UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2021 Bc. Martina Šulová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života a zdraví všeobecných sester

Bc. Martina Šulová

2021 Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE
(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Bc. Martina Šulová**
Osobní číslo:	**Z19314**
Studijní program:	**N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce:	**Kvalita života a zdraví všeobecných sester**
Zadávající katedra:	**Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

1. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČELEVA, 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
2. HAMPLOVÁ, Lidmila, 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 132 s. ISBN 978-80-271-0568-7.
3. HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství. 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
4. MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika: v moderní ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
5. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
6. VÉVODA, Jiří, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

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

Datum zadání diplomové práce: **2. prosince 2019**
Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2021**

L.S.

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

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Kvalita života a zdraví všeobecných sester jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámen 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 29. 04. 2021

Martina Šulová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za odborné rady, vstřícný přístup, opravdový zájem, ochotu, trpělivost a čas, který mi věnovala při vedení této diplomové práce. Dále děkuji za trpělivost mé rodině a přátelům. Mé poděkování patří samozřejmě i kolegyním a kolegům z řad všeobecných sester, kteří se ochotně podíleli na výzkumném šetření.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá kvalitou života a zdraví všeobecných sester. V teoretické části definuji základní informace o kvalitě života, včetně osobní pohody, lidských potřeb a možnostech měření kvality života. Dále popisuji problematiku kvality života ve vztahu ke zdraví a kvalitu pracovního života. Navazující výzkumná část obsahuje analýzu vyhodnocených dotazníků, které shrnují kvalitu života a zdraví všeobecných sester v daném zdravotnickém zařízení. V závěru jsou zpracované výsledky shrnuty a současně zhodnoceny z pohledu cílů, výzkumných otázek a hypotéz diplomové práce.

KLÍČOVÁ SLOVA

kvalita života, kvalita zdraví, lidské potřeby, všeobecná sestra, osobní pohoda

TITLE

Quality of life and health of nurses

ANNOTATION

The diploma thesis deals with the quality of life and health of nurses. In the theoretical part, I define basic information about quality of life, including personal well-being, human needs and the possibilities of measuring quality of life. I also describe the issue of quality of life in relation to health and quality of working life. The following research part contains an analysis of the evaluated questionnaires, which summarize the quality of life and health of general nurses in a given medical facility. In the end, the processed results are summarized and at the same time evaluated from the point of view of goals, research questions and hypotheses of the diploma thesis.

KEYWORDS

quality of life, quality of health, human needs, general nurse, personal well-being

OBSAH

Úvod....13
Cíl práce....14
Výzkumné otázky....14
1 Kvalita života....15
1.1 Obsah pojmu kvalita života....15
1.2 Historie pojmu....15
1.3 Domény kvality života....17
2 Kvalita života ve vztahu ke zdraví....21
2.1 Definice zdraví....21
2.2 Determinanty zdraví....22
2.2.1 Faktory životního prostředí....23
2.2.2 Faktory životního stylu....23
2.2.3 Faktory zdravotní péče....24
3 Osobní pohoda....25
3.1 Lidské potřeby a jejich definice....25
3.2 Dělení potřeb....25
3.2.1 Dělení potřeb dle Abrahama Harolda Maslowa....27
3.3 Proces naplnění potřeb....28
4 Hodnocení a měření kvality života....30
4.1 Metody měření kvality života....30
4.2 Nástroje k měření kvality života....30
4.3 Generické dotazníky....30
4.3.1 WHOQOL....31
4.3.2 ProQOL....31
4.3.3 SF-36....31
4.3.4 SQUALA....32

4.4 Specifické dotazníky 32
4.5 Výzkumy zabývající se kvalitou života všeobecných sester 32
5 Kvalita pracovního života 34
5.1 Definování kvality pracovního života 34
5.2 Vybrané faktory kvality pracovního života 34
5.2.1 Organizace pracovní doby 34
5.2.2 Bezpečné pracovní prostředí 36
5.2.3 Psychologické a psychosociální faktory 36
5.3 Náplň práce všeobecné sestry 38
5.3.1 Rizika povolání všeobecné sestry 39
5.3.2 Syndrom vyhoření 40
5.3.3 Sekundární traumatický stres 41
6 Výzkumná část 42
6.1 Cíle výzkumu a hypotézy 42
6.2 Metodika výzkumu a výzkumný nástroj 44
6.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí 44
6.3.1 Demografické a identifikační údaje 45
6.4 Zpracování dat 49
6.5 Prezentace výsledků WHOQOL-BREF 50
6.5.1 Výsledky jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF 50
6.5.2 Výsledky jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF 55
6.5.3 Porovnání výsledků dotazníku WHOQOL-BREF 56
6.6 Prezentace výsledků ProQOL 81
6.6.1 Výsledky jednotlivých domén dotazníku ProQOL 81
6.6.2 Porovnání výsledků dotazníku ProQOL 82
6.6.3 Testování hypotéz 84
7 Diskuze 88

8 Závěr 94
9 Použitá literatura 96
10 Přílohy 102

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 - Obecný hierarchický model kvality života (Kováč, 2001, s. 40).....18
Obrázek 2 - Maslowova pyramida potřeb (Šamánková, 2011, s. 26).....27

Tabulka 1 - Indikátorový rámec pro měření kvality života v České republice (Úřad Vlády ČR, 2017).....19
Tabulka 2 - Zásadní dělení potřeb, upraveno dle Šamánkové a kol. (2011, s. 17-19).....26
Tabulka 3 - Charakteristika práce všeobecné sestry (Malíková, 2020).....38
Tabulka 4 - Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?.....50
Tabulka 5 - Jak spokojený/á jste se svým zdravím?.....50
Tabulka 6 - Průměrné skóry položek u dom1.....51
Tabulka 7 - Průměrné skóry položek u dom2.....52
Tabulka 8 - Průměrné skóry položek u dom3.....53
Tabulka 9 - Průměrné skóry položek u dom4.....54
Tabulka 10 - Průměrné skóre domén WHOQOL-BREF.....55
Tabulka 11 - Intervaly populačních norem pro domény WHOQOL-BREF (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 42).....55
Tabulka 12 - Výsledky jednotlivých domén dotazníku ProQOL.....81
Tabulka 13 - Hodnocení kvality profesního života dle věku.....82
Tabulka 14 - Hodnocení kvality profesního života dle délky praxe ve zdravotnictví.....83
Tabulka 15 - Hodnocení kvality profesního života dle místa pracoviště.....83
Tabulka 16 - Hodnocení kvality profesního života dle druhu provozu.....84
Tabulka 17 - Výsledek hypotézy 1.....85
Tabulka 18 - Výsledek hypotézy 2.....86
Tabulka 19 - Výsledky hypotézy 3.....87
Tabulka 20 - Výsledek hypotézy 4.....87

Graf 1 - Pohlaví respondentů.....46
Graf 2 - Věk respondentů.....46
Graf 3 - Délka praxe ve zdravotnictví.....47
Graf 4 - Místo pracoviště.....48
Graf 5 - Druh směnného provozu.....48
Graf 6 - Hodnocení dom1 podle věku.....57

Graf 7 - Hodnocení dom2 podle věku 58
Graf 8 - Hodnocení dom3 podle věku 59
Graf 9 - Hodnocení dom4 podle věku 60
Graf 10 - Hodnocení Q1 podle věku.....61
Graf 11 - Hodnocení Q2 podle věku.....62
Graf 12 - Hodnocení dom1 podle délky praxe ve zdravotnictví.....63
Graf 13 - Hodnocení dom2 podle délky praxe ve zdravotnictví.....64
Graf 14 - Hodnocení dom3 podle délky praxe ve zdravotnictví.....65
Graf 15 - Hodnocení dom4 podle délky praxe ve zdravotnictví.....66
Graf 16 - Hodnocení Q1 podle délky praxe ve zdravotnictví.....67
Graf 17 - Hodnocení Q2 podle délky praxe ve zdravotnictví.....68
Graf 18 - Hodnocení dom1 podle místa pracoviště 69
Graf 19 - Hodnocení dom2 podle místa pracoviště 70
Graf 20 - Hodnocení dom3 podle místa pracoviště 71
Graf 21 - Hodnocení dom4 podle místa pracoviště 72
Graf 22 - Hodnocení Q1 podle místa pracoviště 73
Graf 23 - Hodnocení Q2 podle místa pracoviště 74
Graf 24 - Hodnocení dom1 podle druhu směnného provozu.....75
Graf 25 - Hodnocení dom2 podle druhu směnného provozu.....76
Graf 26 - Hodnocení dom3 podle druhu směnného provozu.....77
Graf 27 - Hodnocení dom4 podle druhu směnného provozu.....78
Graf 28 - Hodnocení Q1 podle druhu směnného provozu.....79
Graf 29 - Hodnocení Q2 podle druhu směnného provozu.....80

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

BOZP	Bezpečí a ochrana zdraví při práci
HDI	Index lidského rozvoje
HRQOL	Kvalita života ve vztahu ke zdraví
ProQOL	Kvalita profesního života
PWB	Psychologická osobní pohoda
PWI-A	Index osobní spokojenosti - dospělí
QoL	Kvalita života
QWL	Kvalita pracovního života
SF-36	Krátká verze dotazníku kvality zdraví
SQUALA	Dotazník subjektivní kvality života
SWB	Subjektivní osobní pohoda
VO	Výzkumná otázka
WHO	Světová zdravotnická organizace
WHOQOL	Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace

ÚVOD

Pojem kvalita života a zdraví je čím dál aktuálnější otázkou současné doby a s postupem času stoupá zájem o zkoumání tohoto fenoménu. Koncept kvality života je multidimenzionální, vysoce individuální a do jeho hodnocení se promítají oblasti života jedince jak v sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální sféře, tak ale i ve sféře osobního a pracovního života. Každý jedinec jakožto individuum vnímá kvalitu života i zdraví dle svých nároků na spokojený a kvalitní život, a proto je tak těžké definovat tento pojem (Gurková, 2011).

Tato diplomová práce má za cíl přispět k poznání stavu a úrovně kvality života a zdraví všeobecných sester. Profese všeobecné sestry prochází v posledním století mnohými změnami, na sestry jsou kladeny čím dál větší požadavky a celková prestiž této profese stoupá. Vzhledem k tomuto dynamickému rozvoji a vzhledem k řadě zátěžových vlivů, které jsou s touto profesí spojeny, je nutné věnovat nemalou pozornost právě vnímané kvalitě života a zdraví z pohledu všeobecných sester (Vévoda a kol., 2013).

Téma této diplomové práce jsem si vybrala ze dvou hlavních důvodů. Jedním z těchto důvodů je má vlastní, ač zatím krátká, pracovní zkušenost s profesí všeobecné sestry. Jakožto sestra pracující v nepřetržitém provozu velice vnímám pracovní vytíženost a náročnost tohoto povolání, avšak skutečnost pomáhat lidem a vykonávat práci, která mě baví, můj pocit spokojenosti nesmírně naplňuje. Dalším důvodem pro výběr tohoto tématu byla nynější situace s celosvětovou pandemií. Za uplynulý rok jsem nespočetně mnohokrát zažila situace, kdy pracovní povinnosti byly nad mými osobními zájmy a můj osobní život se podřizoval práci, stejně tak tomu bylo i u kolegyň a kolegů z řad všeobecných sester.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Jak jsem již zmínila na začátku úvodu, v teoretické části definuji samotný pojem kvalita života společně s jeho historií a možnostmi měření. Dále popisuji oblast osobní pohody včetně lidských potřeb, definuji kvalitu zdraví a pracovního života. Pro výzkumnou část jsem zvolila dva standardizované dotazníky – škála profesní kvality života (ProQOL) a dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace (WHOQOL-BREF), které jsou obohacené o demografické a identifikační údaje. Výzkum byl zaměřen na všeobecné sestry z interního oddělení, infekčního oddělení a na všeobecné sestry z urgentního příjmu vybrané nemocnice.

Hlavním zdrojem informací pro diplomovou práci je odborná literatura, platné zákony, vyhlášky a informační prameny, které jsou dostupné z internetu.

CÍL PRÁCE

V teoretické rovině:

- shrnout informace o kvalitě života a zdraví a možnostech jejího měření.

V empirické rovině:

- Zjistit jak všeobecné sestry hodnotí svoji kvalitu života a zdraví na dvou vybraných škálách.
- Zjistit, zda hodnocení kvality života, zdraví a kvality profesního života všeobecných sester bude rozdílné v závislosti na vybraných proměnných.
- Zjistit, zda vybrané proměnné mají vliv na pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření.
- Zjistit, zda vybrané proměnné mají vliv na pravděpodobnost vzniku sekundárního traumatického stresu.

Výzkumné otázky

VO1: Jak vybrané všeobecné sestry hodnotí svojí kvalitu života, zdraví a kvalitu profesního života na vybraných škálách?

VO2: Jaký je rozdíl v hodnocení kvality života a zdraví dotazníkem WHOQOL-BREF u vybraných všeobecných sester v závislosti na věku?

VO3: Jaký je rozdíl v hodnocení kvality života a zdraví dotazníkem WHOQOL-BREF u vybraných všeobecných sester v závislosti na místu pracoviště?

VO4: Jaký je rozdíl v pravděpodobnosti vzniku syndromu vyhoření u vybraných všeobecných sester v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví?

VO5: Jaký je rozdíl v pravděpodobnosti vzniku sekundárního traumatického stresu u vybraných všeobecných sester v závislosti na druhu směnného provozu?

1 KVALITA ŽIVOTA

1.1 Obsah pojmu kvalita života

Dle Světové zdravotnické organizace neboli WHO (World Health Organization), lze kvalitu života definovat jako: *„Subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, k systému hodnot, životním cílům, očekáváním a běžným zvyklostem.“* (WHO, 1998)

Koncept kvality života je velmi abstraktní, obvykle se popisuje v pojmech jako je soběstačnost, autonomie, důstojnost, seberealizace, spokojenost v rodinném životě a v mezilidských vztazích, sociální a kulturní integrovanou, tvořivost apod. Obsah tohoto pojmu je tedy podmíněn společenskými normami a hodnotami a není pouze omezen na materiální a ekonomickou oblast (Šubrt, 2008).

Pojem kvalita života se vyjadřuje jako ukazatel celkového stavu bytí jedince, který komplexně hodnotí zaměřené zdravotní a psychosociální intervence. Kvalita života reprezentuje individuální životní standard a je úzce spjata s lidským prostředím, lidskými potřebami a požadavky, tudíž je chápána jako výsledek mnoha faktorů, například sociálních, zdravotních, ekonomických ale může i zahrnovat otázky smyslu života a jeho pojetí (Dvořáčková, Holczerová, 2013).

Jak uvádí Heřmanová (2012), z důvodu neexistence jednotné definice kvality života je toto téma kontroverzní, existuje totiž celá řada souvisejících pojmů, například pojmy sociální pohoda, pocit pohody, individuální stav pohody, sociální blahobyt, lidský rozvoj, životní úroveň, štěstí, zdravé, bohatství, spokojenost a tyto pojmy jsou často užívány jako synonyma k pojmu kvalita života. Téma kvality života je bezpochyby interdisciplinární, neboť se tímto pojmem zabývá velké množství disciplín, jako například psychologie, kulturní antropologie, sociální ekologie, ekonomie, politologie, etika, teologie, sociologie, medicína. Chápání pojmu kvalita života je tedy nutně také pojmem multidimenzionálním-pojem s řadou odlišných dimenzí, jako je pojetí materiální, psychologické, kulturně antropologické, morální a sociologické.

1.2 Historie pojmu

O kvalitu života měli lidé zájem již od pradávna. První zmínky o tomto pojmu mají kořeny v antické filosofii, konkrétně ve strategiích zvládání, které jsou naučitelné, a v konečném důsledku jde o osvojování si faktorů životního stylu, který vede k odolnosti vůči stresu, zátěži

i chorobám. Tyto etické koncepty jsou dílem Platóna a Aristotela. Jedná se o strategii vyhledávání sociální opory, strategie zaměřené na cíl a zvládání emocí (Dvořáčková, 2012).

Za první práci, která se zabývá kvalitou života, lze považovat Aristetolovo dílo Etika Nikomachova, ve kterém jeho etika usiluje o dobrý život, v němž se štěstí a cnost stávají konečným kritériem pro posuzování veškerého lidského konání (Fayers, Machin, 2007).

Ve 20. letech 20. století byly v lidské společnosti nejprve sledovány ekonomické a politické souvislosti kvality lidského života, následně se v Evropě zajímal o rozvoj této problematiky A. C. Pigou, který se ve své práci s názvem The economics of Welfare soustředil též na kvalitu života tehdejší populace z hlediska uplatňování podpory sociálně slabším populačním skupinám. Jeho zájem o problematiku kvality života byl však odsunut dramatickými událostmi, které souvisely s druhou světovou válkou (Pigou, 2013). Další zájem o otázky kvality života se rozvíjel až po druhé světové válce díky významným okolnostem. Jednou z těchto okolností byl vznik Světové zdravotnické organizace, která v roce 1948 vypracovala a publikovala novou definici zdraví a toto pojetí se dále soustředilo na otázky prožívané kvality lidského zdraví a na jeho psychologické i sociální souvislosti (Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011).

Jak uvádí Gillernová, Kebza a Rymeš (2011), velký rozvoj pojmu kvality života zažily Spojené státy, kde se ukázalo, že ekonomický růst a zvyšování spotřeby přímo neznamená spokojenost občanů se svým životem. Proto se tehdejší prezidenti J. F. Kennedy a L. B. Johnson začali zajímat o kvalitu života občanů a prezentovali ji jako spokojený a dobrý život. Především Kennedy byl považován za obhájce lidských práv. Za svůj život usiloval o řešení nezaměstnanosti, inicioval zvýšení minimální mzdy, zahájil novou etapu v systému federální podpory pro zařízení duševního zdraví, zasazoval se za práva žen či inicioval zákon ke snížení výskytu kriminality mladistvých.

První celostátní výzkum kvality života se uskutečnil v 70. letech 20. století ve Spojených státech amerických. Tohoto výzkumu se účastnilo 2 160 respondentů a jeho cílem bylo identifikovat subjektivní indikátory, jimiž lidé popisují svůj vlastní život a jeho kvalitu. V teoriích, které se rozvíjely od 70. let minulého století, se odklánělo od analýzy ekonomických a sociálních životních podmínek a naopak se přiklonilo k hodnocení životních stylů obyvatel, tedy k subjektivní spokojenosti s vlastním životem (Heřmanová, 2012).

Heřmanová (2012) uvádí, že zkoumání kvality života se zaměřuje na její subjektivní aspekty, které by změřily pocit štěstí a míru životní spokojenosti. Výzkumy jsou zaměřené na tři

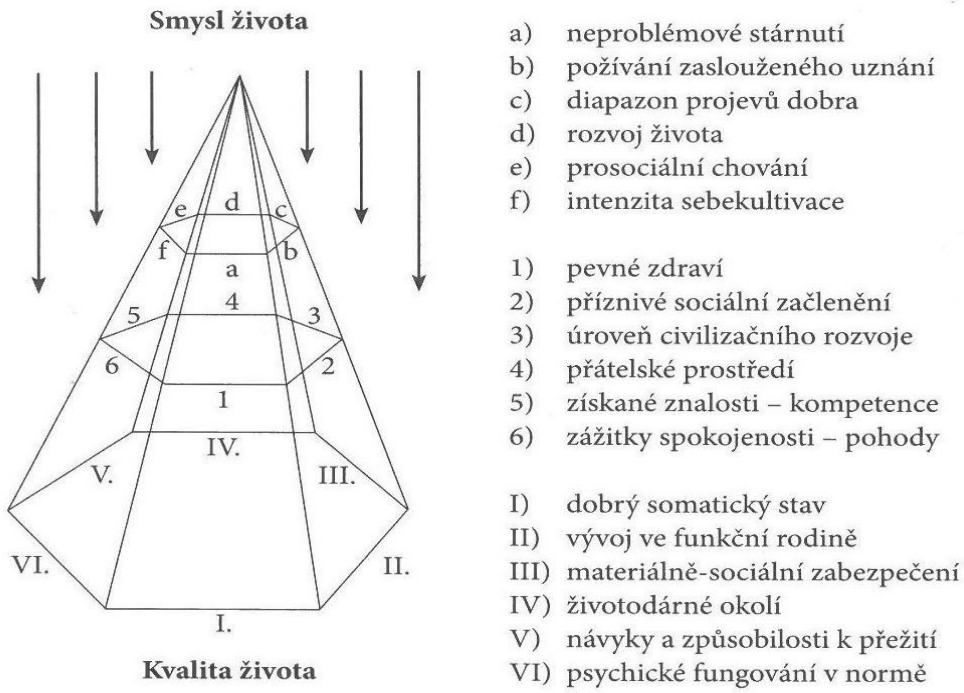
hlavní oblasti. První oblastí je celková spokojenost se životem, druhá oblast zahrnuje spokojenost s dílčími oblastmi života, jako je například rodina, práce, bydlení, seberealizace, sociální vazby či společenské uznání. Třetí oblast je zaměřená na hledání nejvýznamnějších faktorů, které u jedince vyvolávají vznik subjektivního pocitu kvality a smysluplnosti života.

1.3 Domény kvality života

Při konceptualizaci a zkoumání pojmu se pozornost obrací na dvě zásadní části-subjektivní a objektivní kvalita života. Objektivní kvalitou života se rozumí materiální a sociální požadavky života, fyzické zdraví jednotlivce, měřitelné životní podmínky a podobně. Mezi tyto faktory patří velké množství indikátorů, které se zaměřují převážně na komparovatelné životní podmínky (fyzická geografie, dostupnost zdravotní péče, dostupnost bydlení), životní úroveň (míra materiálního bohatství, chudoba). Subjektivní domény představuje subjektivní pohoda a spokojenost se životem ve vztahu k osobním cílům, očekáváním, zájmům, hodnotám a životnímu styl jedince. Jedná se tedy o hodnocení spokojenosti se životem z jedincova pohledu (Gurková, 2011; Heřmanová, 2012).

Centrum pro podporu zdraví při univerzitě v Torontu sestavilo model holistického přístupu ke kvalitě života, který se opírá o tři hlavní domény. První doména je bytí (being), která demonstruje fyzické, psychologické a spirituální bytí. Fyzické bytí obsahuje oblast zdraví, hygieny, výživy, pohybu, odívání a celkový vzhled. Do oblasti psychologické bytí patří psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola a do spirituálního bytí patří pojmy hodnoty, přesvědčení a víra. Druhou doménou je doména přilnutí (belonging) neboli vazba k určitému prostředí. Tato doména má tři subdomény-fyzická, sociální a skupinová náležitost. Fyzická náležitost se vztahuje k domovu, škole, pracovišti, sousedství, komunitě. Do sociální náležitosti patří rodina, přátelé, spolupracovníci a sousedé. Poslední subdoména se týká pracovních příležitostí, finančních příjmů, zdravotních a sociálních služeb, vzdělávacích, rekreačních možností a příležitostí a společenských aktivit. Třetí doménou tohoto modelu je realizace (becoming), která má taktéž tři subdomény týkající se dosahování osobních cílů, nadějí a aspirace. První z nich je praktická realizace, do které patří domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví a sociální začleňování. Druhou subdoménou je volnočasová realizace, která se týká relaxačních aktivit podporující redukci stresu a poslední doména, růstová realizace, obsahuje aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností a adaptaci na změny (Šamánková, 2011).

Další domény kvality života popisuje slovenský psycholog Damián Kováč (2004) ve svém modelu kvality života, ve kterém hierarchicky uspořádal jednotlivé domény, jež obsahuje kvalita života. Tento model má celkem tři úrovně, které se od sebe liší svojí vahou a zároveň se ovlivňují: bazální (všelidskou), individuálně specifickou (civilizační) a elitní (kulturně duchovní) a je zastřešen smyslem života. První, nejnižší základní úroveň obsahuje oblasti týkající se dobrého fyzického a normálního psychického stavu, vyrůstání ve funkční rodině, odpovídající materiální a sociální zabezpečení, život chránící životní prostředí a získávání schopností a návyků pro přežití. Druhá, střední úroveň se skládá z pevného zdraví, prožívání životní spokojenosti, uspokojivého sociálního prostředí, úrovně společenského vývoje, přátelského prostředí a z úrovně znalostí a kompetencí. Nejvyšší úroveň je kulturně-duchovní a představuje podporu života, univerzální altruismus, podporu závislým, společenské uznání, úroveň kultivace osobnosti a bezproblémové stárnutí. Tento model je zastřešen smyslem života.



Obrázek 1 - Obecný hierarchický model kvality života (Kováč, 2001, s. 40)

Úřad Vlády České republiky (2017) vydal dokument Strategický rámec Česká republika 2030. Tento dokument udává směr rozvoje naší země na příští desetiletí a jeho naplněním je zvyšování kvality života ve všech regionech. Hlavním cílem tohoto projektu je vysvětlení a obhájení koncepcí sledování kvality života, který je následně použitelný pro hodnocení stavu společnosti a je jedním z vodítek pro politické rozhodování. Dokument obsahuje

indikátorový rámec pro měření kvality života v České republice, který zahrnuje celkem 11 oblastí a je využitelný jako měřítko úspěšnosti naplňování cílů stanovených ve veřejných politikách. Jednotlivé oblasti jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 1 - Indikátorový rámec pro měření kvality života v České republice (Úřad Vlády ČR, 2017)

Číslo	Indikátor	Počet sledovaných indikátorů oblasti	Definice
1	Příjem a bohatství	14	K měření kvality života v oblasti příjmu a bohatství bylo vybráno 14 indikátorů, které se zaměřují na příjmy a bohatství obyvatel, respektive domácností a zkoumají jejich vliv na kvalitu života.
2	Zaměstnanost	15	Celkem 15 aspektů zaměřujících se na pracovní život a koncept důstojné práce. Indikátory popisují jednotlivé aspekty pracovního života, jako je rovný přístup na trhu práce, dostatek seriózní práce, spravedlivé odměňování či míra zaměstnanosti a nezaměstnanosti.
3	Bydlení	15	K měření kvality života v oblasti bydlení bylo vybráno 15 indikátorů, které sledují vztah mezi kvalitou života a bydlením, jakožto základní životní potřebou. Mezi tyto indikátory patří například počet obecních nájemních bytů, poměr úvěrů na bydlení, počet osob bez střechy nebo počet osob bez bytu.
4	Zdraví	17	Vybrané indikátory poskytují pohled na vztah zdraví a kvality života a zaměřují se na délku života a délku života ve zdraví, zdravotní stav obyvatel, úroveň zdravotní péče, zdravotní chování a zdravotní gramotnost a ekvitu ve zdraví.
5	Slaďování pracovního a soukromého života	15	K měření kvality života z hlediska slaďování pracovního a soukromého života bylo zvoleno 15 indikátorů. Jednotlivé indikátory jsou rozděleny do 4 hlavních dimenzí. První z nich je čas a časová dimenze, druhá subjektivní dimenze hodnocení, třetí obsahuje organizační a institucionální podmínky a poslední se zaměřuje na dopady politik.

Číslo	Indikátor	Počet sledovaných indikátorů oblasti	Definice
6	Vzdělávání	10	Pro oblast vzdělávání bylo zvoleno 10 indikátorů zaměřujících se na úroveň dosaženého vzdělání a úroveň získaných kompetencí.
7	Mezilidské vztahy	12	K měření kvality života v této oblasti bude docházet pomocí 12 indikátorů, které jsou zaměřené na to, jak lidé mezi sebou vycházejí v menších skupinách, na harmonii vztahů, na konflikty, toleranci nebo na sociální oporu v okolí.
8	Občanská angažovanost a dobré vládnutí	10	Deset zvolených indikátorů zkoumá veřejný zájem a společenskou angažovanost, což má zásadní potenciál v zlepšování kvality života. Indikátory jsou zaměřeny například na volební účast, počet členů v politických straník, počet žen v parlamentu, počet hodin odpracovaných dobrovolníky či na index vnímání korupce.
9	Životní prostředí	14	Pro měření kvality života ve vztahu s životním prostředím bylo zvoleno 14 indikátorů, které sledují prostředí, ve kterém žijeme. Detailně se zaměřují na čistý vzduch, jakost vody, plochu zeleně, počet tropických dnů během roku, počet osob trpících vysokým rušením spánku silniční dopravou či na početnost populací běžných druhů ptáků.
10	Bezpečnost	14	Zvolené indikátory pro tuto oblast měří výdaje na obranu, výdaje na veřejný pořádek a bezpečnost, zaznamenané trestné činy, kriminalitu násilnou a majetkovou, vězněné osoby, požáry, nehodovost silniční dopravy, teroristické útoky, projevy extremismu, kybernetické útoky, pocit bezpečí celkově a v místě bydliště, reálnost hrozeb a adaptabilitu na možné hrozby.
11	Osobní pohoda	4	Indikátory pro oblast osobní pohody měří životní spokojenost, prožívané emoce, eudaimonickou pohodu a osobnostní rysy.

2 KVALITA ŽIVOTA VE VZTAHU KE ZDRAVÍ

V rámci výzkumu kvality života je zkoumaná i oblast kvality života vztahující se ke zdraví, která se vyznačuje zkratkou HRQoL (health-related quality of life). Tento pojem byl charakterizovaný jako hodnoty lidského života, které jsou ovlivněny nemocí, poruchou, zraněním či léčbou a ve výzkumu je důležité uvědomit si rozdíl mezi skutečným zdravotním stavem, vnímáním a hodnocením tohoto zdravotního stavu jedincem, protože subjektivně prožívaná kvalita života není zcela závislá na jeho skutečném klinickém stavu (Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011).

Výzkum HRQoL byl iniciován ze dvou důvodů. Prvním důvodem byla potřeba hodnocení finanční nákladnosti a efektivity léčby a druhým důvodem bylo úsilí komplexně dokladovat klinickou úspěšnost léčby. V prvopočátku byl výzkum kvality zdraví určen k účelům ekonomickým a ke klinickým analýzám, později se používaly generické nástroje na měření zdravotního stavu. S postupem času byly tyto generické nástroje zaměřené na psychickou, sociální a existencionální dimenzi zdraví a následně se měření HRQoL měřilo pomocí specifických nástrojů u specifických skupin pacientů (Gurková, 2011).

2.1 Definice zdraví

Kvalitu života související se zdravím lze dle Amerického centra pro prevenci a léčbu nemocí (Centers for disease control and prevention, 2018) definovat jako soubor aspektů celkového života jedince, které jsou ovlivněny úrovní somatického i mentálního zdravotního stavu.

Zdraví představuje subjektivní pocit a ve vnímání tohoto pocitu existují velké individuální rozdíly, které jsou ovlivňovány mnohými historickými, kulturními i sociálními faktory. Zdraví je taktéž stanoveno jako jedno z lidských práv, které je obsaženo v Ústavě České republiky (Hamplová, 2019).

Jak uvádí Čeledová a Čevela (2010), z pohledu sociologie medicíny se zdraví považuje za stav, kdy jsou naplněny optimální kapacity jedince, které umožňují účinně vykonávat jedincovy role a povinnosti. Nelze na něj nahlížet pouze jako na kategorii medicínskou, ale široce humánní, neboť je podmíněno tím, do jaké míry dokáží jednotliví občané přispět k rozvoji svého zdraví, k jeho ochraně a udržení. Zdraví, jakožto základní lidská potřeba, je cenná hodnota individuální i sociální. Výrazně ovlivňuje kvalitu života a je těžké jej definovat, neboť se mění v závislosti na změnách, které probíhají v lidském organismu a v prostředí, ve kterém daný jedinec žije.

Pojem zdraví se dá definovat jako předpoklad plnohodnotného a kvalitního života. Definice tohoto pojmu se však mění v průběhu lidské civilizace. Zpočátku bylo zdraví chápáno pouze jako zdravé tělo, později se přistupovalo ke zdraví jako ke schopnosti normálního zapojení do společnosti nebo se na něj nahlíželo jako na subjektivní pocit jedince. S postupem času se definice zdraví upravovala. Některé definice se spíše zaměřovaly na zdraví jako na stav organizmu, který vyjadřuje jeho odpovídající fungovaní za určitých podmínek, další definice se přikláněla ke schopnosti člověka vyrovnat se s požadavky vnitřního a zevního prostředí bez poruchy jeho životních funkcí nebo byl stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody podmíněn schopností stanovit si a realizovat své cíle, uspokojit své potřeby, změnit své prostředí nebo se s ním vyrovnat. Tyto definice se od sebe liší, avšak mají stejné znaky. Společně definují zdraví jako důležitý prostředek k uskutečňování životních cílů, nepopisují zdraví jako stav stálé pohody, ale jako neustále měnící se a vyvíjející se proces a přiklání se k teorii, že zdraví má pro jedince vždy vyšší hodnotu než jen jako normální fungování lidského těla a v neposlední řadě tyto definice popisují i vztah zdraví s kvalitou života (Nováková, 2011).

2.2 Determinanty zdraví

Jak uvádí Čeledová a Holčík (2018), hodnotu zdraví by měli vnímat jak jednotlivci, kteří jsou zodpovědní za své zdraví, tak i celá společnost, která dokáže prostřednictvím svých organizací přijmout účinná a hospodárná opatření s cílem zlepšovat zdraví lidí. Je tedy na místě, aby se celé široká veřejnost vedla k poznání, že zdraví není samozřejmost a že je užitečné se o něj starat.

Marková (2012) ve své publikaci uvádí, že nejdůležitější determinantou zdraví je způsob života jedince a zdraví by mělo být chápáno jako nejdůležitější prostředek pro dosahování ostatních cílů.

Determinantami zdraví se rozumí faktory, které zdraví ovlivňují ať už negativně nebo pozitivně. Těchto faktorů je spousta, avšak základně se dělí do čtyř skupin: životní prostředí, životní styl, zdravotní péče a genetický základ (Holčík in Čevela, 2014).

