

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života a zdraví perioperačního týmu

Bc. Aneta Kuchařová

2021

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Aneta Kuchařová**
Osobní číslo: **Z19270**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Téma práce: **Kvalita života a zdraví perioperačního týmu**
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 výzkumného šetření dle stanové 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. FERNANDES SOUZA, R., et al., 2018. Impact of factors associated with quality of life in nurses of intensive care units. Revista de Salud Pública. 20(4), 453-459, DOI: 10.15446/rsap.V20n4.65342
2. GHOLAMI, A., et al., 2013. Application of WHOQOL-BREF in Measuring Quality of Life in Health-Care Staff. International Journal of Environmental Research and Public Health. 4(7), 809-817. ISSN 2008-8213
3. HETTNEROVÁ, M. 2016. Chirurgické sestry a instrumentářky se sešly na Moravě. Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese.12(6), s. 42. ISSN 1801-464X.
4. MISIAK, B., et al., 2020. Psychosocial Work-Related Hazards and Their Relationship to the Quality of Life of Nurses? A Cross-Sectional Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 17(3), 755, doi: 10.3390/ijerph17030755
5. PETROVOVÁ, M. 2017. Zdravotní rizika práce ve zdravotnictví. Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese.13(11), s. 28-30. ISSN 1801-464

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**

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

L.S.

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Kvalita života a zdraví perioperačního týmu jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 29.4.2021

Bc. Aneta Kuchařová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou chtěla poděkovat Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za cenné rady a čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za trpělivost během mého studia. Mé velké díky patří také všem respondentům, za jejich čas a ochotu při vyplnění dotazníků.

ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na kvalitu života a zdraví perioperačního týmu. Předmětem zkoumání je především kvalita života a zdraví, které jsou měřeny pomocí standardizovaných dotazníků SQUALA a WHOQOL-BREF. Práce se skládá z teoretické a výzkumné části. Teoretická část se zabývá charakteristikou kvality života, zdraví a charakteristikou perioperačního týmu. Výzkumná část práce je formou kvantitativního výzkumného šetření, za pomoci standardizovaného dotazníku. Dotazníky jsou vyhodnocovány a porovnávány mezi sebou. Cílem této práce je zjistit, jak subjektivně každý v perioperačním týmu vnímá svoje zdraví a kvalitu života.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita života, zdraví, perioperační tým, subjektivní zdraví

TITLE

The quality of life and health of perioperative team

ANNOTATION

This diploma thesis is focused on quality of life and health of the perioperative team. The subject of research is mainly quality of life and health using standardized questionnaires - SQUALA and WHOQOL-BREF. This thesis is comprised of a theoretical and a practical part. The theoretical part deals with the characteristics of perioperative team. The research part has the form of a quantitative research survey, supported with a standardized questionnaire. The questionnaires are evaluated and compared with each other. The aim of this thesis is to find out how everyone of the perioperative team subjectively perceive their health and quality of life.

KEYWORDS

Quality of life, health, perioperative team, subjective health

Obsah

Úvod.....	11
1 Teoretická část	14
1.1 Zdraví	14
1.1.1 Historie pojmu zdraví	16
1.2 Vymezení kvality života	17
1.2.1 Historie pojmu kvality života	17
1.2.2 Dimenze kvality života	18
1.2.3 Koncept kvality života vztahované ke zdraví	20
1.3 Všeobecné principy měření HRQoL.....	21
1.3.1 Dělení používaných nástrojů	22
1.3.2 Výběr nástroje.....	23
1.4 Perioperační tým	25
1.4.1 Perioperační sestra	25
1.4.2 Anesteziologická sestra.....	26
1.4.3 Sálový sanitář.....	27
1.4.4 Lékaři v perioperačním týmu.....	27
1.5 Faktory ovlivňující psychosociální zdraví perioperačního týmu	28
1.5.1 Fyzická zátěž.....	28
1.5.2 Zodpovědnost za následky své práce	29
1.5.3 Časový stres a psychická zátěž	29
1.5.4 Vztahy kolektivu na operačním sále a nepravidelné stravování.....	30
1.5.5 Nepravidelný spánkový rytmus při práci ve směnách	31
1.5.6 Fyzikální vlivy	32
2 VÝZKUMNÁ ČÁST	34
2.1 Metodika výzkumu.....	34
2.2 Charakteristika zkoumaného souboru	35

3	Prezentace výsledků.....	37
3.1	Vyhodnocení dotazníku SQUALA	37
3.2	Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF	45
3.3	Vyhodnocení doplňujících otázek.....	49
4	DISKUZE	54
4.1	Výzkumná otázka č. 1: Jaká je kvalita života podle nástroje SQUALA?.....	54
4.2	Výzkumná otázka č. 2: Jaká je kvalita života podle nástroje WHOQOL-BREF?.....	56
5	ZÁVĚR	59
6	POUŽITÁ LITERATURA	61
7	SEZNAM PŘÍLOH.....	69

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 – Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech (Holčík et al., 2005, s. 19).....	15
Tabulka 1 – Vyhodnocení dotazníku SQUALA – ženy, muži a celkový soubor respondentů.....	38
Tabulka 2 - Četnostní tabulka hypotézy - abstraktní hodnoty dotazníku SQUALA.....	39
Tabulka 3 – Četnostní tabulka hypotézy - QOLSCORE pohlaví.....	39
Tabulka 4 - Vyhodnocení dotazníku SQUALA - sestry, lékaři, sanitáři, ostatní zdravotničtí pracovníci a celkový soubor respondentů.....	40
Tabulka 5 - Četnostní tabulka hypotézy - QOLSCORE profesí.....	41
Tabulka 6 - Průměrné hodnoty kvality života na škále SQUALA podle pohlaví.....	42
Tabulka 7 - Průměrné hodnoty kvality života na škále SQUALA podle profesí.....	43
Tabulka 8 - Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF - ženy, muži a celkový soubor respondentů.....	46
Tabulka 9 - Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF – sestry, lékaři, sanitáři, ostatní zdravotničtí pracovníci a celkový soubor respondentů.....	47
Graf 1 – Pohlaví respondentů.....	35
Graf 2 – Pracovní zařazení respondentů.....	35
Graf 3 – Věkové složení respondentů.....	36
Graf 4 – Směnnost respondentů.....	36
Graf 5 – QOLSCORE pohlaví.....	44
Graf 6 - QOLSCORE profesí.....	44
Graf 7 - Porovnání celkových hodnot z dotazníků.....	48
Graf 8 - Vztahy mezi respondenty na pracovišti.....	49
Graf 9 - Změna kvality života v období epidemie COVID-19.....	50

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

HDP – Hrubý domácí produkt

IASP - Mezinárodní asociace pro studium a léčbu bolesti

WHO – World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

SQUALA- Subjective Quality of Life Analysis

WHOQOL-BREF - The World Health Organization Quality of Life

HRQoL – Health Related Quality of Life (Kvalita života související se zdravím)

Elektroencefalografie (EEG) - diagnostická metoda umožňující snímání a záznam elektrické aktivity mozku

ÚVOD

Mohli bychom říci, že v dnešní době je velice populární téma kvality života a zdraví u zdravého obyvatelstva. Dalo by se říci, že se to netýká pouze zdravého obyvatelstva, ale i všech ostatních lidí po celém světě, kteří jsou například nemocní, nebo trpí nevléčitelnou nemocí. Pojem kvalita života se zkoumá v různých vědních disciplínách a zajímají se o ni nejrůznější vědní obory jako psychologie, sociologie apod. Předmětem zkoumání kvality života jsou nejen objektivní faktory a materiální stránka, ale s postupným zájmem o tento pojem se přesouvá hodnocení kvality života individuem. Existuje mnoho výzkumů, které se snaží získat současné pojetí kvality života (Heřmanová 2012).

Práce na operačních sálech je velmi náročná, jak na psychickou a fyzickou kondici, tak na odbornou přípravu před daným výkonem. Při práci perioperačního týmu se mohou vyskytnout události, které nelze ovlivnit a mohou skončit smrtí pacienta. Na duševní pohodu perioperačního týmu mohou působit sociální faktory, do kterých spadají nedořešené osobní vztahy, organizace práce, nedostatečná profesní perspektiva a neefektivní komunikace. Také to může být špatné řízené organizační změny, nejistota, rozporuplné požadavky a rozhodnutí, které nelze ovlivnit a nedostatečná podpora ze strany kolegů a vedení. Velký vliv mohou mít i vysoké pracovní zatížení nebo nadměrná odpovědnost za svou práci. Mezi fyzické stresory při práci perioperačního týmu patří například umělé světlo a nadměrný hluk (Balková a kol, 2015).

Všechny faktory, které mají vliv na perioperační tým lze zařadit mezi stresory, které silně ovlivňují psychologické a fyziologické funkce. Nadměrná fyzického nebo psychického zatížení mají značný vliv na dopad nejen na zdraví každého jedince, ale za určitých podmínek i na chod celého operačního výkonu. Nefungují-li jednotlivé články systému, nemůže nikdy fungovat ani celý systém.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část zahrnuje vymezení kvality života, dimenze kvality života, koncept kvality života vztažené ke zdraví. Dále jsou uvedené všeobecné principy měření Health-Related Quality of Life (HRQoL), přeloženo jako kvalita života podmíněná zdravím a vymezení pojmu zdraví. Teoretická část se také zabývá perioperačním týmem a lidmi, kteří do týmu patří (lékaři, perioperační sestry, anesteziologické sestry,...). Dále se tam objevují faktory, které ovlivňují psychosociální zdraví perioperačního týmu. V empirické části je uveden metodologický postup, analýza

zjištěných výsledných dat, závěrečná diskuze a závěr. Výsledky kvantitativního výzkumného šetření byly získány pomocí standardizovaných dotazníků SQUALA a WHOQOL-BREF.

Motivací pro podrobnější zkoumání této problematiky je také skutečnost, že přáním každého pacienta je, aby celý perioperační tým během operačního výkonu byl v psychické i fyzické pohodě, vyrovnaný, bez známek stresu a odpočatý.

CÍL PRÁCE

Hlavním cílem mé diplomové práce je zjistit, jak subjektivně každý v perioperačním týmu vnímá svoje zdraví a kvalitu života.

Výzkumné otázky

1. Jaká je kvalita života podle nástroje SQUALA?
2. Jaká je kvalita života podle nástroje WHOQOL-BREF?
3. Jak se kvalita života a zdraví liší podle sledovaných proměnných (pohlaví, profese)?

1 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je zaměřena na nejnovější poznatky z oblasti kvality života a zdraví.

1.1 Zdraví

Definice zdraví, kterou uvádí světová zdravotnická organizace (WHO), zní: „*Stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady*“. Tato definice byla ještě několikrát pozměňována a doplňována. Nejvyšší možnou úroveň zdraví zahrnujeme k základním lidským právům bez ohledu na rasu, politickou víru, náboženství nebo společenský a ekonomický stav (WHO, 2014, s.1). Světová zdravotnická organizace se na zdraví orientuje jako na přirozený stav, o který se všichni snažíme usilovat (Hnilicová, 2012).

Dle Křivohlavého (2009) bychom zdraví mohli rozdělit do 7 skupin, záleží na tom, zda je zdraví cílem nebo zprostředkovatelem, které vede k dosažení daného cíle. Skupiny se nazývají:

1. Zdraví jako zboží je vnímáno jako produkt, který existuje mimo člověka a dá se koupit nebo ztratit (např. lékařský zákrok, lék,...)
2. Zdraví jako schopnost adaptace, kdy adaptace je chápána jako změna vlastního života a přizpůsobení se podmínkám prostředí
3. Salutogeneze – individuální zdroje zdraví je opakem patogeneze (nemoc) a jedná se o součást psychologie zdraví, která se věnuje udržení pevného zdraví i přes nepříznivé vlivy prostředí
4. Zdraví jako schopnost dobrého fungování neboli (fitness). Slovem „fitness“ se rozumí udržovat se ve formě a být připraven něco dělat po fyzické i duševní stránce. „*Fitness je součástí zdravého životního stylu a návyků, je to dobrá tělesná kondice a tělesné zdraví.*“ (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 65).
5. Zdraví jako ideál je chápáno jako stav nepřítomnosti nemoci a dobrý psychický, fyzický a sociální stav člověka
6. Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly je chápáno jako určitý druh síly, která pomáhá člověku zvítězit nad nemocí

7. Zdraví jako metafyzická síla je druh vnitřní síly, která pomáhá člověku dosahovat vyšších cílů. Člověk, který disponuje touto silou je schopný zvládat problémy a realizovat svůj potenciál

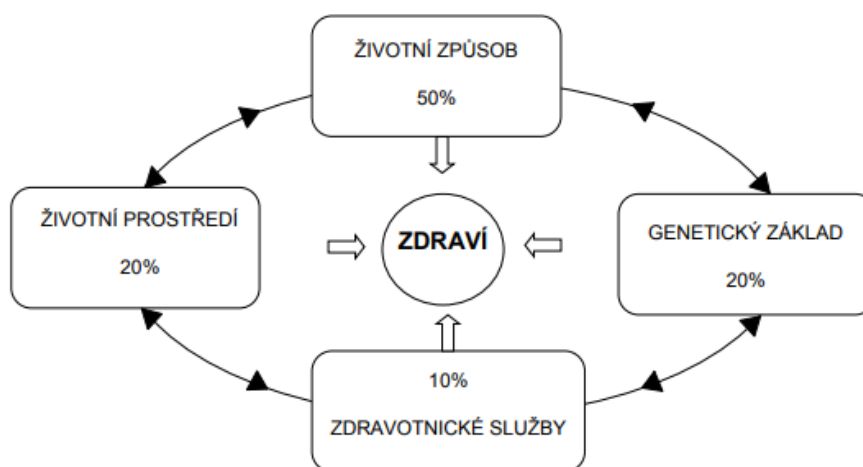
Zdraví je ovlivněno několika determinanty. „*Determinanty zdraví jsou faktory, které pozitivně, ale také negativně ovlivňují lidské zdraví*“. (Barták, 2011, s. 63).

Determinanty zdraví působí na naše zdraví a dělíme je na vnitřní a vnější faktory. Vnitřní faktory jsou to, s čím se rodíme (dědičné dispozice) – 20 %. Zevní faktory dělíme na tři skupiny:

- Zdravotnické služby – 10 %
- Kvalita životního a pracovního prostředí – 20 %
- Životní styl – 50 %

Tyto skupiny faktorů spolu velice úzce souvisí a spolupracují. Z uvedeného procentuálního zastoupení je značně vidět, že na naše zdraví nejvíce působí náš životní styl a naopak nejméně zdravotnické služby (Machová, Kubátová, 2009).

Holčík a kol. (2005) uvádí dělení zevních faktorů na čtyři kategorie, které se shodují v procentuálním vyjádření. Poukazuje na to, že člověk může své zdraví ovlivnit na 70 %. Oblast životního stylu a prostředí pokládá za poměrně nedostatečně podchycenou. Oblast kultury považuje za velmi podstatnou, z důvodu předávání tradic a hodnot, které mají vliv na zdraví člověka. Nepodceňuje ani roli muže a ženy žijící ve stejných podmínkách, kteří nedosahují díky své roli muže a ženy stejného komfortu z hlediska zdraví.



