cristina a Christopher G. GOETZ. *Rating Scales in Parkinson's Disease: Clinical Practice and Research*. New York: Oxford University Press, 2012. ISBN 978-0-19-978310-6.

SEIDLEROVÁ, Lenka. *Kvalita života pracovníků ve vybraných nemocnicích Moravskoslezského kraje*. Olomouc, 2013. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

SHANG, Jingjing, Christopher R. FRIESE, Evan WU a Linda H. AIKEN. Nursing Practice Environment and Outcomes for Oncology Nursing. *Cancer Nursing* [online]. 2013, **36**(3), 206-212 [cit. 2020-05-02]. DOI: 10.1097/NCC.0b013e31825e4293. ISSN 0162-220X. Dostupné z: <http://journals.lww.com/00002820-201305000-00005>

SHARMA, Neelam, Puneet TAKKAR, Abhishek PURKAYASTHA, Pradeep JAISWAL, Sachin TANEJA, Nishant LOHIA a AnuRani AUGUSTINE. Occupational Stress in the Indian Army Oncology Nursing Workforce: A Cross-sectional Study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2018, **5**(2). DOI: 10.4103/apjon.apjon_61_17. ISSN 2347-5625. Dostupné také z: <http://www.apjon.org/text.asp?2018/5/2/237/219357>

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2007. Zdravotnický asistent. ISBN 978-802-4722-702.

SLOVÁČKOVÁ, Zuzana. Zdraví - historie a současnost. Sborník prací filozofické fakulty brněnské univerzity, Brno: Masarykova univerzita, 2008, roč. 12, č. 1, s. 85-98. ISSN 1211-3522.

SNOEK, Frank. Quality of Life: A Closer Look at Measuring Patients' Well-Being. *Diabetes Spectrum* [online]. 2000, **13**(1), 24-28 [cit. 2020-01-02]. Dostupné z: <http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/00v13n1/pg24.htm>

STACKEOVÁ, Daniela. *Relaxační techniky ve sportu: [autogenní trénink, dechová cvičení, svalová relaxace]*. Praha: Grada, 2011. Fitness, síla, kondice. ISBN 978-80-247-3646-4.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-737-2105-8.

THORNICROFT, Graham a Michele TANSELLA. *Mental Health Outcome Measures*. 3. Glasgow: Bell & Bain Ltd, 2010. ISBN 978-1-904671-92-3.

TOKÁROVÁ, A.: K metodologickým otázkám výskumu a hodnotenia kvality života. In: *Kvalita života v sociálnych kontextoch globalizácie a výkonovej spoločnosti*. Slovensko-poľský zborník štúdií a článkov. Acta facultatis Philosophicae Prešoviensis. Ed. A. Tokárová. Prešov: FF PU, 2002. ISBN 80-8068-087-6.

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.

VADUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 11. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, [2015]. ISBN 978-80-7345-464-7.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7117-8740-X.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.

Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. ISBN 978-80-85047-47-9.

7 PŘÍLOHY

Příloha A - <i>Dotazník</i>	95
-----------------------------------	----

Dotazník

Dobrý den,

Jsem studentkou 2. ročníku oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tento dotazník byl vytvořen jako součást praktické části mé diplomové práce na téma Kvalita života nelékařských zdravotnických pracovníků na onkologických odděleních. Dotazník se skládá ze tří částí. První část tvoří nestandardizovaný dotazník, který je sestaven z dvaceti jedna uzavřených otázek a pěti polouzavřených otázek. U každé otázky respondent zakroužkuje pouze jednu variantu odpovědi nebo doplní slovy. Druhá část obsahuje Meisterův standardizovaný dotazník, kde respondent označí k danému tvrzení číslo z hodnotící stupnice. Třetí část obsahuje standardizovaný WHOQOL-BREF dotazník, kde respondent zakroužkuje u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje jeho odpověď.

Prosím o vyplnění všech tří částí. Dotazník je určen pro praktické a všeobecné sestry. Tento dotazník je zcela anonymní a veškeré údaje budou sloužit pouze k vypracování mé diplomové práce. V případě nejasností či zájmu o zaslání výsledků průzkumu se na mne můžete obrátit na e-mail st51213@student.upce.cz.

Děkuji Vám za spolupráci a věnovaný čas.

Bc. Gabriela Finková, DiS.

1. část - vstupní údaje

V otázkách zakroužkujte prosím 1 správnou odpověď nebo doplňte slovy. Otázky se týkají práce na onkologických odděleních za poslední rok.