Hamplová (2019) uvádí k výše zmíněným faktorům ovlivňujícím zdraví ještě další dva determinanty: hygiena (postoj k vlastnímu zdraví) a zdravotnické služby (jejich dostupnost a kvalita).

2.2.1 Faktory životního prostředí.

Člověk je ve svém běžném životním prostředí exponován různému množství faktorů, které vytvářejí přirozené podmínky pro život, ale které mnohou být také zdrojem onemocnění nebo i úmrtí. Z fyzikálního hlediska existují faktory, jako je klima a mikroklima, sluneční záření, elektromagnetické a ionizující záření, vibrace nebo hluk. Další skupinou faktorů jsou faktory chemické, do kterých patří složení potravin a vody, venkovní a vnitřní ovzduší, půda, vegetace a výrobky, které člověk využívá v běžném životě. Poslední skupinou jsou biologické faktory, které se týkají zejména živočišné a rostlinné říše (Frouz, Moldan, 2015).

2.2.2 Faktory životního stylu

Jak uvádí Nováková (2011), životní styl je pojem individuální a vyjadřuje vše, co si jedinec osvojí z dané kultury i společnosti a prakticky uplatní v životě. Autorka rozděluje faktory životního stylu na kladné a záporné. Do kladných faktorů zařazuje ty faktory, které pozitivně ovlivňují životní styl člověka, např. přiměřená hmotnost, vyvážená strava, psychická pohoda a pravidelný pohyb. Záporné faktory negativně ovlivňují životní styl člověka a zvyšují riziko vzniku nemoci. Mezi tyto faktory patří stres, nezdravá výživa, snížený tělesný pohyb, abúzus návykových látek, apod.

Faktory životního stylu se dělí na vnější a vnitřní. Mezi vnější faktory patří ekonomické faktory (dostatek finančních prostředků), faktory sociální (vliv společnosti), faktory geografické (zeměpisné pásmo, kde jedinec trvale žije), etnická příslušnost (tradice a zvyklosti různých etnických skupin), rodinné faktory (úroveň výživy, trávení volného času, pohyb, relaxace), úroveň medicínského poznání a pracovní podmínky (fyzikální a chemické škodlivé látky v pracovním prostředí, šikana, mobbing a bossing). Do vnitřních faktorů se řadí psychologické faktory (osobnost jedince a jeho psychika), zdravotní stav (vrozená či získaná onemocnění, kvalita stravování) a zdravotní gramotnost (Hamplová, 2019).

Hamplová (2019) ve své publikaci popisuje pozitivní vliv zdravého způsoba života na celkové zdraví jedince. Dle autorky jsou nemoci, zvláště chronické, způsobeny mnoha faktory, kterým lze úspěšně předcházet a to právě dodržováním jednoduchých opatření. Mezi tato opatření řadí mytí rukou (prevence hepatitidy A a dalších infekčních onemocnění), fyzickou aktivitu, zdravou a přiměřenou stravu, dostatek spánku a odpočinku, dodržování zásad osobní hygieny, absenci užívání návykových látek a psychickou pohodu. Dále Hamplová (2019) popisuje rizikové chování či syndrom rizikového chování. Jedná se o formy chování, které mají negativní vliv na zdraví člověka.

2.2.3 Faktory zdravotní péče

Jakab a Tsouros (2014) ve své práci uvádějí, že zdraví je společně s životní pohodou jednou z hlavních humánních hodnot, a tak je nutné ho chránit a posilovat. V dnešní době je nejvýznamnější zátěží zdravotní péče přibývání nemocí, které mají kořeny v sociálních a ekonomických podmínkách a v podmínkách životního stylu. Důležité je, aby zdravotní péče byla dostupná pro všechny občany. Aby se podařilo dosáhnout lepších zdravotních výsledků, měla by se věnovat velká pozornost primární péči, podpoře zdraví a prevenci nemocí, ale také zlepšení činnosti veřejného zdravotnictví. Autoři stručně popisují program Zdraví 2020, který má dva hlavní strategické cíle (zlepšení zdraví obyvatel a posílení role veřejné správy v oblasti zdraví) a je založen na čtyřech prioritních oblastech. První oblast je zaměřená na celoživotní investici do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví, druhá oblast popisuje, jak čelit největším zdravotním problémům Evropy. Třetí oblast se týká posilování zdravotnických systémů zaměřených na lidi, rozvoje kapacit veřejného zdravotnictví, zajištění krizové připravenosti, průběžného monitorování zdravotní situace a zajištění vhodné reakce při mimořádných situacích. Poslední oblast se věnuje podílení se na vytváření odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví. Tento program se orientuje na posílení zdravotnických systémů a na poskytování vysoce kvalitní zdravotnické služby, což je jeden z hlavních předpokladů při podporování zdraví a zvyšování životní pohody. V současné době běží program na další desetiletí s názvem Zdraví 2030 s následujícími třemi strategickými cíli:

I. Ochrana a zlepšení zdraví obyvatel
II. optimalizace zdravotnického systému,
III. podpora vědy a výzkumu (Úřad Vlády ČR, 2017).

Dle Arnoldové (2012) je zdraví populace ovlivněno zdravotní péčí z 10-15 % a tento vliv na zdravotní stav je dán obsahem a hloubkou medicínského poznání a jeho reálnou schopností implementace do praktických opatření a aktivit. Úloha zdravotní péče ve vztahu ke zdravím spočívá v ovlivnění incidence onemocnění, v preventivních opatřeních a v poznávání procesů, které mohou díky prevenci pozitivně ovlivnit zdravotní stav lidského života.

3 OSOBNÍ POHODA

Osobní pohoda neboli well-being je pojem, který lze definovat jako dlouhodobý či dlouho přetrvávající emoční stav, ve kterém je jedinec spokojen s vlastním životem. Jedná se o stav osobní pohody a tento stav je ovlivněn emočními prožitky a kognitivním obsahem, nelze ho tedy jednoduše definovat. Osobní pohoda je tvořena dvěma složkami. První složka je složka kognitivní a představuje vědomé hodnocení vlastního života. Druhá, emoční složka zahrnuje nálady, emoce, afekty a štěstí (Blatný, 2010).

V současnosti se výzkum osobní pohody zaměřuje na dva hlavní přístupy. První přístup zaměřující se na štěstí a životní spokojenost je popisován jako subjektivní pohoda neboli SWB (subjective well-being). Tento přístup vychází z hedonistických (sledujících blaho) aspektů života, mezi které patří pozitivní nálada, štěstí, blaho, radost a životní spokojenost. Druhý přístup se nazývá psychologická pohoda neboli PWB (psychological well-being) a zdůrazňuje význam sebeaktualizace, smysl života a osobního růstu. Tyto dva přístupy jsou spjaty s Maslowovou pyramidou potřeb, neboť stav spojený s osobní pohodou závisí na úrovni uspokojení lidských potřeb (Gurková, 2011).

3.1 Lidské potřeby a jejich definice

Lidské potřeby lze definovat jako dynamickou sílu, která vzniká jako pocit z nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní a jejich naplněním dochází k vyrovnání a obnovení změněné rovnováhy organizmu. Lidské potřeby a jejich naplnění úzce souvisí s kvalitou života, jsou nutné, užitečné a jejich množství a intenzita je ovlivněna pohlavím, věkem, kulturní a společenské úrovni jedince, na prostředí, inteligenci, zdravotním stavu a životních zkušenostech (Šamánková, 2011).

Trachtová, Trejtnarová a Mastiliaková (2013) definuje potřebu jako chybění nebo nedostatek něčeho, jehož odstranění je žádoucí, přičemž každý jedinec uspokojuje potřeby svým způsobem a kvalita i kvantita potřeb se v průběhu života mění. Potřeba je něčím, co člověk nutně potřebuje a její chybění ovlivňuje psychickou stránku člověka.

3.2 Dělení potřeb

Šamánková (2011) dělí lidské potřeby do dvou základních kategorií, které se dále dělí na další kategorie a podkategorie, viz tabulka 2.

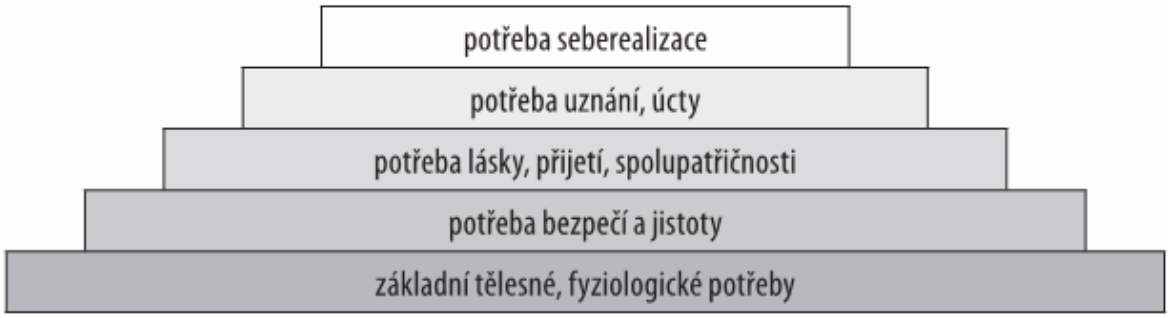
Tabulka 2 - Zásadní dělení potřeb, upraveno dle Šamánkové (2011, s. 17-19)

dělení potřeb podle obecných kritérií	podle podstaty člověka	biologické - potřeba potravy, tekutin, oblečení a spánku
		psychické - psychická vyrovnanost, prožívání životních událostí, psychické bezpečí
		estetické – požadavky na krásno a estetický soulad prostředí
		sociální – sociální zázemí a postavení
		sociální a kulturní - vzdělávání, společenské a kulturní vyžití
		sebevyjádření – touha pochopení, vlastní názor, prezentace svým životem, vlastní přání
		duchovní – duchovně zaměřené potřeby
	podle počtu osob, kterých se týkají	individuální – týkající se jednotlivce, osobní růst, sebeuplatnění, seberealizace
		kolektivní – týkající se skupiny nebo společnosti, zdravotní a sociální péče, ochrana životního prostředí
	podle obsahu	materiální – vlastnění domu, bytu, auta, ekonomické zabezpečení
		nemateriální – potřeba lásky, přátelství, svobody
	podle ekonomického pohledu	ekonomické - spojené s uspokojováním různými produkty hospodářské činnosti
		neekonomické – nevztahující se na produkty ekonomiky, chození do přírody, potřeba mít dítě
	podle způsobu vyvolání	hlavní – potřeby, které předcházejí dalším potřebám
		doplňkové – potřeby, které se podílejí na uspokojování dalších potřeb
	podle naléhavosti	nezbytné – základní existenciální potřeby, potřeba jídla a pití
		zbytné – potřeby, které nezajišťují existenci, vlastnění bazénu, značkového oblečení
	podle četnosti výskytu	trvalé – potřeby, které se objevují denně, potřeba odpočinku či jídla a pití
		občasné – pravidelné potřeby, které například souvisí s ročním obdobím
		výjimečné – nepravidelné potřeby
	podle času	současné – potřeby vztahující se k současnosti

dělení potřeb podle obecných kritérií	podle času	budoucí – potřeby, které jsou spojeny s budoucími plány
dělení potřeb podle důležitosti pro zachování života	primární	potřeby, bez jejichž naplnění nemůže jedinec dlouho žít, biologické, fyziologické, přirozené
	sekundární	potřeby, které souvisí s potřebou společnosti druhých, s komunikací a uplatnění se ve společnosti, jsou sociální, získané, naučené

3.2.1 Dělení potřeb dle Abrahama Harolda Maslowa

Nejznámějším rozdělením potřeb je hierarchické uspořádání potřeb, které vytvořil americký psycholog Abraham Maslow v roce 1943. Podle Maslowa má každý jedinec svůj systém motivů a tvrdí, že lidé jsou motivování hierarchickým systémem základních potřeb. Maslowova pyramida potřeb je založena na systému podle naléhavosti. To znamená, že člověk nejdříve uspokojuje nižší (životu důležité) potřeby a poté až potřeby vyšší. Hierarchické uspořádání potřeb tvoří fyziologické potřeby, potřeba jistoty a bezpečí, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání, ocenění, sebeúcty a potřeba seberealizace a sebeaktualizace (Maslow, 2014).



Obrázek 2 - Maslowova pyramida potřeb (Šamánková, 2011, s. 26)

Maslow v jeho teorii tvrdí, že právě lidské potřeby jsou motivací jedince a tyto potřeby jsou založeny na základě dvou hlavních skupin potřeb. První skupina jsou takzvané D-potřeby (deficit), které mají za cíl odstranit nějaký nedostatek a druhá skupina potřeb jsou B-potřeby (dosažení jistého blaha, vrcholný zážitek). Jedinec nejprve uspokojuje D-potřeby, které jsou základní a pokud tyto potřeby nejsou uspokojeny, tak dochází k pociťování úzkosti. Uspokojení těchto potřeb jedinec vnímá jako běžnou životní normu na rozdíl od uspokojení B-potřeb, pokud dojde k uspokojení i těchto potřeb, tento stav je vnímán jako pocit blaha a vede k další motivaci (Šamánková, 2011).

Potřeba seberealizace, která je ve výše uvedené pyramidě na vrcholu, vystupuje jako jedincova tendence realizovat své schopnosti, záměry a vlastní potenciál. Tato potřeba přináší pocit uspokojení a vyvíjí se během celého života. V dětském věku znamená respekt od rodičů, sourozenců a spolužáků, v pozdějším věku a v dospělosti vyjadřuje život podle zvolených hodnot. Potřeba uznání a úcty vyjadřuje dosahování výkonu, prestiže, důvěru v okolním světě, touhu po respektu, prestiž uvnitř sociálních skupin. Tyto potřeby také obsahují podskupinu, která se zaměřuje na jedince ve vztahu k sobě samému, tj. sebeúcta, seberespekt a sebepřijetí (Sikorová, 2011). Potřeba lásky, přijetí a spolupatřičnosti vyjadřuje touhu po tom, aby nás měli lidi rádi, obsahuje tedy i mezilidské vztahy a sounáležitost s ostatními lidmi a určité zařazení do sociální skupiny (Bednář, 2013). Potřeba bezpečí a jistoty zahrnuje touhu po důvěře, vyvarování se nebezpečí, touhu po stabilitě a spolehlivosti, touho osvobodit se od strachu a úzkosti (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková 2013). Potřeby fyziologické slouží k přežití jedince, jedná se tedy o potřeby bazální. Zahrnují potřebu dýchat, přijímat tekutiny, stravu, potřebu tělesné integrity, spánku, a tělesné pohody. Tyto potřeby jsou přítomny již od samého začátku života a působí na všechny funkce osobnosti (Mastiliaková, 2014).

Maslowova pětiúrovňová teorie potřeb byla později autorem upravována a doplňována. Původní pyramida se změnila na současný osmiúrovňový model, který navíc obsahuje potřeby estetické, poznávací a potřebu sebetranscendence, což autor popisuje jako spiritualitu či duchovno a jedná se o stav, kdy jedinec dosáhne seberealizace a sebenaplnění a je ve stavu, kdy si uvědomuje nejen svůj plný potenciál, ale i něco, co jej samotného přesahuje (Doležal, Machal, Lacko, 2012).

3.3 Proces naplnění potřeb

Proces naplnění potřeb začíná uvědoměním si nějakého nedostatku (potřeby), poté dochází ke zpracování subjektivního poznání a následně k vytvoření vztahu k potřebě. Jedinec vědomě vnímá potřeby na základě pocitu nedostatku některé potřeby, pocitu nadbytku potřeby či na základě touhy něčeho dosáhnout (Maslow, 2014).

Každý jedinec má jiný způsob naplňování potřeb. Většinou je tento způsob ovlivněn několika faktory, jako jsou individuální vlastnosti jedince, jeho sociální prostředí, dosažené vzdělání či pracovní zařazení. Jiný způsob naplňování potřeb má i člověk, který je nemocný oproti člověku, který je zdravý. Naplněním potřeb dochází k vyrovnání a obnovení rovnováhy organizmu. Jak již bylo zmíněno, lidské potřeby úzce souvisí s kvalitou života. V opačném případě, kdy nedojde k naplnění (saturaci) potřeb, dochází ke změnám chování. Tyto změny

chování se mohou projevit psychickými potížemi, jako je neklid, úzkost, nesoustředění se, nervozita, tak i somatickými potížemi, například poruchy spánku, vyprazdňování či poruchy srdečního rytmu. Pokud dlouhodobě dochází k nedostatečné saturaci potřeb a jedinec zažívá stres a zátěž, dochází k distresu, což je stav, kdy se jedná o špatnou a zlou, dlouhodobou zátěž spojenou s negativně laděnými a prožívanými emocemi. Vrcholem dlouhodobého neuspokojování potřeb je pocit deprivace a většinou ji způsobuje nějaká překážka či bariéra (Šamánková, 2011). Deprivací rozumíme stav, kdy se jedinec setká s překážkou, kterou není schopen překonat či s obstrukcí, která brání na jeho cestě k uspokojení některých životních potřeb (Jandourek, 2012). Typů bariér existuje několik, patří mezi ně například osobní bariéra, což je stav, kdy má jedinec ostych vyslovit své přání nebo je nedůvěřivý. Dalším typem bariéry je psychická bariéra týkající se neschopnosti přijmout pomoc při naplňování některé potřeby. Jazyková bariéra znamená neporozumění druhému ve smyslu volby nevhodných či nesrozumitelných slov či ve smyslu informačního šumu, fyziologická bariéra je zapříčiněna tělesným diskomfortem a bariéra z prostředí se týká nového, nepříjemného, neznámého či nekomfortního prostředí (Šamánková, 2011).

4 HODNOCENÍ A MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

4.1 Metody měření kvality života

Při výzkumu a měření kvality života dochází k jejímu dělení na menší části podle účelu měření. Hodnocení a měření kvality života je předmětem zájmu medicíny, psychologů, sociologů, environmentalistů, politologů, techniků, ekonomů a dalších odborníků. Kvalita života je tedy zkoumána na různých úrovních od hodnocení úrovně kvality života populace přes porovnávání specifických potřeb jedince až po měření individuální spokojenosti. Měření objektivní kvality života probíhá prostřednictvím indikátorů, které se týkají údajů environmentálních, regionálních, ekonomických, sociálních, demografických či materiálních. Naopak indikátory, kterými se měří subjektivní stránka kvality života, se týkají pocitů štěstí, uspokojení apod. (Šubrt, 2008).

Nejznámějším nástrojem na sledování kvality života na mezinárodní úrovni je Index lidského rozvoje neboli HDI (Human Development Index), který je zpracovaný Organizací spojených národů. Tento index hodnotí hmotnou životní úroveň, průměrnou očekávanou délku života při narození a úroveň vzdělanosti. Dalším způsobem hodnocení kvality života na mezinárodní úrovni je Index kvality života, který se zaměřuje na 9 kategorií: náklady na život, volný čas a kultura, ekonomika, životní prostředí, svoboda, zdraví, infrastruktura, bezpečnost a klima (United nations development programme, 2020)

4.2 Nástroje k měření kvality života

Dragomirecká a Bartoňová (2006) uvádí, že nejčastější metodou měření kvality života je dotazníkové šetření nebo strukturovaný rozhovor. Autorky uvádí dva typy dotazníků. První je všeobecný neboli generický dotazník, který je výhodný v tom, že umožňuje vzájemné srovnávání. Dalším druhem dotazníků jsou speciální dotazníky, které jsou určeny pro pacienty trpícím onemocněním a které zjišťují dopad obtíží nemoci na život pacienta a jeho kvalitu.

4.3 Generické dotazníky

Obecné (generické) dotazníky se zaměřují na obecnou kvalitu života a nejsou vázány na specifickou populaci a ani na specifické podmínky. K těmto dotazníkům patří například WHOQOL-BREF, WHOQOL-100, SF-36, SQUALA. Pomocí těchto dotazníků lze hodnotit například celkové poškození zdraví, či celkový dopad nemoci na kvalitu života nemocného (Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011).

4.3.1 WHOQOL

Mezi nejznámější dotazníky využívané k hodnocení kvality života jsou dotazníky WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) vytvořené Světovou zdravotnickou organizací. Dotazníky jsou standardním nástrojem na měření kvality života a mají dvě základní verze. První verze je dotazník WHOQOL-100, který je sebehodnotící, obsahuje 100 položek a celkem má 6 domén. Mezi tyto domény patří fyzické zdraví, prožívání, fyzická nezávislost, sociální vztahy, prostředí a duchovní oblast. Druhá verze se nazývá WHOQOL-BREF a jedná se o zkrácenou verzi výše zmíněného dotazníku. Tato zkrácená verze obsahuje 26 položek a 4 domény: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí. Oba dotazníky jsou používány pro hodnocení kvality života skupin nebo určité populace, pro srovnávání skupin s různými sociodemografickými charakteristikami nebo při hodnocení kvality života u osob s určitou diagnózou nebo postižením (WHO, 1998). Dotazník WHOQOL-BREF společně s dotazníkem ProQOL jsem zvolila pro výzkumnou část diplomové práce.

4.3.2 ProQOL

Dotazník ProQOL (Professional Quality of Life) profesionální kvality života byl vytvořen v roce 1995, od té doby se průběžně reviduje. Nyní je používána verze 5 z roku 2009. Dotazník je určen pro měření profesní kvality života osob, které pečují o druhé. Obsahuje celkem 30 položek rozdělených do tří domén. První doména je pocit spokojenosti a popisuje potěšení, které pociťuje pečující osoba při vykonávání své práce. Další doménou je sekundární traumatický stres, který je definován jako pocit únavy či jako druhotné vystavení se extrémně traumatickým stresujícím událostem. Poslední doména je zaměřená na syndrom vyhoření, která je definována jako pocit beznaděje a nemožnost dělat svoji práci efektivně a často je spojen s vysokou pracovní zátěží (Stamm, 2010).

4.3.3 SF-36

SF-36 (Short-Form Health Subject Questionnaire) je jeden z nejpoužívanějších dotazníků zaměřený na zdravou i nemocnou populaci a při komparativních výzkumech u různých diagnóz. První verze tohoto dotazníku obsahuje 149 položek. Nynější, zkrácená verze, obsahuje pouze 36 položek rozdělených do 8 škál: fyzické fungování, omezení rolí z důvodů fyzických a emočních obtíží, tělesná bolest, celkové zdraví jedince, vitalita, sociální fungování a duševní zdraví (Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011).

4.3.4 SQUALA

Standardizovaný dotazník Subjektivní kvality života SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis) je využíván jak u zdravé populace, tak i u osob s různým typem zdravotních potíží. Jedná se o sebeposuzovací dotazník zaměřený na 23 oblastí (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, prostředí a domov, spánek, rodina, mezilidské vztahy, děti, péče o sebe, láska, sex, politika, víra, odpočinek, záliby, bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda, peníze, jídlo), které identifikují vnější i vnitřní realitu každodenního života. Dotazník zachycuje subjektivní pohled člověka na svou životní situaci a na samotnou spokojenost a nespokojenost s oblastmi života, které jedinec sám považuje za důležité. První francouzská verze dotazníku byla sestavena v roce 1992 autorem M. Zannotti, který při konstrukci dotazníku vycházel z Maslowovy teorie potřeb a do češtiny byl přeložen E. Dragomireckou v roce 2006 (Dragomirecká, 2006).

4.4 Specifické dotazníky

Druhý typ dotazníků jsou dotazníky specifické, které jsou sestaveny k hodnocení kvality života u populace se specifickým onemocněním. Tyto dotazníky jsou tedy cílené na specifickou a předem definovanou populaci, která splňuje stejné podmínky, jako je diagnóza, druh léčby nebo stadium nemoci (Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011).

Specifické nástroje měření kvality života hodnotí faktory, které souvisí s konkrétním onemocněním či léčbou. Nástrojů toho typu je celá řada a jsou aplikovány například u pacientů s onkologickými chorobami, s onemocněním kardiovaskulárního systému či u pacientů s diabetes mellitus, s neurologickými chorobami, gastrointestinálními problémy apod. (Gurková, 2011).

4.5 Výzkumy zabývající se kvalitou života všeobecných sester

Výzkumem kvality života a zdraví se zabývá nemalé množství autorů a studentů v rámci provádění výzkumných částí diplomových či bakalářských prací. Například Dudáčková (2016) ve své bakalářské práci na téma kvalita života pomáhajících profesí z pohledu všeobecných sester zkoumala kvalitu života všeobecných sester ve Fakultní nemocnici Hradec Králové a v Oblastní nemocnici v Trutnově. Pro výzkum byl použit standardizovaný dotazník společně s polo-strukturovaným rozhovorem. Dle jejích výsledků je kvalita života a celková životní spokojenost sester na dobré úrovni, naopak zdravotní stav oslovených sester na dobré úrovni není.

Další obdobný výzkum byl v roce 2013, kdy Lenka Seidlerová v rámci diplomové práce zkoumala a porovnávala kvalitu života všeobecných sester pracujících na řadových pozicích s kvalitou života sester pracujících na manažerských pozicích ve čtyřech zdravotnických zařízeních Moravskoslezského kraje. Výzkum prováděla pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF a výsledky neukázaly zásadní rozdíl mezi hodnocením kvality života všeobecnými sestrami, které pracují na řadových pozicích a sestrami manažerkami (Seidlerová, 2013).

Burešová a Jarošová (2015) zjišťovaly pomocí deskriptivní průřezové studie kvalitu života a kvalitu pracovního života sester, které pracovaly v regionálních nemocnicích Moravskoslezského kraje. Výzkum proběhl celkem u 304 sester za pomoci standardizovaných dotazníků Personal Well-being Index – Adult (PWI-A) a ProQOL. Autorky uvádí, že dle výsledků výzkumného šetření je kvalita pracovního života i obecná kvalita života na mírně nadprůměrné úrovni.

V roce 2013 proběhl autorkami Madziovou a Janíkovou (2013) výzkum týkající se problematiky péče všeobecných sester o své zdraví. Výzkumný soubor tvořilo 100 sester z Bílovecké nemocnice a.s. a z Městské nemocnice v Odrách. Metodou výzkumu byl nestandardizovaný dotazník skládající se z 28 otázek, které byly otevřené i uzavřené. Výsledkem toho výzkumu byla skutečnost, že sestry ve výše uvedených nemocnicích pravidelně nenavštěvují svého praktického lékaře, v mnohých případech nedodržují léčebný režim a často přechází dané onemocnění. Naopak pravidelné návštěvy u stomatologa dodržuje 67 % respondentů, u gynekologa 40 %. Dalším zajímavým výsledkem byl fakt, že ačkoliv si sestry uvědomují rizikovost užívání tabákových výrobků, tak téměř 47 % respondentů uvedlo abúzus kouření. Dotazník byl zaměřený i na míru fyzické i psychické vyčerpanosti, kdy 79 % respondentů pociťuje psychickou vyčerpanost a celkem 91 % pociťuje vyčerpanost fyzickou a naprostá většina respondentů pociťuje bolest pohybového aparátu.

5 KVALITA PRACOVNÍHO ŽIVOTA

5.1 Definování kvality pracovního života

Kvalita pracovního života je označována jako QWL (Quality of work life) a znamená mít dobré nadřízené, dobré pracovní podmínky, dobrý plat, sociální výhody a zajímavou, podnětnou a užitečnou práci. Pracovní spokojenost je závislá na uspokojování potřeb zaměstnanců a vysoké kvality pracovního života lze dosáhnout systematickým úsilím organizace či zaměstnavatele. Pracovní spokojenost je zcela subjektivní vyjádření jedince, neboť je ovlivněna osobnostními charakteristikami člověka a jeho individuálními preferencemi. Existuje soubor faktorů, který ovlivňuje kvalitu pracovního života a jeho spokojenost. Tyto faktory lze roztřídit na vlivy, které se týkají vlastní pracovní činnosti (pracovní podmínky, odměňování, možnost profesního rozvoje, péče o pracovníky, pracovní prostředí, bezpečnost práce), na vlivy na straně jedinců (osobnostní charakteristiky, věk, pohlaví, rodinný stav, vzdělání, pracovní praxe, hodnoty, zájmy, aspirace a schopnosti jedince) a na vlivy, které působ na organizaci a jedince z vnějšku, např. politika a ekonomická situace státu (Kocianová, 2010).

5.2 Vybrané faktory kvality pracovního života

Pauknerová (2012) uvádí, že největší vliv na výkonnost, spokojenost a spolehlivost pracovníků v organizaci mají pracovní podmínky. Podmínky pracovního prostředí zahrnují prostorové a funkční řešení pracoviště, fyzické podmínky práce, optimalizace techniky a pracovních prostředků, bezpečnost práce, organizační podmínky, zdravotní a preventivní péče o pracovníky, hygienické podmínky a sociálně-psychologické faktory. Do pracovních podmínek se řadí i ty nepříznivé, např. rušivé a škodlivé pracovní podmínky nebo nepříjemné pracovní podmínky. Tyto často nepříznivé pracovní podmínky mají za následek snížení pracovního výkonu, změnu postoje pracovníka k podnikové realitě nebo jejich následkem může být poškození organismu pracovníka.

5.2.1 Organizace pracovní doby

Rozvrhování pracovní doby je otázkou organizace práce či zaměstnavatele. Pracovní doba se dá definovat jako doba, kdy je zaměstnanec povinen vykonávat práci a kdy je zaměstnanec na pracovišti připraven k výkonu, doba odpočinku tudíž není pracovní dobou. Pojem pracovní pohotovost znamená připravenost zaměstnance k případnému výkonu práce v případě, že nastane naléhavá potřeba výkonu práce nad rámec rozvrhu pracovní doby (Poláková, Lichovníková, 2011).

Organizace pracovní doby je uzákoněna v zákoníku práce, který ji upravuje dle povahy pracovního procesu. Pracovní režim může být přetržitý, který se dále dělí na jednosměnný, dvousměnný, třísměnný a to celoročně nebo sezonně. Nepřetržitý pracovní proces spočívá v pracovní době 24 hodin nepřetržitě po celý rok (Česko, 2020).

Pracovní doba se též dělí na rovnoměrně a nerovnoměrně rozvrženou. Rovnoměrná představuje stanovenou pracovní dobu na jednotlivé týdny a nerovnoměrná pracovní doba je uplatňována především ve směnném nebo nepřetržitém provozu. Týdenní pracovní doba je dle zákoníku práce stanovena na 40 hodin týdně, avšak v případě nerovnoměrného rozvržení pracovní doby dochází k případům, kdy zaměstnanec v rámci svých směn dosahuje odlišného limitu odpracované doby za jednotlivé týdny. Dalším typem pracovní doby je práce konaná v noční době. Zákoník práce tuto pracovní dobu vymezuje v čase od 22.00 hodin do 6.00 hodin a délka směny zaměstnance, který pracuje v noci, nesmí přesáhnout 8 hodin v rámci 24 hodin po sobě jdoucích (Neščáková, 2012).

V rámci pracovní doby má zaměstnanec dle zákoníku práce č. 262/2006 sb. nárok na přestávku či na dobu odpočinku a zaměstnavatel je povinen tyto časové úseky dodržet v rámci rozvržení pracovní doby. Nárok na 30 minutovou přestávku (na jídlo či oddech) má zaměstnanec nárok nejdéle po šesti hodinách trvání práce. Pokud pracovní režim zaměstnance nedovoluje přerušení práce a dodržení přestávky, je zaměstnavatel i nadále povinen umožnit zaměstnanci přiměřený čas na jídlo a oddech. Rozdíl mezi pracovní přestávkou a přiměřenou dobou na jídlo a oddech spočívá v tom, že přestávka se nezapočítává do pracovní doby. Doba odpočinku se dělí do tří kategorií. První z nich je nepřetržitý odpočinek mezi směnami, který musí trvat nejméně 12 hodin a posuzuje se jako časový úsek navazující na konec jedné směny a začátek druhé směny v úseku 24 hodin. Druhým typem jsou dny pracovního klidu a obecně se za tyto dny považují neděle, avšak v rámci zákoníku práce tato doba může připadnout na jakýkoliv jiný den v týdnu. Jedná se o případy směnného provozu, kdy zaměstnanec pracující 12 hodin dvě či tři směny po sobě má nepřetržitý odpočinek ve středu a čtvrtek, jindy například v pondělí a úterý. Posledním typem odpočinku je nepřetržitý odpočinek v týdnu, který v týdnu trvá minimálně 35 hodin a pokud to umožňuje povaha provozu, zaměstnavatel stanovuje tuto dobu všem zaměstnancům na stejný den a pokud je to možné, tak aby do těchto dnů spadala neděle (Česko, 2020).

5.2.2 Bezpečné pracovní prostředí

Vévoda a kol. (2013) uvádí, že vytváření a udržování bezpečného pracovního prostředí vede ke zvyšování kvality života, udržení pracovní schopnosti, pohody při práci a podílí se na sociální a právní ochraně zaměstnance. Ideální bezpečné pracovní prostředí je základem spokojenosti nejen zaměstnance, ale i zaměstnavatele. Za bezpečné pracovní prostředí můžeme považovat prostředí, ve kterém nehrozí žádná havárie, úraz či jiné poškození zdraví z hlediska tělesného, duševního i sociálního.