Obrázek 1 - Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech (Holčík et al., 2005, s. 19)

1.1.1 Historie pojmu zdraví

V antickém Řecku se nejvíce projevil zájem o zkoumání zdraví. O tento pojem se zajímali zejména Galén a Hippokrates a zkoumali vznik nemoci a fungování lidského těla. Staří Řekové věřili, že rovnoměrné rozložení tělesných tekutin, ke kterým patří hlen, krev, žluč a černá žluč, znamená psychické a fyzické zdraví. Naopak pokud tyto tekutiny nejsou v rovnoměrném rozložení, vzniká u člověka nemoc (Friedman, 2008).

V západoevropských státech raného středověku se na nemoci nahlíželo buď z magického, nebo náboženského hlediska, z tohoto důvodu došlo k značnému propadu lékařských technik v porovnání s lékařskými postupy. Pokud se podíváme na nemoc z náboženského hlediska, předpokládalo se, že nemoc je spjata s hříchem člověka, a proto je člověk skrze nemoc trestán. Lidé si spojovali onemocnění s čarodějnictvím nebo s posednutím děblem. Lidé se snažili své onemocnění léčit pomocí pokání nebo modliteb. Nejčastějším onemocněním, které sužovalo Evropu, byla tuberkulóza, chřipka, spalničky a záškrť. S nárůstem počtu obyvatel ve městech se zvýšila epidemie lepry a moru (Rosen, 2015).

Během průběhu renesance ve světě docházelo k nejrůznějším lékařským objevům a zkoumání lidského těla, kdy se zavedla i pitva jako prostředek studia při zkoumání a příčin smrti. Mezi nemoci, které se poprvé začaly důkladněji zkoumat v době renesance, patří černé neštovice, spála, kurděje, tyfus, záškrť a syfilis. Objev mikroskopu přinesl velký medicínský rozvoj lidského těla. V 19. století byly objeveny mikroorganismy, které byly zdrojem chorob (Rosen, 2015).

V současné době se klade důraz, aby se na zdraví a nemoc pohlíželo komplexně. Identifikují se proto různé faktory, psychická stránka nemoci, predispozice k nemoci atd (Kebza, 2005). Zdraví je bezesporu jednou z nejdůležitějších? Z výše uvedených vyplývá, že názory na zdraví a nemoc se vyvíjely velmi dlouho. V každé kultuře se liší definice mentálního zdraví. Koncepty jsou uváděny jako subjektivní pocit osobní pohody, autonomie, vědomí vlastní účinnosti, kompetence a sebeaktualizace. Všeobecně se uznává, že zdraví nelze definovat jako nepřítomnost psychické poruchy (WHO,2001). Fyzická stránka zdraví je často zaměňována s fyzickou aktivitou, nepřítomností nemoci a stravováním. Stravování a fyzická aktivita jsou často spojovány i se zdravým životním stylem (Bauman, 2004).

1.2 Vymezení kvality života

Heřmanová (2012) uvádí, že kvalita je pojem interdisciplinární a multidimenzionální, kterou se zabývají mnohé odlišné nezávislé disciplíny, k nimž patří medicína, psychologie, ekonomie, sociologie a další. Nemůžeme vycházet z jedné definice tohoto pojmu pro všechna odvětví.

Kvalita života je multidimenzionální pojem, který byl formulován světovou zdravotnickou organizací takto: *„Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k jeho vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům, tedy zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí.“* (Mareš, 2006, str. 73).

Z psychologického pohledu je kvalita života jako míra životní spokojenosti nebo nespokojenosti. Naopak z lékařského pohledu je kvalita života označována jako úroveň lidského života (Hartl, Hartlová, 2000).

1.2.1 Historie pojmu kvality života

Vaňurová a Mühlpachr (2005) uvádějí ve svém díle, že první zmínky o koncepci kvality života pocházejí z římské a řecké mytologie a jsou spojovány se jmény Aesclepie a Aesculapa. Tento pojem byl poprvé zmíněn ve 20. letech 20. století v souvislosti s úvahami v oblasti podpory nižších společenských vrstev a o ekonomickém vývoji (Hnilicová, 2005).

V období po 2. světové válce se dařilo některým zemím zvyšovat kvalitu života a životní úroveň populace. K hodnocení kvality života se používaly hlavně ekonomické parametry (jako HDP, vybavení domácností, nezaměstnanost,...). Prezidenti Spojených států Amerických J.F. Kennedy a L.B. Johnson se velmi začali zabývat kvalitou života svých občanů a prezentovali zvyšující se kvalitu ve smyslu spokojeného a dobrého života jako cíl své domácí politiky, programy: *The Great Society* and *The Beautiful America* (Payne, 2005).

Na změnu přístupu k pojmu kvalita života měla velký podíl organizace OSN, která se snažila rozvíjet řadu aktivit, které problematiku výrazně rozšiřovaly. Postupně vznikala hodnocení podmínek života, definice pojmů a nástroje, kterými je možno kvalitu života měřit (Vaňurová a Mühlpachr, 2005).

V 80. letech 20. století problematika kvality života začala stagnovat, z důvodu vlivu rostoucího relativismu a individualismu v sociálních vědách a politickými změnami, kdy

docházelo k obavám, že se indikátory mohly stát nástrojem velké byrokratické kontroly. Ukázalo se, že chybí filozofické a teoretické základy pro tento pojem a nestačí mít pouze empirický přístup k zachycení kvality života (Gullone, Cummins, 2002).

Kvalita života se nejvíce skloňuje v oboru zdravotnictví. V předcházejících letech byla zmiňována spíše jednotlivě, teprve v posledních letech se stává rozšířenou a důležitou pro hodnocení léčby, zdravotního stavu a zdravotní péče, je zkoumána a zahrnována v mnoha klinických studiích (Libigerová, Müllerova, 2001).

1.2.2 Dimenze kvality života

V současné době lze zkoumat kvalitu života ze dvou pohledů. Zprv z pohledu subjektivního, který znamená postavení jedince ve společnosti a spokojenost s naplněním vlastního života. Zadruhé z pohledu objektivního, kam patří materiální a sociální podmínky člověka (Vařurová a Mühlpachr, 2005).

Subjektivní dimenze kvality života se zaobírá jedincovým vnímáním sebe sama, dále postavením v životě a hodnocením uspokojování svých potřeb. Důležitostí jsou lidské emoce a pocit celkové spokojenosti s vlastním životem. Každý člověk má jasnou představu o tom, jaké skutečnosti ovlivňují nebo zlepšují jeho kvalitu života (Hnilicová, 2005).

Objektivní dimenze kvality života se věnuje hlavně sociálním, ekonomickým, zdravotním a environmentálním podmínkám. Jedná se o sociální postavení a podmínky pro život, fyzické zdraví jedince a materiální zabezpečení. Lze to vyjádřit prostřednictvím konkrétních ukazatelů jako je např. počet kulturních a zdravotnických zařízení ve městě, dostupností dopravy, hrubým domácím produktem (Hnilicová, 2005).

Dále můžeme rozdělit kvalitu života na čtyři základní dimenze, a to na psychologickou, fyzickou, noetickou a sociální.

1. Psychologická dimenze se vztahuje ke snaze postihnout subjektivní životní pohodu a spokojenost s vlastním životem. Spokojenost je subjektivní pohoda s přetrvávajícím pocitem štěstí. Podle některých autorů se subjektivní pohoda skládá ze dvou hlavních komponentů. Tím prvním je aktuální pohoda, která charakterizuje momentální prožívání dané osoby a závisí na krátkodobě působících faktorech např. nálady, tělesných prožitků a emocí. Tím druhým je habituální pohoda, která je zaměřena na emocionální zkušenosti (Hnilicová, 2005). Do psychologické dimenze lze také zahrnout spokojenost se životem, kdy nás zajímají odpovědi na otázky, co činí lidé

spokojenými. Životní spokojenost ovlivňují určité faktory a to: věk (čím je člověk mladší, tím je spokojenější a má více elánu), rodinný stav (nejspokojenějšími jedinci jsou osoby žijící v manželství, ale nejméně spokojené jsou osoby, kterým partner zemřel), místo bydliště (osoby žijící v menších městech), výše vzdělání (čím vyšší vzdělání, tím vyšší spokojenost) atd. Dále bychom do psychologické dimenze zahrnuli štěstí, sebepojetí, frustraci a stres (Payne, 2005).

2. Fyzická dimenze bývá charakterizována hlavními ukazateli zdravotního stavu – především zdravotními potížemi, zda vyžadují léčbu, nebo zda jsou natolik omezující, anebo doprovázeny bolestmi. Determinanty zdraví jejich význam, povaha a způsob ovlivnění jsou zřejmé ve vztahu ke kvalitě života. Existují determinanty, které ovlivňují zdraví a patří tam: bolest a nemoc (Payne, 2005).
3. Noetická dimenze se zabývá kvalitami, kterými jsou etický a morální kodex jedince, náboženské přesvědčení, názor na svět nebo také smysluplnost vlastního života (Payne, 2005). Smysluplností každého člověka je najít smysl svého bytí neboli své existence. Člověk si sám stanovuje své plány a cíle, ke kterým se snaží dospět. Pokud se splní všechna jeho přání, cítí se šťastný a spokojený (Grohar-Murray, 2003). Morálka je definována jako soubor principů, které hodnotí dobro a zlo a zároveň hodnotí chování lidské společnosti. Morálku můžeme chápat jako náš vnitřní mravní kodex (Grohar-Murray, 2003). Etika je teorie, která zkoumá morálku nebo morální chování každého člověka. Zabývá se teoretickým zkoumáním principů a hodnot, které usměrňují lidské jednání v situacích, kdy lze zvolit vlastní svobodnou vůli. Hodnotí dobro a zlo z hlediska činností člověka (Grohar-Murray, 2003).
4. Sociologická dimenze je pojetí života, kde jsou zdůrazňovány hodnoty sociální úspěšnosti, jako je majetek, vzdělání, rodinný stav (Hnilicová, 2005). Dále je sociologická dimenze posuzována podle indikátorů životního prostředí, dle ukazatelů zdraví a nemoci, volného času, mezilidských vztahů, osobní a kolektivní bezpečnosti (Petrušek, Vodáková, 1996). Existuje mezinárodní společnost sociologické organizace pro studium kvality života (International Society for Quality of Life Studies), která pojímá kvalitu života jako produkt sjednocení ekonomických, zdravotních, sociálních a environmentálních podmínek, ovlivňujících rozvoj lidí (Hnilicová, 2005). Kvalita života postihuje i další dimenzi, než je ta materiální.

Je poukazováno na nutnost uspokojování i potřeb duchovního charakteru (Vad'urová, Mühlpachr, 2005).

1.2.3 Koncept kvality života vztažené ke zdraví

Zdraví můžeme hodnotit podle frekvence či vážnosti nemoci – tento způsob přetrvával i v minulých stoletích v rámci vědecké medicíny. Důraz byl kladen především na klinické a laboratorní výsledky v případě jednotlivců a na hodnocení morbidity, mortality, incidence a prevalence onemocnění, hodnocení nemocnosti a střední délky života v případě jednotlivých populací (Vodvářka, 2003).

Při přijetí definice zdraví dle WHO je potřeba při zhodnocování zdraví nebo nemoci vzít v potaz řadu dalších aspektů. Stejně onemocnění může být vnímáno odlišně různými lidmi, někdo může mít velké nepříjemnosti, ale ještě je rád, že to není horší, jinému stačí objektivně malé zdravotní komplikace a může to způsobit poměrně velké obtíže (Vodvářka, 2003).

V dnešní době je snaha více prosazovat a hodnotit nejen klinické a laboratorní ukazatele, ale hlavně subjektivní spokojenost pacienta se životem a jeho každodenní fungování v životě. Kvalita života postihuje všechny aspekty pacientovy životní spokojenosti včetně ekonomického a duchovního zdraví. Pro potřeby klinických studií a medicíny byl vytvořen koncept kvality života vztažené ke zdraví – Health related quality of life (HRQoL), který umožňuje hodnotit všestranný dopad nemoci a jejich komplikací a léčby na život člověka tak, jak on sám ro vidí. Tento koncept zahrnuje oblast psychickou, fyzickou a sociální, ale také oblast normálního každodenního fungování v životě (Boersma, 2004). Cílem tohoto konceptu je hodnotit život pacienta a hlavně změnu života ve vztahu k nemoci a související zdravotní péči z pohledu subjektivní i objektivní zkušenosti jedince.

Lze říci, že HRQoL odpovídá subjektivní hodnotě života modifikovaného funkčním stavem, postižením, vnímáním a sociálními příležitostmi, které jsou ovlivněny zraněním, nemocí nebo léčbou (Vodvářka, 2003). Koncept HRQoL obsahuje tři domény, které jsou v souladu s definicí zdraví dle WHO. První doménou je psychické fungování, které odráží psychický stres či distress, deprese, úroveň osobní pohody, pocit seberealizace, smysluplnost života, míru úzkosti a životní spokojenost. Druhou doménou je fyzické fungování, do kterého lze zahrnout denní aktivity, sebeobsluhu, mobilitu a fyzickou pohodu. Ke třetí doméně patří sociální fungování, které se vztahuje k pocitu sociální pohody, zařazení do společnosti, sociálních vztahů (Vodvářka, 2004).

1.3 Všeobecné principy měření HRQoL

Při měření a hodnocení HRQoL je důležité najít náhled respondenta a k tomu jsou využívány dvě základní metody. Metodou první je strukturovaný nebo nestrukturovaný rozhovor nebo jen dotazník pro respondenta. V některých metodách lze využít i metodu pozorování s využitím posuzovacích stupnic. Nejčastější metodou je dotazník, který bude použit i v této diplomové práci. Konstrukt HRQoL má velmi široké dimenze a je obtížné je všechny postihnout. (Svoboda, Humpolíček, 2013).

Dalším důležitým prvkem je sensitivnost konstruktů HRQoL vnímaná různými respondenty v jejich kvalitě života. Tyto změny respondent cítí jako zlepšení nebo zhoršení jeho kvality zdraví – jedná se o minimální klinicky významný nebo smysluplný rozdíl. Tyto rozdíly nelze jednoznačně definovat, jsou ovlivněny několika proměnnými. Je důležité zvažovat výchozí úroveň respondenta v kvalitě života. Pokud má respondent nízkou kvalitu života i sebemenší změna může být pro něho významná oproti situaci, kdy respondent má celkem vysokou kvalitu života, tak stejná změna nemusí být pro respondenta žádným přínosem. Je také dobré vědět, zda daná změna je pro respondenta pozitivní či negativní. Vnímání subjektivního hodnocení kvality života závisí na premorbidní osobnosti člověka (Mareš, Urbánek, 2006).