1. Jsem:

- a) žena
- b) muž

2. Věková kategorie, do které patřím:

- a) do 25 let
- b) 26 - 35 let
- c) 36 - 45 let
- d) 46 - 55 let
- e) 56 a více

3. Délka praxe na onkologickém oddělení:

- a) do 1 roku
- b) 2 - 5 let
- c) 6 - 10 let
- d) 11 - 15 let
- e) 16 - 20 let
- f) 21 - 25 let
- g) 26 let a více

4. Rodinný stav:

- a) ženatý/vdaná
- b) svobodný/á
- c) rozvedený/á
- d) vdovec/vdova

5. Uved'te počet dětí:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 a více
- e) žádné

6. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší odborná škola
- c) bakalářské studium
- d) magisterské studium

7. V jakém zařízení pracujete:

- a) onkologická klinika nemocnice krajského typu
- b) onkologická klinika nemocnice fakultního typu

8. Na jakém typu oddělení pracujete:

- a) lůžkové oddělení
- b) ambulantní oddělení

9. Pracovní zařazení:

- a) všeobecná sestra
- b) praktická sestra

10. Jste praktikující věřící:

- a) ano
- b) ne

11. Pokud jste odpověděl/a ano, pomáhá Vám víra ve zvládnání pracovního stresu:

- a) ano
- b) ne

12. Jaký pracovní problém nejvíce ovlivňuje vaši práci:

- a) problémy s nadřízenými
- b) problémy s kolegy
- c) nadbytek práce
- d) nedostatek práce
- e) špatná atmosféra na pracovišti
- f) nedostatečné ocenění práce
- g) nedostatečné platové ohodnocení práce
- h) nedostatečné materiální zajištění pracoviště
- i) ztráta nadšení a smyslu práce
- j) obavy z budoucnosti
- k) stres
- l) jiné (prosím doplňte)

13. Je na Vašem onkologickém oddělení dostatek všeobecných sester/praktických sester:

- a) ano
- b) ne

14. Pokud jste odpověděl/a, že je na Vašem onkologickém oddělení nedostatek všeobecných/praktických sester, ovlivňuje to Váš způsob práce:

- a) ano (prosím doplňte jakým způsobem)
- b) ne

15. Jaká je Vaše motivace k práci na onkologickém oddělení:

- a) mzda
- b) jistota zaměstnání
- c) získání nových vědomostí a dovedností
- d) spokojenost pacientů
- e) příjemné pracovní prostředí
- f) dobrá spolupráce
- g) dostatečné uznání
- h) péče o pacienta
- i) spolupráce

- j) prestiž povolání
- k) image zařízení
- l) možnost seberealizace

16. Kde hledáte pomoc, když se cítíte unavení:

- a) rodina
- b) přátelé
- c) kolegové
- d) nehledám pomoc

17. Jaký způsob zvládnutí únavy nejvíce využíváte:

- a) sport
- b) koníčky
- c) celoživotní vzdělávání
- d) spánek
- e) sledování televize, internetu, poslech rozhlasu
- f) víra
- g) sex
- h) relaxační techniky
- i) jiné (prosím doplňte)

18. Pomáhá Vám tento způsob:

- a) ano
- b) ne

19. Co by mohlo zlepšit pohodu na Vašem pracovišti:

- a) zlepšení komunikace v pracovním týmu
- b) zlepšení komunikace s nadřízeným
- c) častější provádění supervizí
- d) zlepšení spolupráce
- e) pochvala
- f) poskytování zaměstnaneckých benefitů
- g) jiné (prosím doplňte)

20. Ohodnořte spokojenost ve Vašem životě na škále od 1 do 10 (1 - absolutně nespokojen/á, 10 - naprosto spokojen/á):

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) 6
- g) 7
- h) 8
- i) 9
- j) 10

21. Jsou Vaše koníčky a zájmy ovlivňovány pracovní vytížeností:

- a) vždy
- b) často
- c) někdy
- d) zřídka
- e) nikdy

22. Má Vaše pracoviště preventivní programy syndromu vyhoření:

- a) ano
- b) ne

23. Pokud jste odpověděl/a ano, jaké:

- a) supervize
- b) Balintovské skupiny
- c) přednášky na téma syndrom vyhoření
- d) jiné (prosím doplňte)

24. Domníváte se, že trpíte syndromem vyhoření: (Jedná se o stav zapříčiněný dlouhodobým psychickým, emocionálním a fyzickým vyčerpáním, vzniklý v důsledku dlouhotrvajícího pracovního stresu)

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

25. Víte, kde hledat odbornou pomoc v případě syndromu vyhoření:

- a) ano
- b) ne

2. část - Meisterův dotazník - hodnocení pracovní zátěže

Vaším úkolem je u každé otázky označit odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

5 - ano, plně souhlasí

4 - spíše ano

3 - nevím, někdy ano, někdy ne

2 - spíše nesouhlasí

1 - ne, vůbec nesouhlasí

		ano.....ne				
1.	Při práci se často dostávám do časové tísně.	5	4	3	2	1
2.	Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a.	5	4	3	2	1
3.	Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky.	5	4	3	2	1
4.	Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.	5	4	3	2	1
5.	V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby.	5	4	3	2	1
6.	Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje.	5	4	3	2	1

7.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost.	5	4	3	2	1
8.	Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného.	5	4	3	2	1
9.	Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost.	5	4	3	2	1
10.	Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností.	5	4	3	2	1

3. část - WHOQOL-BREF - hodnocení kvality života

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	1	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná, ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen /a	nespokojen /a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/ a	velmi spokojen/ a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují	1	2	3	4	5

přátelé?					
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5