Problematika bezpečí a ochrany zdraví při práci (BOZP) spočívá i ve vzniku nehodových událostí a havárií, které mohou vést ke ztrátám na lidských životech, zdraví, ale i k poškození majetku. Následná vyšší nemocnost a úrazovost zatěžuje podnik, snižuje využívání a efektivnost investic, ale i zvyšuje potřeby vyššího počtu pracovníků či zvyšuje intenzitu a pracovní zatížení zaměstnanců. Z těchto důvodů by neměla být BOZP pouze nepříjemným předpisem v podnicích, ale potřebnou a uvědomělou snahou k ochraně a zabezpečení pracovního prostředí a zdraví zaměstnanců. Bezpečí a ochrana zdraví při práci je zakotvena v několika zákonech a její právní předpisy zajišťují ochranu života a zdraví zaměstnanců. Do těchto předpisů patří předpisy hygienické a protiepidemické, technické, stavební, dopravní, předpisy o požární ochraně a o zacházení s hořlavinami, výbušninami, zbraněmi, radioaktivními, chemickými a ostatními zdraví škodlivými látkami. Zaměstnavatel je povinen informovat zaměstnance o kategorii vykonávané práce a následně zajistit školení o právních a ostatních předpisech týkající se BOZP a jednou za rok má povinnost prověrky BOZP na všech pracovištích. V případě, kdy na pracovišti není možné riziko související s ochranou zdraví odstranit, je zaměstnavatel povinen bezplatně zajistit zaměstnancům osobní ochranné pracovní prostředky (Výzkumný ústav bezpečnosti práce, ©2021).

5.2.3 Psychologické a psychosociální faktory

Za zdroj pracovního stresu a zátěže se považují psychosociální rizika pracovního prostředí, které mají negativní vliv na zaměstnance a často způsobují jejich nižší pracovní výkon, zvýšený absentismus a zvýšené riziko pracovních úrazů. Zvýšený výskyt těchto faktorů má taktéž za následek zvýšenou nemocnost, zvýšenou fluktuaci a postihuje jak celý podnik, tak i zaměstnavatele. Tyto faktory se člení do 10 oblastí dle dokumentu Guidance on the European Framework for Psychosocial risk management, který zpracovala WHO (WHO, 2008):

I. Charakter práce - tato oblast obsahuje dobrou organizaci práce, včetně snahy zabránit přetěžování zaměstnanců,
II. pracovní zátěž (pracovní zatížení odpovídá zdravotnímu stavu zaměstnance),
III. rozvržení práce (pozdní odchody domů, možnost vhodného stravování),
IV. rozhodování o práci (zapojení zaměstnance do zlepšování pracovního prostředí, možnost zvyšování kvalifikace),
V. oblast pracovního prostředí a vybavení - zahrnuje vytvoření příjemného a esteticky přitažlivého pracovního prostředí, kterého se dá dosáhnout například vybavením odpočinkové oblasti, kuchyňky pro zaměstnance či vytvořením relaxačního koutku,
VI. firemní kultura je neméně důležitá oblast a její náplní je otevřená komunikace se zaměstnanci, spravedlivé zacházení a oceňování jejich výkonu,
VII. mezilidské vztahy na pracovišti - tato oblast zahrnuje udržování otevřených vztahů, vzájemnou spolupráci či otevřené řešení konfliktů,
VIII. role v organizaci,
IX. kariérní postup,
X. sladění práce a soukromí.

Opatření před výše uvedenými rizikovými faktory práce není jednorázová záležitost, jedná se o proces s několika fázemi a tento proces se stává nejúspěšnějším ve chvíli, kdy se na něm aktivně podílejí zaměstnanci (Kožená, Lipšová, Janošová, 2016).

Michalík (2015) dělí psychosociální rizika, která mohou vést ke vzniku pracovního stresu, do 2 hlavních skupin. První skupinou jsou ty faktory, které souvisí přímo s prací. Mezi tyto faktory autor řadí nadměrné nároky na zaměstnance, nedostatek osobního vlivu, nedostatečnou podporou ze strany zaměstnavatele či kolegů, špatné vztahy na pracovišti, konflikt rolí nebo jejich nejasné vymezení, špatné řízení změn a násilím strany třetích osob. Druhou skupinou jsou faktory mimopracovní a jedná se o skupinu faktorů, které se nepojí přímo k pracovnímu výkonu. Do těchto faktorů patří rovnováha mezi pracovním a osobním životem, důležité životní události (vznik manželství, těhotenství, péče o děti), osobní a společenské problémy jako například závislost na alkoholu a drogách či špatné životní podmínky, vztahy, finance (existující dluhy, finanční obavy) a nemoc či ztráta blízké osoby. Důsledky těchto faktorů a pracovního stresu se projevují jak u zaměstnance, tak i u zaměstnavatele. Zaměstnanec je často podrážděný, úzkostlivý, uzavřený a unavený. Ze strany zaměstnavatele se tyto negativní faktory projevují zhoršením ekonomických ukazatelů

jako je snížení pracovní výkonnosti, nárůst absence zaměstnanců v práci nebo pracovní neschopností a fluktuací.

5.3 Náplň práce všeobecné sestry

Všeobecná sestra se řadí mezi nelékařský zdravotnický personál, který spolupracuje s dalšími pracovníky, jako jsou fyzioterapeuti, ergoterapeuti, lékaři, psychologové apod. Všechny činnosti, které všeobecná sestra vykonává, jsou v souladu s platnou legislativou (především podle zákona č. 96/2004). Předpokladů pro výkon povolání všeobecné sestry je několik, mezi základní se řadí trestní bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost, osvědčení k výkonu zdravotnického povolání a způsobilost k právním výkonům (Malíková, 2020).

Muknšnáblová (2014) popisuje všeobecnou sestru jako poskytovatelku základní a specializované komplexní ošetřovatelské péče za pomoci ošetřovatelského procesu. Hlavním zaměřením je uspokojování potřeb pacienta, zlepšování jeho soběstačnosti, zmírňování příznaků onemocnění. Všeobecná sestra používá měřící techniky, hodnotící škály, testy rizik, odebírá biologický materiál, připravuje pacienty k diagnostickým a terapeutickým výkonům, asistuje u nich či některé sama provádí. Mezi další náplň práce patří ošetřování chronických a akutních ran, péče o drény, podávání léčiv, edukace pacientů a jejich rodin a psychická podpora pacientů.

Malíková (2020) rozděluje charakteristiku práce všeobecné sestry na obecnou a konkrétní. Pro lepší přehlednost jsou tyto charakteristiky uvedené v následující tabulce.

Tabulka 3 - Charakteristika práce všeobecné sestry (Malíková, 2020)

Obecná charakteristika	Konkrétní charakteristika
- zajišťování a provádění odborné zdravotní a ošetřovatelské péče - dodržování zákonných a platných norem, hygienickým předpisů - znalost koncepcí jednotlivých medicínských oborů a ošetřovatelství - znalost o organizační struktuře v zařízení - ovládání anatomie a fyziologie, poskytování první pomoci	- aktivní a cílené poskytování individualizované péče na základě holistického přístupu - samostatné vedení ošetřovatelské dokumentace - účast na sesterských i lékařských vizitách - dodržování platných hygienických norem, zabraňování vzniku nozokomiálních nákaz - podílení se na přijetí klienta do zdravotního zařízení

Obecná charakteristika	Konkrétní charakteristika
- znalost ošetřovatelských standardů a postupů u jednotlivých odborných ošetřovatelských výkonů - zachování mlčenlivosti o skutečnostech - souvisejících s výkonem povolání - předávání zkušeností novým pracovníkům - provádění edukace u klientů i jejich rodin - dodržování práv klientů a etického kodexu sester - opora klientům/pacientům a jejich příbuzným v náročných situacích - přehled z psychologie - používání vhodných komunikačních technik a metod - ovládání základních rehabilitačních ošetřování - vedení ošetřovatelské dokumentace - průběžné vzdělávání - používání emoční inteligence a podpora vytváření kultury bezpečí a optimálního léčebného prostředí	- edukace o plánování a realizaci následné péče - provádění činností, které jsou spojené s překladem či s propuštěním klienta - podílení se na provádění hygienické péče u klientů - péče o prostředí klientů - asistence lékaři - příprava klientů na výkon - sledování příjmu potravy - provádění nutričního screeningu - sledování stavu hydratace a provádění bilance tekutin

5.3.1 Rizika povolání všeobecné sestry

Základem pracovní spokojenosti všeobecných sester je vytvoření ideálního a bezpečného pracovního prostředí. Jelikož je práce ve zdravotnictví velmi různorodá, je těžké stanovit a identifikovat míru rizikových faktorů, nicméně některé faktory v oblasti prevence zdraví při výkonu povolání všeobecné sestry jsou společné a je nutné, aby pracovníci ve zdravotnických službách byli informování o závažnosti rizika. Mezi nejčastější rizikové faktory práce všeobecné sestry se řadí biologické činitele, chemické škodliviny, fyzická a psychická zátěž. Biologickým činitelům jsou vystaveni všichni pracovníci ve zdravotnictví. Nejčastějším biologickým činitelem jsou infekční nákazy, které se přenášejí zejména vdechnutím aerosolu vznikajícího při kašli a kýchání. Dalším možným způsobem nákazy tímto činitelem je

manipulace s infekčními tekutinami, jako je krev nebo moč, manipulace s jehlami a injekčními stříkačkami či manipulace s infekčním prádlem, obvazy a lůžkovinami. Zdravotníci jsou často vystaveni infekcím, jako je tuberkulóza, spalničky, zarděnky, plané neštovice, chřipky, streptokokové a stafylokokové infekce. V této situaci je důležité, aby všeobecné sestry a další personál pracující ve zdravotnictví měli znalosti o původních infekcích, především znalosti o způsobu přenosu a možnostech prevence. Dalším rizikem pracovního prostředí je kontakt s chemickými škodlivinami. Mezi tyto škodliviny patří řada látek, například s cytostatika, dezinfekce či látky užívané na sterilizaci prostředí nebo nástrojů. Fyzická zátěž představuje rizikový faktor, kterým jsou vystaveny především všeobecné sestry pracující na lůžkových odděleních a úroveň této zátěže je závislá na druhu oddělení. Tato zátěž je způsobena manipulací s pacientem, prádlem nebo zdravotnickým materiálem. Sestry na lůžkových oddělení, zejména na odděleních, kde jsou hospitalizovaní imobilní pacienti, vykonávají polohování, rehabilitaci a osobní hygienu u pacientů a tím pádem dochází k celkovému fyzickému zatížení organismu. Neméně důležitým rizikovým faktorem práce všeobecné sestry je psychická zátěž, která vzniká z přetížení v kombinaci s vysokou náročností práce. Dalším faktorem psychické zátěže je i vysoká odpovědnost, směnová, noční práce a nezanedbatelnou součástí je působení lidského utrpení a bolesti, při které může v určitých situacích dojít k selhávání profesionální obrany (Vévoda a kol., 2013).

5.3.2 Syndrom vyhoření

Bartošíková (2006) popisuje syndrom vyhoření jako proces, kterému předchází dlouhodobý stres, nadměrné a dlouhotrvající vyčerpání. Tímto procesem jsou ohroženy zejména profese, které pomáhají druhým lidem, jsou charakterizovány vysokou náročností a intenzivním kontaktem s lidmi. Jedná se o stav, kdy dochází k vyčerpání v oblasti tělesné, psychické a emocionální. V oblasti tělesné se projevuje chronickou únavou, nedostatkem energie, bolestmi, pocity slabosti, ale i častější nemocností. Pro oblast psychického vyčerpání jsou typické negativní postoje, jako je cynismus, negativismus, pesimismus. Emocionální vyčerpání se projevuje pocity prázdnoty, jedinec se uzavírá do sebe, vyhýbá se kontaktu s ostatními nebo při kontaktu s lidmi reaguje nepřátelsky a podrážděně. Tento proces má na jedince dopad v mnoha sférách. Ovlivňuje jeho osobní život, snižuje jedinci sebevědomí a kromě těchto osobních dopadů může vyústit i do situací, kdy dochází k pracovním problémům, jako je nežádoucí atmosféra na pracovišti, absence jedince či odchod ze zaměstnání.

5.3.3 Sekundární traumatický stres

Sekundární traumatický stres je definován jako psychická reakce, kterou vyvolá určitý typ stresoru. Objevuje se zejména v pracovním prostředí u pracovníků, kteří jsou vystaveni traumatu druhé osoby anebo u osob, kteří pečují o traumatizovanou osobu nebo o osobu, která má posttraumatickou stresovou poruchu. Sekundární traumatický stres se projevuje pocity úzkosti, izolace a může vyústit i v poruchy spánku (Klepáčková, Krejčí, Černá, 2020).

6 VÝZKUMNÁ ČÁST

Cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit kvalitu života a zdraví všeobecných sester, které pracují na infekčním oddělení, interním oddělení a urgentním příjmu ve vybrané nemocnici a následně porovnat a zjistit faktory, které hodnocení kvality života a zdraví ovlivňují.

6.1 Cíle výzkumu a hypotézy

Hlavním cílem výzkumu je zmapovat problematiku kvality života a zdraví u všeobecných sester pracujících ve vybrané nemocnici.

Výzkumné cíle:

- Zjistit jak všeobecné sestry hodnotí svoji kvalitu života a zdraví na dvou vybraných škálách.
- Zjistit, zda hodnocení kvality života, zdraví a kvality profesního života všeobecných sester bude rozdílné v závislosti na vybraných proměnných.
- Zjistit, zda vybrané proměnné mají vliv na pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření.
- Zjistit, zda vybrané proměnné mají vliv na pravděpodobnost vzniku sekundárního traumatického stresu.

Výzkumné otázky (VO):

VO1: Jak vybrané všeobecné sestry hodnotí svojí kvalitu života, zdraví a kvalitu profesního života na vybraných škálách?

VO2: Jaký je rozdíl v hodnocení kvality života a zdraví dotazníkem WHOQOL-BREF u vybraných všeobecných sester v závislosti na věku?

VO3: Jaký je rozdíl v hodnocení kvality života a zdraví dotazníkem WHOQOL-BREF u vybraných všeobecných sester v závislosti na místu pracoviště?

VO4: Jaký je rozdíl v pravděpodobnosti vzniku syndromu vyhoření u vybraných všeobecných sester v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví?

VO5: Jaký je rozdíl v pravděpodobnosti vzniku sekundárního traumatického stresu u vybraných všeobecných sester v závislosti na druhu směnného provozu?

Hypotézy:

$1H_0$: Hodnocení kvality života a zdraví všeobecných sester dotazníkem WHOQOL-BREF, nebude rozdílné v závislosti na místě pracoviště.

$1H_A$: Hodnocení kvality života a zdraví všeobecných sester dotazníkem WHOQOL-BREF, bude rozdílné v závislosti na místě pracoviště.

$2H_0$: Všeobecné sestry s delší praxí ve zdravotnictví nemají větší pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření než sestry, které mají kratší délku praxe ve zdravotnictví.

$2H_A$: Všeobecné sestry s delší praxí ve zdravotnictví mají větší pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření než sestry, které mají kratší délku praxe ve zdravotnictví.

$3H_0$: Hodnocení kvality života a zdraví všeobecných sester dotazníkem WHOQOL-BREF, které jsou starší, nebude rozdílné s hodnocením mladších všeobecných sester.

$3H_{A:}$ Hodnocení kvality života a zdraví všeobecných sester dotazníkem WHOQOL-BREF, které jsou starší, bude rozdílné s hodnocením mladších všeobecných sester.

$4H_0$: Všeobecné sestry pracující v jednosměnném provozu nemají větší pravděpodobnost vzniku sekundárního traumatického stresu než všeobecné sestry, které pracují ve vícesměnném provozu.

$4H_A$: Všeobecné sestry pracující v jednosměnném provozu mají větší pravděpodobnost vzniku sekundárního traumatického stresu než všeobecné sestry, které pracují ve vícesměnném provozu.

6.2 Metodika výzkumu a výzkumný nástroj

Pro výzkumnou část byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Technikou výzkumného šetření byla zvolena forma dvou standardizovaných dotazníků obohacených o demografické a identifikační údaje (Příloha A), které obsahovaly položky týkající se pohlaví, věku, délky praxe ve zdravotnictví, druhu pracoviště a druhu směnného provozu.

Dotazník ProQOL (dotazník profesionální stupnice kvality života) je autorizovaný dotazník zjišťující profesní kvalitu života osob, které pečují o druhé. Jeho autorem je Beth Hudnall Stamm. Českou verzi tohoto dotazníku přeložila Jarošová a Čurdová (2012). Původní verze je z roku 1995, nyní se používá již pátá verze z roku 2009. Tento dotazník obsahuje 30 položek, které jsou rozděleny do následujících domén:

- pocit spokojenosti (položky 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30),
- syndrom vyhoření (položky 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29),
- sekundární traumatický stres (položky 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28). (Stamm,2010)

Druhým dotazníkem je dotazník WHOQOL-BREF vytvořený Světovou zdravotnickou organizací. Dotazník je standardním nástrojem na měření kvality života a do českého jazyka ho přeložila Dragomirecká a Bartoňová (2006). Obsahuje celkem 26 položek, první dvě položky jsou samostatným hodnocením kvality života a zdraví, ostatní položky jsou rozděleny do následujících domén:

- Fyzické zdraví (otázky č. 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18),
- prožívání (otázky č. 5, 6, 7, 11, 19, 26),
- sociální vztahy (otázky č. 8, 20, 21, 22),
- prostředí (otázky č. 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). (Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

6.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Dotazníkové šetření probíhalo v období od 1. března 2021 do 31. března 2021.

Výzkumné šetření probíhalo za souhlasu náměstkyně ošetřovatelské péče ve vybrané nemocnici na oddělení interním, infekčním (v té době určeno pro pacienty s diagnózou Covid-19 onemocnění) a na urgentním příjmu (v té době rozdělen na dvě zóny, z nichž jedna slouží pro příjem Covid-19 pozitivních a suspektních pacientů). Tyto oddělení byly vybrány z důvodu obdobné míry vytíženosti a náročnosti pro profesi všeobecné sestry. Interní oddělení, jakožto akutní lůžkové oddělení, se potkává dnes a denně s nátlakem na lůžka, což způsobuje fyzickou i psychickou náročnost pro personál. To samé platí i pro infekční

oddělení, které se momentálně, v době celosvětové pandemie, setkává s ohromnou saturací pacientů. Urgentním příjem taktéž čelí náporu stran počtu pacientů, neboť počet těchto pacientů enormně vzrostl z důvodu vzniku nového onemocnění. Nedílnou součástí tohoto výběru je i fakt, že všeobecné sestry z těchto oddělení jsou součástí pacientových osudů, prožívají jejich emoce a často jsou svědky jejich traumatických zážitků.

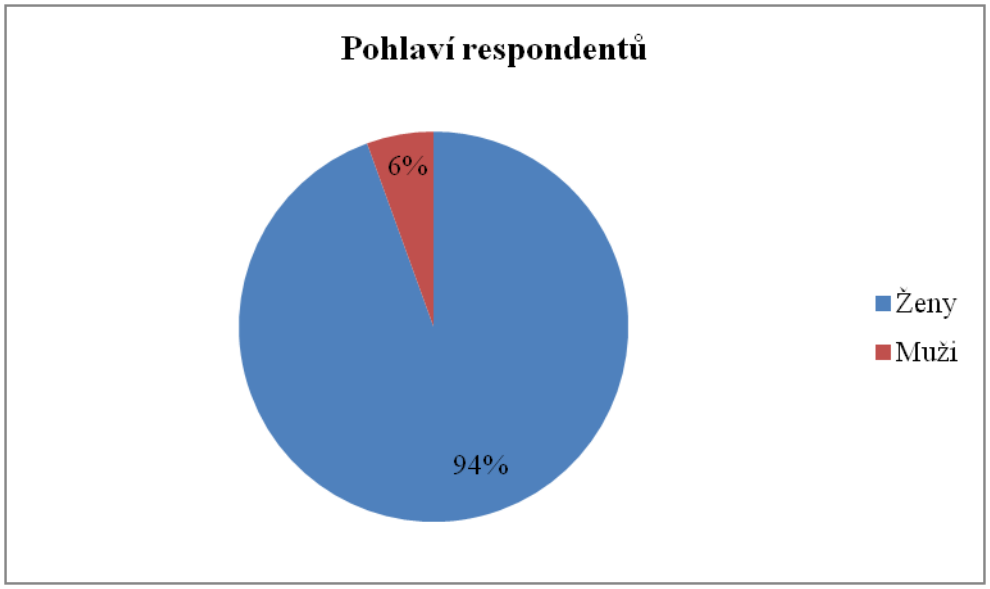
Dotazník byl určený pro všeobecné sestry pracující na výše uvedených odděleních. Před zahájením samotného výzkumu byla provedena pilotní studie, která měla za úkol zjistit, zda je dotazník srozumitelný a čitelný. Dotazník obdrželo pět všeobecných sester, které jsem požádala o přečtení celého dotazníku a následně o hodnocení velikosti písma, interpretace vysvětlivek k vyplnění dotazníku a celkové přehlednosti. Tyto sestry ohodnotily dotazník jako srozumitelný a čitelný, ve formulování dotazníku neshledaly problém. Důležité také bylo, aby tento dotazník byl srozumitelný i pro všeobecné sestry, které neměly předešlou zkušenost s vyplňováním obdobného dotazníku. Sestry, které tuto předešlou zkušenost neměly, hodnotily dotazník taktéž jako srozumitelný. Před rozdáním dotazníků na oddělení jsem kontaktovala vrchní sestry s prosbou o povolení k výzkumu. Následně po domluvě se staničními sestrami jednotlivých oddělení byly dotazníky rozdány spolu s obálkami, které sloužily pro vložení vyplněných dotazníků a k zachování anonymity respondentů. Celkem bylo rozdáno 90 dotazníků, na každé oddělení 30.

Návratnost dotazníků byla 90% (81 dotazníků). Z důvodu neúplného vyplnění bylo vyřazeno 9 dotazníků (11 %), pro zpracování dat tedy bylo použito 72 dotazníků (89 %).

6.3.1 Demografické a identifikační údaje

Dotazník byl rozčleněný do tří částí. První dvě části byly samotné dotazníky kvality života a třetí část obsahovala demografické a identifikační údaje. Tyto údaje se týkaly pohlaví respondentů, jejich věku a délky praxe ve zdravotnictví. Dále jsem zjišťovala, na jakém oddělení a v jakém druhu směnného provozu respondenti pracují. Za pomoci těchto údajů jsem respondenty rozčlenila do kategorií, podle kterých jsem následně mohla porovnávat hodnocení kvality života.

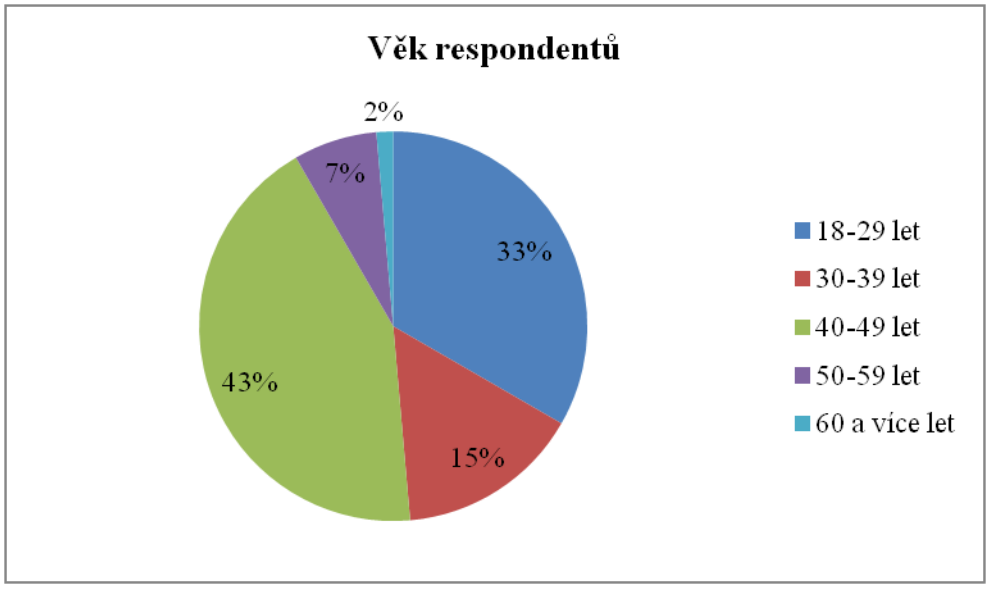
Otázka č. 1 – Jaké je vaše pohlaví?



Graf 1 - Pohlaví respondentů

V grafu 1 je znázorněno zastoupení žen a mužů ve výzkumném vzorku respondentů. Z celkového počtu 72 respondentů (100 %) bylo 68 žen (94 %) a 4 muži (6 %).

Otázka č. 2 – Kolik je Vám let?

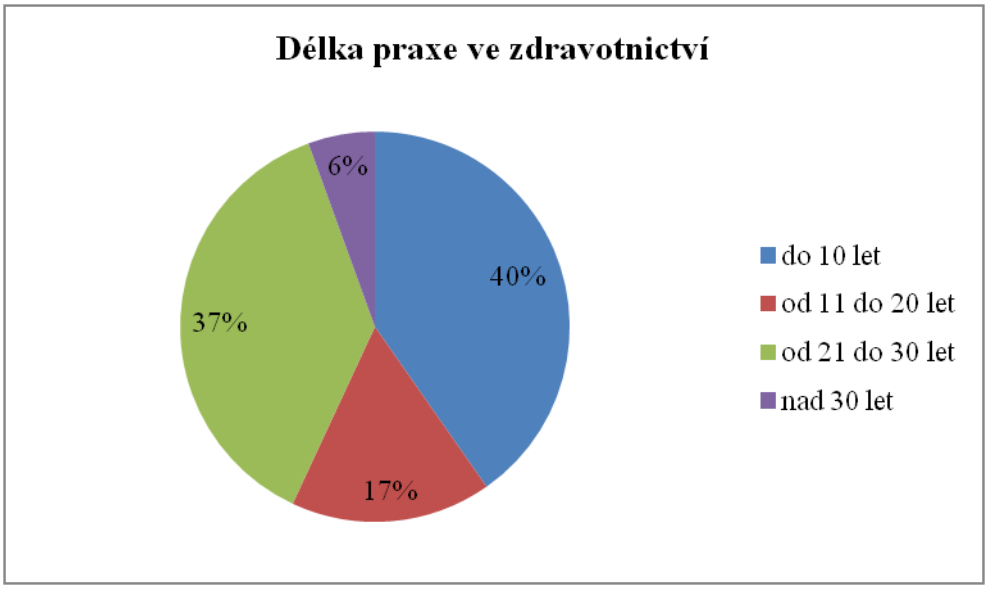


Graf 2 - Věk respondentů

V grafu 2 je zaznamenáno zastoupení věkových skupin v dotazníkovém šetření. Z celkového počtu 72 respondentů (100 %) byli nejčastěji zastoupeni respondenti ve věku 40-49 let, celkem jich bylo 31 (43 %). Druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti ve věku 18-29 let, celkem 24 respondentů (33 %). Věkové rozmezí 30-39 let zastupovalo

11 respondentů (15 %). Další věkovou skupinu tvořili respondenti ve věkovém rozmezí od 50-59 let, celkem jich bylo 5 (7 %). Ve věkové skupině 60 a více let byl pouze 1 respondent (2 %).

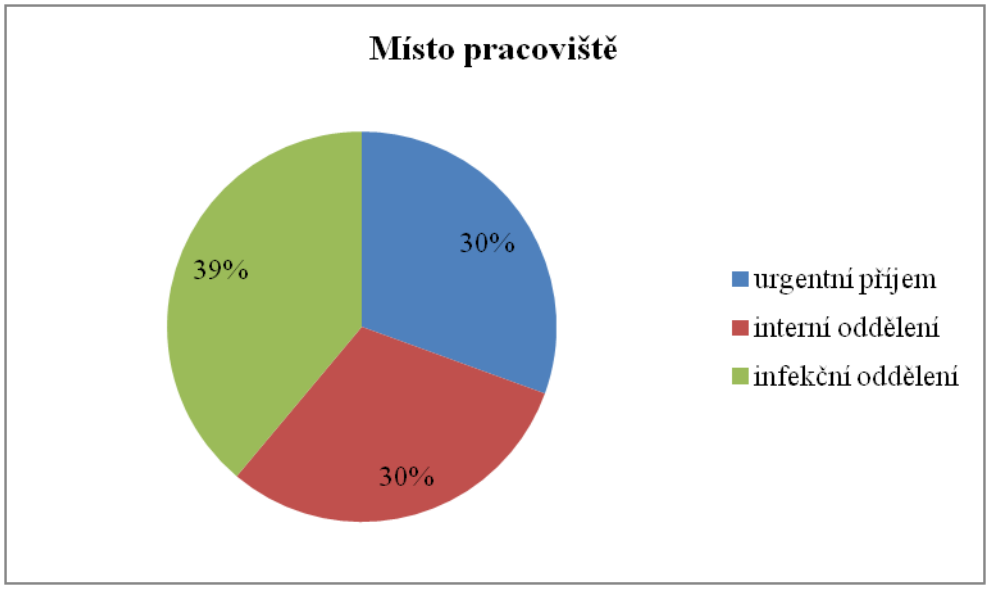
Otázka č. 3 – Jaká je Vaše délka praxe ve zdravotnictví?



Graf 3 - Délka praxe ve zdravotnictví

Otázka č. 3 z třetí části dotazníku (demografické a identifikační údaje) zjišťuje délku praxi ve zdravotnictví. Nejpočetnější kategorií byla délka praxe do 10 let. Tuto možnost zvolilo celkem 29 respondentů (40 %) z celkového počtu 72 respondentů (100 %). Druhou nejpočetnější kategorií byla délka praxe od 21-30 let, celkem 27 respondentů (37 %). Respondentů s délkou praxí ve zdravotnictví od 11-20 let bylo 12 (17 %) a pouze 4 respondenti (6 %) zvolili kategorii nad 30 let. Tyto údaje vyplývají z grafu 3.

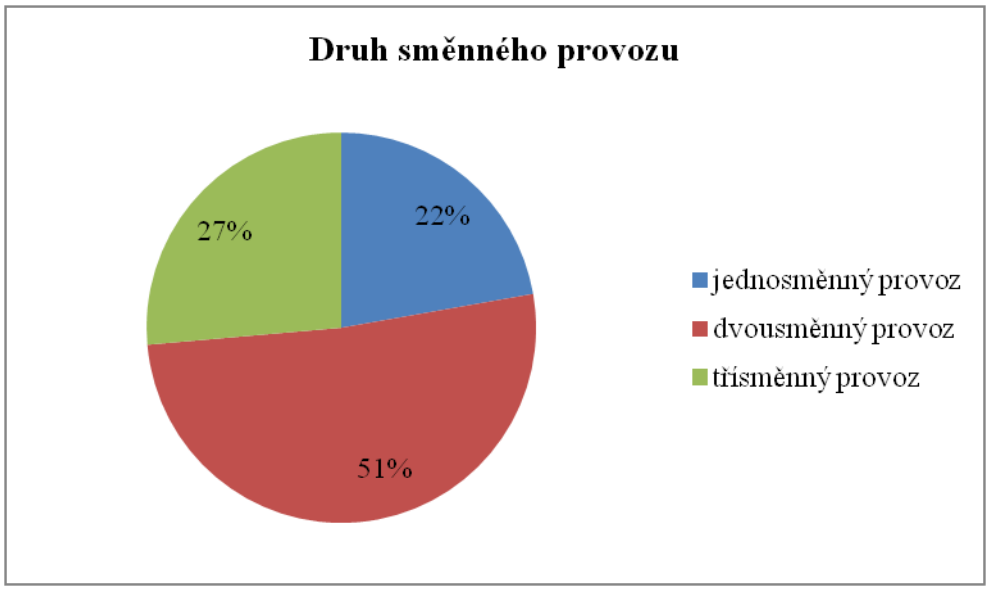
Otázka č. 4 – Uveďte, prosím, Vaše pracoviště.



Graf 4 - Místo pracoviště

Graf 4 uvádí zastoupení respondentů z jednotlivých oddělení. Celkem 28 respondentů (39 %) bylo z infekčního oddělení. Z interního oddělení bylo 22 respondentů (30 %) a stejná data ukazuje i pracoviště urgentního příjmu.

Otázka č. 5 – V jakém druhu směnného provozu pracujete?



Graf 5 - Druh směnného provozu

Poslední otázka dotazníku z části demografických a identifikačních údajů zjišťovala, v jakém směnném druhu provozu respondenti pracují. V grafu 5 je patrné, že nejvíce zastoupenou

kategorií byl dvousměnný provoz, ve kterém pracuje 37 respondentů (51 %). Ve třísměnném provozu pracuje 19 respondentů (27 %) a v jednosměnném 16 respondentů (22 %).

6.4 Zpracování dat

Získaná data byla vkládána do programu Microsoft Office Exel a následně byla vyhodnocena dle manuálů. Na statistické zpracování dat byl použit program STATISTICA.

Data z dotazníku ProQOL byla zpracována dle manuálu, který vytvořil autor Stamm (2010). Respondenti odpovídali na pětistupňové Likertově škále (1=nikdy, 2=zřídka, 3=někdy, 4=často, 5=velmi často). Jednotlivé odpovědi dotazníku je zapotřebí sečíst a ty nám dají výsledek. Pouze u domény syndromu vyhoření je nutné odpovědi u otázek 1, 14, 15, 17 a 29 „obrátit“. V tom případě se odpověď velmi často rovná odpovědi nikdy, často odpovídá zřídka, odpověď někdy zůstává, odpověď zřídka se rovná často a odpověď nikdy se obrátí v odpověď velmi často. Tento postup autor odůvodňuje psychologickým hlediskem, kdy kladně položené otázky řeknou více, pokud je bereme negativně (Stamm, 2010). Takto upravená data se u každého respondenta sečtou a hodnotí se následovně: 22 a méně bodů odpovídá nízké úrovni, body mezi 23 a 41 odpovídají průměrné úrovni, 42 a více bodů znamená vysokou úroveň.