Při výběru testu na hodnocení kvality života je důležité vzít v potaz, zda test umožní zachytit v dané konkrétní situaci očekávanou změnu. Měl by se také specifikovat standardizovaný dotazník a zohlednit v něm, za jakých okolností a na jakém vzorku populace bude použit. Dotazník může vyplňovat sám respondent nebo ho eventuálně může vyplňovat jedna z jeho blízkých osob (rodina, přítel), záleží na typu dotazníku. Vyplňování dotazníku má jedno obecné pravidlo, které zaručí dostatečnou pozornost a svědomité vyplňování ze strany respondenta tak, že dotazník bude srozumitelný, pochopitelný, přiměřeně dlouhý, aby mohl být vyplněn relativně v krátkém čase a alespoň trochu zajímavý. Dlouhé dotazníky, které mají 50 a více otázek jsou pro respondenty poměrně dost dlouhé na vyplňování a zvyšují riziko špatného vyplnění (Fayers, Hays, 1998). Význam má také formulace otázek v dotazníku, které by měly být dobře formulované, krátké a jasné (Dragomirecká, Škoda, 1997).

Při hodnocení a měření kvality života je důležité uvědomit si pojem zdraví v souvislosti s respondentem v průběhu jeho života. Další otázkou je při měření a hodnocení kvality života i problém konzistence pojmu zdraví a s tím souvisí pojem kvality života v průběhu času u téhož respondenta. Změna úrovně zdraví vede u respondenta k určitému stupni akomodace

a adaptace na novou situaci (Fayers, Hays, 1998). Občas může být obtížné odlišit změnu, která je spojena s určitou intervencí a změnou respondenta spojenou s jeho akomodací a adaptací. Hodnocení situace respondentem v souvislosti s jeho aktuálním zdravotním stavem a vývojem může být jako zvyknutí si na nemoc. Tento fenomén je třeba vzít v potaz, když měříme kvalitu života (Mareš, Urbánek, 2006).

1.3.1 Dělení používaných nástrojů

Kvalitu života lze hodnotit na základě subjektivních a objektivních přístupů, přičemž nejvýznamnější je právě subjektivní hodnocení respondenta. To o respondentovi vypovídá, jak on osobně vnímá vlastní zdraví, schopnost uplatnění v rodinném, pracovním a sociálním prostředí. Dotazníky kvality života dělíme na dva základní typy. Prvním typem jsou dotazníky specifické a druhým typem jsou dotazníky generické. Některé literární prameny uvádějí i třetí typ dotazníků, které se nazývají standardizované behavior testy, které zjišťují funkci kognitivní a fyzickou např. speciální neuropsychologické testy (Gurková, 2011).

Do specifické skupiny patří dotazníky, které jsou vytvořeny pro nepřesnější identifikaci faktorů, které ovlivňují kvalitu života. Tento typ dotazníků souvisí s konkrétním onemocněním, např. kardiovaskulárním, onkologickým, neurologickým, pohybovým nebo diabetickým (Gurková, 2011). V generických dotaznících se všeobecně hodnotí celkový stav respondenta bez ohledu na to, jaké má onemocnění. Mohou se používat u jakékoliv skupiny populace bez ohledu na pohlaví nebo věk. V celosvětovém měřítku se jako první používaly dva nástroje, a to NHP (Nottingham Health Profile), který hodnotí tělesný, psychický a sociální distres a SIP (Sickness Impact Profile), vytvořený pro hodnocení efektivity terapie (Fayers, Machin, 2000).

Dále se nástroje používané k hodnocení a měření kvality života dělí na určité podskupiny dle kritérií. Některé nástroje nelze zařadit pouze do jedné skupiny, ale mohou se vyskytovat ve více skupinách (Vařourová, Muhlpačr, 2005). Jedním z kritérií, jak můžeme dělit dotazníky, jsou nástroje, které hodnotí funkční stav respondenta. Tyto nástroje se používají k hodnocení schopnosti, jak jedinec koná každodenní činnosti, míru soběstačnosti a závislost jedince na okolí. K těmto dotazníkům se zařazuje index aktivit denních činností (The Index of Activities of Daily Living). Poskytují nám relativně objektivní informace. Dalším kritériem jsou dotazníky, které měří sociální zdraví respondenta. Do skupiny sociálního zdraví se zahrnují respondentovi vztahy s ostatními lidmi. Sociálně zdravý člověk je ten, který našel své místo ve společnosti a je schopný využívat svých schopností k uspokojení svému i lidem v jeho

okolí (Fařunová, 2007). Do sociálního zdraví se zahrnuje psychický i fyzický stav jedince. Má vliv na projevy nemoci, způsoby uzdravení u respondenta a schopnost zvládat stres (Pilar, McCarthy, 1996).

1.3.2 Výběr nástroje

Pro výběr vhodného nástroje je důležité a nutné pečlivě zvážit kulturní a specifické podmínky daného měření. Nutné je také zvážit cíl měření nebo účel studie zabývající se kvalitou života. Při zkoumání širokého vzorku respondentů s cílem provést screening a získat primární orientaci v určité problematice je vhodné zvolit takovou metodu, která poskytne přehled jednotlivých charakteristik. Je výhodnější použít nástroje, které poskytují orientační a základní profil HRQoL, který je odrazovým můstkem pro další intervence nebo podrobnější šetření (Gurková, 2011). Při hodnocení nové terapie je důležité zase vybrat takový nástroj, který je citlivější na změnu, hlavně orientovaný na konkrétní situaci nebo nemoc. Obecný dotazník, který by respondent vyplňoval, by nemusel být citlivý a dostatečný pro daný výzkum (Mareš, Urbánek, 2006).

V dotaznících je důležité volit slova jako je: „nyní“ nebo „v posledních dnech“ z hlediska krátkého časového období. V politických a ekonomických rozvahách, které se zaměřují na efektivitu intervence, nebo řízení zdravotní politiky bývá často užíván globální index kvality života, s kterým se nám při dalších výpočtech lépe pracuje. Tyto oblasti nejsou schopné pojmout psychometricky založené dotazníky (Svoboda, Humpolíček, 2013).

Při výběru vhodného nástroje je vhodné brát v úvahu běžné nebo konkrétní situace, které přímo s měřením nesouvisí, ale mohou je výrazně ovlivnit. Důležité je, aby jednotlivé otázky v dotazníku či položky v rozhovoru byly jednoznačné, srozumitelné a také dobře čitelné v textu. Složitost a délka dotazníku může výrazně ovlivnit spolupráci s respondentem, hlavně v případě se staršími respondenty, kteří se rychleji unaví a dlouhý dotazník nemusí vůbec dokončit. Existuje spousta dalších drobností, které rozhodují o kvalitě a spolehlivosti výsledné informace (Mareš, Urbánek, 2006).

Úspěšné měření kvality života závisí hlavně na výběru patřičných nástrojů, které musí být zvoleny dle cílové populace a podle domén, které mají měřit (Gurková, 2011).

V této diplomové práci byly vybrány dva dotazníky kvality života, první se jmenuje SQUALA a druhý se jmenuje WHOQOL –BREF.

Dotazník SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis) – dotazník hodnocení subjektivní kvality života, byl vytvořen v roce 1992 ve Francii. Původní dotazník je složen z 23 položek, ale v české verzi je pouze 21 položek (vynechány jsou položky zajímat se o politiku a mít víru). Respondenti nejprve hodnotí důležitost jednotlivých oblastí. Na výběr odpovědi je z 5bodové škály (bezvýznamné, málo důležité, středně důležité, velmi důležité a nezbytné), která je hodnocena od 0 do 4 bodů. Po vyhodnocení důležitosti se výzkum přesouvá na oblast spokojenosti, kde jsou odpovědi opět zobrazeny na 5bodové škále (velmi zklamán, nespokojen, spíše spokojen, velmi spokojen a zcela spokojen), která je hodnocena od 1 do 5 bodů, její verze byla použita v této diplomové práci (Dragomirecká, 2006).

Roku 1991 vznikla na podnět Světové zdravotnické organizace pracovní skupina WHOQOL, která byla tvořena 15 zástupci z výzkumných center z celého světa. Tato výzkumná skupina vytvořila dotazník WHOQOL-100 pro hodnocení kvality života. Tento dotazník se skládá ze 100 položek a rozděluje se na 6 oblastí (prožívání, nezávislost, fyzické zdraví, prostředí, spiritualita a mezilidské vztahy) a ještě se člení na 24 podoblastí. Poslední 4 položky hodnotí celkovou kvalitu zdraví a života. Pro výzkumy se tento dotazník ukázal jako příliš dlouhý, a proto byla vytvořena kratší verze WHOQOL-BREF (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

WHOQOL-BREF dotazník se používá k měření kvality života u osob se zdravotními obtížemi, ale i u zdravé populace. Skládá se celkem z 26 položek, kde jsou uzavřené otázky. Z toho 24 položek je rozděleno do 4 domén – první doménou je fyzické zdraví, druhou doménou je prožívání, třetí doménou jsou sociální vztahy a čtvrtou doménou je prostředí. První dvě položky zjišťují celkovou kvalitu života a celkové zdraví a jsou hodnoceny samostatně (Příloha D). Českou verzi těchto dotazníků vytvořila pracovní skupina WHOQOL a Psychiatrické centrum v Praze a následně byla vytvořena příručka s názvem: „Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-100“ (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Misiak et al (2020) provedli studii kvality života pomocí dotazníku WHOQOL-BREF u všeobecných sester nad 40 let a pracujících v ambulantním traktu, lůžkových odděleních a akutních lůžkových odděleních (ARO, JIP). Významným faktorem, který ovlivňoval kvalitu života, bylo vzdělání, kdy vysokoškolsky vzdělané sestry hodnotily úroveň kvality života lépe než sestry se středoškolským vzděláním. Vysokoškolsky vzdělané sestry měly i možnosti být na vedoucích pozicích než středoškolsky vzdělané sestry. V diplomové práci jsme se zaměřili

na zdravotnický personál pracující na operačních sálech, proto vás v další kapitole seznámíme s pojmem perioperační tým a s personálem, který do něj patří.

1.4 Perioperační tým

„Operace je kolektivní prací, jejíž výsledek je společným dílem operátora a všech členů operačního týmu“ (Duda, 2000, s. 69).

Perioperační tým pracuje na samostatném uzavřeném oddělení operačních sálů. U pracovníků je zde kladen velký důraz na dovednosti, vzdělání, předpoklady a osobnostní rysy. Při vstupu na operační sály prochází operační tým ochrannou zónou, tzv. filtry. Tato část operačního traktu je považována za nečistou. V čisté části se nachází denní místnost pro personál, anesteziologická přípravná, umývárna pro operační tým a sklad přístrojového vybavení. Za sterilní část operačního traktu se považuje operační sál, přípravná sterilního materiálu a sterilní sklad (Jedličková a kol., 2012).

Výsledek operace je společnou prací vyškoleného personálu, do kterého patří operátor, asistující lékaři, sestry perioperační péče, sáloví sanitáři, anesteziolog a sestry pro intenzivní péči, biomedicínský inženýr a provozní pracovníci operačních sálů. Práce perioperačního týmu je prací společnou, kde každý člen týmu má svoji nezastupitelnou pozici a své kompetence. V tomto náročném prostředí často vzniká mnoho proměnných, které mohou vézt k riziku pochybení perioperačního týmu a ke snížení bezpečnosti pro pacienta (Wendsche a kol., 2012).

Perioperační sestra zajišťuje provoz na operačních sálech, její název vznikl s přijetím zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Do této doby se v České republice používal název sálová sestra, tento název ale legislativně neexistoval. Sálová sestra neboli hovorově instrumentářka byla specialistka s ukončeným pomaturitním specializačním vzděláváním dle tehdejšího platného zákona (Bittnerová, 2007).

1.4.1 Perioperační sestra

Perioperační sestra patří k nelékařským zdravotnickým pracovníkům. Na operačním sále perioperační sestra může pracovat bez atestace pro perioperační péči nebo s atestací pro perioperační péči. Atestaci a způsobilost k práci perioperační sestry lze získat studiem specializačního vzdělávání perioperační péče v Národním centru pro nelékařská zdravotnická povolání v Brně nebo v Praze, které se zakončuje atestační zkouškou. Všeobecná sestra získá atestaci při studiu navazujícího magisterského studia na Univerzitě Pardubice v oboru

perioperační péče. Zde získává všeobecný přehled a znalosti o etickém chování, základech managementu, mentoringu, o systému zdravotnictví, andragogice, didaktice atd. Dále si rozšiřuje znalosti v oboru hygieny (dezinfekce, sterilizace, asepse, antiseptika, mikrobiologie a epidemiologie), anesteziologie a resuscitace, chirurgie, gynekologie, urologie, otorinolaryngologie, očního lékařství, neurochirurgie, kardiologie a dalších operačních postupů v jednotlivých oborech (Jedličková a kol., 2012).

K její pracovní náplni patří činnosti, které souvisí s provozem na operačním sále. Perioperační sestra připravuje materiál potřebný k operačním výkonům, operační nástroje, údržbu nástrojů, obsluhuje a zajišťuje provoz operačních přístrojů. Řídí, organizuje a kontroluje úklid v prostorách operačních sálů, dohlíží na dodržování aseptického provozu a dodržení provozního řádu (Wendsche a kol., 2012). Během operace zakládá a vede perioperační dokumentaci a nákladový list kontejnerů s nástroji a dalších prostředků skupiny II.B (Jedličková a kol., 2012). Provádí a organizuje kontrolu pracovních činností ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků (sáloví sanitáři, ošetřovatelé, praktické sestry, atd.). Její stěžejní povinností je aktivní účast při operačních výkonech, jako instrumentářka nebo obíhající sestra kolem operační skupiny (Wendsche a kol., 2012).

1.4.2 Anesteziologická sestra

Anesteziologická sestra - absolventka specializačního studia se zaměřením na anesteziologii, dle zákona 96/2004 zajišťuje s lékařem anesteziologem komplexní péči o pacienta během operačního výkonu nebo vyšetření, která probíhají v místní nebo celkové anestezii. Sestra asistuje při všech druzích anestezie. O pacienta se stará z hlediska somatické, psychologické, farmakologické a edukační stránky (Lacinová, 2007). Edukační činnost spočívá v předávání informací pacientovi před operačním výkonem. Pacienta informuje o tom, co se s ním bude dít před, během a po operačním výkonu, jakou bude mít pacient anestezii, kde bude po operačním výkonu atd. Cílem edukace je podpořit pacienta v jeho psychologické sféře (Štěchová, Hermanová, 2009).

Vhodnou edukací pomáhá anesteziologická sestra zvládnout strach, úzkost a obavy před a po operačním výkonu u pacienta. Po somatické stránce se snaží pacienta zabezpečit a eliminuje riziko pádu, poruchy termoregulace, poruchu kožní integrity a prevence vzniku dekubitů (Lacinová, 2007). Důležitou činností anesteziologické sestry je také kontrola identifikačních údajů pacienta a spolupracuje s ostatními členy perioperačního týmu při prevenci vzniku stranové záměny. Před začátkem operačního programu si anesteziologická sestra připraví

farmaka a přístroje používané v anestezii. Anesteziologická sestra pracuje dle norem ošetrovatelského procesu a provádí všechny činnosti do dokumentace (Štěchová, Hermanová, 2009).

1.4.3 Sálový sanitář

Dalším neodmyslitelným členem perioperačního týmu jsou sáloví sanitáři. Pomáhají při přípravě operačního sálu, transportu pacientů, polohování a uložení pacienta na operačním stole. Pomáhají obsluhovat některé přístroje, zajišťují osvětlení operačního pole a společně s perioperační sestrou si od instrumentářky berou biologický materiál, který identifikují štítkem pacienta a zašlou ho na správné pracoviště k analýze a rozboru (Jedličková, 2012).

Kompetence sanitářů lze najít ve vyhlášce č.55/2011 Sb. v platném znění, v § 43 jsou zakotveny kompetence všeobecných sanitářů, kteří vykonávají činnosti dle § 3 odst. 2 a sanitářů pro operační sály a centrální sterilizaci, kteří vykonávají činnosti dle § 26.

Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. v platném znění jsou činnosti sanitářů na operačních sálech rozděleny na činnosti, které musí vykonávat pod odborným dohledem všeobecné sestry a na činnosti pod přímým dohledem všeobecné sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k dané činnosti (Příloha A).

1.4.4 Lékaři v perioperačním týmu

Operační výkon vede hlavní operatér, který odpovídá za průběh a výsledek operace. Zpravidla provádí nejobtížnější část operace a řídí zbytek operačního týmu. Dále určuje povinnosti jednotlivých asistentů při operaci. Asistenti vypomáhají s bezprostřední přípravou pacienta před výkonem a během operačního výkonu aktivně napomáhají operatérovi (Duda, 2000).

Pokud nastane během operačního výkonu komplikace, mohou být někteří členové nahrazeni nebo doplněni jinými členy. Každý z členů musí znát svoji činnost a musí ji plnit naprosto spolehlivě. Na souhře lékařů závisí celý operační výkon (Duda, 2000).

Dalším lékařem, který se na operačním sále nachází, je lékař anesteziolog, který většinou zůstává na jednom sále, kde se pouze mění výkony a operatěři a asistenti. Jejich úkolem je, aby pacienta správně připravili již před operací nehledě na operační výkon. Na operačním sále si udělají spolu s ostatními členy bezpečnostní proceduru, aby nedošlo k chybnému výkonu, nebo stranové výměně. Pacienta by měli velice dobře uvést do anestezie, během operačního výkonu sledovali pacienta a na konci ho dobře vzbudit. Pokud u pacienta nastanou během anestezie nečekané komplikace, lékař anesteziolog by měl pohotově reagovat a komplikace

vyřešit v krátkém časovém období. I v dnešní době existují specialisté anesteziologové, jako jsou např. pediatričtí nebo kardiologičtí a další (Duda, 2000).

1.5 Faktory ovlivňující psychosociální zdraví perioperačního týmu

V nemocnicích jsou zaměstnanci vystaveni nepříznivým faktorům pracovního prostředí, s kterými se mimo zaměstnání neseškávají. Obecně lze říci, že práce ve zdravotnictví je velmi nepostradatelná, zajímavá, ale i velmi riziková a náročná. Zdravotničtí pracovníci čelí kombinaci různorodých faktorů, jako je nedostatek odpočinku, časový stres, směnný provoz, psychicky a fyzicky náročná práce, ale také chemické, biologické a fyzikální činitele (Petrovová, 2017). Úkolem perioperační sestry je odvádět stres operátora a asistentů při emočně vypjatých situacích, ale ne každá sestra je psychicky odolná pro splnění tohoto úkolu (Židková, 2010).

Existuje i faktor, který se moc nehodnotí, ale je to dojíždění do zaměstnání. Čas, který se stráví jízdou do práce lze započítat k pracovní době z hlediska fyziologické odezvy (Stock, 2010). Ke zlepšení fyzické kondice přispívá pěší chůze nebo jízda na kole, avšak ne vždy jsou kvalitní podmínky v dané lokalitě. Zpoždění prostředků městské hromadné dopravy, stres při řízení a také pobyt v uzavřeném prostředí operačních sálů jsou typickými stresory, které přispívají ke vzniku civilizačních onemocnění (Židková, 2010).

1.5.1 Fyzická zátěž

V perioperační péči se potýkáme s nadměrnou fyzickou zátěží zejména statickou pracovní polohou operačního týmu. Jde především o trvalý stoj, otáčení trupu a hluboký předklon (Petrovová, 2017). Například perioperační sestry by měly dbát na správné otáčení těla, měly by se otáčet celým tělem nikoliv pouze jen rotovat v pase. Pokud perioperační sestra, která instrumentuje, pociťuje bolest zad z důvodu dlouhodobého stání, Hettnerová (2016) ve své publikaci doporučuje změnit svůj statický postoj na dynamický, to znamená přenesení váhy z jedné nohy na druhou, mírnou oporou o instrumentační nebo pomocný stůl, stůj na špičkách anebo hluboké prodýchání se (Hettnerová, 2016). Při dlouhodobých a stále opakujících se pohybech především horních končetin vzniká jednostranná a nadměrná zátěž stále stejných svalů přilehlých kloubních systémů. Z této zátěže může docházet k rozvoji onemocnění šlach, nervů a kostí (Petrovová, 2017).

Psychická i tělesná únava spolu úzce souvisí, a pokud působí dohromady, mohou zvyšovat stres a pocit psychického vyčerpání (Židková, 2010). Pokud je zdravotník vyčerpaný, může být také nebezpečným zdravotníkem, kdy narůstá riziko jeho pochybení. Po 6 hodinách

nepřetržité práce by měla nastat povinná přestávka dle právních předpisů, aby si perioperační tým odpočinul a poté opět znovu bezpečně pokračovat ve své práci. Bohužel to ve většině případů není reálné dodržovat přestávku z provozních důvodů (Di Cara a kol., 2014).

1.5.2 Zodpovědnost za následky své práce

Práce na operačních sálech je velmi odborná a náročná na psychickou vyrovnanost personálu. Vyžaduje obrovskou trpělivost, sebeovládání a zodpovědnost (Longauerová a kol., 2012). Každý den se operační tým setkává s lidmi, kteří jsou ohroženi na zdraví a životě. Je zde velké riziko, že pokud tým selže, může způsobit nehodu s vážnými důsledky pro sebe, pacienta nebo jako materiální škodu (Balková a kol., 2012). Odpovědnost v zaměstnání je v podstatě velkým původcem stresových situací (Ulrichová, 2012). I operační tým může prožívat strach a úzkost jako pacienti před operací (Longauerová, 2012).

Zdravotnický pracovník je vystaven mnoha zátěžovým situacím nejen na operačním sále, ale i na standardních lůžkových odděleních, proto je nutné, aby se pracovník vyrovnal případně i se smrtí pacientů (Petrovová, 2017). Může zde nastat syndrom vyhoření, kdy je příčinou smrt pacientů, která může způsobit nadměrnou stresovou zátěž a pocit bezmocnosti zdravotnického pracovníka (Balková a kol., 2012). Zdravotnický pracovník nesmí propadnout syndromu pomocníka. To znamená vyhnout se nadměrné citlivosti k potřebám druhých lidí. (Dufková, 2016).

1.5.3 Časový stres a psychická zátěž

Perioperační tým je dennodenně vystavován psychické zátěži, která může vycházet z nedostatku času na řešení pracovních povinností (Longauerová a kol., 2012). Například od perioperační sestry se čeká, že bude především bystrá, pohotová, očekává se od ní přesné a bezchybné plnění pokynů a úkolů od operátora (Balková a kol., 2012). Na operačním sále je někdy nutné se vypořádat s nově vzniklou závažnou situací v časové tísní, s vědomím někdy i nesprávného rozhodnutí pro pacienta (Petrovová, 2017). Na operačním sále by měla být práce taková, aby nedocházelo k překročení a přetížení lidských možností. Neměla by vést ani k vyčerpanosti nebo nevzbuzovat frustraci a úzkost (Ulrichová, 2012).

Vliv psychické zátěže působí na psychiku člověka, která je dána pracovním prostředím a druhem práce. Psychická zátěž působí na lidský organismus a vyžaduje psychické zpracování, psychickou aktivitu a psychické vyrovnání se s požadavky a vlivy životního prostředí (Balková a kol., 2015). Práce zaměstnanců operačních sálů byla, je a bude vždy fyzicky i psychicky náročná a nese s sebou velkou zátěž, která vyplývá z podstaty této profese

(Komačková, 2012). Psychická zátěž v sobě nese neustálou pozornost a sledování operačního výkonu, samotné rozhodování, nároky na paměť, odpovědnost za výsledky, respektování určitých zásad a pravidel a pružné reakce na požadavky lékaře (Kurucová, 2016).

Psychickou zátěž můžeme rozdělit na zátěž emocionální, mentální a senzorickou. Emocionální zátěž plyne z požadavků vyvolávající afektivní odezvu. Mentální zátěž vyplývá z požadavků na zpracování informací, které kladou nároky na psychické funkce a senzorická zátěž vyplývá z požadavků na činnost periferních smyslových orgánů (Balková a kol., 2015). Posuzování psychické pracovní zátěže lze provádět pomocí metod, které jsou založené na subjektivní odpovědi lidského organismu, psychologickými výkonovými testy, psychofyziologickými metodami, které se specializují na zjišťování fyziologické odezvy, popřípadě i biochemickými technikami, které spočívají ve zjišťování změn ve vylučování hypofyzárních a nadledvinkových hormonů (Vévoda a kol., 2013).

Míru subjektivity prožívané psychické zátěže je možné rozdělit do čtyř skupin. První skupinou je běžná zátěž, která představuje život v osvojených, obvyklých kontextech života. Do druhé skupiny patří optimální zátěž, která podmiňuje a stimuluje psychický rozvoj osobnosti. Třetí skupinou je hraniční zátěž, která představuje nároky, s nimiž se člověk vyrovnává s vyšším vypětím psychických sil (Pelcák, 2015). Do čtvrté skupiny patří extrémní psychická zátěž, kterou lze objevit tehdy, když je mimořádná nerovnováha mezi nároky vnějšího prostředí a množstvím potřebnými na jejich zvládnutí. Nerovnováha je tak velká, že jedinec nemá sílu vyvinout protiklad a aktivně vzdorovat. Pokud přetrvává extrémní psychická zátěž, vede to k narušení se společenským prostředím (Balková a kol., 2015).

1.5.4 Vztahy kolektivu na operačním sále a nepravidelné stravování

Korektní a dobré vztahy na pracovišti mezi pracovníky zajišťují vyšší spokojenost zaměstnanců, kteří poté vykonávají svou práci kvalitněji a lépe (Ondriová a kol., 2010). Příčinami konfliktů na operačních sálech najdeme především v lidských vlastnostech, povaze, temperamentu a odlišných prioritách. Především dlouhodobé neřešené anebo potlačené osobní a pracovní konflikty rozkládají kolektiv na operačních sálech mezi spolupracovníky (Cabanová a kol., 2016). Vzniklé konflikty nemusí být hned škodlivé, ačkoliv ty, které jsou, je nutné řešit včas a dostat je pod kontrolu. Pokud se konflikty budou řešit a správně vyhodnocovat, napomáhá to ke zlepšení komunikace mezi spolupracovníky a k lepším vztahům na pracovišti (Vévoda a kol., 2013).

Významným ukazatelem správné životosprávy je pravidelný režim stravování. Vyvážená strava se podílí na dobré funkci metabolismu a je celkově významná pro správnou funkci organismu. Psychická a fyzická pohoda perioperačního týmu úzce souvisí s kvalitou stravy a vyváženým zastoupením všech jejích složek (Ulrichová, 2012). Častou chybou při stravování bývá nedodržení pauzy na oběd, nepravidelné stravování a stravování se v noci (Žídková, 2010). Důvodem by mohl být spěch operátora, který by rád splnil operační program co nejdříve nebo shon anesteziologa, který se může vystřídat s anesteziologickou sestrou (Ulrichová, 2012). Zavedený postup operačního programu je otázkou domluvy mezi účastníky operačního týmu a ochoty vycházení si vstříc (Žídková, 2010).

Nedílnou součástí každodenních stravovacích návyků je také pitný režim. Dostatečný pitný režim je zásadní pro správnou funkci organismu a tím i pro duševní a tělesnou pohodu. Pravidelný příjem tekutin patří dle Maslowovy pyramidy potřeb mezi fyziologické potřeby (Vojtová a kol., 2012). Členové perioperačního týmu pracují v klimatizovaných prostorech operačních sálů, proto by měli dbát na dodržení pitného režimu. Není výjimkou, že jejich příjem tekutin se obvykle pohybuje na spodní hranici (Žídková, 2010).

1.5.5 Nepravidelný spánkový rytmus při práci ve směnách

Spánek patří k fyziologickým potřebám člověka a je nedílnou součástí života, zajišťuje tělesnou i duševní regeneraci sil. Za biologicky plnohodnotný a zdravý spánek lze považovat takový, po kterém se člověk cítí odpočatý a bez pocitu ospalosti a vyčerpání (Machálková, 2013). Dle Vašutové (2009) je spánek jako rytmicky se vyskytující stav organismu, který se vyznačuje sníženou reaktivitou na vnější stimuly, typickými změnami aktivity mozku, které lze stanovit na vyšetření nazývané elektroencefalografie, sníženou pohybovou aktivitou a sníženou kognitivní činností (Vašutová, 2009). Rozlišujeme dva typy spánku, první typ je REM fáze a druhým typem je NON REM fáze. Při REM fázi jde o intenzitu mozkové činnosti na úrovni bdělého stavu, projevuje se rychlými pohyby očních bulv, ale i ztrátou svalového napětí. U NON REM fáze je utlumená mozková činnost, je zde tělesný klid a uvolnění svalstva. Během 7-8hodinového spánku prochází člověk 4-6 cykly REM a NON REM fází, a to v 70minutových intervalech (Rošková, 2013).

Noční směny, které jsou charakteristické ve zdravotnických profesích, narušují fyziologický proces organismu, mohou ovlivnit psychickou rovnováhu, ale také osobní život (Machálková, 2013). Po nočních směnách bývá spánek u jedince kratší a méně plnohodnotný (Žídková, 2010). Následně může docházet k narušení či omezení kognitivních funkcí celého

perioperačního týmu. Při nedostatku spánku může docházet ke zhoršení pozornosti, schopnosti reagovat, což může mít nepříznivý vliv na kvalitu péče, která je poskytována operovaným pacientům (Pešlová, 2014). Zdravotnictví spadá do odvětví, kde je dobré pojednávat o preventivních opatřeních pro snížení dopadu práce ve směnách na jedince. Organizace práce pro zajištění nepřetržité péče je otázkou managementu zdravotnické instituce (Machálková, 2013).

Nedostatek nebo nekvalitní spánek je úzce spojen s vyčerpáním a únavou jedince. Vyčerpání je chápáno jako subjektivní příznak, který každý moc dobře zná, ale nelze ho změřit nějakou diagnostickou metodou. Podle stupně závažnosti je možné únavu rozlišit na tři stupně. Prvním stupněm je malátnost, což se projevuje pocitem normální únavy, druhý stupeň je přepětí, které jedinec pociťuje silnou únavu, a třetí stupeň je stav vyhoření (Machálková, 2013). Duševní a psychickou únavu jedinec vnímá po většinu času jako ospalost, pocit vyčerpání, zhoršení paměti nebo ztrátu koncentrace (Boughattas, 2014).