Data dotazníku WHOQOL-BREF byla zpracována za pomoci Příručky pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace autorek Dragomirecké a Bartoňové (2006). Respondenti hodnotili položky dotazníku na škále 1-5, kdy vyšší číslo znamená vyšší hodnocení kvality života v dané doméně. Výsledky se následně vyhodnotí jako doménové skóry, které představují průměrný hrubý skór a následně se transformují na škálu od 4 (minimum) do 20 (maximum), přičemž vyšší hodnota znamená vyšší kvalitu života. Otázka č. 1 a č. 2 jsou samostatné položky dotazníku a jejich hodnocení spočívá taktéž v průměrných hrubých skórech, kdy 1 je minimum a 5 maximum.

Pro popisnou analýzu dat byly použity základní statistické charakteristiky – absolutní četnost, aritmetický průměr, směrodatná odchylka, minimální a maximální hodnota.

6.5 Prezentace výsledků WHOQOL-BREF

6.5.1 Výsledky jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF

Následující tabulky uvádějí výsledky jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF pro celý výzkumný vzorek. Každá z tabulek obsahuje absolutní četnost (n), průměrné hodnoty jednotlivých položek dotazníku, směrodatnou odchylku (SD), nejnižší (min.) a nejvyšší (max.) uvedené hodnoty. Jednotlivé položky dotazníku jsou zde rozčleněny do 2 samostatných položek (Q1 a Q2) a 4 domén (fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí). Rozpětí u jednotlivých položek je 1 až 5 a pro hodnocení platí pravidlo, že čím vyšší skóre, tím vyšší je kvalita života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Otázka č. 1 Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

Tabulka 4 - Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

Položka	n	Průměr	SD	Min.	Max.
Q1	72	3,51	1,19	1	5

Otázka č. 1 zjišťuje, jak respondenti hodnotí vlastní kvalitu života. Na tuto otázku respondenti odpovídali na škále od 1-5, kdy 1=velmi špatná, 2=špatná, 3=ani špatná ani dobrá, 4=dobrá, 5=velmi dobrá. Z tabulky 4 je patrné, že průměrná hodnota u této otázky byla 3,51, což odpovídá slovnímu hodnocení „ani dobrá ani špatná“ na rozhraní s odpovědí „dobrá“.

Otázka č. 2 Jak spokojený/á jste se svým zdravím?

Tabulka 5 - Jak spokojený/á jste se svým zdravím?

Položka	n	Průměr	SD	Min.	Max.
Q2	72	3,63	0,98	1	5

Respondenti hodnotí otázkou č. 2 spokojenost se svým zdravím. Otázka se hodnotila škálou od 1-5, kdy 1=velmi nespokojen/a, 2=nespokojen/a, 3= ani spokojen/a ani nespokojen/a, 4=spokojen/a a 5=velmi spokojen/a. Průměrné skóre bylo 3,63, což odpovídá slovnímu hodnocení „ani spokojen/a ani nespokojen/a“ na rozhraní s odpovědí „spokojen/a“. Tento výsledek je zobrazen v tabulce 5.

Průměrné skóry položek u domény č. 1

Tabulka 6 - Průměrné skóry položek u dom1

Doména	Položka	n	Průměr	SD	Min.	Max.
dom1	Q3 Bolest a nepříjemné pocity	72	4,07	0,83	1	3
	Q4 Závislost na lékařské péči	72	4,28	0,78	1	4
	Q10 Energie a únava	72	3,44	0,87	2	5
	Q15 Pohyblivost	72	4,26	0,71	2	5
	Q16 Spánek	72	3,31	0,91	1	5
	Q17 Každodenní činnost	72	3,74	0,94	2	5
	Q18 Pracovní výkonnost	72	4,01	0,57	3	5

Doména č. 1 (fyzické zdraví) se hodnotila z hrubých průměrných skórů otázek č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. U otázky č. 3 a č. 4 byla potřeba výsledná hodnota odečíst od čísla 6 z důvodu obrácené škály hodnocení. Tímto překódováním se dosáhne toho, aby vyšší skóre odpovídalo lepší kvalitě života.

Tabulka č. 6 uvádí výsledky jednotlivých položek z domény č. 1.

V této doméně respondenti hodnotili nejlépe položku Q4, která zjišťovala, jak moc potřebují lékařskou péči, aby mohli fungovat v každodenním životě. Ze zjištěných výsledků je patrné, že respondenti jsou závislí na lékařské péči trochu či vůbec ne. Obdobně byla hodnocena i položka Q3 a Q15, z čehož plyne, že respondenti se dokáží pohybovat dobře a bolest jim nebrání, nebo jen trochu, v tom, co potřebují dělat. Naopak nejnižší průměr z uvedených položek měla položka Q16, která se respondentů ptala, jak spokojení jsou se svým spánkem. Obdobným skórem byla hodnocena položka Q10, která se týká dostatku energie pro každodenní život. Respondenti tuto položku hodnotili také na nižší úrovni a lze tedy říci, že existuje patrná návaznost spokojenosti se spánkem na hodnocení energie a únavy.

Průměrné skóry položek u domény č. 2

Tabulka 7 - Průměrné skóry položek u dom2

Doména	Položka	n	Průměr	SD	Min.	Max.
dom2	Q5 Potěšení ze života	72	3,81	1,07	2	5
	Q6 Smysl života	72	3,96	0,84	2	5
	Q7 Soustředění	72	3,65	0,66	2	5
	Q11 Přijetí tělesného vzhledu	72	3,35	0,65	2	5
	Q19 Spokojenost se sebou	72	3,60	0,94	2	5
	Q26 Negativní pocity	72	3,35	0,82	1	4

Doména č. 2 se vyhodnocuje z otázek č. 5, 6,7, 11, 19 a 26. U otázky č. 26 je zapotřebí odečíst výslednou hodnotu od čísla 6 z důvodu obrácené škály hodnocení. Tímto překódováním se dosáhne toho, aby vyšší skóre odpovídalo lepší kvalitě života. Jednotlivé průměrné hrubé skóry jsou uvedeny v tabulce 7.

Nejvyšší hodnota v doméně prožívání byla naměřena u položky Q6, která se respondentů ptala, na kolik se jim zdá, že jejich život má smysl. Položka Q5 byla až na malý rozdíl hodnocena stejným skórem. Tato položka zjišťovala, jak moc je těší jejich život. Průměr byl 3,81 a lze tedy říci, že respondenty jejich život těší hodně. Naopak nejhůře hodnocenou položkou byla položka Q26, která se ptala, jak často respondenti prožívají negativní pocity. Stejným skórem (3,35) byla hodnocena i položka Q11, která se ptala, zda respondenti dokáží akceptovat svůj tělesný vzhled. Pokud bychom srovnali tento průměrný hrubý skór se slovní odpovědí na škále u položek Q26 a Q11, odpovídal by odpovědi „středně“. O něco lépe hodnotili respondenti položku Q19, která se tázala, jak jsou respondenti spokojeni sami se sebou. Průměrný hrubý skór byl 3,60 z čehož plyne, že respondenti jsou sami se sebou spíše spokojeni a obdobně tomu bylo i u hodnocení položky Q6, ze které je patrné, že respondenti se dokáží soustředit spíše hodně.

Průměrné skóry položek u domény č. 3

Tabulka 8 - Průměrné skóry položek u dom3

Doména	Položka	n	Průměr	SD	Min.	Max.
dom3	Q8 Osobní bezpečí	72	3,51	0,87	2	5
	Q20 Osobní vztahy	72	3,82	0,76	2	5
	Q21 Sexuální život	72	3,68	1,12	1	5
	Q22 Podpora přátel	72	3,89	1,08	1	5

Doména č. 3 se vyhodnocuje z otázek č. 8, 20, 21 a 22 a týká se sociálních vztahů respondentů.

Z tabulky 8 je patrné, že nejlépe hodnocenou položkou byla položka Q22, která zjišťovala, jak jsou respondenti spokojeni s podporou, kterou jim poskytují přátelé. Průměrná hodnota činila 3,89 a lze tedy usuzovat, že respondenti jsou s podporou svých přátel spokojeni. Obdobné hodnocení bylo i u položky Q20, která se ptala, jak jsou respondenti spokojeni se svými osobními vztahy. Lze tedy usuzovat, že pokud budou respondenti spokojeni s podporou svých přátel, budou i spokojeni se svými osobními vztahy. O něco hůře byla hodnocena položka Q21, která se tázala na spokojenost se sexuálním životem, bylo průměrné skóre 3,68, což odpovídá slovnímu hodnocení mezi „ani spokojen/a ani nespokojen/a“ a „spokojen/a“ Nejnižší skóre bylo naměřeno u položky Q8, která se respondentů dotazuje, jak bezpečně se cítí ve svém každodenním životě. Z hodnocení tedy plyne, že respondenti se ve svém každodenním životě cítí bezpečně středně až hodně.

Průměrné skóry položek u domény č. 4

Tabulka 9 - Průměrné skóry položek u dom4

Doména	Položka	n	Průměr	SD	Min.	Max.
dom4	Q9 Životní prostředí	72	3,33	1,08	1	5
	Q12 Finanční situace	72	3,54	0,90	2	5
	Q13 Přístup k informacím	72	3,94	0,85	1	5
	Q14 Záliby	72	3,15	1,19	1	5
	Q23 Prostředí v okolí bydliště	72	3,93	0,64	3	5
	Q24 Dostupnost zdravotní péče	72	4,00	0,67	2	5
	Q25 Doprava	72	3,85	1,02	1	5

Doména č. 4, která se týká prostředí respondentů, se vyhodnocovala z otázek č. 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. Výsledky jsou zobrazené v tabulce 9.

Nejlépe hodnocenou položkou v doméně prostředí byla položka Q24, která zjišťovala, jak jsou respondenti spokojeni s dostupností zdravotní péče. Průměrné skóre u této otázky je 4,00 a lze tedy usuzovat, že respondenti jsou spokojení s dostupností zdravotní péče. Na obdobné úrovni byly hodnoceny i položky Q13 a Q23. Položkou Q13 respondenti hodnotili, zda mají přístup k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život a položkou Q23 hodnotili spokojenost s podmínkami v místě bydliště. Obě tyto položky mají obdobné skóre a je tedy patrné, že v těchto oblastech jsou respondenti spokojeni. O něco hůře, avšak stále na vysoké úrovni, byla hodnocena položka Q25, která zjišťovala spokojenost s dopravou. Položka Q12 se ptala, zda mají respondenti dost peněz k uspokojení svých potřeb. Průměrné skóre u této otázky činí 3,54. Lze tedy usuzovat, že respondenti mají středně či většinou dostatek financí na uspokojení svých potřeb. Nejhůře hodnocenou položkou byla položka Q14, která zjišťovala možnost respondentů věnovat se svým zálibám. Průměrné skóre u této otázky je 3,15 a lze tedy říci, že respondenti mají tuto možnost „středně“. Na nižší úrovni byla hodnocena i položka Q9, která se ptala, jak zdravé je prostředí, ve kterém respondenti žijí. Hodnocení této položky odpovídá taktéž střední úrovni.

6.5.2 Výsledky jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF

Tabulka 10 uvádí výsledky jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF pro celý výzkumný vzorek. Tabulka obsahuje absolutní četnost (n), průměrné hodnoty jednotlivých položek dotazníku, směrodatnou odchylku (SD), nejnižší (min.) a nejvyšší (max.) uvedené hodnoty.

Rozpětí u jednotlivých položek je 4 až 20 a pro hodnocení platí pravidlo, že čím vyšší skóre, tím vyšší je kvalita života. Výsledky jsou vyjádřeny jako čtyři doménové skóry, které představují průměrný hrubý skór spočtený z příslušných položek, který se vynásobí čtyřmi z důvodu, aby bylo možné výsledky porovnat s doménami dotazníku WHOQOL-100 (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Tabulka 10 - Průměrné skóre domén WHOQOL-BREF

Doména	n	Průměr	SD	Min.	Max.
dom 1	72	15,49	2,31	12,00	18,86
dom 2	72	14,47	2,82	9,33	20,00
dom 3	72	15,19	3,15	9,33	20,00
dom 4	72	14,63	2,60	8,50	18,00

Při hodnocení jednotlivých domén, jak ukazuje tabulka 10, respondenti nejlépe hodnotili oblast fyzického zdraví. Tato doména byla hodnocena z otázek č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. Průměrné skóre zde dosáhlo na 15,49. Pro srovnání výsledků uvádím tabulku č. 11, kde autorky Dragomirecká a Bartoňová (2006) uvádí intervaly populačních norem pro domény tohoto dotazníku. Z tohoto hodnocení tedy vyplývá, že oslovené všeobecné sestry hodnotí svojí kvalitu fyzického zdraví na průměrné úrovni.

Tabulka 11 - Intervaly populačních norem pro domény WHOQOL-BREF (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 42)

		rozšířený	interval normy			rozšířený
	STD	mírně snížená kvalita	spodní hranice	průměr	horní hranice	mírně zvýšená kvalita
dom1	2,5	13,0	14,3	15,6	16,8	18,1
dom2	2,4	12,4	13,6	14,8	16,0	17,2
dom3	2,9	12,1	13,5	15,0	16,4	17,9
dom4	2,1	11,2	12,3	13,3	14,3	15,4

Doména prožívání se hodnotila z otázek č. 5, 6,7, 11, 19 a 26. Průměrné dosažené skóre zde bylo 14,47. Dle intervalových norem lze říci, že kvalita života respondentů v oblasti prožívání je na průměrné úrovni, avšak při porovnání hodnocení všech domén, byla tato doména hodnocena nejnižším skórem.

Doména č. 3 se týkala sociálních vztahu a hodnotila se z otázek č. 8, 20, 21 a 22. Průměrná naměřená hodnota byla 15,19, což také odpovídá průměrné úrovni kvality života v této oblasti.

Poslední doména hodnotila kvalitu života v oblasti prostředí. Tato doména je vyhodnocena celkem ze 7 otázek v dotazníku. Respondenti hodnotili například spokojenost s dopravou, spokojenost s dostupností zdravotní péče či možnost věnovat se svým zálibám. Průměrný naměřený skór u této domény byl 14,63. Toto hodnocení odpovídá dle tabulky č. 11 horní hranici intervalové normy. Je tedy patrné, že kvalita života v oblasti prostředí respondentů je na mírně nadprůměrné úrovni.

6.5.3 Porovnání výsledků dotazníku WHOQOL-BREF

Jedním z výzkumných cílů bylo zjistit, zda hodnocení kvality života všeobecných sester bude rozdílné v závislosti na vybraných proměnných (věk, délka praxe ve zdravotnictví, místo pracoviště, druh provozu).

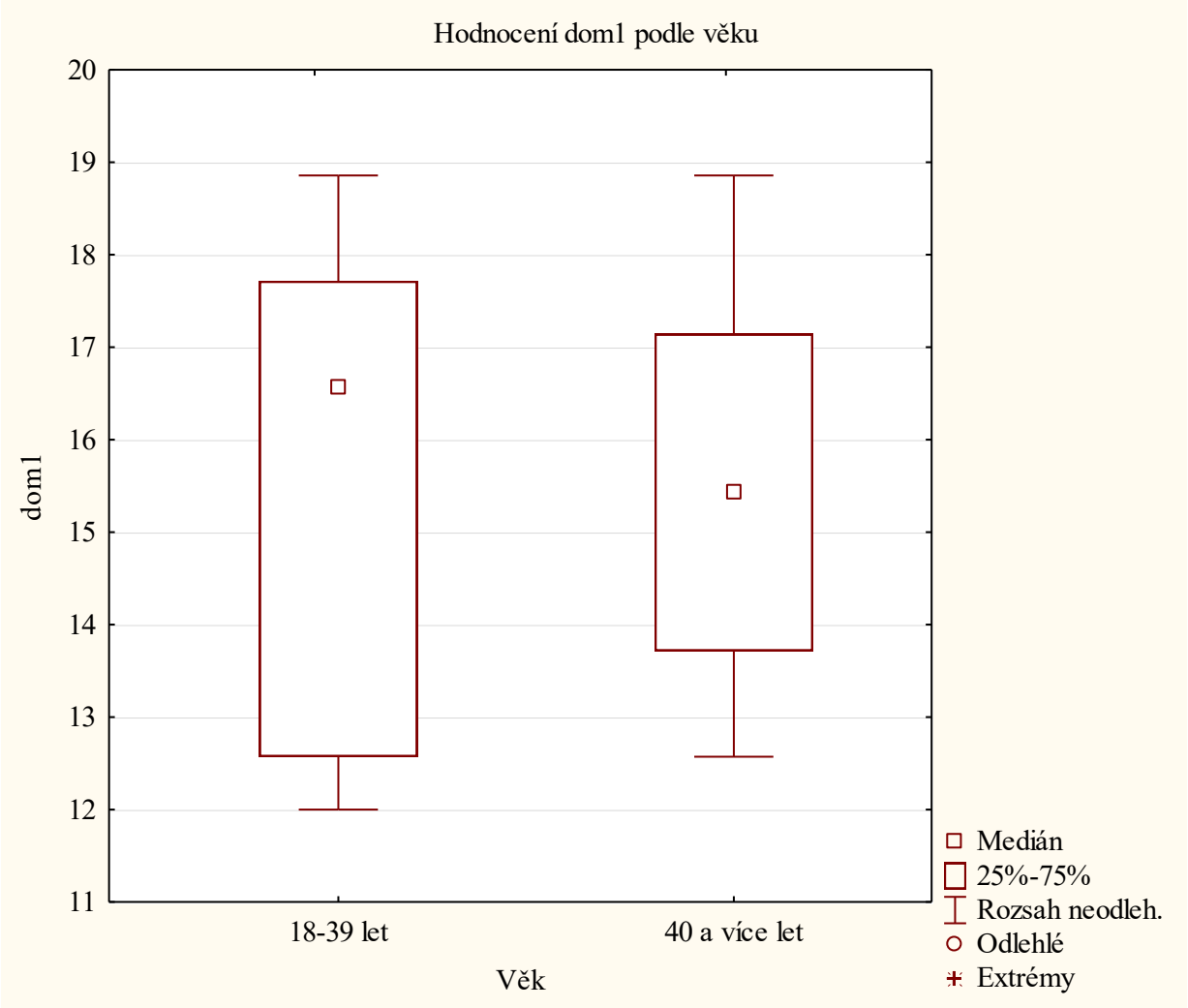
Porovnání a zjištění závislosti těchto proměnných probíhalo za pomoci hrubých skóru 4 domén a 2 samostatných položek v dotazníku. Tyto hrubé skóry byly rozděleny dle proměnných (věk, délka praxe ve zdravotnictví, místo pracoviště a druh směnného provozu) a následně byly porovnány. Výsledná data byla vložena do tabulek a následně, pro lepší přehlednost, byla dle domén a 2 samostatných položek zobrazena v grafech.

V jednotlivých grafech jsou porovnávány rozdíly v průměrných naměřených hodnotách v závislosti na vybraných proměnných. I přes značné rozdíly v hodnocení jednotlivých domén se nemusí jednat o statisticky významné rozdíly, cílem grafového zobrazení je jen poukázání na to, jaké průměrné hodnoty byly dosaženy u jednotlivých kategorií.

6.5.3.1 Hodnocení kvality života a zdraví dle věku

Z důvodu nedostatečného zastoupení respondentů v jednotlivých věkových kategoriích bylo nutné sloučit tyto kategorie na 2, a to na kategorii od 18-39 let a od 40 let a více.

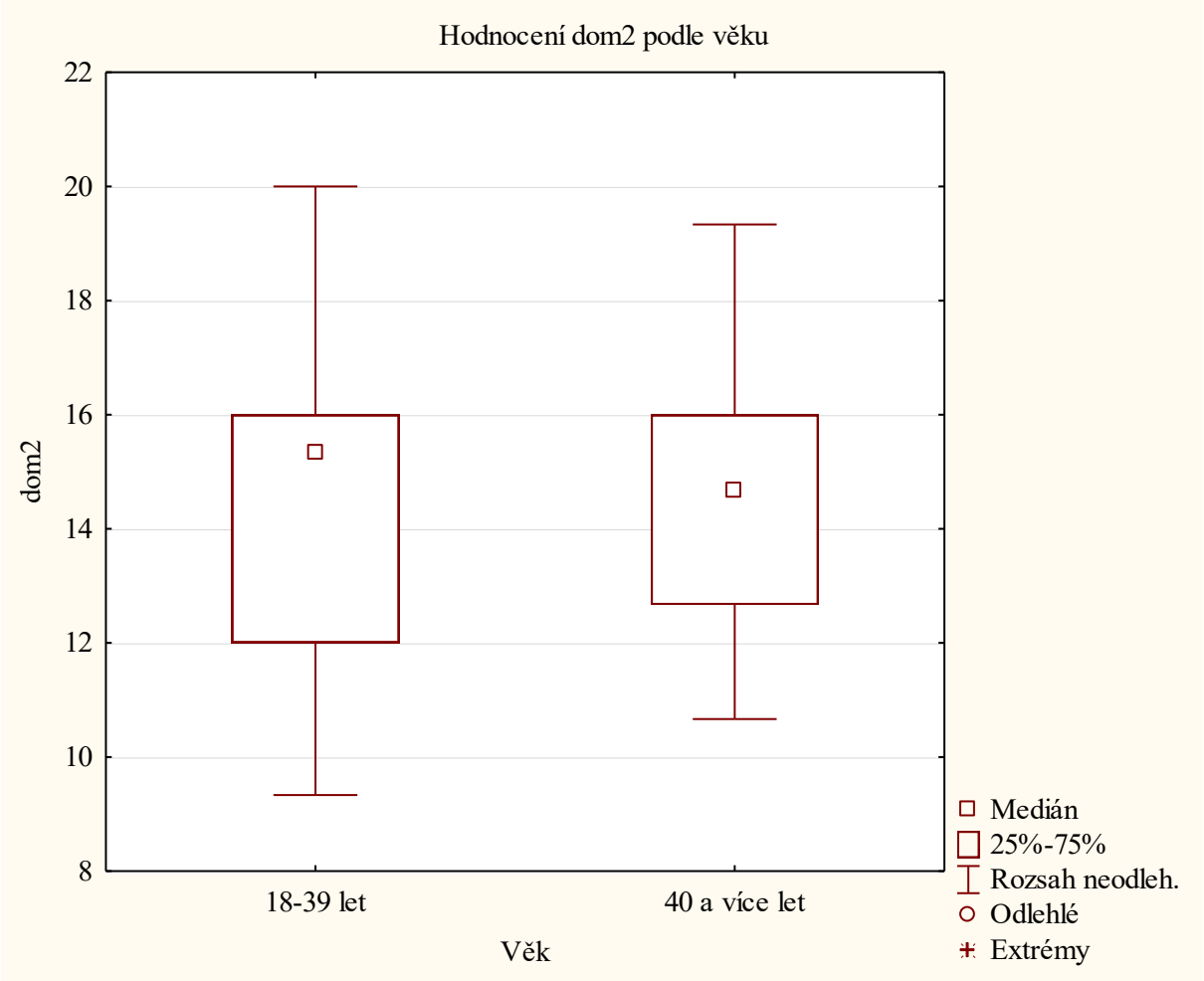
Hodnocení dom1 podle věku



Graf 6 - Hodnocení dom1 podle věku

Z grafu 6 je patrné, že doménu 1, která je zaměřená na fyzické zdraví, hodnotili lépe mladší respondenti, tj. respondenti ve věku od 18-39 let. Průměrný naměřený hrubý skór zde dosáhl na 15,51 a medián 16,57. Tato hodnota odpovídá průměrné kvalitě života pro tuto oblast. Obdobné výsledky byly i u starších respondentů. Naměřená hodnota u respondentů ve věku 40 let a více byla 15,44 a medián byl 15,43.

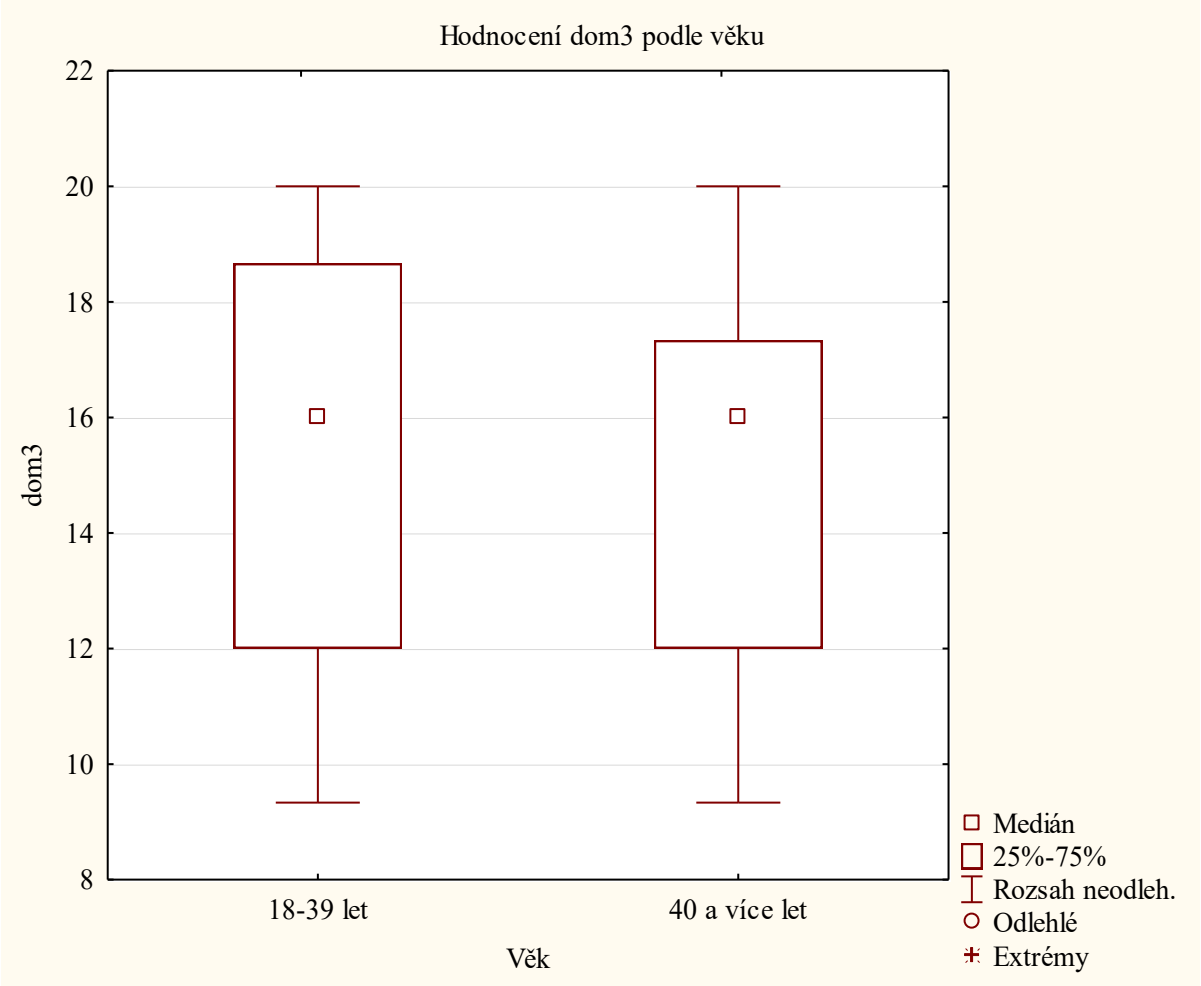
Hodnocení dom2 podle věku



Graf 7 - Hodnocení dom2 podle věku

Z grafu 7 je patrné, že naměřené hodnoty u domény 2, která zjišťovala kvalitu života v oblasti prožívání, byly u věkových kategorií obdobné. Průměrný hrubý skór u kategorie 18-39 let byl 14,51 a medián 15,33. Respondenti z věkové kategorie 40 a více let hodnotili tuto doménu skórem 14,38 a medián zde byl 14,66.

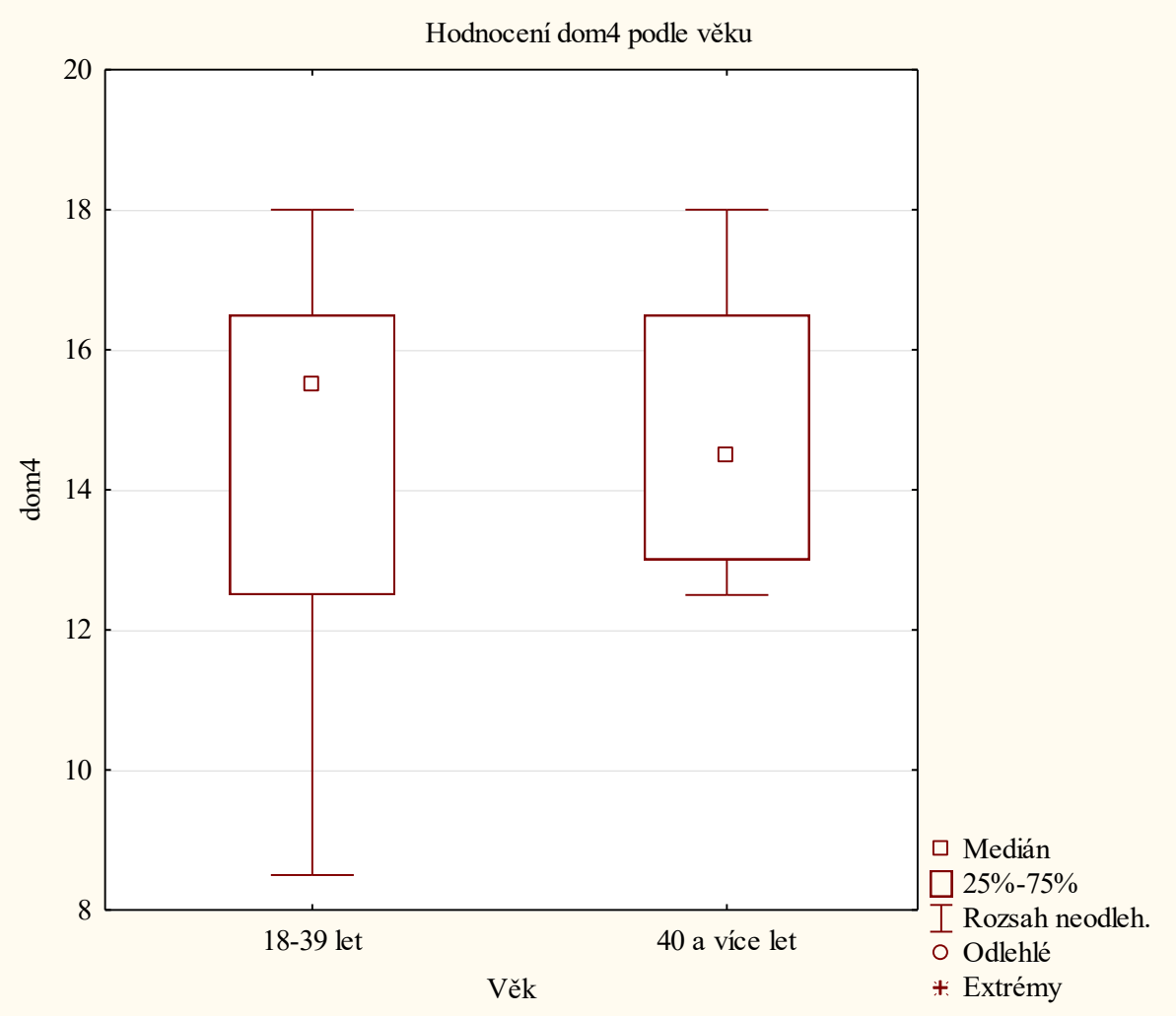
Hodnocení dom3 podle věku



Graf 8 - Hodnocení dom3 podle věku

Doména 3 byla zaměřena na oblast sociálních vztahů. V grafu 8 je viditelné, že hodnocení bylo opět obdobné. U mladších respondentů (18-39 let) byl naměřený průměrný hrubý skór 15,15 a u starších respondentů, tj. ve věku 40 a více let byl tento skór 15,12. U obou kategorií byl medián stejný, a to 16,00. Je tedy patrné, že v doméně sociálních vztahů jsou respondenti z obou věkových kategorií spokojeni na stejné úrovni.

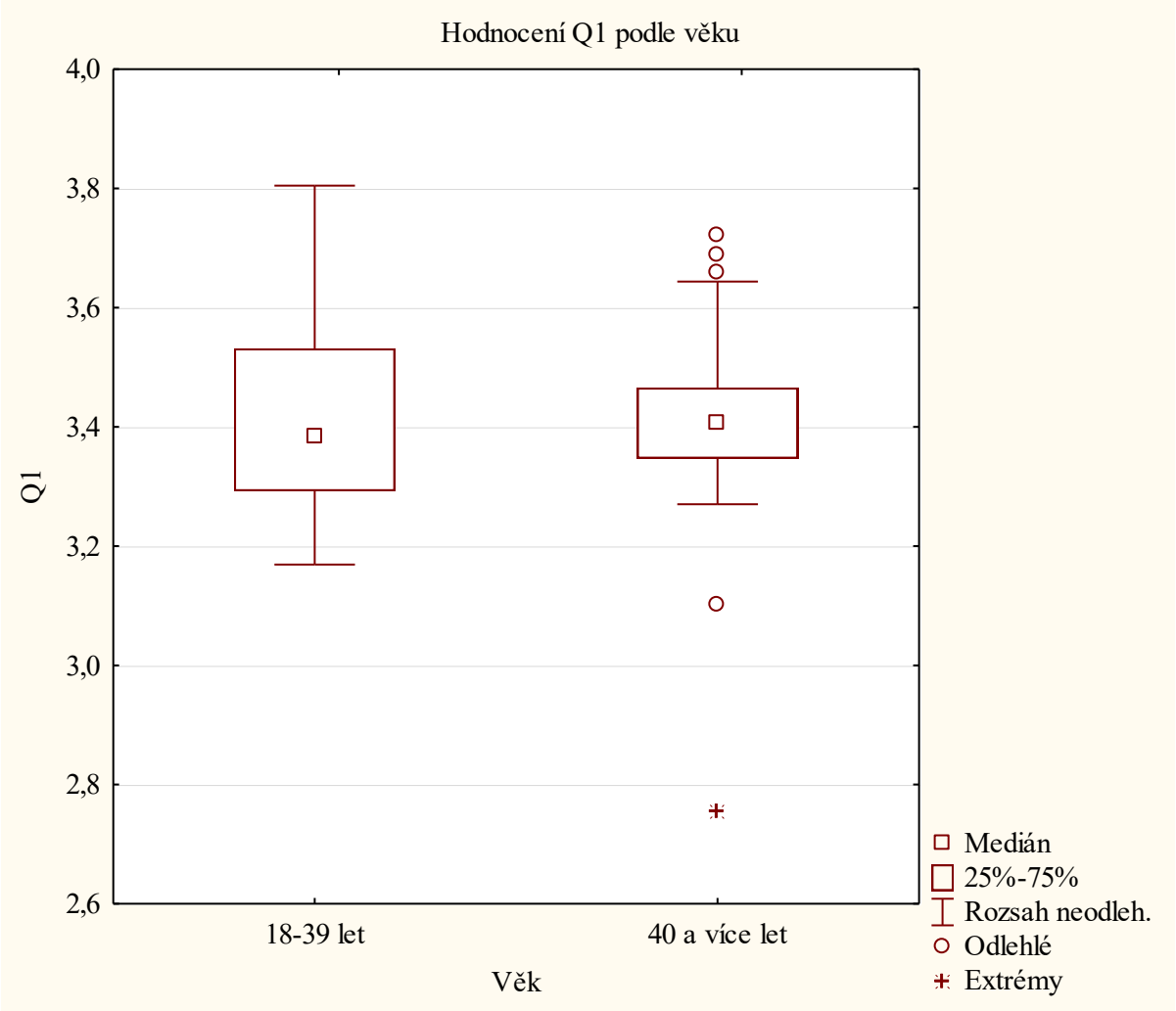
Hodnocení dom4 podle věku



Graf 9 - Hodnocení dom4 podle věku

V grafu 9 můžeme vidět naměřené hodnoty hodnocení domény 4 v závislosti na věkové kategorii. Respondenti ve věku 18-39 let hodnotili tuto doménu průměrným hrubým skórem 14,60 a medián zde byl 15,5. Starší respondenti (40 a více let) hodnotili doménu prostředí podobným skórem, a to 14,65 a medián byl 14,5. Z vyhodnocených výsledků je patrné, že až na malý rozdíl byla tato doména hodnocena na obdobné úrovni.

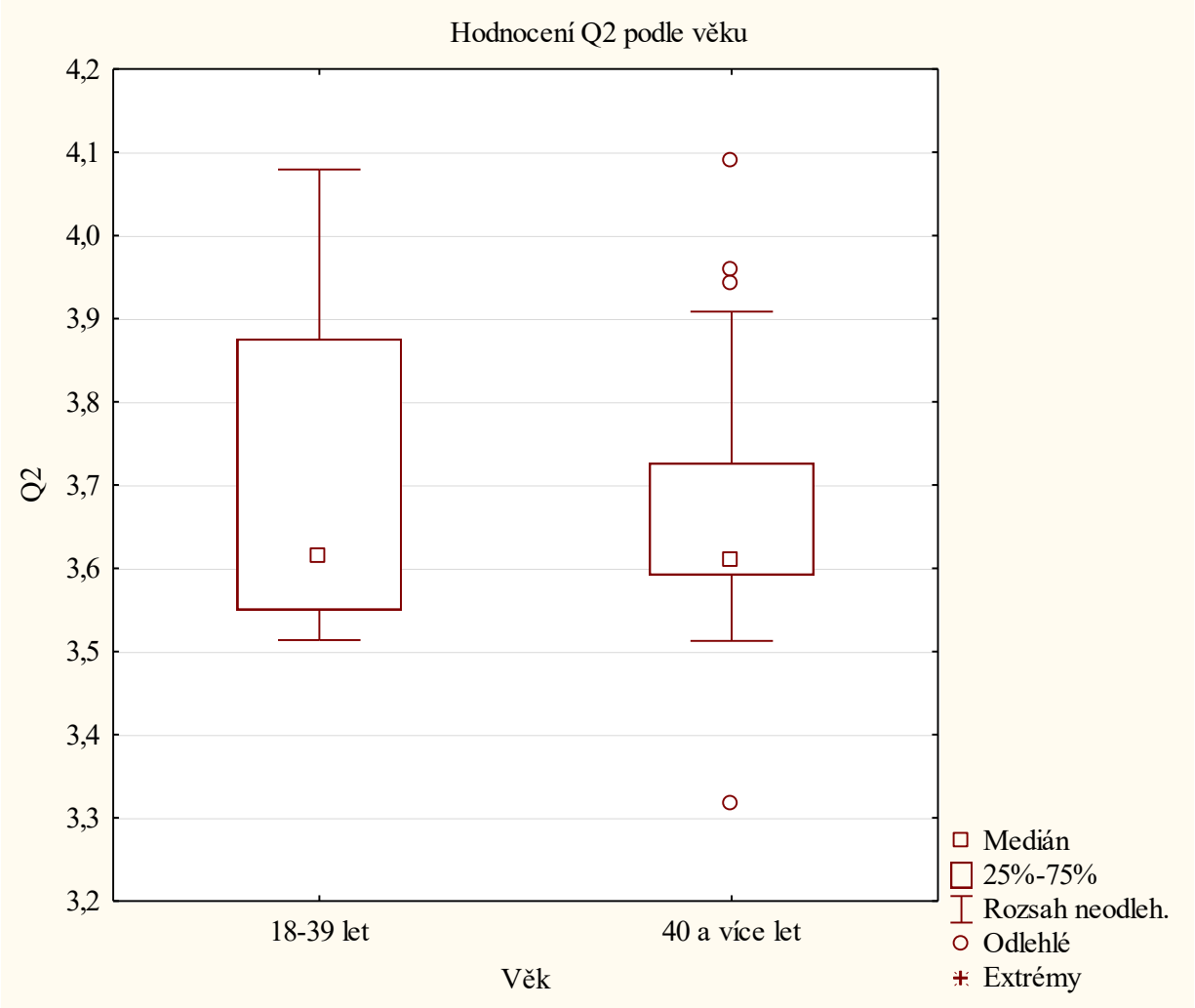
Hodnocení Q1 podle věku



Graf 10 - Hodnocení Q1 podle věku

Samostatná položka Q1 dotazníku WHOQOL-BREF zjišťovala, jak respondenti hodnotí kvalitu svého života. Z grafu 10 je patrné, že hodnota mediánu v hodnocení této položky je minimálně rozdílná. U respondentů z věkové kategorie 18-39 let byl průměrný hrubý skór 3,42 a u respondentů starších 40 let byla průměrná hodnota 3,68. U respondentů ve věkové kategorii 40 a více let je v grafu znázorněna extrémní hodnota. Tato hodnota značí, že jeden respondent hodnotil kvalitu svého života skórem 2,75.

Hodnocení Q2 podle věku



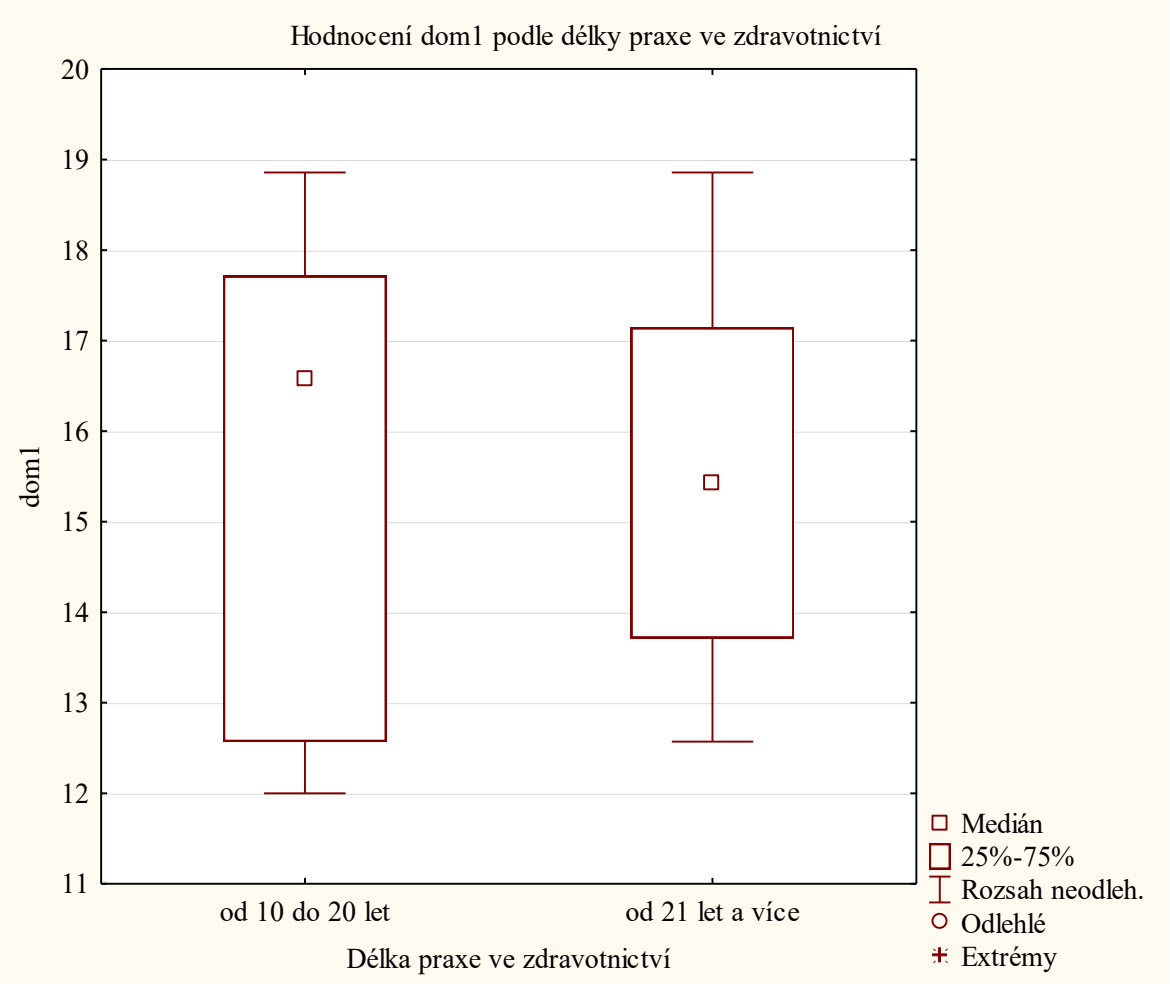
Graf 11 - Hodnocení Q2 podle věku

Samostatná položka Q2 zjišťovala, jak jsou respondenti spokojeni se svým zdravím. Průměrný hrubý skór u mladších respondentů byl 3,69 a u starších respondentů 3,68. Hodnota mediánu byla téměř totožná, avšak u starších respondentů se objevil jeden případ, kdy hodnocení bylo odlehlé od ostatních. Tento respondent hodnotil spokojenost se svým zdravím skórem 3,32. Z grafu 11 je tedy patrné, že hodnocení této položky je až na minimální rozdíly stejné. Dalo by se říci, že respondenti z obou věkových skupin jsou se svým zdravím spokojeni.

6.5.3.2 Hodnocení kvality života a zdraví podle délky praxe ve zdravotnictví

Z důvodu nedostatečného zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích byly původní 4 kategorie délky praxe ve zdravotnictví sloučeny do 2 kategorií, a to od 10 do 20 let a od 21 a více let.

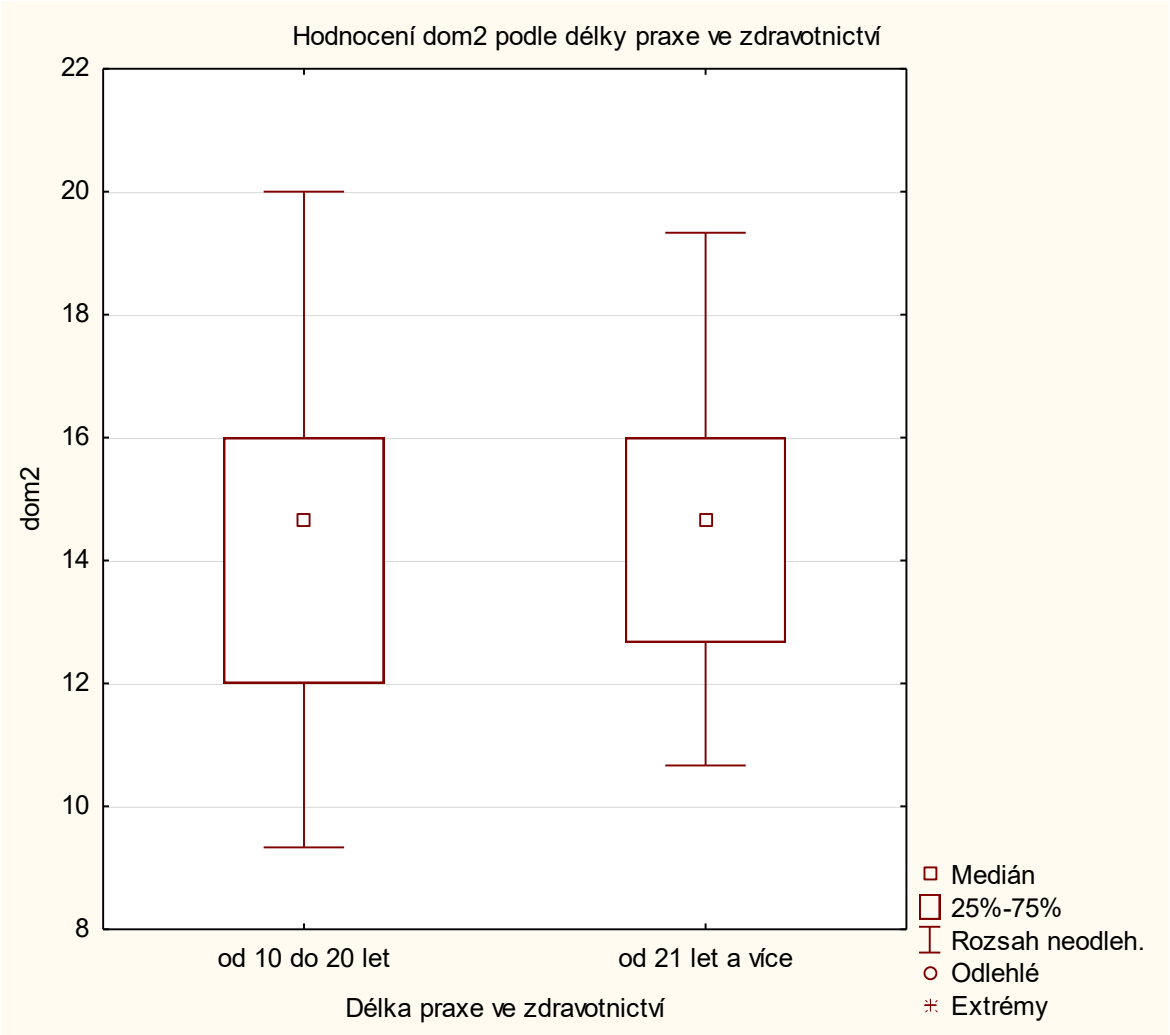
Hodnocení dom1 podle délky praxe ve zdravotnictví



Graf 12 - Hodnocení dom1 podle délky praxe ve zdravotnictví

V grafu 12 je znázorněno hodnocení domény 1 podle délky praxe ve zdravotnictví. Respondenti, kteří zastupovali kategorii od 10 do 20 let, hodnotili tuto doménu průměrným hrubým skórem 15,51 a medián byl 16,57. Respondenti v druhé kategorii délky praxe ve zdravotnictví hodnotili doménu fyzického zdraví skórem 15,44 a medián byl 15,43. Z vyhodnocených výsledků lze tedy říci, že respondenti s kratší délkou praxe hodnotí doménu fyzického zdraví na lepší úrovni, avšak tento rozdíl je minimální.

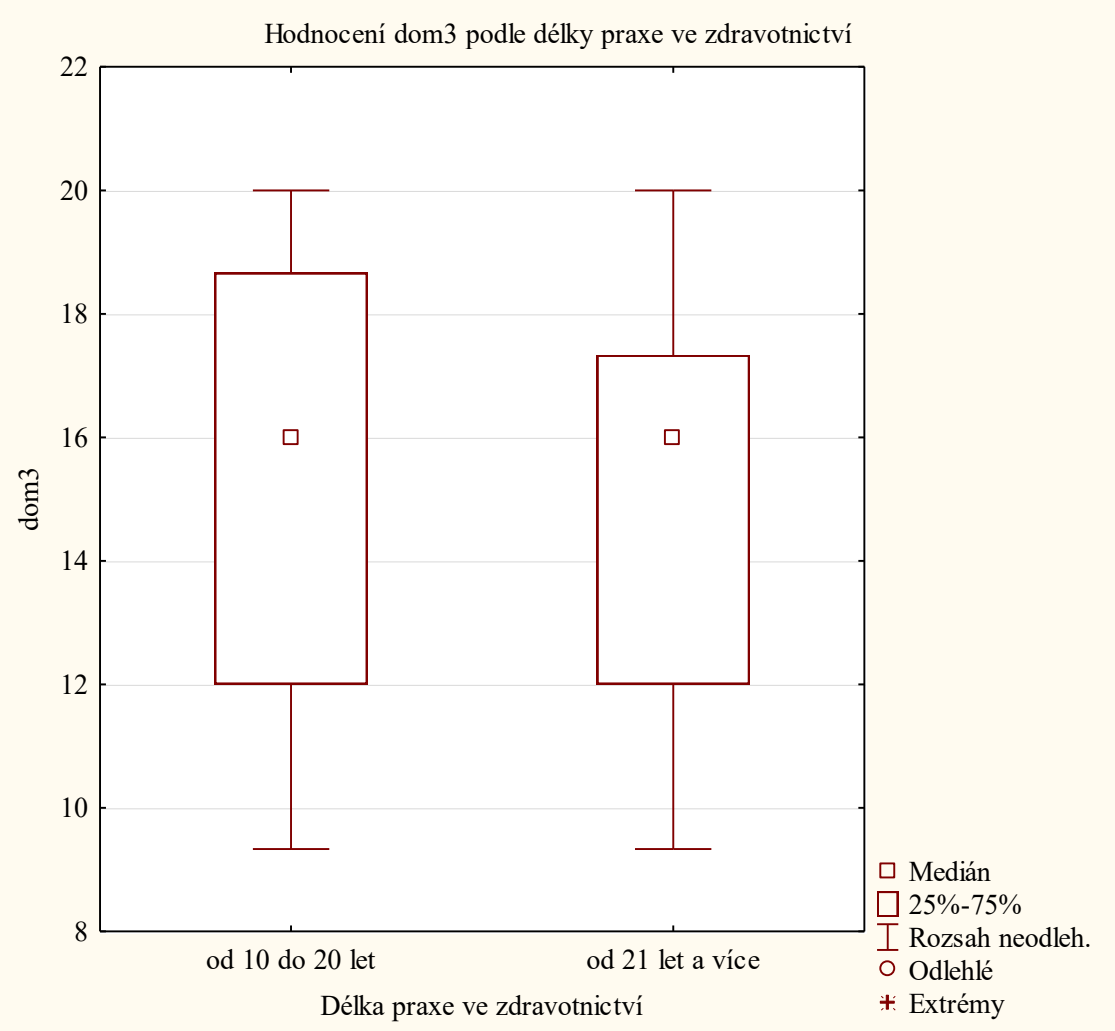
Hodnocení dom2 podle délky praxe ve zdravotnictví



Graf 13 - Hodnocení dom2 podle délky praxe ve zdravotnictví

Dle výsledků, které je možné vidět v grafu 13, je patrné, že hodnota mediánu u obou kategorií byla totožná. U kategorie délky praxe ve zdravotnictví od 10 do 20 let byla průměrná naměřená hodnota 14,51 a u druhé kategorie 14,41. Z výsledků je tedy patrné, že hodnocení domény prožívání bylo u kategorií délky praxe obdobné.

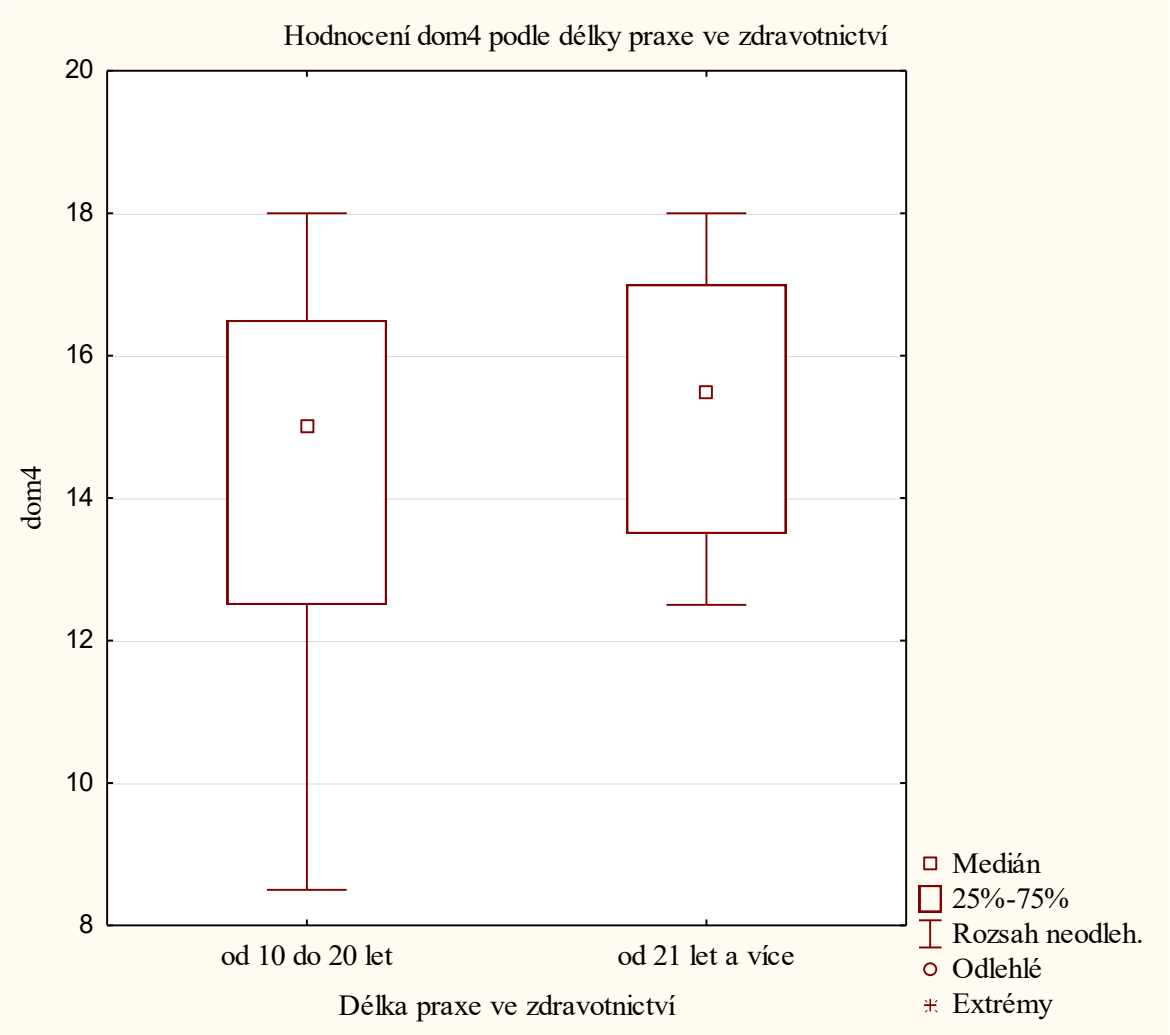
Hodnocení dom3 podle délky praxe ve zdravotnictví



Graf 14 - Hodnocení dom3 podle délky praxe ve zdravotnictví

Doména 3 byla zaměřená na oblast sociálních vztahů respondentů. Při porovnání výsledků z grafu 14 je patrné, že respondenti obou kategorií délky praxe ve zdravotnictví hodnotí kvalitu života v této oblasti na stejné či velmi podobné úrovni. Průměrný hrubý skór naměřený u respondentů z kategorie délky praxe od 10 do 20 let byl 15,15 a u kategorie od 21 let a více byl tento skór 15,12.

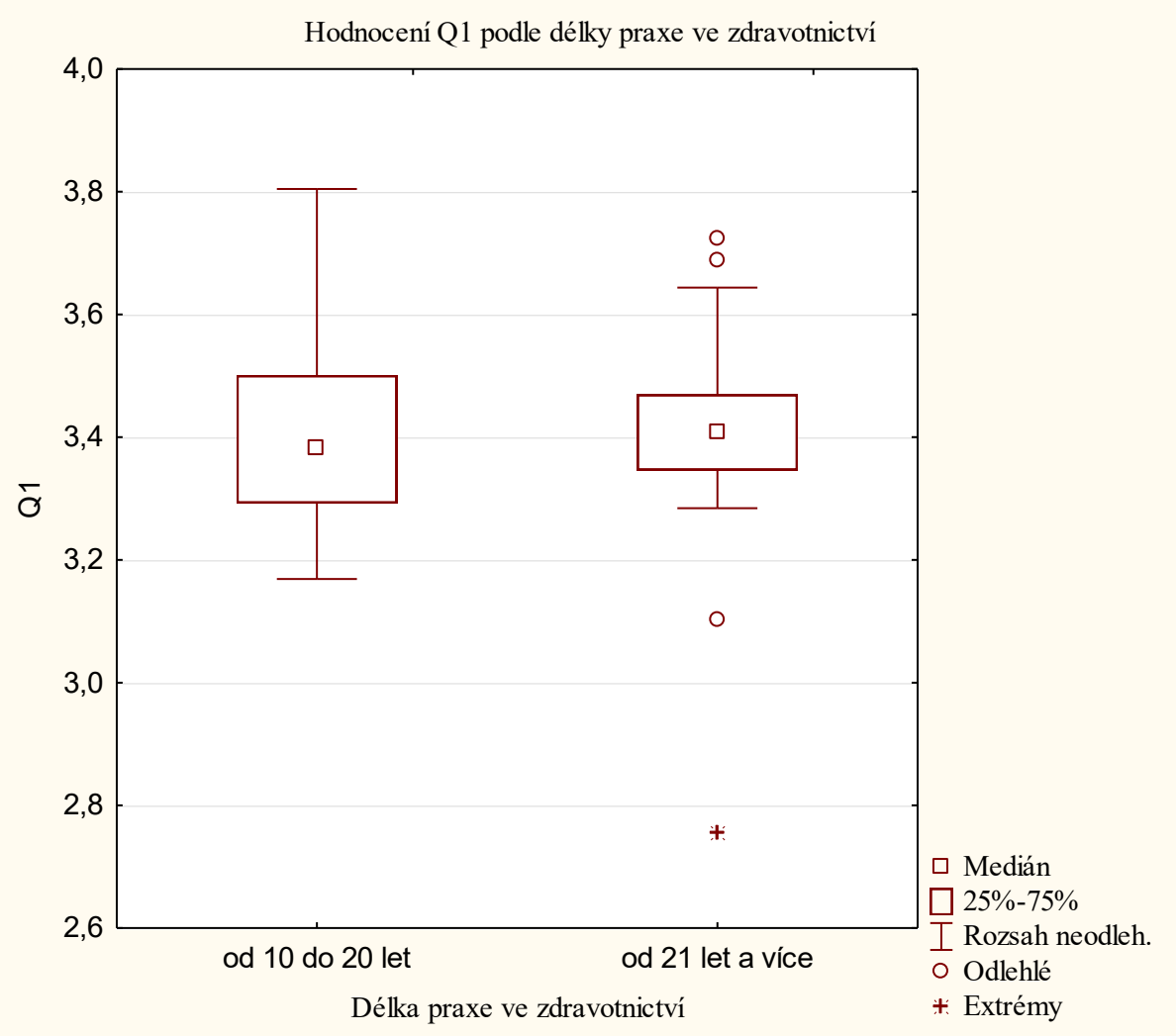
Hodnocení dom4 podle délky praxe ve zdravotnictví



Graf 15 - Hodnocení dom4 podle délky praxe ve zdravotnictví

Doména 4 zahrnuje oblast prostředí. U respondentů s délkou praxe od 10 do 20 let byl naměřený průměrný hrubý skór 14,65 a medián 15,00. Druhou kategorií byly respondenti s délkou praxe od 21 let a více a tito respondenti hodnotili doménu prostředí skórem 14,60 a medián u této kategorie byl 15,5. Z vyhodnocených výsledků je tedy jasné, že až na minimální rozdíl hodnotili respondenti z obou kategorií délky praxe ve zdravotnictví doménu prostředí na stejné úrovni.

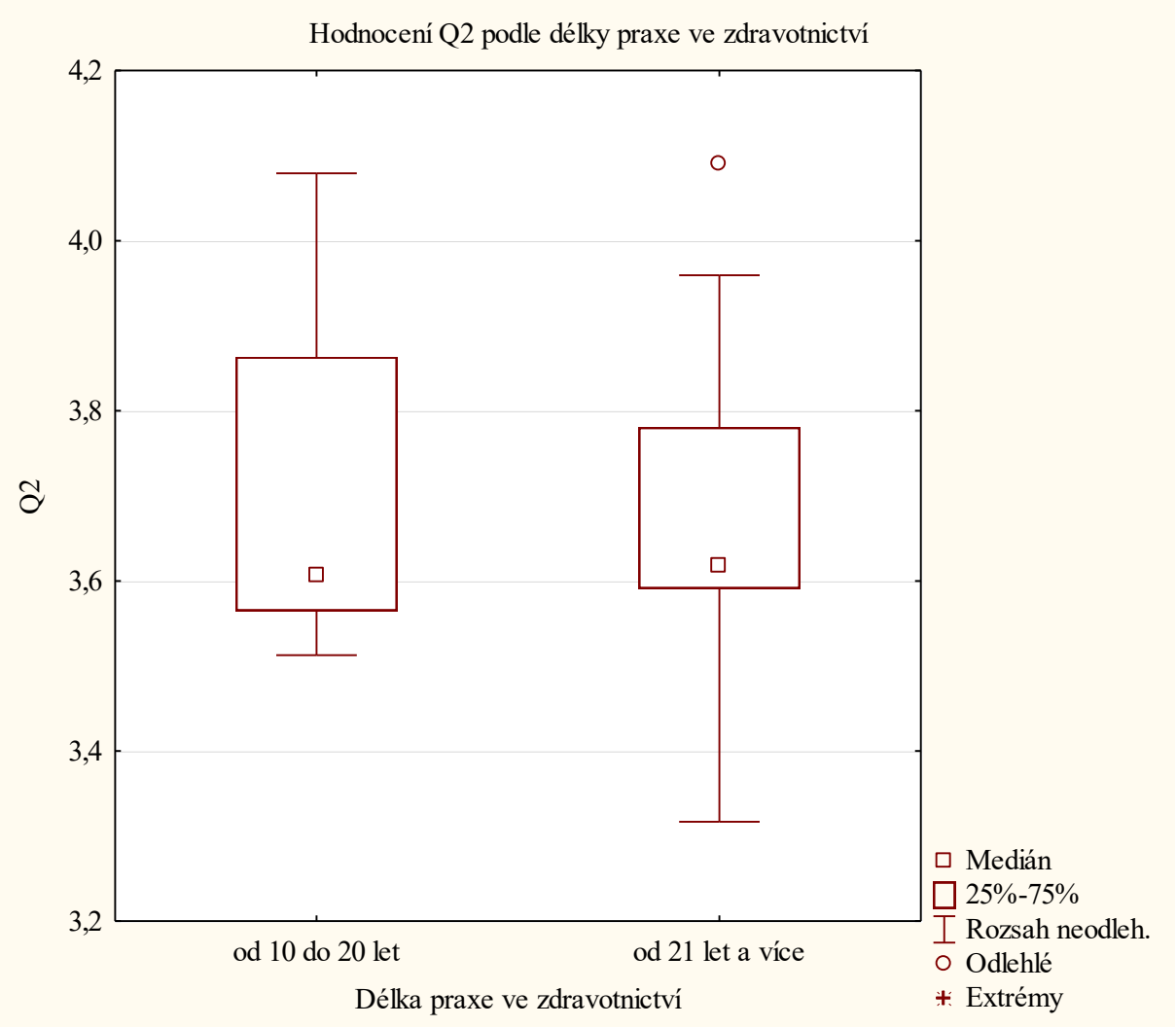
Hodnocení Q1 podle délky praxe ve zdravotnictví



Graf 16 - Hodnocení Q1 podle délky praxe ve zdravotnictví

Samostatnou položku Q1, která se ptala na hodnocení kvality vlastního života, hodnotili respondenti na škále od 1-5, kdy vyšší hodnota znamená vyšší kvalitu života. Z grafu 16 lze vyčíst, že hodnota mediánu byla u obou kategorií obdobná. U respondentů s délkou praxe od 10 do 20 let byla tato hodnota 3,38 a u druhé kategorie 3,41. Průměrný hrubý skór u respondentů s kratší délkou praxe byl 3,43 a u respondentů s delší délkou praxe byl tento skór 3,42. Z těchto výsledků je patrné, že hodnocení položky Q1 je na stejné úrovni, avšak v grafu 16 si můžeme všimnout, že u respondentů s delší praxí ve zdravotnictví se objevují případy, kdy hodnocení některými respondenti bylo v odlehlých i v extrémních hodnotách.