1.5.6 Fyzikální vlivy

S charakteristikou práce v perioperační péči je nezbytné zmínit fyzikální vlivy, které mohou mít dopad na zaměstnance operačních sálů (Wendsche a kol., 2012). Na operačních sálech převažuje faktor stresu mikroklima operačního traktu a teplota místnosti. Spokojenost s teplotou na operačních sálech ovlivňuje subjektivně každého jedince (Žídková, 2010). Situaci diskomfortu jedince může komplikovat i nutnost povinného typu oblečení, přestože snahou zdravotnického zařízení je dodržovat určitá hygienická pravidla na nošení ochranných oděvů a bot používaných v perioperační péči (Hlaváčková a kol., 2012). I když operační prádlo má veškeré atesty kvality a prodyšnosti, tak subjektivně může jedince omezovat (Pazdziora, 2010).

K častým fyzikálním vlivům na operačním sále patří hluk a záření (Petrovová, 2017). Během operačního výkonu se využívá ionizující záření, proto by se personál měl chránit čtyřmi základními principy radiační ochrany (Jedličková a kol., 2012). Jedná se o principy ochrany, kdy se zabezpečují zdroje záření, limitují se dávky záření a optimalizuje se radiační ochrana (Petrovová, 2017). Pokud se na operačním sále zvýší hluk, může to u pracovníků vyvolat stres, který může mít za následek ohrožení bezpečnosti pacienta (Stringer a kol., 2009). Nejčastějšími zdroji hluku bývají diagnostické a terapeutické přístroje a sterilizační přístroje (Petrovová, 2017). Na operačních sálech je zcela zásadní redukovat rušivé podněty, které ovlivňují koncentraci personálu při operačním výkonu (Jedličková a kol., 2012).

Do skupiny fyzikálních faktorů lze zahrnout i práci v prostoru bez denního světla (Cabanová, 2016). Většina pracovišť operačních sálů je vybudována bez oken a pracovníci musí pracovat pod umělým osvětlením (Dvorská, 2010).

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Metodika výzkumu

Tématem diplomové práce bylo zpracovat text na základě odborné literatury. Diplomová práce je teoreticko-výzkumného charakteru. Výzkumná část diplomové práce byla zpracována formou kvantitativního výzkumného šetření. Vycházeli jsme z předem stanovených cílů této práce. Kvantitativní výzkumné šetření přináší číselná data. Tento typ výzkumu předpokládá existenci teorie, z které vytváří a formuluje hypotézy. Hypotézy poté testuje a výsledky dále interpretuje a zobecňuje na obyvatelstvo. Cílem je ověřit platnost hypotéz, buď hypotézy můžeme potvrdit, anebo vyvrátit. K těmto metodám patří pozorování, experiment nebo i dotazník, který se objevuje také v této diplomové práci (Vévodová, et al., 2015).

Výzkumné šetření proběhlo v okresní nemocnici na centrálních operačních sálech. Sběr dat probíhal v období od února do března 2021. Centrální operační sály se skládají ze čtyř sálů, kde se provádějí výkony cévní, hrudní, dětské a všeobecné chirurgie, urologické, gynekologicko-porodnické, otorinolaryngologické, traumatologické a ortopedické. Na základě písemné žádosti bylo získáno povolení zdravotnického zařízení k výzkumnému šetření.

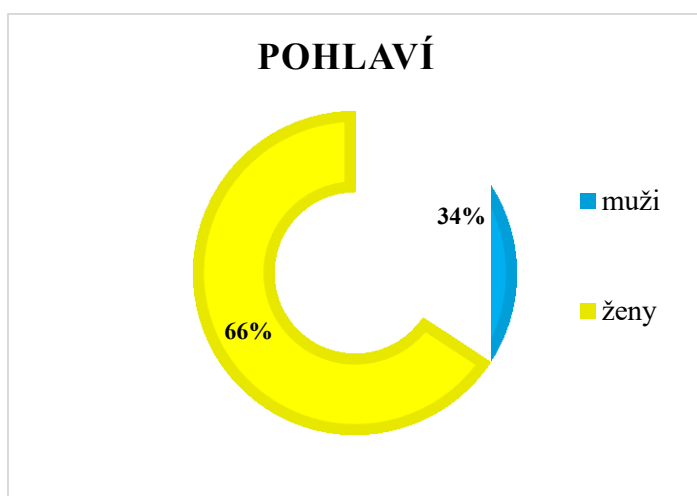
Výzkumná data byla získána pomocí standardizovaných dotazníků. Kutnohorská (2008) uvádí, že dotazník zahrnuje standardizované soubory otázek a při jeho tvoření je příhodná znalost prostředí, kde bude výzkumné šetření prováděno (Kutnohorská, 2008). Dotazník, který byl použit v rámci šetření je uveden v příloze B. Dotazník je tvořen třemi částmi. První část obsahuje standardizovaný dotazník kvality života SQUALA, druhou část tvoří standardizovaný dotazník kvality života WHOQOL-BREF a třetí částí jsou základní údaje o respondentech, jako je např. pohlaví, věk, pracovní zařazení, směnnost respondenta, vnímání vztahů na pracovišti a jedna otázka věnující se epidemii COVID-19. Dotazník byl určen perioperačnímu týmu, který byl ujištěn, že se jedná o anonymní šetření. Při výběru respondentů nebyl brán zřetel na pohlaví, věk a ani na pracovní zařazení.

V rámci výzkumného šetření byly informace o problematice diplomové práce a o anonymitě sděleny písemnou formou v dotazníku. Z vyplněných dotazníků byly zaznamenány výsledky do tabulkového editoru v Microsoft Office Excel. Dále jsme data zpracovali do tabulek, které jsme rozdělili na celkový soubor, dále na pohlaví a profese. V každé tabulce jsme rozepsali body, které každý respondent získal v jednotlivých otázkách a celkové skóre všech respondentů, pohlaví a profese.

2.2 Charakteristika zkoumaného souboru

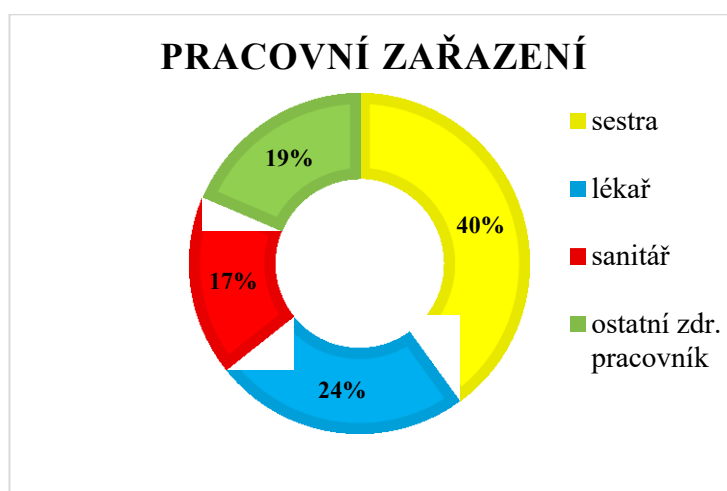
Do výzkumného souboru byl zahrnut perioperační tým, který se skládal z perioperačních sester, anesteziologických sester, lékařů chirurgických oborů, anesteziologických lékařů, sálových sanitářů, radiologických asistentů a uklízeček.

Na centrální operační sály bylo rozdáno celkem 70 dotazníků. Zpět se jich vrátilo 70, tedy návratnost činí 100 %. V grafech č.1 – č.4 je uvedeno rozložení souboru pohlaví, pracovního zařazení, věku, směnnosti a vztahu na pracovišti.



Graf č.1 – Pohlaví respondentů

Z celkového počtu 70 (100 %) respondentů bylo 24 mužů (34 %) a 46 žen (66 %).



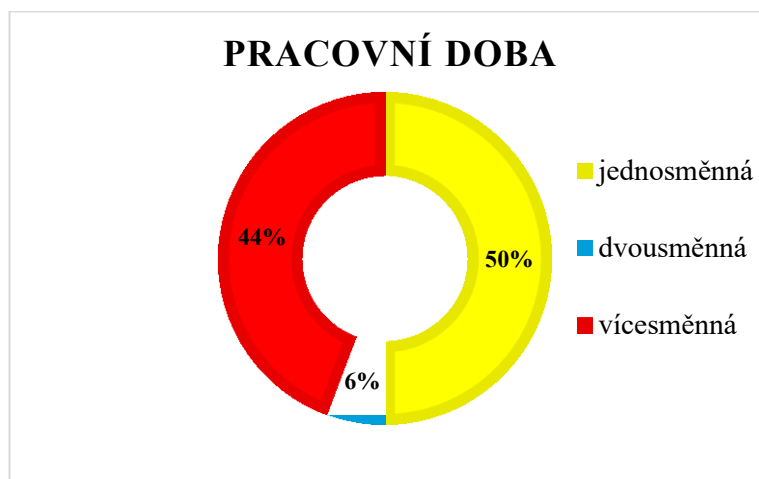
Graf č.2 – Pracovní zařazení respondentů

Z celkového počtu 70 (100 %) respondentů je v grafu znázorněno 28 (40 %) sester, 17 (24 %) lékařů, 12 (17 %) sanitářů a 13 (19 %) ostatních zdravotnických pracovníků, do kterých byly zařazeny uklízečky operačních sálů, radiologičtí asistenti a biomedicínský inženýři.



Graf č.3 – Věkové složení respondentů

Z celkového počtu 70 (100 %) bylo nejvíce zastoupeno respondentů ve věku od 45-54 let. Nejméně zastoupených respondentů bylo ve věku od 17-24 let



Graf č.4 – Směnnost respondentů

Z celkového počtu 70 (100 %) respondentů pracuje na jednosměnnou pracovní dobu 35 (50 %) respondentů, na dvousměnnou pracovní dobu 4 (6 %) respondentů a na vícesměnnou pracovní dobu 31 (44 %) respondentů.

3 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

3.1 Vyhodnocení dotazníku SQUALA

Vyhodnocení dotazníku bylo provedeno v rámci 5 dimenzí. První dimenzí jsou abstraktní hodnoty, do které patří otázky, kde se ptáme na pocit bezpečí, spravedlnost, svobodu, krásu a umění a pravdu. Druhou dimenzí je zdraví, do kterého patří otázky, kde nás zajímá zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda a péče o sebe sama. Třetí dimenzí jsou blízké vztahy, kde nás zajímají rodinné vztahy, láska a sexuální život. Čtvrtou dimenzí je volný čas, kam patří spánek, vztahy s ostatními, odpočinek a koníčky. Pátou dimenzí jsou základní potřeby, do kterých zahrnujeme prostředí a bydlení, peníze a jídlo (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Tento dotazník se vyhodnocuje dle součinu mezi otázkami mezi důležitostí spokojeností, takže min. hodnota je 0 a max. hodnota je 20. Otázky se počítají jednotlivě podle zvoleného rozdělení respondentů např. muži a ženy. Vypočítá se celkový součet jednotlivých otázek a u každé otázky se vypočítá průměrná hodnota. Získané průměrné hodnoty se sčítají s ostatními průměrnými hodnotami otázek, které patří do stejné dimenze (Příloha D). U každé dimenze je rozpětí od 0 do 100 bodů, kde vyšší hodnota znamená lepší kvalitu života. QOLSCORE je celkové skóre kvality života, počítá se jako součet všech parciálních skóre. Dotazník standardizovala a přeložila Dragomirecká (2006).

Tabulka 1 – Vyhodnocení dotazníku SQUALA – ženy, muži a celkový soubor respondentů

DIMENZE	POLOŽKY	VÝSLEDKY		
		ženy	muži	celý soubor
SQUALA 1 - Abstraktní hodnoty	OT.14- pocit bezpečnosti	55,15	46,93	52,34
	OT.16- spravedlnost			
	OT.17- svoboda			
	OT.18- krása a umění			
	OT.19- pravda			
SQUALA 2 - Zdraví	OT.1- zdraví	57,23	57,19	57,21
	OT.2- fyzická soběstačnost			
	OT.3- psychická pohoda			
	OT.9- péče o sebe sama			
SQUALA 3 - Blízké vztahy	OT. 6- rodinné vztahy	38,81	35,36	37,63
	OT.10- láska			
	OT. 11- sexuální život			
SQUALA 4 - Volný čas	OT. 5- spánek	44,1	42,2	43,44
	OT. 7- vztahy s ostatními			
	OT. 12- odpočinek			
	OT. 13- Koníčky			
SQUALA 5 - Základní potřeby	OT.4- prostředí a bydlení	33,64	32,78	33,34
	OT.20- peníze			
	OT.21- jídlo			
QOLSCORE		228,93	214,46	223,96

V této tabulce č.1 vidíme zmíněné dimenze a otázky, které patří do určité domény. A výsledky hodnotíme dle intervalů populačních norem pro dimenze SQUALA (Příloha E). Můžeme vidět, že v dimenzi číslo 1 – abstraktní hodnoty, ženy hodnotily tuto dimenzi 55,15 body a pohybují se nadprůměrnou hranicí a muži nad spodní hranicí s 46,93 body. V dimenzi číslo 2 – zdraví, ženy mají 57,23 bodů, a proto jsou pod spodní hranicí hodnocení oblasti stejně jako muži, kteří hodnotili tuto dimenzi s počtem 57,19 bodů. V dimenzi číslo 3 – blízké vztahy, jsou ženy pod sníženou hranicí hodnocení s 38,81 body, stejně tak i u mužů, kteří jsou pod sníženou hranicí spokojenosti a jejich hodnota činí 35,36 bodů. V dimenzi číslo 4 – volný čas, jsou ženy nad spodní hranicí 44,1 bodů, u mužů můžeme vidět také pokles pod spodní hranici s 42,2 body. V dimenzi číslo 5 – základní potřeby jsou ženy nespokojené s kvalitou života v oblasti peněz, bydlení a jídla, průměrná hodnota je nejmenší ze všech a činí pouhých 33,64 bodů, proto jsou pod mírně sníženou hranicí spokojenosti, stejně tak i muži s 32,78 body. Z QOLSCORE je patrné, že ženy jsou oproti mužům spokojenější. A v posledním sloupci je počítaný celkový soubor respondentů pro porovnání s pohlavím. Pokud se

podíváme na abstraktní hodnoty, vidíme zde největší rozdíl mezi průměrnými hodnotami mezi muži a ženami a také je větší rozdíl v QOLSCORE. Proto jsme se rozhodli otestovat, zda jde o rozdíl statisticky významný.

Hypotéza:

H0: Neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života a zdraví v abstraktních hodnotách v pohlaví v perioperačním týmu.

HA: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života a zdraví v abstraktních hodnotách v pohlaví v perioperačním týmu.

Tabulka 2- Četnostní tabulka hypotézy – abstraktní hodnoty dotazníku SQUALA

Abstraktní hodnoty	Pozorované		Očekávané		CHI - test
	procenta	četnosti	procenta	četnosti	p
Ženy	54 %	55,15	78 %	79,62	0 %
Muži	46 %	46,93	22 %	22,46	
Celkem	100 %	102,08	100 %	102,08	

Hypotéza:

H0: Neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života a zdraví z QOLSCORE v pohlaví v perioperačním týmu.