Hodnocení Q2 podle délky praxe ve zdravotnictví

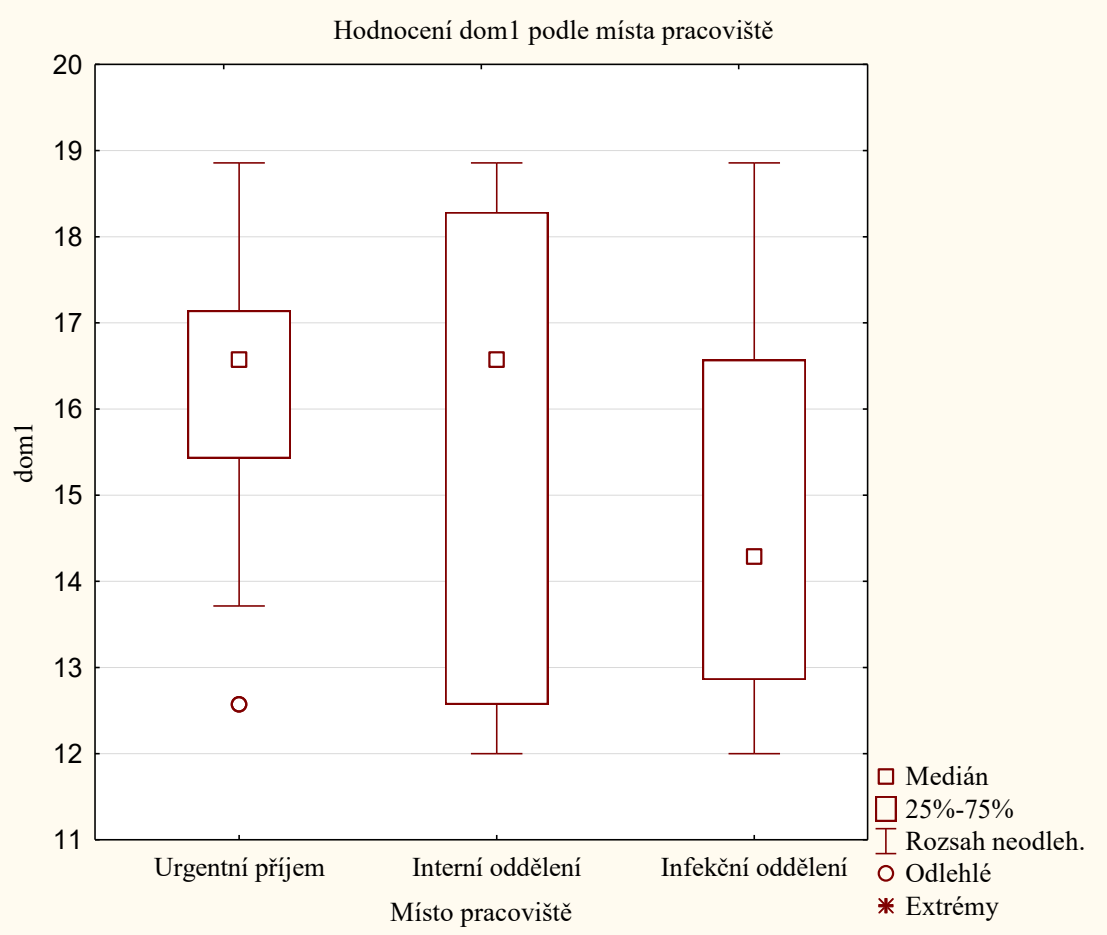


Graf 17 - Hodnocení Q2 podle délky praxe ve zdravotnictví

Samostatná položka Q2 zjišťovala spokojenost s vlastním zdravím. Z grafu 17 lze vyčíst, že hodnocení této položky se v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví liší minimálně. Maximální průměrná hodnota byla 3,75 a to u respondentů s délkou praxe ve zdravotnictví nad 30 let, minimální hodnota (3,50) byla naměřena u respondentů, kteří pracují ve zdravotnictví od 11 do 20 let.

6.5.3.3 Hodnocení kvality života a zdraví podle místa pracoviště

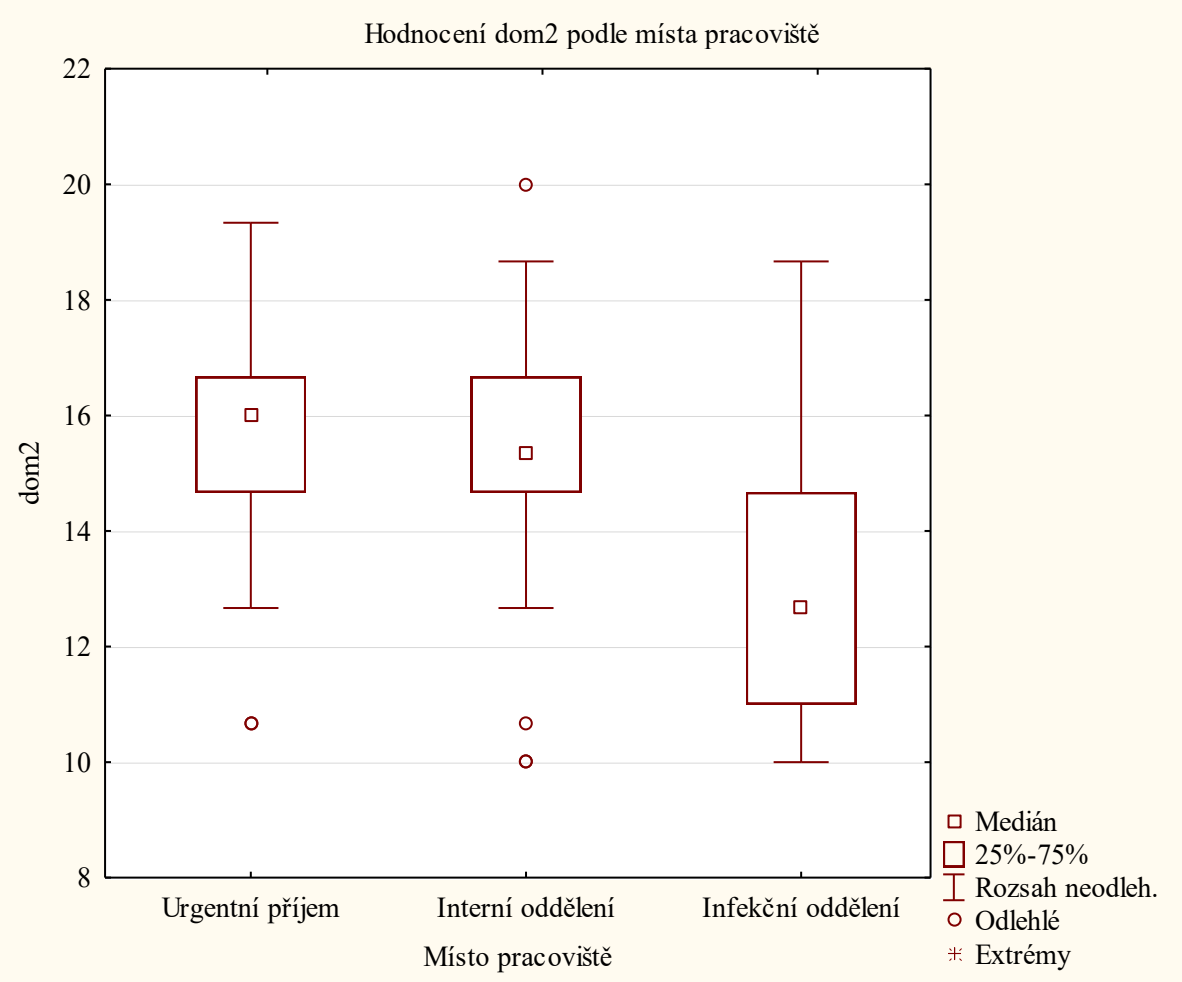
Hodnocení dom1 podle místa pracoviště



Graf 18 - Hodnocení dom1 podle místa pracoviště

Jak je vidět v grafu 18, doménu 1(fyzické zdraví) hodnotili nejlépe respondenti pracující na urgentním příjmu. Průměrný skór u respondentů z interního oddělení byl 15,84 a průměrný hrubý skór u respondentů z infekčního oddělení byl 14,71. Hodnota mediánu byla u respondentů z urgentního příjmu a z interního oddělení na stejné úrovni (16,57) avšak u respondentů z infekčního oddělení byl medián 14,29. Průměrný hrubý skór u respondentů z urgentního příjmu byl 16,13, u respondentů z interního oddělení 15,84 a u respondentů z infekčního oddělení byl tento skór 14,71. Z výsledků je tedy patrné, že respondenti z infekčního oddělení hodnotili doménu fyzického zdraví na nejnižší úrovni.

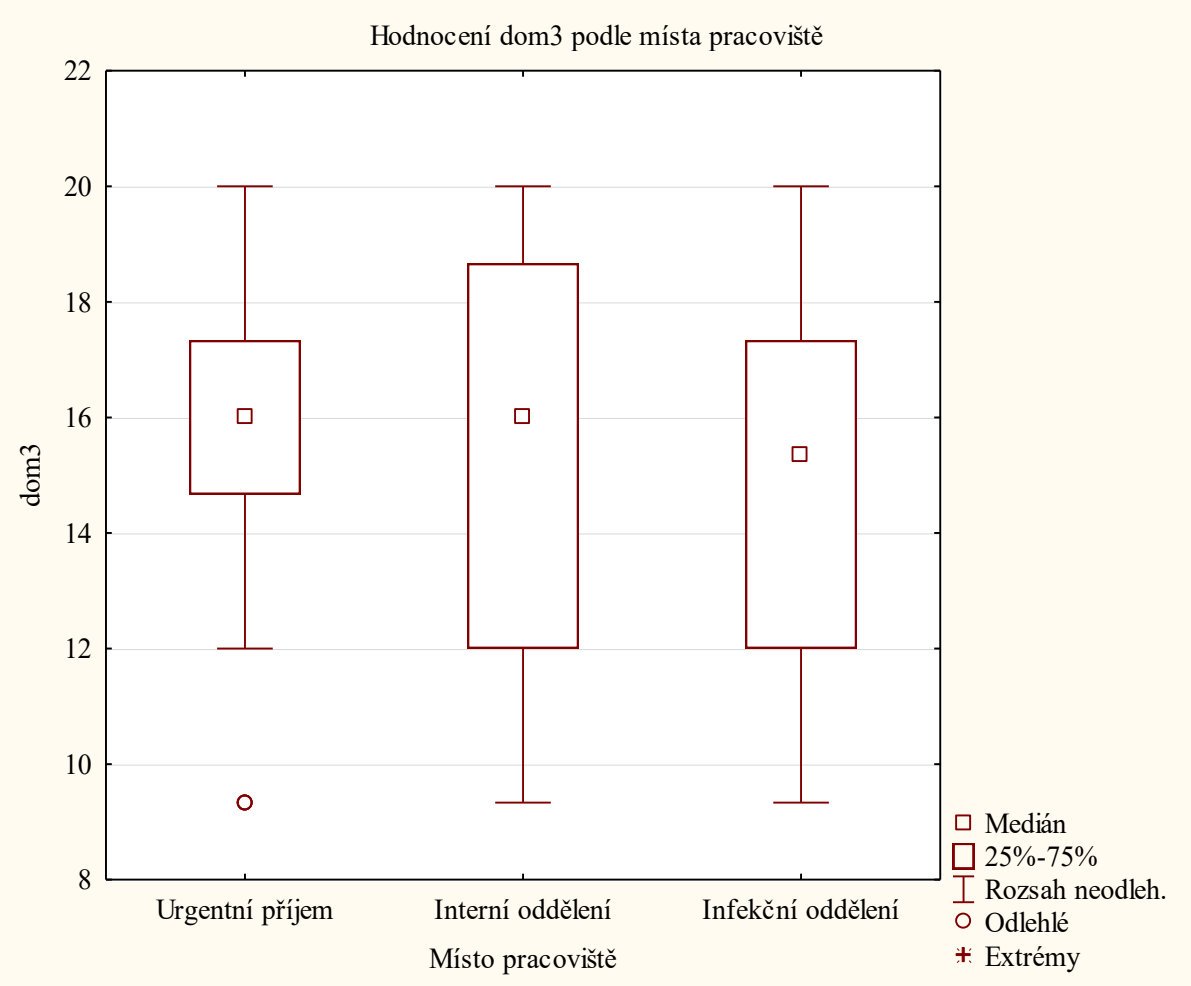
Hodnocení dom2 podle místa pracoviště



Graf 19 - Hodnocení dom2 podle místa pracoviště

Doména 2 zjišťovala kvalitu života v oblasti prožívání a její výsledky jsou zobrazeny v grafu 19. Průměrný hrubý skór u respondentů z urgentního příjmu činí 15,27, o něco nižší skór byl naměřen u respondentů z interního oddělení, a to 15,09. Nejnižší průměrný hrubý skór (13,36) byl naměřen u respondentů z infekčního oddělení. Z grafu 19 je patrné, že jeden respondent z urgentního příjmu hodnotil tuto doménu na mnohem nižší úrovni než ostatní respondenti z tohoto oddělení a obdobně tomu tak i bylo u respondentů z interního oddělení, kde dva respondenti hodnotili oblast prožívání na nižší úrovni. Z vyhodnocených výsledků lze říci, že doménu prožívání hodnotí na nejnižší úrovni respondenti z infekčního oddělení.

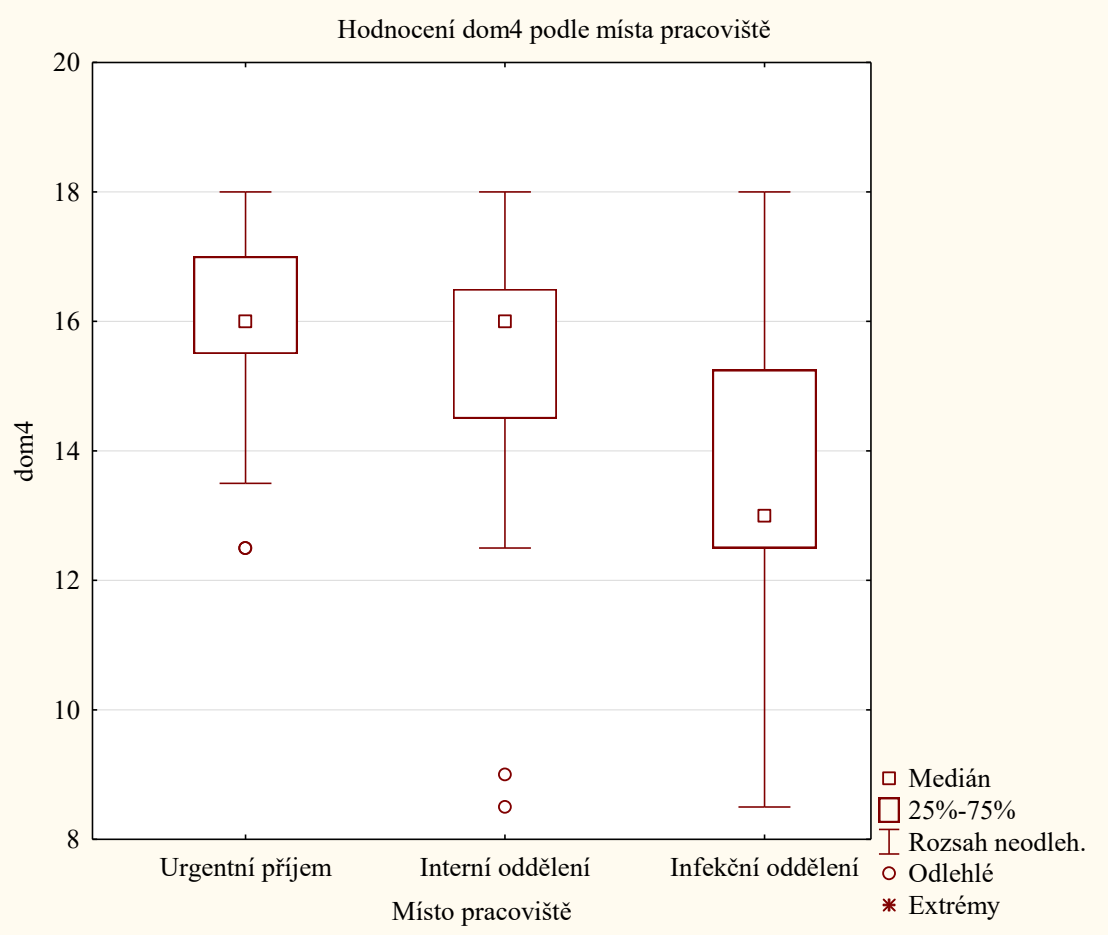
Hodnocení dom3 podle místa pracoviště



Graf 20 - Hodnocení dom3 podle místa pracoviště

Z grafu 20 je patrné, že respondenti z výše uvedených oddělení hodnotí doménu 3 (sociální vztahy) obdobně. Nejvyšší naměřený průměrný hrubý skór byl u respondentů z interního oddělení, a to 15,52. U respondentů z urgentního příjmu byl tento skór 15,15 a u respondentů z infekčního oddělení byl průměrný skór 14,95. Při porovnání hodnoty mediánu je patrné, že nejvyšší hodnota byla u respondentů z urgentního příjmu a interního oddělení (16,00) a o něco nižší hodnota (15,33) byla naměřena u respondentů z infekčního oddělení. Z grafu 20 je taktéž patrné, že jeden respondent z urgentního příjmu hodnotil doménu sociálních vztahů na mnohem nižší úrovni, než ostatní respondenti.

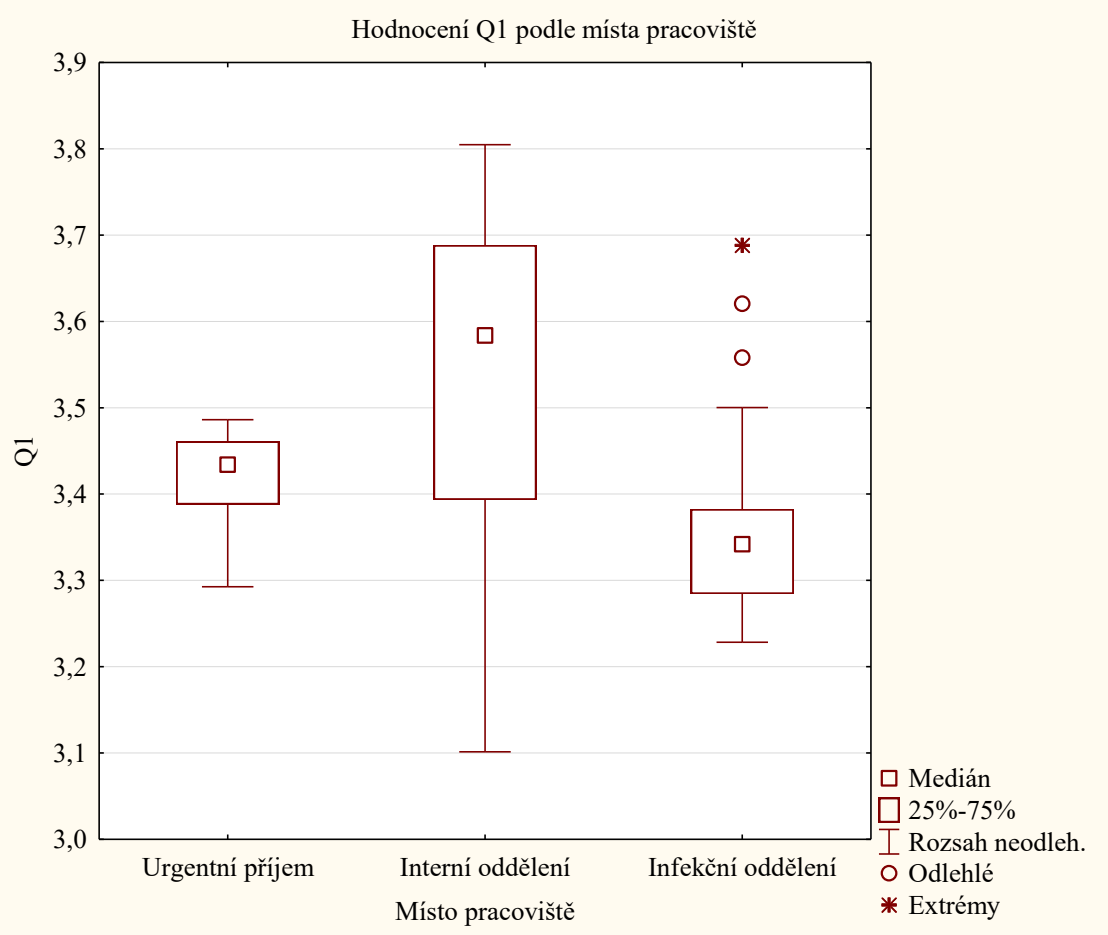
Hodnocení dom4 podle místa pracoviště



Graf 21 - Hodnocení dom4 podle místa pracoviště

Doména 4 hodnotila kvalitu života v oblasti prostředí. Při porovnání výsledků z grafu 21 bylo zjištěno, že tuto doménu nejlépe hodnotili respondenti z urgentního příjmu. Průměrný hrubý skór u těchto respondentů byl 15,75. O něco nižší hodnota byla naměřena u respondentů z interního oddělení (15,05) a nejnižší naměřená hodnota (13,43) byla u respondentů z infekčního oddělení. Lze tedy říci, že nejnižší hodnocení kvality života pro oblast prostředí je u respondentů z infekčního oddělení. Z grafu 21 je taktéž patrné, že jeden respondent z urgentního příjmu hodnotí doménu prostředí opět na nižší úrovni než ostatní respondenti. Odlehlé hodnoty v hodnocení domény 4 byly naměřeny i u respondentů z interního oddělení, kde dva respondenti hodnotí tuto doménu taktéž na mnohem nižší úrovni.

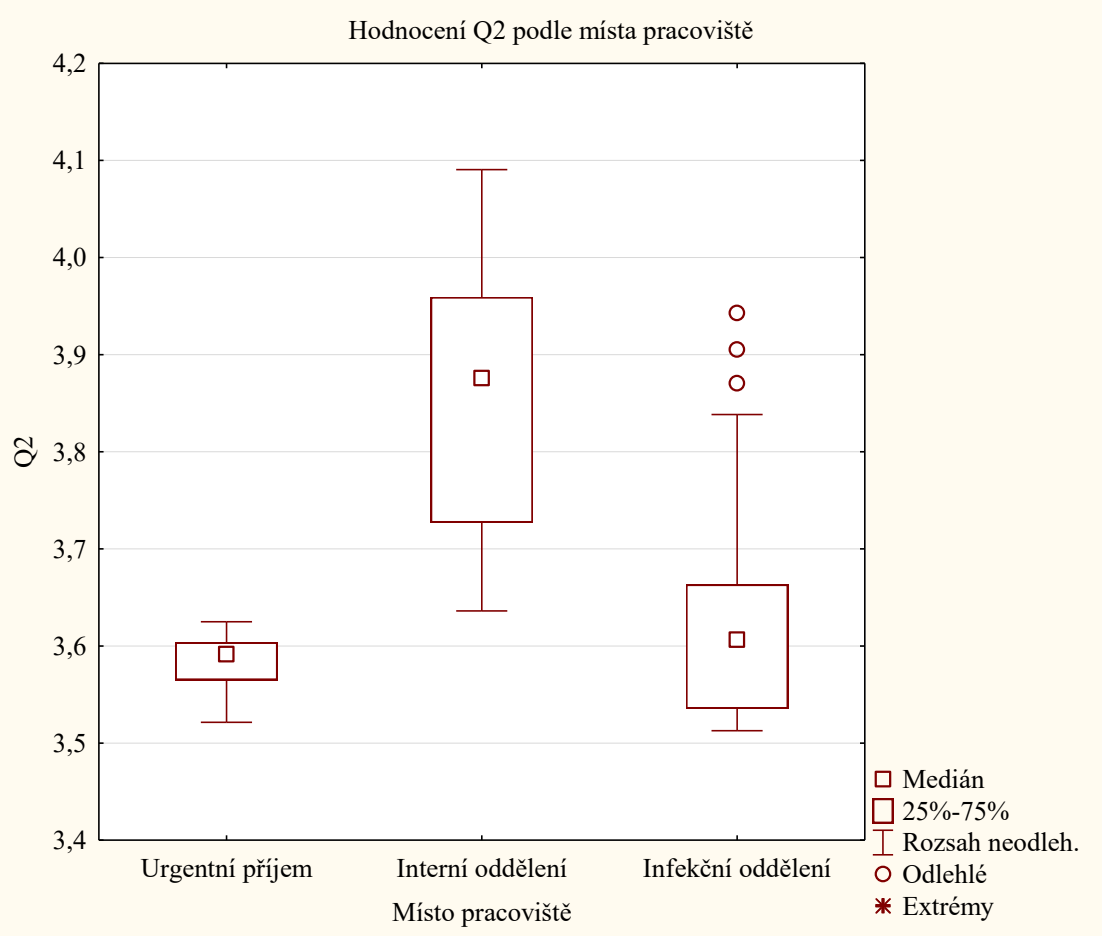
Hodnocení Q1 podle místa pracoviště



Graf 22 - Hodnocení Q1 podle místa pracoviště

Samostatná položka Q1 zjišťovala, jak respondenti hodnotí kvalitu svého života. Z grafu 22 je patrné, že nejvyšší hodnocení bylo u respondentů z interního oddělení. Průměrný hrubý skór těchto respondentů je 3,82. Nižší průměrný hrubý skór (3,41) byl naměřen u respondentů z urgentního příjmu. Respondenti z infekčního oddělení hodnotí tuto položku skórem 3,36. Je tedy patrné, že tito respondenti hodnotí kvalitu svého života na značně nižší úrovni než respondenti z interního oddělení a urgentního příjmu. Z grafu 22 taktéž vyplývá, že i když respondenti z infekčního oddělení hodnotí kvalitu svého života na nižší úrovni než ostatní respondenti, tak celkem tři respondenti z tohoto oddělení hodnotili kvalitu svého života na vyšší úrovni.

Hodnocení Q2 podle místa pracoviště

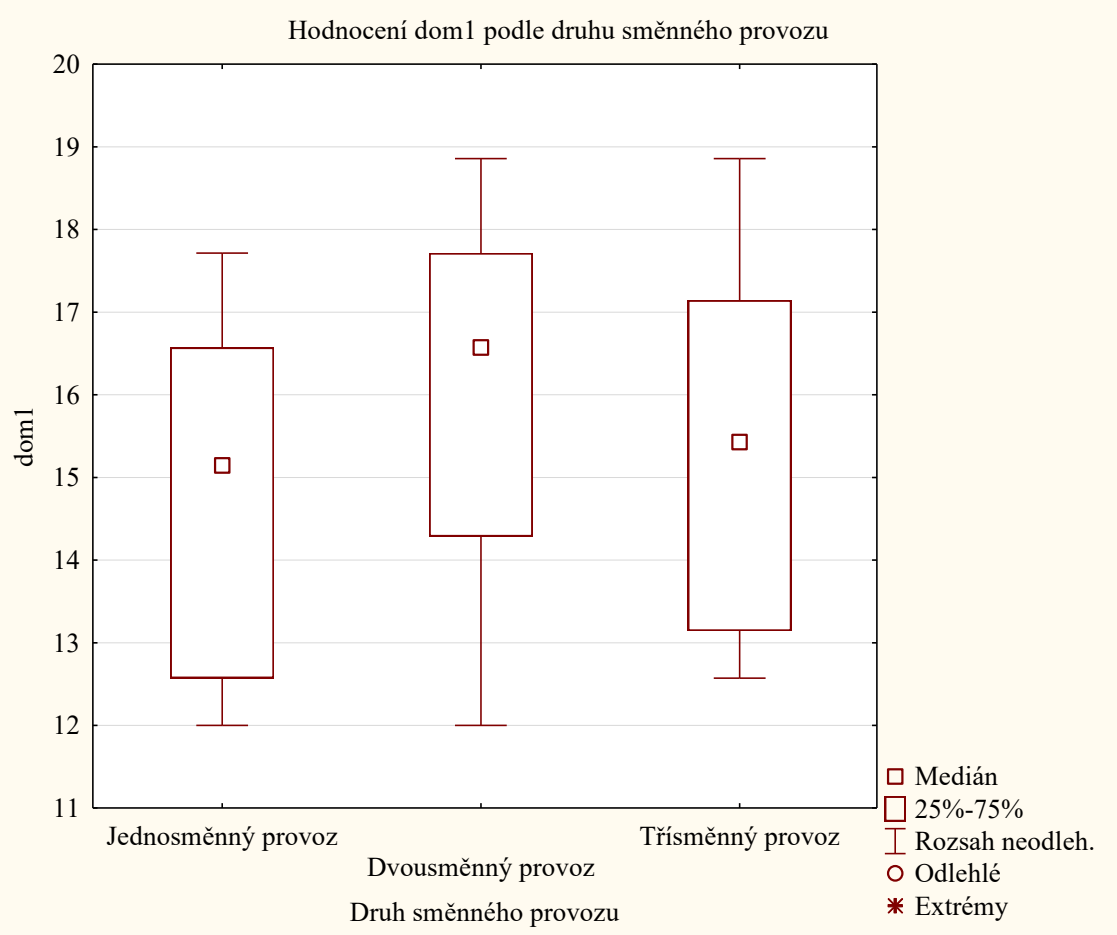


Graf 23 - Hodnocení Q2 podle místa pracoviště

Položka Q2 se respondentů ptala, jak jsou spokojeni se svým zdravím. Graf 23 ukazuje, jak respondenti hodnotili tuto položku v závislosti na místu pracoviště. Nejvíce spokojeni se svým zdravím jsou respondenti z interního oddělení. Průměrný skór u těchto respondentů byl 3,84 a medián 3,88. U respondentů z infekčního oddělení byl naměřen průměr 3,64 a medián 3,61. Nejnižší průměrný skór (3,58) byl naměřen u respondentů pracujících na urgentním příjmu a medián činil 3,59. Z grafu 23 je také patrné, že někteří respondenti z infekčního oddělení hodnotí spokojenost se svým zdravím na mnohem vyšší úrovni, než ostatní respondenti pracující na stejném oddělení.

6.5.3.4 Hodnocení kvality života a zdraví podle druhu směnného provozu

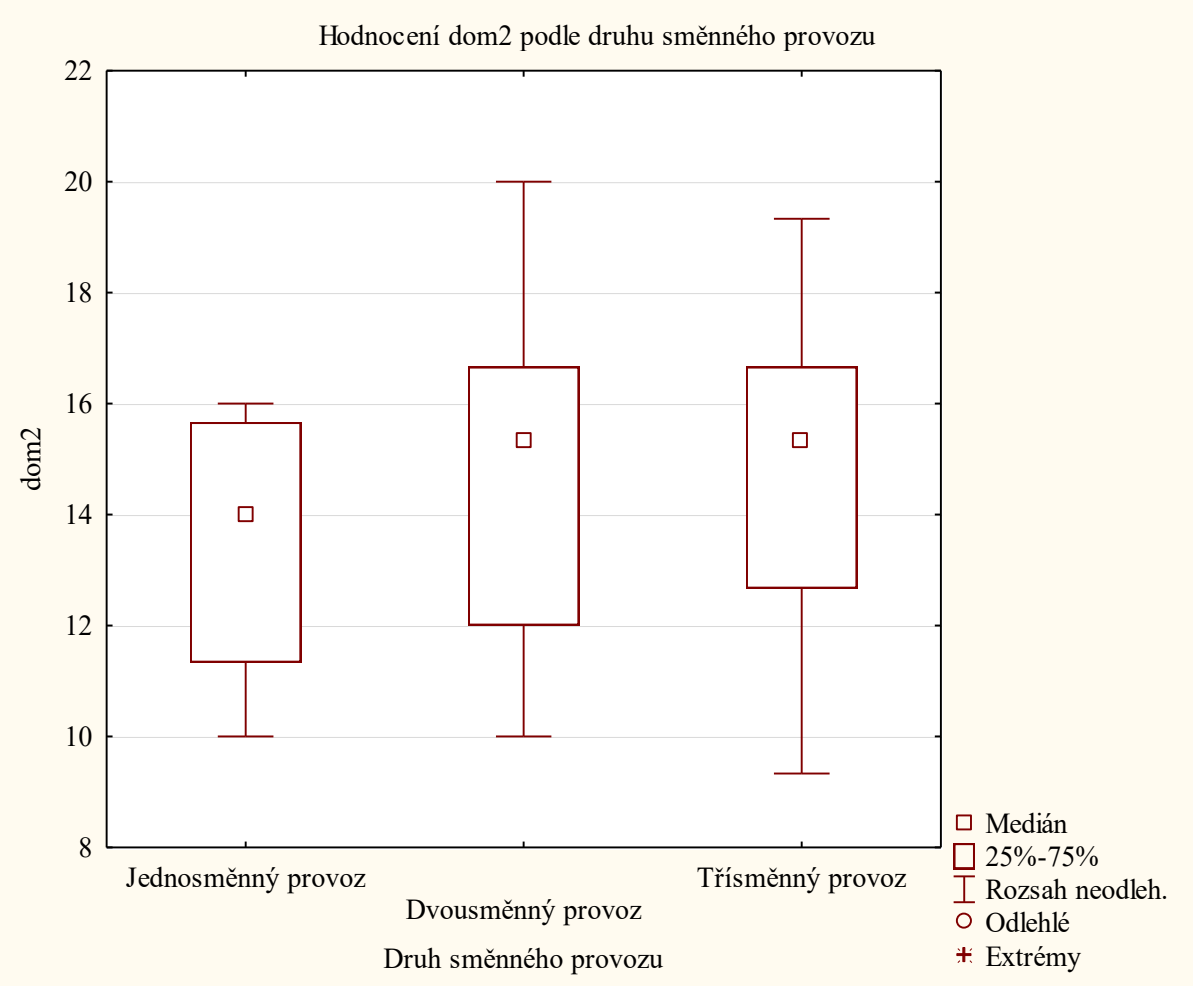
Hodnocení dom1 podle druhu směnného provozu



Graf 24 - Hodnocení dom1 podle druhu směnného provozu

Doména 1 zjišťovala hodnocení kvality života v oblasti fyzického zdraví. Nejvyšší naměřený skór (15,89) byl u respondentů pracujících ve dvousměnném provozu. O něco nižší skór (15,40) byl u respondentů pracujících ve třísměnném provozu a průměrný hrubý skór u respondentů, kteří pracují v jednosměnném provozu, byl 14,68. Hodnota mediánu byla u respondentů z jednosměnného provozu 15,14, u respondentů z dvousměnného provozu 16,57 a u respondentů, kteří pracují v třísměnném provozu, byla hodnota mediánu 15,43. Z vyhodnocených výsledků vyplývá, že oblast fyzického zdraví hodnotí na nejvyšší úrovni respondenti z dvousměnného provozu.

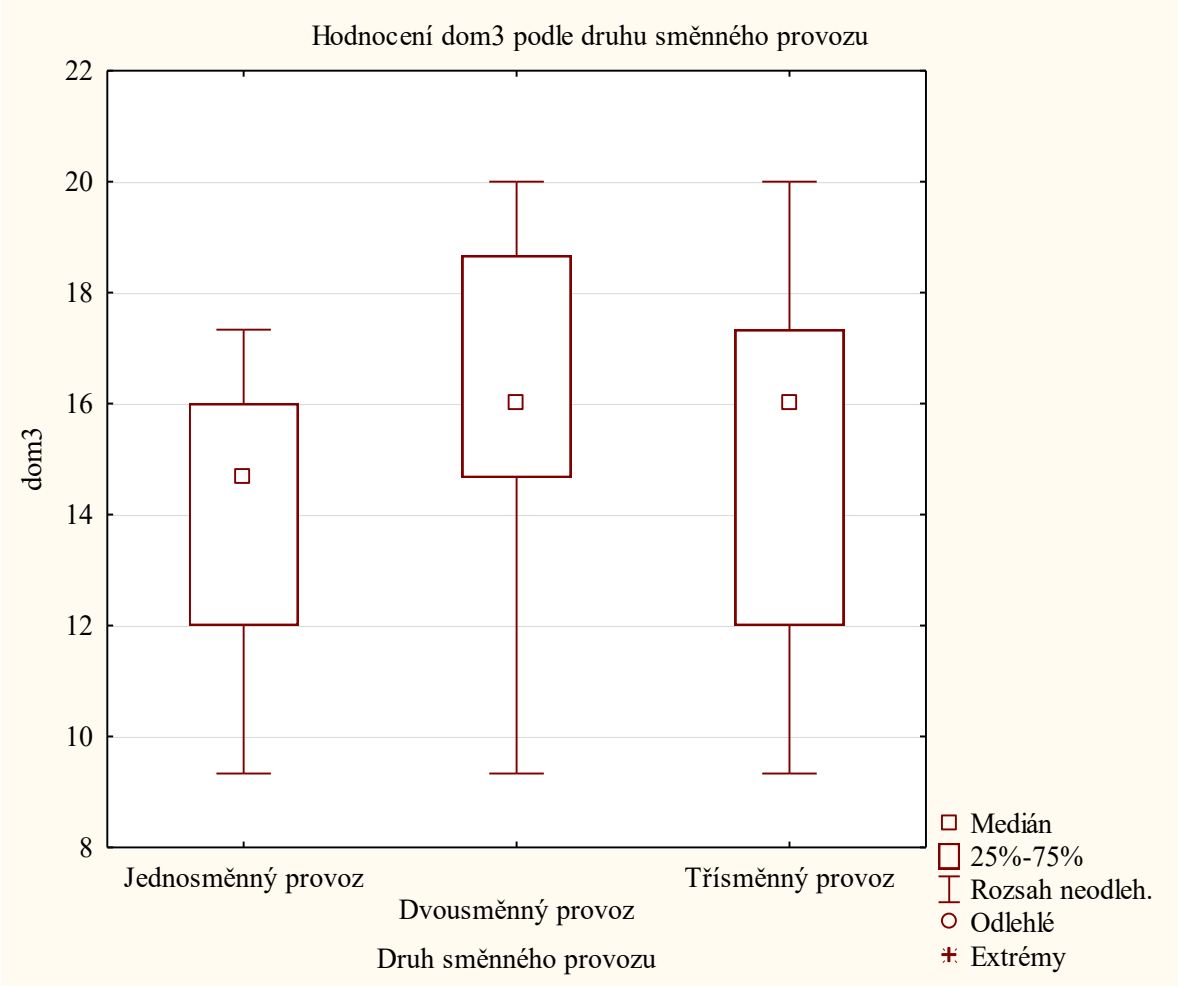
Hodnocení dom2 podle druhu směnného provozu



Graf 25 - Hodnocení dom2 podle druhu směnného provozu

Graf 25 zobrazuje porovnání průměrných hrubých skórů pro doménu 2 (prožívání). Nejvyšší naměřená průměrná hodnota (14,85) byla u respondentů pracujících ve dvousměnném provozu a to samé platilo i pro hodnotu mediánu. Respondenti, kteří pracují v třísměnném provozu, hodnotili tuto oblast s minimálním rozdílem, průměrný hrubý skór u těchto respondentů byl 14,63. Nejnižší naměřená průměrná hodnota (13,42) u respondentů pracujících v jednosměnném provozu, medián zde byl 14,00.

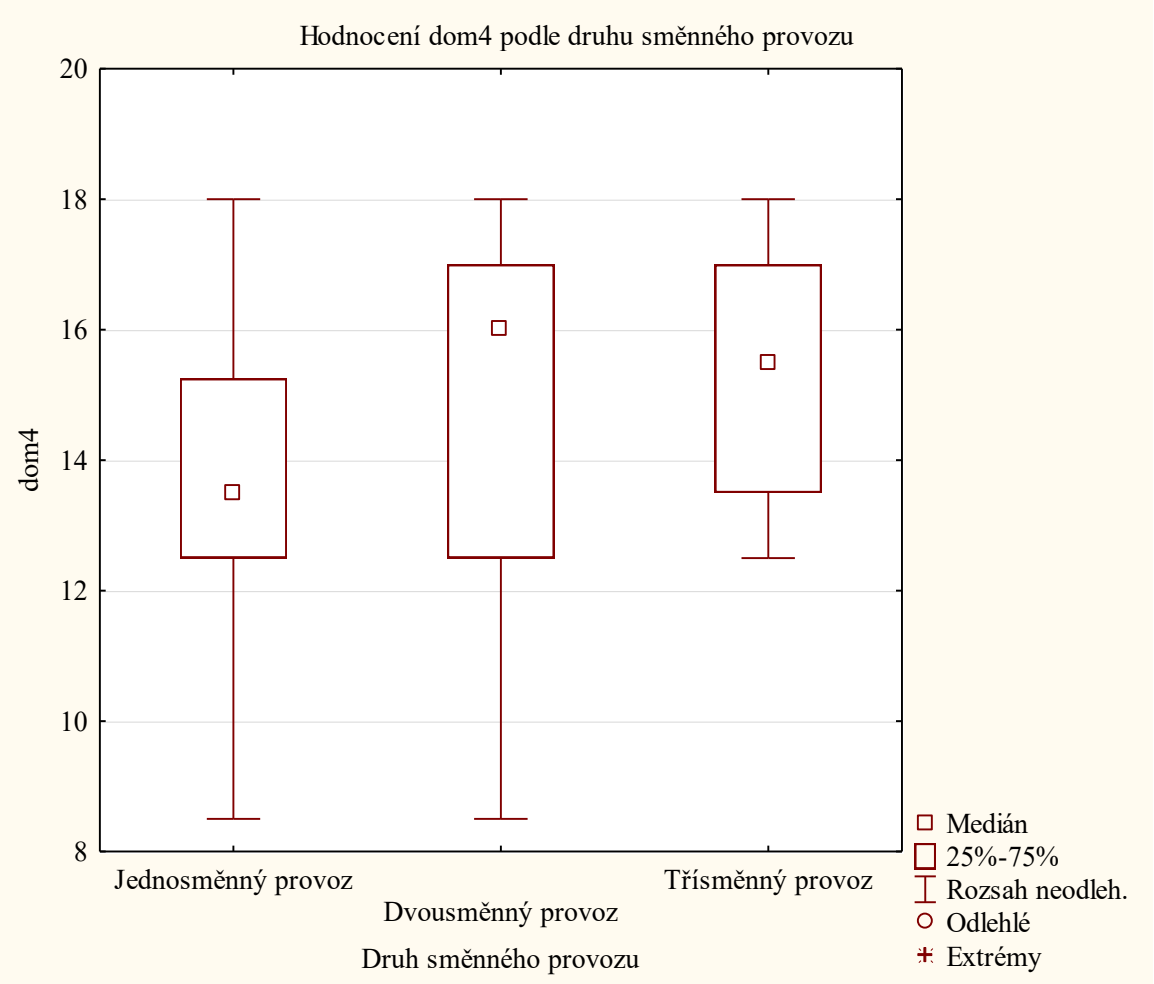
Hodnocení dom3 podle druhu směnného provozu



Graf 26 - Hodnocení dom3 podle druhu směnného provozu

Doména 3 zjišťovala kvalitu života v oblasti sociálních vztahů. Z grafu 26 je patrné, že nejvyšší hrubý průměrný skór byl u respondentů pracujících ve dvousměnném provozu. Výsledná hodnota u těchto respondentů byla 15,93. U respondentů, kteří pracují ve třísměnném provozu, byl výsledek mírně nižší, a to 14,88. Nejnižší hodnota byla naměřena u respondentů z jednosměnného provozu a tato hodnota činila 13,83. Medián byl u respondentů z dvousměnného a třísměnného provozu totožný (16,00) a u respondentů z jednosměnného provozu byl 14,67.

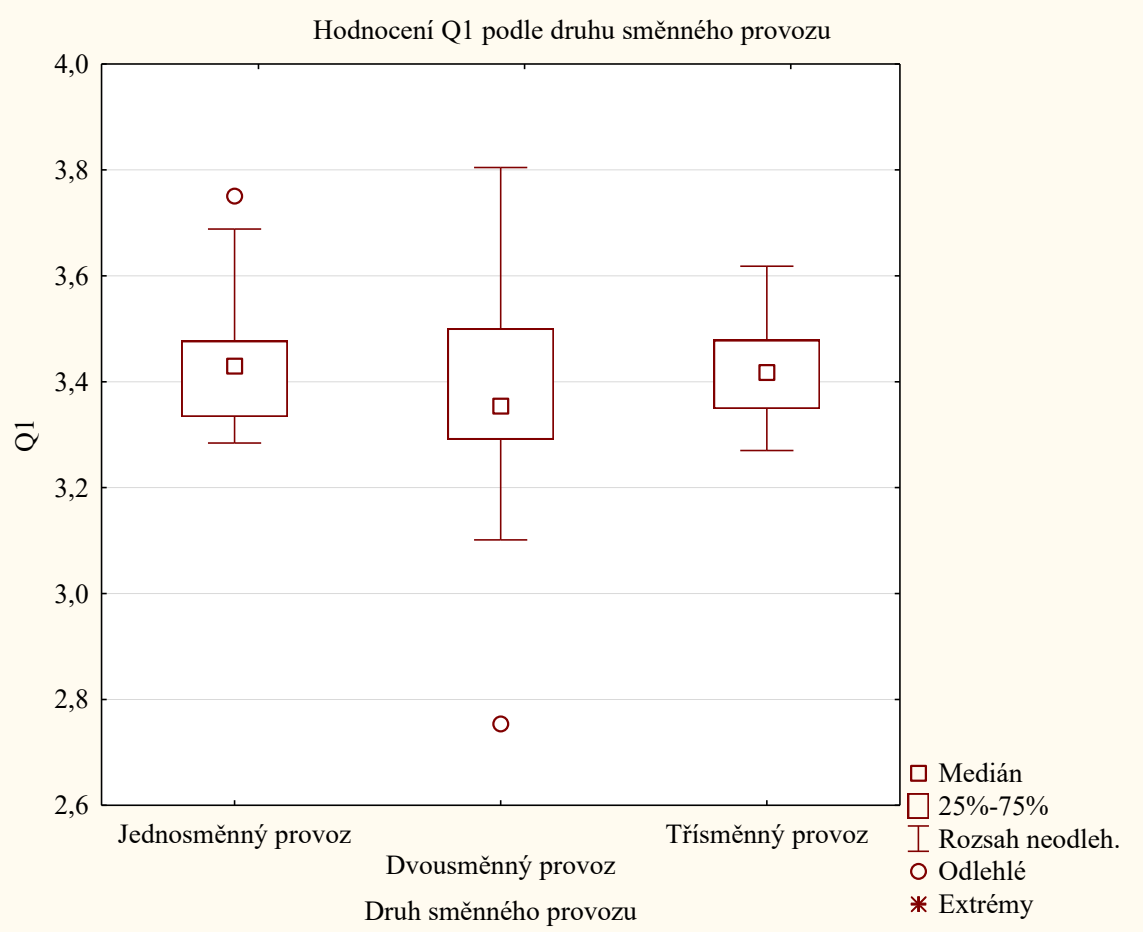
Hodnocení dom 4 podle druhu směnného provozu



Graf 27 - Hodnocení dom4 podle druhu směnného provozu

Doména 4 hodnotila kvalitu života v oblasti prostředí. Z grafu 27 je patrné, že tuto doménu hodnotí nejlépe respondenti z třísměnného provozu a na to poukazuje průměrná hodnota 15,29 a medián 15,50. O něco nižší průměrná hodnota (14,76) byla naměřena u respondentů pracujících ve dvousměnném provozu, avšak medián byl u těchto respondentů vyšší (16,00). Nejnižší průměrný hrubý skór (13,56) a zároveň i nejnižší medián (13,50) byl naměřen u respondentů z jednosměnného provozu.

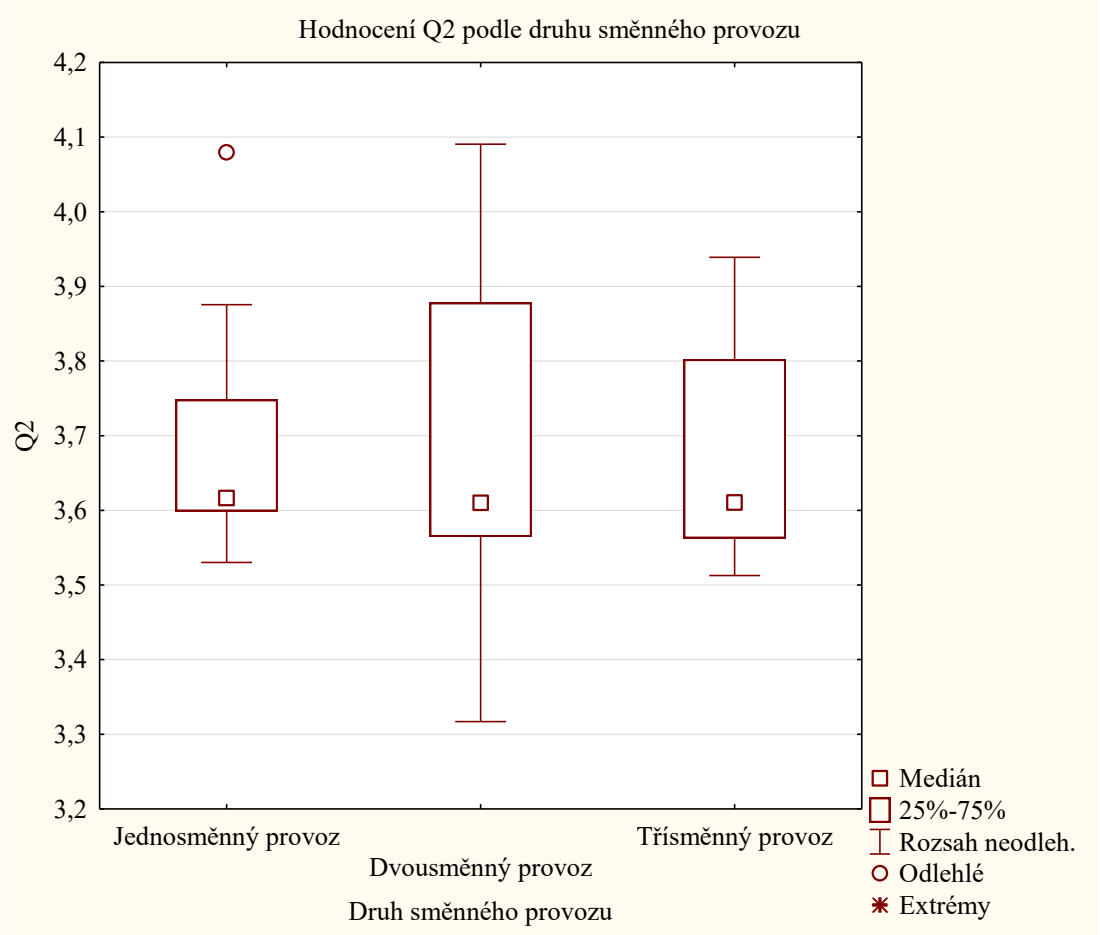
Hodnocení Q1 podle druhu směnného provozu



Graf 28 - Hodnocení Q1 podle druhu směnného provozu

Samostatná položka Q1zjišťovala, jak respondenti hodnotí kvalitu svého života. Z grafu 28 je patrné, že hodnocení této položky je až na minimální rozdíly totožné. Průměrný hrubý skór u respondentů z jednosměnného provozu byl 3,43, z dvousměnného 3,42 a u respondentů z třísměnného provozu byla průměrná hodnota 3,44. Podobně tak tomu bylo i u hodnoty mediánu. V grafu 28 je zároveň i vidět, že jeden respondent z jednosměnného provozu hodnotí kvalitu svého života na vyšší úrovni než ostatní respondenti z tohoto provozu. Naopak jeden respondent z dvousměnného provozu hodnotil kvalitu svého života na mnohem nižší úrovni než ostatní respondenti.

Hodnocení Q2 podle druhu směnného provozu



Graf 29 - Hodnocení Q2 podle druhu směnného provozu

Z grafu 29 je patrné, že položku Q2, která zjišťovala spokojenost se svým zdravím, hodnotili všichni respondenti pracující totožně. Průměrná hodnota u respondentů z třísměnného provozu byla 3,68, u respondentů z dvousměnného provozu byla naměřena průměrná hodnota 3,69 a průměrná hodnota 3,67 byla naměřena u respondentů, kteří pracují v jednosměnném provozu. Hodnoty mediánu se až na minimální rozdíly též nelišily. V grafu 29 můžeme vidět, že jeden respondent z jednosměnného provozu je se svým zdravím spokojen na mnohem vyšší úrovni než ostatní respondenti pracující v tomto provozu.

6.6 Prezentace výsledků ProQOL

6.6.1 Výsledky jednotlivých domén dotazníku ProQOL

Následující tabulka uvádí výsledky jednotlivých domén dotazníku ProQOL pro celý výzkumný vzorek. Každá z tabulek obsahuje absolutní četnost (n), průměrné hodnoty jednotlivých domén dotazníku a směrodatnou odchylku (SD).

Výsledky jsou vyjádřeny jako skóry, které představují průměrný hrubý skór spočtený z příslušných položek. Jednotlivé domény jsou vyhodnoceny podle dosaženého skóre, kdy skóre 42 a vyšší znamená vysokou úroveň, skóre mezi 23 a 41 střední úroveň a skóre 22 a méně znamená nízkou úroveň.

Tabulka 12 - Výsledky jednotlivých domén dotazníku ProQOL

Doména	n	Průměr	SD
Pocit spokojenosti	72	37,58	5,22
Syndrom vyhoření	72	27,51	5,02
Sekundární traumatický stres	72	24,35	4,74

Z tabulky 12 lze vyčíst, jaké průměrné hodnoty byly naměřeny u jednotlivých domén dotazníku. Doména pocitu spokojenosti byla vyhodnocena z položek č. 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 37 a 30. Tyto otázky například zjišťovaly, jak jsou respondenti spokojeni s tím, že mohou pomáhat lidem, zda mají rádi svoji práci pomáhajícího či zda je jejich práce uspokojuje. Pro tuto doménu byla naměřena hodnota 37,58 a ta signalizuje na střední úroveň pocitu spokojenosti.

Doména syndromu vyhoření byla vyhodnocena z položek č. 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 a 29. Tyto položky se tázaly respondentů například na to, zda jsou šťastní, zda se cítí vyčerpaně, či zda mají pocit, že z jejich práce není úniku. Výsledné skóre činilo 27,51 a lze tedy usuzovat, že respondenti mají střední riziko vzniku syndromu vyhoření.

Poslední doména se týkala sekundárního traumatického stresu. Položky z dotazníku (č. 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28) se například ptaly respondentů, zda se zaměstnávají myšlenkami na lidi, kterým pomáhají, jestli se respondenti polekají při neočekávaných zvucích, zda mají vtíravé či děsivé myšlenky nebo jestli se cítí depresivně kvůli traumatickým zážitkům lidí,

kterým pomáhají. Průměrné naměřené skóre u této domény bylo 24,35. Toto skóre, stejně jako u předešlých dvou domén, odpovídá střední úrovni rizika vzniku sekundárního traumatického stresu.

6.6.2 Porovnání výsledků dotazníku ProQOL

Jedním z výzkumných cílů bylo zjistit, zda hodnocení kvality profesního života všeobecných sester bude rozdílné v závislosti na vybraných proměnných (věk, délka praxe ve zdravotnictví, místo pracoviště, druh provozu).

Porovnání a zjištění závislosti těchto proměnných probíhalo za pomoci průměrných hodnot 3 domén dotazníku ProQOL. Tyto průměrné hodnoty byly rozděleny dle vybraných proměnných a výsledná data byla zobrazena v grafech.

6.6.2.1 Hodnocení kvality profesního života dle věku

Tabulka 13 - Hodnocení kvality profesního života dle věku

Věk	Pocit spokojenosti			Syndrom vyhoření		Sekundární traumatický stres	
	n	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD
18-29 let	24	38,00	5,18	26,38	5,04	23,88	4,65
30-39 let	11	37,55	4,89	26,45	5,39	23,91	3,62
40-49 let	31	37,74	5,07	28,77	4,70	24,06	5,06
50-59 let	5	34,20	7,79	28,40	28,4	28,60	4,62
60 a více let	1	40,00	-	23,00	-	28,00	-

Tabulka 13 hodnotí průměrné hodnoty domén dotazníku hodnocené podle věku respondentů. Doménu pocitu spokojenosti hodnotili respondenti všech věkových kategorií na střední úrovni, přičemž nejvíce spokojení jsou respondenti ve věku 18-29 let a nejméně respondenti ve věku 50-59 let. Doména syndromu vyhoření byla taktéž hodnocena všemi respondenty na střední úrovni. Nejnižší riziko vzniku syndromu vyhoření je u mladších respondentů (tj. ve věku od 18-39 let). Průměrné hodnoty u domény sekundárního traumatického stresu byly u respondentů ve věku 18-49 let obdobné, avšak u respondentů ve věku 50-59 let byla tato hodnota vyšší. Výjimkou pro všechny domény je jeden respondent z věkové kategorie 60 a více let. Tento respondent hodnotil všechny domény také na střední úrovni, avšak nebylo možné tuto věkovou kategorii validně porovnat.

6.6.2.2 Hodnocení kvality profesního života dle délky praxe ve zdravotnictví

Tabulka 14 - Hodnocení kvality profesního života dle délky praxe ve zdravotnictví

Délka praxe	Pocit spokojenosti			Syndrom vyhoření		Sekundární traumatický stres	
	n	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD
do 10 let	29	37,55	5,07	25,97	4,90	23,52	4,35
od 11 do 20 let	12	37,08	4,76	29,83	4,95	25,00	4,26
od 21 do 30 let	27	38,59	4,99	27,67	4,99	24,19	5,05
nad 30 let	4	32,50	7,85	30,75	2,63	29,50	4,80

Tabulka 14 shrnuje průměrné hodnoty domén dotazníku rozdělené podle délky praxe ve zdravotnictví respondentů. Všechny domény byly hodnoceny na střední úrovni. Pocit spokojenosti zažívají na nejvyšší úrovni všeobecné sestry s délkou praxe od 21 do 30 let. Naopak nejnižší hodnota byla naměřena u sester, které pracují ve zdravotnictví 30 a více let. Nejnižší riziko vzniku syndromu vyhoření mají respondenti s délkou praxe do 10 let a respondenti s praxí od 21 do 30 let. Naopak nejvyšší riziko je u respondentů s délkou praxe nad 30 let. U domény sekundárního traumatického stresu byl zjištěn stejný výsledek jako u domény syndromu vyhoření.

6.6.2.3 Hodnocení kvality profesního života dle místa pracoviště

Tabulka 15 - Hodnocení kvality profesního života dle místa pracoviště

Místo pracoviště	Pocit spokojenosti			Syndrom vyhoření		Sekundární traumatický stres	
	n	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD
urgentní příjem	22	36,27	4,04	24,82	3,87	23,59	4,47
interní oddělení	22	39,09	6,12	25,45	5,27	25,36	5,15
infekční oddělení	28	37,43	5,15	31,25	3,00	24,14	4,64

Z tabulky 15 lze vyčíst, jak hodnotili respondenti jednotlivé domény v závislosti na místu pracoviště. Průměrné hodnoty u všech domén byly na střední úrovni. Při porovnání pocitu spokojenosti bylo zjištěno, že nejvíce spokojení jsou respondenti z interního oddělení. O něco méně jsou spokojeni respondenti z infekčního oddělení a nejméně respondenti z urgentního

příjmu. Výsledky domény syndromu vyhoření poukazují na to, že největší riziko pro vznik tohoto syndromu mají respondenti z infekčního oddělení. Menší riziko mají respondenti z interního oddělení a následně respondenti z urgentního příjmu. Naopak sekundárním traumatickým stresem jsou nejvíce ohroženi respondenti z interního oddělení, nejméně respondenti z urgentního příjmu.

6.6.2.4 Hodnocení kvality profesního života dle druhu provozu

Tabulka 16 - Hodnocení kvality profesního života dle druhu provozu

Druh provozu	Pocit spokojenosti			Syndrom vyhoření		Sekundární traumatický stres	
	n	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD
jednosměnný provoz	16	33,88	4,79	29,06	4,73	26,00	3,61
dvousměnný provoz	37	39,97	3,69	27,19	5,28	23,41	4,44
třísměnný provoz	19	36,05	5,90	26,84	4,69	24,79	5,81

Tabulka 16 znázorňuje výsledky kvality profesního života rozdělené podle druhu směnného provozu. Při srovnání jednotlivých kategorií je patrné, že nejvyšší pocit spokojenosti zažívají respondenti z dvousměnného provozu a nejnižší respondenti z jednosměnného provozu. Nejvyšší riziko vzniku syndromu vyhoření mají respondenti z jednosměnného, o něco nižší respondenti z dvousměnného provozu a nejnižší z třísměnného provozu. Sekundárním traumatickým stresem jsou nejvíce ohroženi respondenti z jednosměnného provozu a nejméně respondenti z dvousměnného provozu. I přes rozdíly v naměřených průměrných hodnotách je hodnocení všech domén na střední úrovni.

6.6.3 Testování hypotéz

Vzhledem k nenormálnímu rozdělení dat byly k testování hypotéz použity neparametrické metody. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5%. Platnost hypotéz byla ověřena pomocí Mann-Whitney U testu a normalita dat byla testována pomocí Kolmogorov-Smirnov, Lillieforsův a Shapiro-Wilkův testů.

Výsledek hypotézy 1

$1H_0$: Hodnocení kvality života a zdraví všeobecných sester dotazníkem WHOQOL-BREF, nebude rozdílné v závislosti na místě pracoviště.

$1H_A$: Hodnocení kvality života a zdraví všeobecných sester dotazníkem WHOQOL-BREF, bude rozdílné v závislosti na místě pracoviště.

Závěr:

Testováním této hypotézy bylo zjišťováno, zda je statistická souvislost mezi hodnocením kvality života a zdraví všeobecných sester a místem pracoviště. Při hodnocení rozdílu mezi urgentním příjmem a infekčním oddělení je patrné, že statisticky významný rozdíl byl zjištěn v doméně 1, 2 a 4, proto hypotézu $1H_0$ zamítáme pro tyto domény.

Statisticky významný rozdíl v hodnocení mezi všeobecnými sestrami z urgentního příjmu a interního oddělení byl pouze v samostatné položce 2 (hodnocení fyzického zdraví) a proto hypotézu $1H_0$ zamítáme.

Závislost byla zjištěna i mezi všeobecnými sestrami z interního a infekčního oddělení. Testování hypotézy prokázalo statisticky významnou závislost v obou samostatných položkách a v doméně 2 a 4. Hypotézu $1H_0$ tedy zamítáme pro tyto položky a domény.

Z tohoto testování plyne, že existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení kvality života a zdraví v závislosti na místu pracoviště.

Tabulka 17 - Výsledek hypotézy 1

Hypotéza 1	Doména	*p*-hodnota
urgentní příjem x infekční oddělení	q1	0,641
	q2	0,085
	dom1	**0,015**
	dom2	**0,011**
	dom3	0,799
	dom4	**0,004**
urgentní příjem x interní oddělení	q1	0,056
	q2	**0,001**
	dom1	0,953
	dom2	0,630
	dom3	0,694
	dom4	0,549
interní oddělení x infekční oddělení	q1	**0,003**
	q2	**0,002**
	dom1	0,160
	dom2	**0,027**
	dom3	0,514
	dom4	**0,0222**

Výsledek hypotézy 2

$2H_0$: Všeobecné sestry s delší praxí ve zdravotnictví nemají větší pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření než sestry, které mají kratší délku praxe ve zdravotnictví.

$2H_A$: Všeobecné sestry s delší praxí ve zdravotnictví mají větší pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření než sestry, které mají kratší délku praxe ve zdravotnictví.

Závěr:

Pro účely testování této hypotézy byly původní 4 kategorie délky praxe ve zdravotnictví sloučeny do 2 kategorií, a to od 10 do 20 let a od 21 a více let. Výsledná *p*-hodnota byla 0,37, proto nezamítáme nulovou hypotézu o pravděpodobnosti vzniku syndromu vyhoření. Mezi pravděpodobností vzniku syndromu vyhoření u všeobecných sester s kratší a u všeobecných sester s delší délkou praxe nebyl prokázán statisticky významný rozdíl.

Tabulka 18 - Výsledek hypotézy 2

Hypotéza 2	*p*-hodnota
syndrom vyhoření	0,370

Výsledek hypotézy 3

$3H_0$: Hodnocení kvality života a zdraví všeobecných sester dotazníkem WHOQOL-BREF, které jsou starší, nebude rozdílné s hodnocením mladších všeobecných sester.

$3H_A$: Hodnocení kvality života a zdraví všeobecných sester dotazníkem WHOQOL-BREF, které jsou starší, bude rozdílné s hodnocením mladších všeobecných sester.

Závěr:

Pro účel testování této hypotézy bylo původních 5 věkových kategorií rozděleno na 2, a to na věkovou kategorii od 18-39 let a od 40 do 60 a více let. Výsledná *p*-hodnota byla u všech domén, včetně dvou samostatných položek, větší než stanovená hladina významnosti ($p>0,05$). Platnost hypotézy $3H_0$ nelze zamítnout, neboť nebyla shledána statisticky významná závislost mezi hodnocením kvality života a zdraví a věkovou kategorií.

Tabulka 19 - Výsledky hypotézy 3

Hypotéza 3	*p*-hodnota
q1	0,760
q2	0,990
dom1	0,730
dom2	0,720
dom3	0,550
dom4	0,510

Výsledek hypotézy 4

$4H_0$: Všeobecné sestry pracující v jednosměnném provozu nemají větší pravděpodobnost vzniku sekundárního traumatického stresu než všeobecné sestry, které pracují ve vícesměnném provozu.

$4H_A$: Všeobecné sestry pracující v jednosměnném provozu mají větší pravděpodobnost vzniku sekundárního traumatického stresu než všeobecné sestry, které pracují ve vícesměnném provozu.

Závěr:

Za účelem testování této hypotézy bylo nutné změnit kategorii dvousměnného a třísměnného provozu na kategorii vícesměnného provozu. Hypotézu 4 zamítáme. Testování prokázalo statisticky významnou závislost mezi pravděpodobností vzniku sekundárního traumatického stresu a druhem směnného provozu. Všeobecné sestry, které pracují v jednosměnném provozu, mají větší pravděpodobnost vzniku sekundárního traumatického stresu, než všeobecné sestry, které pracují ve vícesměnném provozu. Hladina signifikace testu byla 0,0456 (p<0,05).

Tabulka 20 - Výsledek hypotézy 4

Hypotéza 4	*p*-hodnota
sekundární traumatický stres	0,046

7 DISKUZE

Problematika kvality života, zdraví a kvality profesního života nabírá celosvětového rozměru a je čím dál více aktuálnějším tématem jak v obecné oblasti, tak i v konkrétní, kdy je tato problematika hodnocena kategoricky. Práce všeobecné sestry, jakožto pomáhajícího či pečujícího personálu, je velice náročná jak po fyzické, tak i psychické a emociální stránce. Proto je nesmírně důležité zabývat se pracovní spokojeností a kvalitou života a zdraví zdravotnických pracovníků, neboť činnost těchto pracovníků vždy byla, je a bude nepostradatelná. Prioritní oblastí pro všeobecné sestry a i ostatní zdravotnický personál je zajištění vhodných pracovních a vzdělávacích podmínek. Neméně důležitá je i jejich motivace a ohodnocení pracovní činnosti. Utvoření těchto podmínek by bylo významné pro celou společnost, s větší pracovní spokojeností všeobecných sester by došlo ke snížení fluktuace a následně k saturaci těchto pracovníků, což by mělo pozitivní vliv na ekonomickou stránku, ale i na oblast kvality péče ve zdravotnictví (Vévoda a kol., 2013).

Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce bylo zmapování problematiky kvality života a zdraví u všeobecných sester pracujících ve vybrané nemocnici a následně porovnat kvalitu života a zdraví všeobecných sester dle vybraných proměnných. Dílčí cíle představovaly zhodnocení kvality života, zdraví a profesní kvality života v závislosti na věku, délce praxe ve zdravotnictví, místu pracoviště a druhu provozu.

VO1: Jak vybrané všeobecné sestry hodnotí svojí kvalitu života, zdraví a kvalitu profesního života na vybraných škálách?

Z vyhodnocených výsledků lze říci, že kvalita života a zdraví, která byla hodnocena dotazníkem WHOQOL-BREF, dotázaných všeobecných sester je ve všech oblastech průměrná, kvalita života v oblasti prostředí je dokonce i nadprůměrná. Všeobecné sestry nejlépe hodnotí oblast fyzického zdraví, nejhůře oblast prožívání, která se tázala na potěšení ze života, smysl života, soustředěnost, akceptaci tělesného vzhledu, spokojenost se sebou a na negativní pocity v životě. Ke stejným výsledkům došla Seidlerová (2013) ve své diplomové práci, která byla zaměřená na kvalitu života pracovníků ve vybraných nemocnicích Moravskoslezského kraje. Ve svém výzkumu zjišťovala kvalitu života a zdraví všeobecných sester mezi sestrami pracujících na běžných pozicích a mezi sestrami pracujících na manažerských pozicích.

Při porovnávání hodnocení jednotlivých domén sestrami byla nejhůře hodnocena doména prožívání a nejlépe doména fyzického zdraví. Pokud se zaměříme na jednotlivé otázky

v doméně prožívání, dalo by se usuzovat, že nižší hodnocení této domény bylo ovlivněno otázkami týkající se tělesného vzhledu a negativních pocitů. Právě tyto položky byly nejhůře hodnocené. Je tedy pravděpodobné, že hodnocení položky prožívání negativních pocitů souvisí s profesí všeobecné sestry, vzhledem k psychické a emocionální náročnosti této profese.

Vyhodnocení samostatné položky, ve které respondenti hodnotili kvalitu svého života, přineslo zjištění, že dotázané všeobecné sestry hodnotí celkovou kvalitu svého života jako dobrou. Na stejné úrovni hodnotili respondenti i samostatnou položku Q2, která zjišťovala spokojenost s vlastním zdravím.

Hodnocení kvality profesního života probíhalo za pomoci dotazníku ProQOL. Tento dotazník hodnotil celkem tři domény, a to pocit spokojenosti, syndrom vyhoření a sekundární traumatický stres. Ze zjištěných výsledků lze říci, že kvalitu profesního života hodnotily oslovené sestry na střední úrovni. Při detailnějším zhodnocení bodového rozpětí u tří domén je patrné, že úroveň pocitu spokojenosti se spíše přiklání k vyšší úrovni pocitu spokojenosti. Na bodovém rozmezí hodnocení syndromu vyhoření a sekundárního traumatického stresu dosáhly všeobecné sestry taktéž střední úrovně, avšak toto hodnocení se na pomyslném rozhraní pohybuje spíše v dolní hranici střední úrovně.

Burešová a Jarošová (2015) zkoumaly kvalitu života a kvalitu pracovního života sester pracujících v regionální nemocnici Moravskoslezského kraje a následně zjišťovaly, zda demografické údaje ovlivňují hodnocení kvality života. Z vyhodnocených výsledků dotazníku ProQOL uvádí, že většina sester hodnotila tři domény na střední úrovni, přičemž vysoké riziko syndromu vyhoření a traumatického sekundárního stresu nebylo naměřeno vůbec, stejně tak jako v našem výzkumu.

VO2: Jaký je rozdíl v hodnocení kvality života a zdraví dotazníkem WHOQOL-BREF u vybraných všeobecných sester v závislosti na věku?

Největší počet všeobecných sester zastupoval věkovou kategorii v rozmezí od 40 do 49 let. Druhou nejpočetnější skupinou byly mladší sestry, a to ve věku 18-29 let. Naopak nejméně všeobecných sester bylo ve věku 30-39 let a 50 a více let. Podle nejaktuálnějších dat Českého statistického úřadu je právě průměrný věk všeobecných sester okolo 46 let (Chodounská, 2019).

Při srovnání zjištěné kvality života a zdraví dotazníkem WHOQOL-BREF u respondentů rozdělených podle věku bylo nutné, z důvodu nedostatečného zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích, sloučit tyto kategorie na 2, a to na kategorii od 18-39 let a od 40 let a více.

Při porovnání naměřených hodnot jednotlivých domén a samostatných položek bylo hodnocení, až na malé rozdíly, obdobné u obou věkových kategorií. Znatelný rozdíl byl u hodnocení domény fyzického zdraví, neboť naměřený medián u mladších všeobecných sester byl vyšší než u sester, které byly ve věkové kategorii 40 let a více. Stejně tak byly hodnoceny i ostatní domény. V hodnocení samostatných položek byl znatelný rozdíl u položky Q1, která zjišťovala, jak respondenti hodnotí kvalitu svého života. Rozdíl mezi věkovými kategoriemi byl zanedbatelný, avšak v kategorii starších respondentů byly dvě všeobecné sestry, které hodnotili tuto položku na mnohem nižší úrovni, než ostatní.

Toto tvrzení bylo otestováno hypotézou č. 3, která nebyla zamítnuta, neboť nebyla shledána statisticky významná závislost mezi hodnocením kvality života a zdraví a věkovou kategorií všeobecných sester.

Z našich výsledků je tedy patrné, že věkové kategorie nemají vliv na hodnocení kvality života a zdraví. Ke stejnému zjištění došla i Dudáčková (2016), která ve své diplomové práci zjišťovala míru celkové životní spokojenosti všeobecných sester. Jedním z jejích cílů bylo zjištit, zda existuje souvislost mezi věkem všeobecných sester a jejich celkovou životní spokojeností. Z výsledků bylo patrné, že celková životní spokojenost oslovených sester nebyla závislá na jejich věkové kategorii.

VO3: Jaký je rozdíl v hodnocení kvality života a zdraví dotazníkem WHOQOL-BREF u vybraných všeobecných sester v závislosti na místu pracoviště?

Při vzájemném srovnání skupiny respondentů, kteří pracují na urgentním příjmu, interním oddělení a infekčním oddělení bylo zjištěno, že respondenti pracující na infekčním oddělení vykazují nižší hodnotu kvality života ve všech doménách, a to i včetně hodnocení dvou samostatných položek. Na tuto výzkumnou otázku navazovala hypotéza č. 1, která byla pro některé domény zamítnuta, neboť byl shledán statisticky významný rozdíl mezi hodnocením kvality života a zdraví a místem pracoviště. Při testování hypotézy mezi hodnocením všeobecnými sestrami z urgentního příjmu a infekčního oddělení byl shledán statisticky významný rozdíl v doméně 1, 2 a 4. Doména 1, která se týkala fyzického zdraví, byla hodnocena lépe všeobecnými sestrami z urgentního příjmu. Stejně tak byla hodnocena

i doména 2 (prožívání) a 4 (prostředí). Statisticky významná závislost byla taktéž zjištěna i při porovnávání hodnocení kvality života mezi sestrami z interního a infekčního oddělení. Hypotéza č. 1 byla zamítnuta pro doménu 2, 4 a pro dvě samostatné položky v dotazníku. Stejně jako tomu bylo i u hodnocení mezi urgentním příjmem a infekčním oddělením, hodnocení bylo nejnižší u všeobecných sester z infekčního oddělení. Dále byla zjišťována statisticky významná událost mezi hodnocením sester z urgentního příjmu a interního oddělení. Tato závislost byla potvrzena pouze u samostatné položky Q2, kdy všeobecné sestry z interního oddělení hodnotily tuto položku na vyšší úrovni. Z tohoto hodnocení a testování vyplývá, že existuje statisticky významná závislost mezi hodnocením kvality života a zdraví a místem pracoviště všeobecných sester. V našem výzkumu to konkrétně platí pro všeobecné sestry z infekčního oddělení, u kterých bylo hodnocení na nejnižší úrovni. Tyto výsledky by se daly přisuzovat situaci, která panovala na infekčním oddělení v době výzkumného šetření. Vzhledem k celosvětové pandemii sloužilo infekční oddělení pouze pro pacienty s diagnostikovaným COVID-19 onemocněním. Péče o tyto pacienty, která je náročná psychicky, fyzicky i emocionálně, má spoustu dopadů na všeobecné sestry, a proto mohlo být subjektivní vnímání vlastní kvality života sester z infekčního oddělení touto situací ovlivněno. To samé by se dalo říct i o hodnocení samostatné položky Q2, u které byl shledán statisticky významný rozdíl mezi hodnocením sester z urgentního příjmu a sester z interního oddělení. Jak již bylo zmíněno výše, tuto položku hodnotily sestry z urgentního příjmu na nižší úrovni než sestry z interního oddělení. Jelikož urgentní příjem vybraného zdravotnického zařízení je rozdělen do dvou zón, kdy jedna slouží pro příjem COVID-19 pozitivních a suspektních pacientů, dalo by se očekávat, že všeobecné sestry pracující na tomto oddělení vnímají vlastní kvalitu zdraví na nižší úrovni právě z tohoto důvodu. Z vlastní pracovní zkušenosti na tomto oddělení mohu potvrdit, že práce v tomto režimu je mnohem fyzicky náročnější, než tomu bylo za klasického režimu, kdy urgentní příjem rozdělený na dvě zóny nebyl.

Burešová a Jarošová (2015) taktéž sledovaly souvislost mezi druhem pracoviště a hodnocením kvality života. Jejich porovnávání spočívalo v hodnocení kvality života sester z ambulancí, lůžkových oddělení, odděleních intenzivní péče a ostatních oddělení jako je například příjmové oddělení. Nejvyšší úrovně kvality života dosáhly sestry, které pracují na ambulancích a naopak nejnižší úroveň byla zjištěna u sester, které pracují na lůžkových odděleních, avšak ve výzkumu se nepotvrdila statisticky významná odlišnost.

VO4: Jaký je rozdíl v pravděpodobnosti vzniku syndromu vyhoření u vybraných všeobecných sester v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví?

Pro tuto výzkumnou otázku byla použita doména syndromu vyhoření z dotazníku ProQOL. Oslovené všeobecné sestry byly rozděleny do kategorií podle délky praxe a následně bylo jejich skóre vyhodnoceno. Ze zjištěných skórů byl rozdíl patrný, avšak tyto výsledky poukazovaly na střední riziko vzniku syndromu vyhoření u všech kategorií délky praxe ve zdravotnictví. Toto tvrzení bylo otestováno hypotézou č. 2, která zjišťovala, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi rizikem vzniku syndromu vyhoření v závislosti na délce praxe. Hypotézu nebylo možné zamítnout, a tak je zřejmé, že u všeobecných sester v tomto výzkumu neexistuje statisticky významný vztah mezi rizikem vzniku syndromu vyhoření a délkou praxe ve zdravotnictví.

Předpokladem u této výzkumné otázky bylo, že všeobecné sestry, které pracují ve zdravotnictví delší dobu, budou mít větší riziko vzniku syndromu vyhoření, proto byl tento výsledek překvapující. Důvod tohoto předpokladu byl ten, že syndrom vyhoření je proces, který nevyústí najednou, ale je podmíněn dlouhodobým působením stresu a vyčerpání (Bartošíková, 2006). Proto bylo očekáváno, že sestry, které mají delší praxi ve zdravotnictví, budou v rizikové skupině pro vznik syndromu vyhoření, neboť jsou této zátěži vystaveny déle než sestry, které mají kratší délku praxe ve zdravotnictví.

Prokelová a Jarošová (2013) ve svém výzkumu zjišťovaly, jaký je výskyt syndromu vyhoření u sester, které pracují na neurochirurgických odděleních a dále zjišťovaly, zda mají sociodemografické faktory sester vliv na míru syndromu vyhoření. Jejich výzkumný vzorek tvořily sestry z neurochirurgických oddělení Moravskoslezského kraje. Výzkum probíhal za pomoci dotazníku Burnout Measure (Test míry vyčerpání). Výsledky toho výzkumu byly uspokojivé, avšak autorkami byla zjištěna vyšší míra syndromu vyhoření u sester s delší dobou praxe, nikoliv jako v našem výzkumu.

I přes výsledek, který tento výzkum ukázal, je stále nutná prevence v syndromu vyhoření. Každá sestra je vystavena zátěži, jako je neustálá pozornost, stání při práci, zvedání pacientů, riziko infekcí, kontakt s nebezpečnými látkami nebo taky velká zodpovědnost a nutnost rychlých rozhodování, včetně působení bolesti druhých lidí (Bartošíková, 2006). Tyto faktory mohou mít vliv na vznik syndromu vyhoření, a proto je důležité věnovat nemalou pozornost tomuto povolání a posouvat pracovní podmínky všeobecných sester pozitivním směrem.

VO5: Jaký je rozdíl v pravděpodobnosti vzniku sekundárního traumatického stresu u vybraných všeobecných sester v závislosti na druhu směnného provozu?

Pro vyhodnocení této výzkumné otázky byla použita doména sekundárního traumatického stresu z dotazníku ProQOL. Z výsledků bylo patrné, že sekundárním traumatickým stresem jsou nejvíce ohroženi respondenti z jednosměnného provozu a nejméně respondenti z dvousměnného a třísměnného provozu. I přes rozdíly v naměřených průměrných hodnotách je hodnocení všech domén na střední úrovni. Tento výrok byl ověřený hypotézou č. 4, která zjišťovala, zda existuje závislost mezi rizikem vzniku sekundárního traumatického stresu a druhem směnného provozu. Nulová hypotéza byla zamítnuta, neboť byla zjištěna statisticky významná závislost. Lze tedy tvrdit, že všeobecné sestry, které pracují v jednosměnném provozu, mají větší riziko vzniku sekundárního traumatického stresu než ty sestry, které pracují ve vícesměnném provozu. Při detailnějším zkoumání tohoto výsledku bylo zjištěno, že převážná většina respondentů, kteří pracují v jednosměnném provozu, byla z infekčního oddělení a urgentního příjmu. Jelikož je sekundární traumatický stres popisován jako negativní reakce na trauma druhé osoby, dalo by se usuzovat, že tento výsledek je možná i způsobený místem pracoviště, neboť všeobecné sestry se na infekčním oddělení, v době celosvětové pandemie, setkávají s traumaty druhých lidí více než obvykle a na urgentním příjmu je trauma druhé osoby nedílnou součástí povolání všeobecné sestry.

Předpokladem u této výzkumné otázky bylo, že všeobecné sestry, které pracují ve vícesměnném provozu, budou mít větší předpoklad ke vzniku sekundárního traumatického stresu, neboť jsou pracovně vytížené i v nočních hodinách, nehledě na to, že dochází k chaotickému střídání směn. Vyhodnocení této výzkumné otázky je tedy překvapivé, neboť jak tvrdí Bartošíková (2006), při směnování dochází k narušení harmonogramu spánku a u většiny sester, které pracují ve směnném provozu, následně dochází k poruchám spánku. Vévoda a kol. (2013) uvádí, že směnování a práce v nepřetržitém provozu je jedna z největších zátěží profese všeobecné sestry, neboť dochází k nepravidelnosti pracovního volna, omezení kontaktů s rodinou a v neposlední řadě dochází k poruchám cirkadiánního rytmu a dlouhodobé působení této zátěže může vyústit v psychosomatické problémy.

8 ZÁVĚR

Předložená diplomová práce se zabývala tématem kvality života, zdraví a kvality profesního života všeobecných sester.

Práce byla rozdělena na dvě části. První, teoretická část se věnovala tématu kvalita života a zdraví a jejím kapitolám. V úvodních stránkách byla popsána historie kvality života, její domény a obsah tohoto pojmu. Další samostatnou kapitolou byla kvalita života ve vztahu ke zdraví, ve které jsem popisovala její definici a determinanty. S kvalitou života a zdraví je úzce spjata osobní pohoda a lidské potřeby, proto je jim věnována další kapitola v této diplomové práci. Následujícím tématem bylo hodnocení a měření kvality života. Jelikož se diplomová práce týkala všeobecných sester, tak bylo nezbytné popsat kvalitu pracovního života, její vybrané faktory a na závěr teoretické části byla popsána náplň práce všeobecné sestry, včetně syndromu vyhoření a sekundárního traumatického stresu. V úvodu byl stanoven hlavní cíl teoretické části, a to shrnout informace o kvalitě života a zdraví a možnostech jejího měření. Tento cíl byl splněn.

Druhá část – výzkumná, která vycházela z teoretické základny, se věnovala všeobecným sestrám a jejich hodnocení kvality života, zdraví a kvality profesního života. Pro výzkum byly použity dva dotazníky-WHOQOL-BREF a ProQOL. Tyto dotazníky byly obohaceny o demografické a identifikační údaje a za pomoci těchto údajů probíhalo kategorické hodnocení kvality života a zdraví u vybraných všeobecných sester. V oblasti hodnocení kvality života, zdraví a kvality profesního života bylo zjištěno, že:

- kvalita života a zdraví dotázaných všeobecných sester je ve všech oblastech průměrná, kvalita života v oblasti prostředí je nadprůměrná;
- kvalitu profesního života hodnotily oslovené všeobecné sestry na střední úrovni;
- významný rozdíl v hodnocení kvality života a zdraví všeobecnými sestrami byl zjištěn u sester z infekčního oddělení, které hodnotily doménu fyzického zdraví, prožívání a prostředí, včetně dvou samostatných položek, na nižší úrovni než všeobecné sestry z interního oddělení a urgentního příjmu;
- všeobecné sestry z interního oddělení hodnotily spokojenost se svým zdravím na vyšší úrovni, než tomu bylo u všeobecných sester z urgentního příjmu;
- u všeobecných sester neexistuje statisticky významný vztah mezi rizikem vzniku syndromu vyhoření a délkou praxe ve zdravotnictví;

- všeobecné sestry, které pracují v jednosměnném provozu, mají větší riziko vzniku sekundárního traumatického stresu než všeobecné sestry, které pracují ve vícesměnném provozu, avšak bylo zjištěno, že převážná většina respondentů, kteří pracují v jednosměnném provozu, byla z infekčního oddělení a urgentního příjmu, což mohlo toto hodnocení značně ovlivnit.

Motivací pro výběr tématu diplomové práce byl můj osobní zájem o sebevzdělání se v této oblasti a přispění k poznání této problematiky. Povolání všeobecné sestry již v minulosti prošlo a stále prochází vývojem, což klade na všeobecné sestry vysoké nároky, ať už v oblasti vzdělávání, fyzické oblasti či v oblasti psychické. V nynější době, kdy celý svět čelí pandemii, se ukázalo, jak nepostradatelné toto povolání, včetně dalších zdravotnických pracovníků, je. A proto je i nezbytné se o všeobecné sestry starat, a to nejen v této době, ale celkově, neboť pokud má být dosaženo určité kvalitní úrovně ve zdravotnictví, musí být nejprve dosaženo kvalitních podmínek pro ty, kteří v něm pracují.

9 POUŽITÁ LITERATURA

ARNOLDOVÁ, Anna, 2012. Sociální zabezpečení I: sociální zabezpečení v České republice, lékařská posudková služba, pojistné, systémy sociálního zabezpečení. Praha: Grada. 352s. ISBN 978-80-247-3724-9.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

BEDNÁŘ, Vojtěch, 2013. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-4211-3.

BLATNÝ, Marek, 2010. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3434-7.

BUREŠOVÁ, Zuzana a Darja JAROŠOVÁ, 2015. Kvalita života sester pracujících v nemocnici. *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online]. Osveta, **5**(1) [cit. 2021-19-03]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: https://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-1/kvalita-zivota-sester-pracujicich-v-nemocnici

Centers for Disease Control and Prevention [online], ©2018. Atlanta: CDC [cit. 2020-12-02]. Dostupné z: https://www.cdc.gov/

ČELEDOVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK, 2018. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Praha: Karolinum. 110 s. ISBN 978-80-246-3996-3.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. Výchova ke zdraví. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČESKO, 2006. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. In: *Zákony pro lidi.cz*. AION CS 2010-2020 [cit. 22. 12. 2020]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262#cast4

ČEVELA, Rostislav, 2014. *Sociální gerontologie - východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

DOLEŽAL, Jan, Pavel MÁCHAL a Branislav LACKO, 2012. *Projektový management podle IPMA*. 2. vydání. Praha: Grada, 526 s. ISBN 978-80-247-4275-5.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ-BARTOŇOVÁ, 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. 88 s. ISBN 80-85121-82-4.

DRAGOMIRECKÁ, Eva, 2006. *SQUALA: Subjective quality of life analysis : příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum. 68 s. ISBN 80-85121-82-4.

DUDÁČKOVÁ, Tereza, 2016. *Kvalita života pomáhajících profesí z pohledu všeobecných sester*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Mgr. Veronika Gigalová

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar a Vladimíra HOLCZEROVÁ, 2013. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-4697-5.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

FAYERS, Peter a David MACHIN, 2013. *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes* Chichester: Wiley. 568 s. ISBN 978-1-118-69945-4.

FROUZ, Jan a Bedřich MOLDAN, 2015. *Příležitosti a výzvy environmentálního výzkumu*. Praha: Karolinum. 312 s. ISBN 978-80-246-2667-3.

GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ, 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: Člověk na přelomu tisíciletí.* Havlíčkův Brod: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2798-1.

GURKOVÁ, Elena, 2011. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAMPLOVÁ, Lidmila, 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. 132 s. ISBN 978-80-271-0568-7.

HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.

CHODOUNSKÁ, Helena, 2019. Odměňování zdravotnických pracovníků. In: *czso.cz* [online]. Český statistický úřad, 10. dubna 2019 [cit. 2021-26-04]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/cri/odmenovani-zdravotnickych-pracovniku

JAKAB, Zsuzsanna a TSOUROS, Agis .D., 2014. Zdraví 2020 - Cesta ke zdraví a rozvoji Evropy. *Hygiena*[online]. SZÚ, **59**(3) [cit.2020-03-12]. Dostupné z: https://hygiena.szu.cz/artkey/hyg-201403-0002_Zdravi-2020-cesta-ke-zdravi-a-rozvoji-Evropy.php

JANDOUREK, Jan, 2012. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3679-2.

JAROŠOVÁ, Darja a Bohumila ČURDOVÁ, 2012. Škála profesní kvality života. In: *osu.cz* [online]. Ostravská univerzita, 2012 [cit.2021-14-03]. Dostupné z: https://lf.osu.cz/uopa/13998/merici-nastroje-dotazniky-a-manualy/

KLEPÁČKOVÁ, Olga, Zuzana KREJČÍ a Martina ČERNÁ, 2020. *Trauma-informovaný přístup v sociální práci*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-1049-0.

KOCIANOVÁ, Renata, 2010. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada. 215 s. ISBN 978-80-247-2497-3.

KOVÁČ, Damián, 2001. Kvalita života - naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Československá psychologie* [online]. Psychologický ústav, **45**(1) [cit. 2020-03-12], 34-44. ISSN0009-062X. Dostupné z: http://cspsych.psu.cas.cz/archiv.php?from=233&to=239&what=1/2001

KOŽENÁ, Ludmila, Vladimíra LIPŠOVÁ a Kateřina JANOŠOVÁ, 2016. Psychosociální rizika při práci. In: *zsbozpvubp.cz* [online]. © 2016 Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2016 [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: https://zsbozp.vubp.cz/pracovni-prostredi/rizikove-faktory/psychologicke-faktory/233-psychosocialni-rizika

MADZIOVÁ, Silvie a Eva JANÍKOVÁ, 2013. Péče všeobecných sester o své zdraví. *Ošetřovatelství a porodní asistence*[online]. Lékařská fakulta Ostravské univerzity, **4**(1) [cit. 2021-19-03]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: https://cejnm.osu.cz/artkey/cjn-201301-0007_pece-vseobecnych-sester-o-sve-zdravi.php

MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.

MARKOVÁ, Marie, 2012. *Determinanty zdraví*. Brno: NCO NZO. 54 s. ISBN 978-80-7013-545-7.

MASLOW, Abraham Harold, 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 978-80-262-0618-7.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetřovatelská diagnostika: v moderní ošetřovatelské praxi.* Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

MICHALÍK, David, 2015. Řízení pracovního stresu a psychosociálních rizik. *Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti* [online]. VUBP, **8**(1) [cit. 2020-04-12]. ISSN 1803-3687. Dostupné z http://www.bozpinfo.cz/josra/josra-01-2015/rizeni-stresu.html.

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina, 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7.

NEŠČÁKOVÁ, Libuše, 2012. *Pracovní právo pro neprávníky: rozbory vybraných ustanovení, praktická aplikace, vzory a příklady*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-4091-1.

NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.

PAUKNEROVÁ, Daniela, 2012. *Psychologie pro ekonomy a manažery.* 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3809-3.

PIGOU, Arthur, 2013. *The Economics of Welfare.* UK: Palgrave Macmillan UK. 876 s. ISBN 978-0-230-24931-8.

POLÁKOVÁ, Hana a Dagmar LICHOVNÍKOVÁ, 2011. *Zákoník práce v praxi ředitelů škol a školských zařízení: s komentářem a vzory nejčastějších pracovněprávních úkonů*. Žďár nad Sázavou: Fakta. ISBN 978-80-903823-3-6.

PROKELOVÁ, Pavla a Darja JAROŠOVÁ, 2013. Syndrom vyhoření u sester na neurochirurgických odděleních. *KONTAKT* [online]. Kontakt 2013, **15**(2) [cit. 2021-18-04]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201302-0004_syndrom-vyhoreni-u-sester-na-neurochirurgickych-oddelenich.php

SEIDLEROVÁ, Lenka, 2013. *Kvalita života pracovníků ve vybraných nemocnicích Moravskoslezského kraje.* Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce MUDr. Mgr. Jan Lužný, Ph.D.

SIKOROVÁ, Lucie, 2011. *Potřeby dítěte v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3593-1.

STAMM, B. H. 2010. The Concise ProQOL Manual. In: *ProQOL.org* [online]. Pocatello: The ProQOL.org, 28. listopadu 2010 [cit. 2020-12-15]. Dostupné z: https://www.proqol.org/ProQOl_Test_Manuals.html

Strategický rámec Česká republika 2030, 2017. Praha*: Úřad vlády České republiky*, Odbor pro udržitelný rozvoj. ISBN 978-80-7440-181-7.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠUBRT, Jiří, 2008. *Soudobá sociologie III.: Diagnózy soudobých společností*. 3. Praha: Karolinum. 382 s. ISBN 978-80-246-1486-1.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: NCO NZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2020. *Human development report 2020* [online]. New York: UNDP [cit. 2021-03-09]. ISBN 978-92-1-005516-1. Dostupné z: http://hdr.undp.org/en/2020-report

VÉVODA, Jiří a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

Výzkumný ústav bezpečnosti práce [online], © 2021. Praha: BOZP [cit. 2021-14-03]. Dostupné z: https://www.bozpinfo.cz/

WHO, 1998. *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. In: who.int [online]. © 2021 WHO.int, 1. března 2012 [cit. 2021-02-27]. Dostupné z: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03

WHO, 2008. *PRIMA-EF: Guidance on the European framework for psychosocial risk management: a ressource for employer and worker representatives* [online]. UK: WHO Press [cit.2021-14-03]. ISBN:978-92-4-159710-4. Dostupné z: https://www.who.int/occupational_health/publications/PRIMA-EF%20Guidance_9.pdf

10 PŘÍLOHY

Příloha A - *dotazník výzkumné části* 103

Příloha A - *dotazník výzkumné části*

KVALITA ŽIVOTA A ZDRAVÍ VŠEOBECNÝCH SESTER

DOTAZNÍK

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Martina Šulová a jsem studentkou navazujícího magisterského studia – obor Ošetřovatelství v interních oborech. Ráda bych Vás touto cestou poprosila o vyplnění dotazníku, který poslouží k výzkumné části mé diplomové práce. Profese všeobecné sestry je spojena s působením řady zátěžových vlivů v oblasti psychické, emocionální a sociální a v nynější době je očekávaná vysoká nasazenost. Cílem tohoto výzkumu je tedy přispění k poznání stavu a úrovně kvality života a zdraví všeobecných sester.

Dotazník se skládá ze tří částí. První část je standardizovaná škála profesní kvality života (ProQOL), druhá část obsahuje standardizovaný dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace (WHOQOL-BREF) a poslední část obsahuje demografické a identifikační údaje.

Vyberte, prosím, vždy pouze jednu odpověď, vyplněný dotazník vložte do přiložené obálky a důkladně zalepte. Vyplnění tohoto dotazníku je zcela anonymní a dobrovolné.

Předem děkuji za spolupráci.

Bc. Martina Šulová
st60002@upce.cz

ČÁST I. - ŠKÁLA PROFESNÍ KVALITY ŽIVOTA (ProQOL-CZ)

Když pomáháte lidem, jste v přímém kontaktu s jejich životy. Pravděpodobně již máte zkušenosti, že Váš soucit s lidmi, kterým pomáháte, může mít na Vás pozitivní nebo negativní vliv. Níže jsou uvedena tvrzení (pozitivní i negativní) týkající se Vašich zkušeností jako pomáhajícího. Zamyslete se nad každým tvrzením o Vás a Vaší současné pracovní situaci v oblasti pomáhání. Označte číslem, které reálně vyjadřuje, jak často jste zažil/a tyto situace **v posledních 30 dnech .**

1 = nikdy	2 = zřídka	3 = někdy	4 = často	5 = velmi často

_____ 1. Jsem šťastný/á.
_____ 2. Příliš se zaměstnávám myšlenkami na lidi, kterým pomáhám.
_____ 3. Mám pocit uspokojení z toho, že mohu pomáhat lidem.
_____ 4. Cítím se být "propojen/a" s druhými.
_____ 5. Při neočekávaných zvucích sebou trhnu nebo se polekám.
_____ 6. Po práci s těmi, kterým pomáhám, se cítím posílen/a.
_____ 7. Je pro mě náročné oddělit svůj osobní a pracovní život.
_____ 8. Nejsem tak produktivní v práci, protože nespím kvůli traumatickým zážitkům lidí, kterým pomáhám.
_____ 9. Myslím, že mě mohl ovlivnit traumatický stres těch, kterým pomáhám.
_____ 10. Jako pomáhající mám pocit, jako kdyby z mé práce nebylo úniku.
_____ 11. Kvůli pomáhání se z různých věcí cítím ve velkém napětí.
_____ 12. Mám rád/a svoji práci pomáhajícího.
_____ 13. Cítím se depresivně kvůli traumatickým zážitkům lidí, kterým pomáhám.
_____ 14. Cítím se tak, jako kdybych zažíval/a trauma někoho, komu pomáhám.
_____ 15. Moje životní filozofie mi pomáhá vydržet v mé práci.
_____ 16. Těší mě, jak dokážu držet krok s technikami a postupy v pomáhání.
_____ 17. Jsem tím, kým jsem vždy chtěl/a být.
_____ 18. Má práce mě uspokojuje.
_____ 19. Cítím se vyčerpán/a ze své práce.
_____ 20. Mám kladné myšlenky a pocity o těch, kterým pomáhám, a o tom, jak bych jim mohl/a pomoci.
_____ 21. Cítím se "zahlceně", protože moje pracovní vytížení se zdá být nekonečné.
_____ 22. Věřím, že mohu něco změnit prostřednictvím své práce.
_____ 23. Vyhýbám se určitým aktivitám nebo situacím, protože mi připomínají děsivé zážitky lidí, kterým pomáhám.
_____ 24. Jsem hrdý/á na to, že mohu pomáhat.
_____ 25. Jako důsledek své práce mám vtíravé a děsivé myšlenky.
_____ 26. Cítím se být „pohlcený/á“ systémem.
_____ 27. Myslím si, že jsem jako pomáhající úspěšný/á ve své práci.
_____ 28. Nedokážu si vybavit důležité části své práce s oběťmi traumat.
_____ 29. Jsem velmi starostlivý člověk.
_____ 30. Jsem šťastný/a, že jsem si vybral/a tuto práci.

ČÁST II. DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE WHOQOL-BREF (krátká verze)

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

		Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
1	Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	1	2	3	4	5

		Velmi nespokojen/a	Nespokojen/a	Ani spokojen/a ani nespokojen/a	Spokojen/a	Velmi spokojen/a
2	Jak spokojený/á jste se svým zdravím?	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	Na kolik 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

		Velmi nespokojen/a	Nespokojen/a	Ani spokojen/a ani nespokojen/a	Spokojen/a	Velmi spokojen/a
16	Jak spokojený/á jste se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17	Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnost?	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

		Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/á ani spokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
21	Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22	Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
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

ČÁST III. – DEMOGRAFICKÉ A IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

1. Jaké je Vaše pohlaví?

   □ žena □ muž

2. Kolik je Vám let?

   □ 18 – 29 let □ 30 – 39 let □ 40 – 49 let □ 50 – 59 let □ 60 a více let

3. Jaká je Vaše délka praxe ve zdravotnictví?

   □ do 10 let □ od 11 do 20 let □ od 21 do 30 let □ nad 30 let

4. Uveďte, prosím, Vaše pracoviště:

   □ urgentní příjem □ interní oddělení □ infekční oddělení (COVID oddělení)

5. V jakém druhu směnného provozu pracujete?

   □ jednosměnný provoz □ dvousměnný provoz □ třísměnný provoz