HA: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života a zdraví z QOLSCORE v pohlaví v perioperačním týmu.

Tabulka 3 – Četnostní tabulka hypotézy – QOLSCORE pohlaví

QOLSCORE - pohlaví	Pozorované		Očekávané		CHI - test
	procenta	četnosti	procenta	četnosti	p
Ženy	52 %	228,93	25 %	110,85	0 %
Muži	48 %	214,46	75 %	332,54	
Celkem	100 %	443,39	100 %	443,39	

Z vyhodnocení Pearsonova chí-kvadrát testu aktuálních a očekávaných hodnot jsme získali výsledek dosažené hladiny významnosti $p = 0 \%$, a proto alternativní hypotézu zamítáme a přijímáme nulovou hypotézu, kdy rozdíl je statisticky nevýznamný. Z uvedených tabulek č. 2 a č. 3 je evidentní, že z výsledku chí-kvadrát testu je pochopitelné, že neexistují rozdíly

v kvalitě života a zdraví v pohlaví abstraktních hodnot a z QOLSCORE v perioperačním týmu. Z tohoto důvodu uvedené nulové hypotézy potvrzujeme.

Tabulka 4 - Vyhodnocení dotazníku SQUALA – sestry, lékaři, sanitáři, ostatní zdravotní pracovníci a celkový soubor respondentů

DIMENZE	POLOŽKY	VÝSLEDKY				
		sestry	lékaři	sanitáři	ostatní	celkem
SQUALA 1 - Abstraktní hodnoty	OT.14- pocit bezpečnosti	57,65	52,11	49,81	44,28	52,34
	OT.16- spravedlnost					
	OT.17- svoboda					
	OT.18- krása a umění					
	OT.19- pravda					
SQUALA 2 - Zdraví	OT. 1- zdraví	57,55	61,33	55,06	53,07	57,21
	OT.2- fyzická soběstačnost					
	OT.3- psychická pohoda					
	OT.9- péče o sebe sama					
SQUALA 3 - Blízké vztahy	OT. 6- rodinné vztahy	40,16	37,98	36,32	32,9	37,63
	OT.10- láska					
	OT. 11- sexuální život					
SQUALA 4 - Volný čas	OT. 5- spánek	45,77	43,98	43,74	37,45	43,44
	OT. 7- vztahy s ostatními					
	OT. 12- odpočinek					
	OT. 13- koníčky					
SQUALA 5 - Základní potřeby	OT.4- prostředí a bydlení	35,38	34,39	30,98	29,76	33,34
	OT.20- peníze					
	OT.21- jídlo					
QOLSCORE		236,51	229,79	215,91	197,46	223,96

V této tabulce č. 4 vidíme, že v dimenzi číslo 1 – abstraktní hodnoty, lze vidět, že sestry hodnotí tuto dimenzi nadprůměrně, lékaři hodnotili tuto dimenzi podprůměrně. V dimenzi číslo 2 – zdraví, jsou lékaři nad spodní hranicí hodnocení, sestry jsou s 57,55 body pod spodní hranicí hodnocení, sanitáři jsou také pod spodní hranicí hodnocení s 55,06 body a ostatní zdravotničtí pracovníci jsou pod mírně sníženou hranicí hodnocení. V dimenzi číslo 3 – jsou sestry, lékaři, sanitáři a ostatní zdravotničtí pracovníci pod mírně sníženou kvalitou života

v oblasti rodinných vztahů, lásce a sexuálním životem. V dimenzi číslo 4 – volný čas, jsou sestry i lékaři i sanitáři nad spodní hranicí spokojenosti a ostatní zdravotničtí pracovníci jsou pod spodní hranicí spokojenosti. V dimenzi číslo 5 – základní potřeby jsou sestry i lékaři pod spodní hranicí spokojenosti a sanitáři i ostatní zdravotničtí pracovníci jsou pod mírně sníženou kvalitou života. Z QOLSCORE je na první pohled vidět, že sestry jsou celkově nejspokojenější s kvalitou života a nejméně spokojení jsou ostatní zdravotní pracovníci. A v posledním sloupci je počítaný celkový soubor respondentů pro porovnání se sestrami, lékaři, sanitáři a ostatními zdravotními pracovníky. Zde se nám jeví jako největší rozdíl QOLSCORE mezi sestrami a ostatními zdravotnickými pracovníky, proto jsme se rozhodli i zde otestovat pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu zjistit statisticky významný rozdíl.

Hypotézy

H0: Neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života a zdraví z QOLSCORE mezi sestrami a ostatními zdravotnickými pracovníky v perioperačním týmu.

HA: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života a zdraví z QOLSCORE mezi sestrami a ostatními zdravotnickými pracovníky v perioperačním týmu.

Tabulka 5- Četnostní tabulka hypotézy – QOLSCORE profesí

QOLSCORE	Pozorované		Očekávané		CHI - test
	procenta	četnosti	procenta	četnosti	p
sestry	54 %	236,51	68 %	295,10	0 %
ostatní zdravotničtí pracovníci	46 %	197,46	32 %	138,87	
Celkem	100 %	433,97	100 %	433,97	

Z vyhodnocení Pearsonova chí-kvadrát testu aktuálních a očekávaných hodnot jsme získali výsledek dosažené hladiny významnosti $p = 0 \%$, a proto alternativní hypotézu zamítáme a přijímáme nulovou hypotézu, kdy rozdíl je statisticky nevýznamný. Z uvedené tabulky č. 5 je evidentní, že z výsledku chí-kvadrát testu je pochopitelné, že neexistují rozdíly v kvalitě života a zdraví v profesi z QOLSCORE v perioperačním týmu. Z tohoto důvodu uvedenou nulovou hypotézu potvrzujeme.

Rozdíly mezi abstraktními hodnotami a QOLSCORE pohlaví jsou, ale nezdá se, že jsou statisticky významné. To samé můžeme vidět u tabulky č. 5, kde jsme testovali QOLSCORE

profesí a dosažená hladina $p = 0 \%$, proto výsledky testování pro nás nejsou statisticky významné.

Tabulka 6 – Průměrné hodnoty kvality života na škále SQUALA podle pohlaví

Dotazník - SQUALA	VÝSLEDKY		
	ženy	muži	celkem
otázka č.1	15,76	15,62	15,71
otázka č.2	15,54	15,08	15,38
otázka č.3	12,76	12,91	12,81
otázka č.4	12,41	10,87	11,88
otázka č.5	12,28	11,25	11,92
otázka č.6	14,47	13,16	14,02
otázka č.7	11,76	10,04	11,17
otázka č.8	13,58	12,04	13,05
otázka č.9	13,17	13,58	13,31
otázka č.10	13,13	10,41	12,2
otázka č.11	11,21	11,79	11,41
otázka č.12	9,89	11,37	10,4
otázka č.13	10,17	9,54	9,95
otázka č.14	13,3	10,95	12,5
otázka č.15	13,23	10,83	12,41
otázka č.16	10,54	8,83	9,95
otázka č.17	11,06	10,58	10,9
otázka č.18	8,78	6,87	8,12
otázka č.19	11,47	9,7	10,87
otázka č.20	10,69	9,58	10,31
otázka č.21	10,54	12,33	11,15
QOLSCORE	255,74	237,33	249,51

Tabulka č. 6 popisuje otázky dotazníku SQUALA, jejich průměrné hodnoty, kde jsou nepatrné rozdíly mezi muži a ženami a celkovým hodnocením respondentů. Zvýraznili jsme pouze jen otázky, které mají nejhorší průměrné hodnoty. Zelenou barvu jsme zvýraznili lepší hodnocení mezi muži a ženami a červenou barvou horší průměrné hodnoty mezi muži a ženami. V otázce č. 13 – koníčky, kdy nás zajímalo, zda jsou pro ně nezbytné či nevýznamné lze vidět, že jsou ženy spokojenější než muži. V otázce č. 16 – spravedlnost, kdy jsme se ptali, zda je na světě vůbec spravedlnost, tak ženy si opět spíše myslí, že na světě spravedlnost je, a proto hodnotily lépe než muži. V poslední zvýrazněné otázce, která se ptala na krásu a umění, jsou průměrné hodnoty oproti ostatním mnohem nižší, ale i v této otázce ženy lépe hodnotily. V posledním sloupci jsou znázorněny celkové průměrné hodnoty

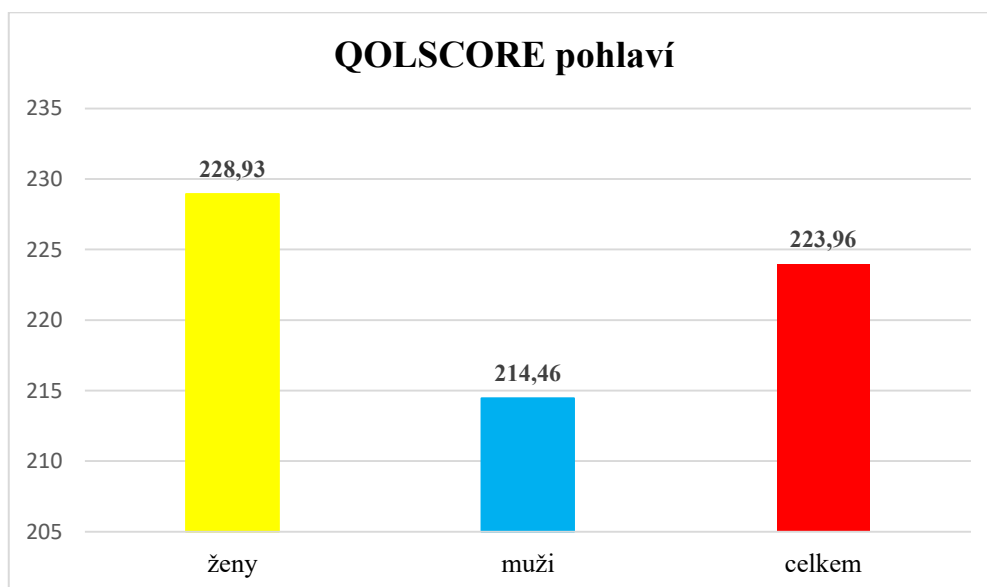
všech respondentů u každé otázky. Z QOLSCORE je také patrné, že lepší celkové hodnocení mají ženy než muži.

Tabulka 7 – Průměrné hodnoty kvality života na škále SQUALA podle profesí

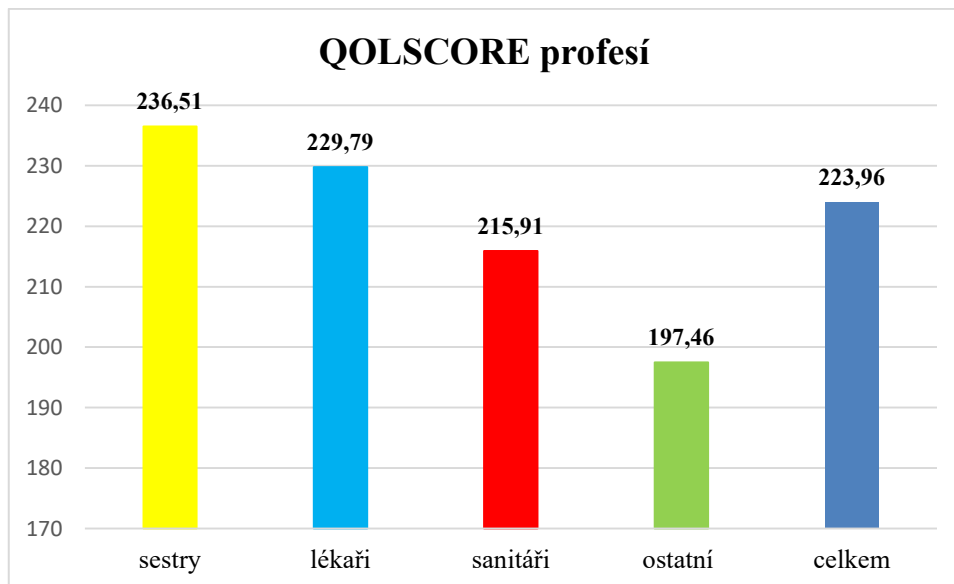
Dotazník - SQUALA	VÝSLEDKY				
	sestry	lékaři	sanitáři	ostatní zdr. pracovníci	celkem
otázka č.1	15,75	16,82	14,58	15,23	15,71
otázka č.2	15,78	16,7	13,91	14,15	15,38
otázka č.3	12,92	13,52	12,16	12,23	12,81
otázka č.4	13,1	11,82	10,41	10,69	11,88
otázka č.5	12,46	11,88	11,66	11,07	11,92
otázka č.6	14,6	13,35	13,58	14,07	14,02
otázka č.7	12,1	11,05	11,25	9,23	11,17
otázka č.8	13,21	13,64	12,33	12,61	13,05
otázka č.9	13,1	14,29	14,41	11,46	13,31
otázka č.10	13,39	13,05	10,83	9,76	12,2
otázka č.11	12,17	11,58	11,91	9,07	11,41
otázka č.12	10,89	11,11	10,33	8,46	10,4
otázka č.13	10,32	9,94	10,5	8,69	9,95
otázka č.14	13,42	12,17	12,08	11,3	12,5
otázka č.15	13,03	13,47	11	11	12,41
otázka č.16	11,5	9,58	8,66	8,3	9,95
otázka č.17	11,03	11,9	11,83	9,23	10,9
otázka č.18	9,6	8,82	6,66	5,38	8,12
otázka č.19	12,1	9,64	10,58	10,07	10,87
otázka č.20	11,25	11,52	8,41	8,46	10,31
otázka č.21	11,03	11,05	12,16	10,61	11,15
QOLSCORE	262,75	256,9	239,24	221,07	249,51

Tabulka č. 7 popisuje otázky dotazníku SQUALA, jejich průměrné hodnoty, kde jsou nepatrné rozdíly mezi sestrami, lékaři, sanitáři, ostatními zdravotnickými pracovníky a celkovým hodnocením respondentů. Zvýraznili jsme pouze jen otázky, které mají nejhorší průměrné hodnoty. Zelenou barvu jsme zvýraznili lepší hodnocení mezi muži a ženami a červenou barvou horší průměrné hodnoty mezi muži a ženami. V otázce č. 13 – koníčky, kdy nás zajímalo, zda jsou pro ně nezbytné či nevýznamné lze vidět, že jsou sanitáři spokojenější než ostatní zdravotničtí pracovníci. V otázce č. 16 – spravedlnost, kdy jsme se ptali, zda je na světě vůbec spravedlnost, tak sestry si opět spíše myslí, že na světě spravedlnost je, a proto hodnotily lépe než ostatní zdravotničtí pracovníci, do kterých byly zahrnuty uklízečky na operačních sálech, radiologičtí asistenti a inženýři nukleární medicíny. V poslední zvýrazněné otázce, která se ptala na krásu a umění, jsou průměrné hodnoty oproti

ostatním výrazně nižší, ale i v této otázce sestry lépe hodnotily. V posledním sloupci jsou znázorněny celkové průměrné hodnoty všech respondentů u každé otázky. Z QOLSCORE je také patrné, že lepší celkové hodnocení mají sestry než lékaři, sanitáři a ostatní zdravotníci pracovníci.



Graf č.5 – QOLSCORE pohlaví



Graf č.6 – QOLSCORE profesí

Zde uvádíme graf č.5 a graf č.6, kde jsme výsledky QOLSCORE převedli do tabulkového editoru v Microsoft Office Excel.

3.2 Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF

Výsledky dotazníku se vyjadřují pomocí doménových skóre a průměrných hrubých skóre dvou samostatných položek (položka č. 1, 2). Doménové skóre je aritmetický průměr hodnot položek u jednotlivých domén. Rozpětí hrubých skóre a domén se pohybuje od minima 4 do 20, kdy vyšší skóre odpovídá lepší kvalitě života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Položka č. 1 - Kvalita života a položka č. 2 - Zdraví se vyhodnocují samostatně v rozpětí 1-5, přičemž vyšší skóre znamená lepší kvalitu života. Dotazník dále zahrnuje 4 domény. Hrubý skóre z první domény - fyzické zdraví (DOM1) se vypočítá z položek č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18. Druhá doména je prožívání (DOM2) a hrubý skóre se zjišťuje z položek č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26. Z třetí domény - sociální vztahy (DOM3) se hrubý skóre vypočítá z položek č. 20, 21 a 22. Poslední doménou je prostředí (DOM4) a hrubý skóre se zjišťuje z položek č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25 (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Tabulka 8 – Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF – ženy, muži a celkový soubor respondentů

DOMÉNY	POLOŽKY	VÝSLEDKY		
		ženy	muži	celkem
Dom.1 - Fyzické zdraví	OT.3- bolest a nepříjemné pocity	22,73	22,54	22,63
	OT.4- závislost na lékařské péči			
	OT.10- energie a únava			
	OT.15- pohyblivost			
	OT.16- spánek			
	OT.17- každodenní činnosti			
	OT.18- pracovní výkonnost			
Dom.2 - Prožívání	OT.5- potěšení ze života	21,21	22,06	21,63
	OT.6- smysl života			
	OT.7- soustředění			
	OT.11- přijetí tělesného vzhledu			
	OT.19- spokojenost se sebou			
	OT.26- negativní pocity			
Dom.3 - Sociální vztahy	OT.20- osobní vztahy	11,72	11,74	11,73
	OT.21- sexuální život			
	OT.22- podpora přátel			
Dom.4 - Prostředí	OT.8- osobní bezpečí	29,37	29,58	29,47
	OT.9- životní prostředí			
	OT.12- finanční situace			
	OT.13- přístup k informacím			
	OT.14- záliby			
	OT.23- prostředí v okolí bydliště			
	OT.24- dostupnost zdravotní péče			
	OT.25- doprava			
2 samostatné položky	OT.1- kvalita života	7,99	7,87	7,93
	OT.2- spokojenost se zdravím			
CELKEM		93,02	93,79	93,39
PRŮMĚR		18,6	18,75	18,67
SMĚRODAT. ODCHYLKA		7,74	7,88	7,81

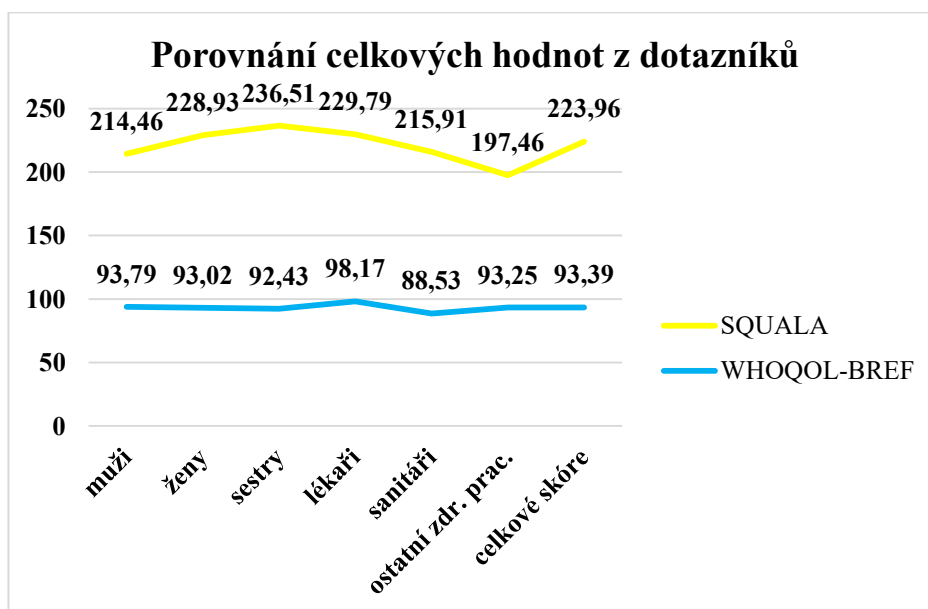
V tabulce č. 8 můžeme vidět vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF, které bylo rozděleno na celý soubor a kategorie podle pohlaví. Když se podíváme na první doménu – fyzické zdraví a na průměrné výsledky, můžeme říci, že mezi ženami a muži není velký rozdíl, pouze nepatrný a to o 0,19 bodů. V druhé doméně – prožívání, je také vidět, že muži a ženy mají

podobné průměrné výsledky. Ve třetí doméně – sociální vztahy jsou na tom ženy i muži opět podobně, jejich rozdíl je pouhých 0,02 bodů. Ve čtvrté doméně – prostředí je opět mezi muži i ženami nepatrný rozdíl v kvalitě života. V poslední doméně, do které se řadí pouze otázka spokojenosti s kvalitou života a spokojenosti se zdravím lze znovu vidět podobné hodnoty. Celkový výsledek je mužů o 0,77 bodů lepší než u žen. V posledním sloupci je počítán celkový soubor respondentů pro porovnání s pohlavím. Průměrná hodnota je u žen 18,6 bodů a mužů 18,75 bodů, proto v rozpětí od 4 do 20 bodů se obě pohlaví pohybují přes 18 bodů, a tudíž bychom mohli předpokládat spokojenost obou pohlaví. V posledním sloupci je počítán celkový soubor respondentů pro porovnání s pohlavím.

Tabulka 9 – Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF – sestry, lékaři, sanitáři, ostatní zdravotničtí pracovníci a celkový soubor respondentů

DOMĚNY	POLOŽKY	VÝSLEDKY				
		sestry	lékaři	sanitáři	ostatní zdr. prac.	celkem
Dom.1 - Fyzické zdraví	OT.3- bolest a nepříjemné pocity	22,47	23,55	21,9	22,67	22,63
	OT.4- závislost na lékařské péči					
	OT.10- energie a únava					
	OT.15- pohyblivost					
	OT.16- spánek					
	OT.17- každodenní činnosti					
Dom.2 - Prožívání	OT.18- pracovní výkonnost	21,41	22,39	20,49	21,5	21,63
	OT.5- potěšení ze života					
	OT.6- smysl života					
	OT.7- soustředění					
	OT.11- přijetí tělesného vzhledu					
	OT.19- spokojenost se sebou					
Dom.3 - Sociální vztahy	OT.26- negativní pocity	11,53	12,22	11,5	11,75	11,73
	OT.20- osobní vztahy					
	OT.21- sexuální život					
Dom.4 - Prostředí	OT.22- podpora přátel	29	31,84	27,06	29,49	29,47
	OT.8- osobní bezpečí					
	OT.9- životní prostředí					
	OT.12- finanční situace					
	OT.13- přístup k informacím					
	OT.14- záliby					
	OT.23- prostředí v okolí bydliště					
OT.24- dostupnost zdravotní péče						
2 samostatné položky	OT.25- doprava	8,02	8,17	7,58	7,84	7,93
	OT.1- kvalita života					
	OT.2- spokojenost se zdravím					
CELKEM		92,43	98,17	88,53	93,25	93,39
PRŮMĚR		18,48	19,63	17,7	18,65	18,67
SMĚRODAT. ODCHYLKA		7,65	8,47	7,13	7,83	7,81

V tabulce č. 9 můžeme vidět vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF, které bylo rozděleno podle pracovního zařazení na sestry, lékaře, sanitáře, ostatní zdravotnický pracovníky a celkové hodnocení všech respondentů. Když se podíváme na první doménu – fyzické zdraví a na průměrné výsledky, můžeme říci, že lékaři tuto doménu hodnotí ze všech ostatních nejlépe, dále jsou ostatní zdravotničtí pracovníci, sestry a nejhůře jí hodnotí sanitáři. V druhé doméně – prožívání, je také vidět, že lékaři hodnotí tuto doménu nejlépe, poté ostatní zdravotničtí pracovníci, sestry a nejméně spokojeni jsou sanitáři. Ve třetí doméně – sociální vztahy jsou na tom lékaři opět nejlépe s 12,22 body a nejhůře tuto doménu hodnotili sanitáři s 11,5 body. Ve čtvrté doméně – prostředí jsou na tom lékaři nejlépe a nejhůře hodnotili sanitáři. V poslední doméně, do které se řadí pouze otázka spokojenosti s kvalitou života a spokojenosti se zdravím lékaři nejlépe hodnotili tuto doménu s 8,17 body, druhou nejlépe hodnotící skupinou jsou sestry s 8,02 body, třetí skupinou jsou ostatní zdravotničtí pracovníci s 7,84 a nejhůře tuto doménu hodnotili sanitáři s 7,58 body. V posledním sloupci je počítaný celkový soubor respondentů pro porovnání s profesí. U celkového výsledku vidíme, že lékaři opravdu hodnotili všechny domény nejlépe, naopak nejhůře jí hodnotili sanitáři. Průměrná hodnota je u sester 18,48 bodů, u lékařů 19,63 bodů, u sanitářů 17,7 bodů a u ostatních zdravotnických pracovníků 18,65, proto v rozpětí od 4 do 20 bodů se všichni pohybují přes 17 bodů, a tudíž jsou se svou kvalitou života a zdravím velmi spokojeni.



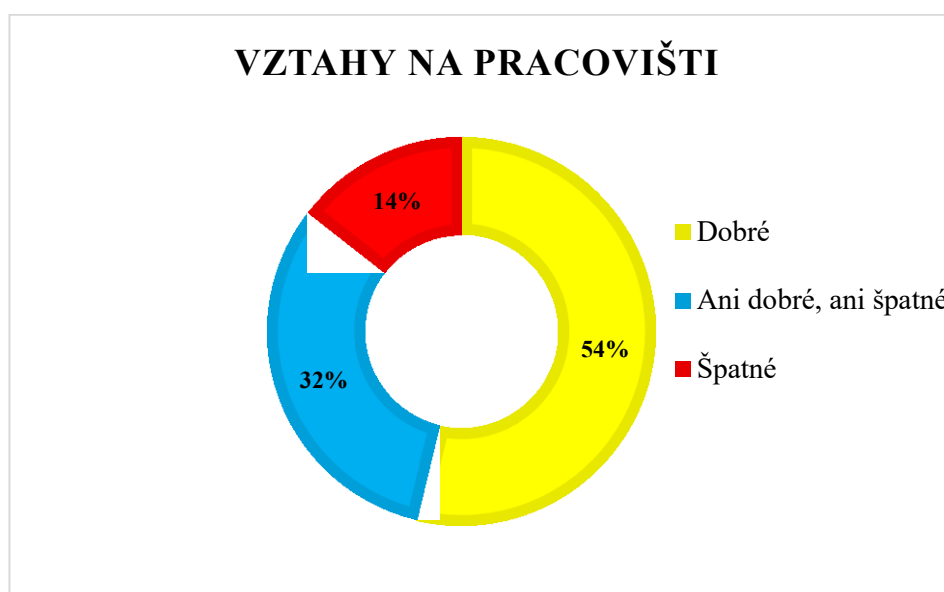
Graf č.7 – Porovnání celkových hodnot z dotazníků

Zde bychom chtěli zhodnotit oba dotazníky z celkových výsledků. Pokud se zaměříme na standardizovaný dotazník SQUALA, žlutá křivka ukazuje vychýlení celkových hodnot mezi

pohlavím a profesemi. Naopak standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF ukazuje, kdy průměrné hodnoty pohlaví a profesí jsou vyvážené. Křivky nemají shodný tvar, zdá se tedy, že dotazníky hodnotí různě.

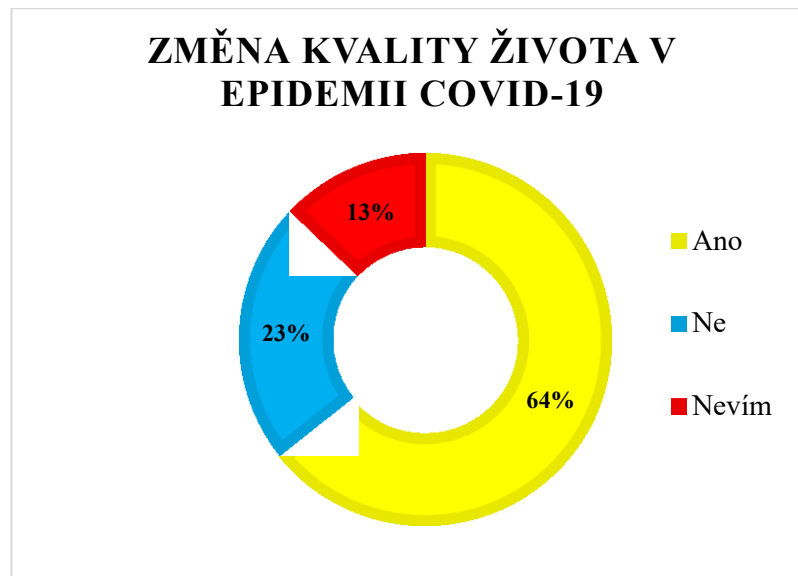
3.3 Vyhodnocení doplňujících otázek

Na konci dotazníku jsme se respondentů doptávali na jejich osobní údaje, kam patřilo pohlaví, pracovní zařazení, věk a pracovní doba. Zde uvádíme graf č. 8 a graf č. 9, které se vztahují k doplňujícím otázkám vztahů na pracovišti a změna kvality života v období epidemie COVID-19.



Graf č.8 – Vztahy mezi respondenty na pracovišti

Z celkového počtu 70 (100 %) respondentů si myslí, že na pracovišti mají dobré vztahy 52 (54 %) respondentů, ani dobré ani špatné vztahy v počtu 24 (32 %) respondentů a zbylých 10 (14 %) respondentů si myslí, že jsou na pracovišti špatné mezilidské vztahy.



Graf č.9 – Změna kvality života v období epidemie COVID-19

K otázce: Změnila se Vám kvalita života v období epidemie COVID-19? (Pokud ano, v čem se změnila a co si myslíte, že bylo důvodem změny.) ještě patří to, co respondenti odpovídali, pokud na otázku odpověděli ano. Odpovědi jsme si rozdělili do 3 kategorií. První kategorií je omezení svobody, druhou kategorií je práce, třetí kategorií je rodina, čtvrtou kategorií je společenský život.

1. Kategorie – Omezení svobody

Z rozhovorů vyplývá, že respondenti se shodli v tom, že je situace ohledně epidemie COVID-19 omezující na svobodě.

R3: „Nemůžu si dělat co chci“

R9: „Důvodem je veškeré omezení, nelze nic plánovat, cestovat, stres, návštěvy blízkých atd...“

R13: „Úplně ve všem! Máme nouzový stav.“

R14: „Omezení svobod – cestování, pohybu, možnost onemocnění“

R18: „Omezení cestovat“

R21: „Omezuje mne“

R22: „Absolutní omezení svobody člověka“

R23: „V omezení svobody a strach o budoucnost svých dětí.“

R25, R26 a R36 se také shodují v odpovědi: „*Omezení svobody*“

R29: „*Omezení osobní svobody*“

R31: „*Omezení svobody cestování*“

R33: „*Omezení ve všech oblastech života*“

R48: „*Omezení cestování a trávení dovolených*“

R53: „*Omezení pohybu cestování*“

R55: „*Nesvoboda cestování*“

R58: „*Nelze cestovat*“

R59: „*Omezení cestování*“

R61 a R65 se shodují a odpověděli: „*Omezení života*“

R68: „*V osobním životě – omezování*“

R69: „*Omezení pohybu, vše je zavřené*“

2. Kategorie – Práce

Někteří respondenti se vyjádřili k tomu, že je epidemie COVID-19 omezuje i v zaměstnání.

R7: „*Více změn v práci*“

R14: „*Omezení v práci – operativa*“

R28: „*Více práce a stresu, často beznaděj, velká únava a vyčerpání*“

R29: „*Profesní stagnace*“

R36: „*Vyšší pracovní nasazení*“

R51: „*Vyšší náročnost práce, psychické vypětí*“

3. Kategorie – Rodina

Respondenti se vyjadřovali i ke své rodině a známým, kdy jim epidemie COVID-19 znemožňuje navštěvovat známé a příbuzné.

R7: „*Izolace od přátel a rodiny*“

R8: „*Omezení setkávání s blízkými*“

R15: „Nemohu být v bližším kontaktu se svou starou maminkou“

R47: „Kromě běžných povinností pracuji několik hodin každý den, jako učitel pro 7. a 9. třídu základní školy. Zpracovávám debilní úkoly, debilních učitelů v rámci distanční výuky.“

R48: „Pomáhat dětem s distanční výukou“

R61: „Děti nechodí do školy“

4. Kategorie – Společenský život

Respondenty omezuje také společenský i kulturní život, kdy nemohou z vládních nařízení chodit do kulturních zařízení, jako je např. kino, divadlo, nakupovat v obchodech s oblečením, jít do restaurací, aquaparků atd.

R8: „Omezení volného pohybu“

R14: „Omezení kontaktu s lidmi“

R15: „Nemohu provádět sportovní aktivity v kolektivu. Vadí mi výluka některých obchodů, úřadů, společenských akcí,..“, „Důvod změny: vládní nařízení, která chápu a jsou nezbytná, abychom se mohli vrátit do normálního života všichni ve zdraví a pohodě.“

R18: „Nemožnost věnovat se některým koníčkům a málo sociálního kontaktu.“

R20: „Zavření bazénů, saun, wellness, kin, divadel atd. Celkové omezení běžných potřeb, které člověk využíval, aby se zrelaxoval.“

R25: „Omezení koníčků“

R26: „Omezení kontaktů s lidmi“

R36: „Omezení pohybu“

R42: „Omezení v kulturní oblasti kino a divadlo“

R46: „Omezení společenského kontaktu“, „Omezení kulturních a sportovních aktivit“

R51: „Omezení volnočasových aktivit“

R54: „Omezení sportovních aktivit a omezení kulturních aktivit“

R55: „Nesvoboda nakupování“

R58: „Nelze chodit do divadla, zavřené restaurace, obchody“

R59: „*Omezení kultury*“

R64: „*Omezení volnočasových aktivit*“

5. Kategorie – Strach, obavy

Respondenty také stíhá strach z toho, co bude dál. Co se bude dít v budoucnosti? Je zde i velký strach o děti, blízké či rodiče nebo prarodiče.

R7: „*Dlouhá doba nejistoty*“

R8: „*Nejistota, stres*“

R23: „*V omezení svobody a strach o budoucnost svých dětí.*“

R31: „*Strach o rodiče*“

R46: „*Obava co bude dál*“

R55: „*Obava o rodiče a manžela*“

R69: „*Strach o prarodiče*“

4 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá problematikou kvality života a zdraví perioperačního týmu. Zabývala se kvalitou života instrumentářek, anesteziologických sester, lékařů všech chirurgických oborů, lékařů anesteziologů, sanitářů a dalších zdravotnických pracovníků, kteří docházejí na operační sály nebo zde i pracují. Kvalita života je u každého jedince velice individuální. Abychom se dobrali k našim výsledným informacím, zvolili jsme kvantitativní výzkumné šetření pomocí dvou standardizovaných dotazníků SQUALA a WHOQOL-BREF.

4.1 Výzkumná otázka č. 1: Jaká je kvalita života podle nástroje SQUALA?

Kvalita života a zdraví je individuální u každého jedince a také ji každý hodnotí podle své aktuální situace, která může být ovlivněna různými faktory. Koncept kvality života se v posledních dvaceti letech stal nedílnou součástí několika vědních oborů, především sociologie, psychologie či medicíny (Gurková, 2011). Například u zdravotnického personálu může kvalitu života ovlivňovat fyzická a psychická zátěž, stres, vztahy mezi lidmi, nepravidelný spánkový rytmus při nočních směnách atd. Provedené výzkumné šetření ukázalo, že ženy, ale i sestry uvádějí lepší kvalitu života z obou standardizovaných dotazníků.

Kvalita života se pojímá různým způsobem a lze ji zkoumat z mnoha různých hledisek. Já se ztotožňuji s názorem Buchtové (2004), kdy kvalita života nezávisí pouze na soboru zjistitelných vnějších faktorů, ale do určité míry je kvalita života ovlivněna subjektivním prožíváním smyslu života. Nejdůležitější je pro hodnocení kvality života jedincův vlastní názor na stanovení priorit oblastí kvality života než posuzovaný vnější systém hodnot. Při měření kvality života by měl být brán zřetel na hodnotový systém jedince, hlavně na to, co je pro něj důležité a co on sám od života očekává. Při studiu různých dotazníků kvality života nejlépe splňoval výše uvedená kritéria dotazník SQUALA, který zohledňuje hodnoty respondenta.

Zaměříme-li se na dimenzi číslo 1 u standardizovaného dotazníku SQUALA, která nese název abstraktní hodnoty, do kterých patří otázka pocitu bezpečnosti, spravedlnosti, svobody, krásy a umění a pravdy. Abstraktní hodnoty v lidském životě hrají roli bez ohledů na vůli člověka. Ať už si je uvědomujeme či nikoli, naše rozhodování a chování je nepřetržitě ovlivňováno žebříčkem našich hodnot (Stock, 2010). Pokud se zaměříme na pohlaví, můžeme vidět, že ženy s průměrnou hodnotou 55,15 bodů vypadají spokojenější než muži, kde je větší rozdíl bodů. Proto jsme se rozhodli otestovat, zda je pro nás rozdíl bodů statisticky významný.

Po testování pomocí chí-kvadrát testu jsme zjistili, že neexistují rozdíly v abstraktních hodnotách, a proto je rozdíl bodů mezi muži a ženami statisticky nevýznamný. U dimenze číslo 2 s názvem zdraví, do kterého patří otázky zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda a péče o sebe sama. V této dimenzi jsme se opět zaměřili na pohlaví a pracovní zařazení respondentů. V této dimenzi se průměrné hodnoty mezi muži a ženami moc nelišily. Naopak, pokud se zaměříme na sestry, lékaře, sanitáře a ostatní zdravotnické pracovníky. Zjistili jsme, že lékaři měli nejvyšší průměrnou hodnotu s 61,33 bodů než sestry s hodnotou 57,55 bodů a než sanitáři s 55,06 bodů a ostatní zdravotničtí pracovníci s hodnotou 53,07 bodů. Ve třetí dimenzi s názvem blízké vztahy, což jsou vztahy, jejichž prostřednictvím osoba ovlivňuje často relativně dlouhou dobu jiné osoby, do této dimenze patří otázky, týkající se rodinných vztahů, lásky a sexuálního života. To jsou nejdůležitější vztahy v životě každého jedince a přinášejí mnoho uspokojení, ale také zklamání (Výrost et al, 2008). Můžeme říci, že ženy měly lepší průměrnou hodnotu s 38,81 body než muži s 35,36 body, ale obě pohlaví zde mají mírně sníženou kvalitu života, dle intervalu populačních norem pro dimenze SQUALA (Příloha E). I v hodnocení profese, lze uvést, že sestry měly lepší průměrnou hodnotu s 40,16 body, než lékaři s 37,98 body a než sanitáři a ostatní zdravotničtí pracovníci, ale i zde mají mírně sníženou kvalitu života. Ve čtvrté dimenzi s názvem volný čas, který lze chápat jako činnosti, které si můžeme svobodně vybrat a děláme je rádi a dobrovolně a přinášejí nám pocit uvolnění a potěšení (Pávková et al, 2002). Do volného času se řadí otázky spánku, vztahy s ostatními, odpočinek a koníčky mají ženy lepší průměrné hodnoty než muži. A poslední dimenzí jsou základní potřeby, do kterých patří otázky zabývající se prostředím a bydlením, peněz a jídla. U žen je průměrná hodnota 33,64 bodů a u mužů 32,78 bodů, jsou to velmi nízké hodnoty spokojenosti, dle intervalu populačních norem pro dimenze SQUALA (Příloha E), kdy se jejich hodnota objevuje až pod sníženou kvalitou života. Pokud se zaměříme na profese, tak i zde nepřesahují hodnoty 40 bodů. Nejvyšší průměrnou hodnotu mají sestry s 35,38 body, dále lékaři s 34,39 body, sanitáři s 30,98 a nejmenší průměrnou hodnotu mají ostatní zdravotničtí pracovníci s 29,76 body, jsou to také velmi nízké hodnoty spokojenosti, dle intervalu populačních norem pro dimenze SQUALA Tyto průměrné hodnoty jsme sečetli a udělali jsme u nich celkové skóre zvané QOLSCORE. I zde jsme se zaměřili na to, zda celkové skóre je pro nás statisticky významné. V editoru Microsoft Excel jsme opět provedli statistické testování hypotézy, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi QOLSCORE mezi muži a ženami. Výsledkem byla dosažená hladina významnosti $p = 0 \%$, proto jsme přijali nulovou hypotézu a zjistili jsme, že tak velký rozdíl mezi průměrnými hodnota QOLSCORE není pro nás statisticky významný. Zaměříme-li se na

profese, kde jsme opět sečetli průměrné hodnoty ze všech dimenzí, bylo zjištěno, že sestry mají vyšší průměrnou hodnotu s 236,51 body než lékaři s 229,79 body. Spokojenost je vyjádřena subjektivní mírou záporných, ale i kladných emocí sděluje ve svém díle Kravcová (2015). U sanitářů je celková kvalita života menší než u sester a lékařů, ale větší než u ostatních zdravotnických pracovníků. Zde byl velký rozdíl mezi hodnotami QOLSCORE sester a ostatních zdravotnických pracovníků. Proto i tady jsme provedli statistické testování pomocí chí-kvadrát testu, abychom zjistili, zda je statisticky významný rozdíl. Po výsledku, kdy byla dosažená hladina významnosti $p = 0 \%$, jsme opět zamítli alternativní hypotézu a přijali jsme nulovou hypotézu. Zjistili jsme, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi QOLSCORE mezi sestrami a ostatními zdravotnickými pracovníky.

4.2 Výzkumná otázka č. 2: Jaká je kvalita života podle nástroje WHOQOL-BREF?

Fyzické zdraví se často spojuje s fyzickou aktivitou, spánkem a nepřítomnost nemoci či bolesti (Bauman, 2004), což je první doména standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, do které se zahrnují otázky bolesti a nepříjemných pocitů, závislosti na lékařské péči, energie a únava, pohyblivost, spánek a každodenní činnosti. Zaměříme-li se na fyzické zdraví u pohlaví, můžeme vidět, že v této doméně jsou muži s 22,54 body a ženy s 22,73 body v podobném bodovém hodnocení i s porovnáním s celkovým hodnocením všech respondentů. Únava a vyčerpanost způsobené nedostatečnou kvalitou spánku mají vliv na zdraví sestry, pracovní výkonnost a její psychiku (Arakawa et al, 2011). Shao et al (2010) uvádí ve své studii, že byla prokázána významná korelace mezi kvalitou života a kvalitou spánku. V druhé doméně, která se jmenuje prožívání, do které patří otázky, týkající potěšení ze života, smysl života, soustředění, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebou a negativní pocity. I v této doméně jsou muži dle průměrných hodnot na tom lépe než ženy. Ve třetí doméně s názvem sociální vztahy ženy uvedly průměrnou hodnotu 11,72 bodů a muži 11,74 bodů. Do čtvrté domény s názvem prostředí patří otázky zabývající se osobním bezpečím, životním prostředím, přístupem k informacím, zálibami, prostředím v okolí bydliště, dostupností zdravotní péče, dopravou a finanční situací, která je u sester o trochu horší než u mužů. V této souvislosti můžeme doplnit výsledky výzkumu Vévody a kol. (2013), který uvádí, že mzda je faktor pracovní spokojenosti, jež je statisticky signifikantně preferován právě u sester, které nepracují v manažerské pozici. Mezi výsledky u mužů a žen byly hodnoty téměř shodné, proto jsme zde statistické testování hypotéz neprováděli. Pokud bychom se zaměřili na výsledky dotazníku WHOQOL-BREF, kde jsme hodnotili profese, zjistili jsme, že nejvyšší

naměřená průměrná hodnota u domény č.1 – fyzické zdraví byla u lékařů s 23,55 body. Dále u domény č.2 – Prožívání lékaři hodnotili ze všech opět nejlépe. Třetí doména sociální vztahy byla lépe hodnocena u lékařů a nejméně u sanitářů. Ve čtvrté doméně prostředí opět lékaři hodnotili nejlépe a nejhůře hodnotili sanitáři. U otázek, které se počítají zvlášť, do kterých patří kvalita života a spokojenost se zdravím, opět lékaři hodnotili nejlépe a nejhůře tyto položky hodnotili sanitáři. V roce 2010 byla publikována studie, která se zaměřovala na zdravotnický personál a jejich kvalitu života pomocí dotazníku WHOQOL-BREF. Výsledky studie ukázaly, že nejhůře hodnocenými doménami bylo fyzické zdraví a prostředí, které dosáhly nejnižšího skóre (Rios, 2010). Tyto výsledky nekorrespondují s průměrnými hodnotami skóre ani v jedné z námi sledovaných skupin, neboť v naší práci byla nejnižší průměrná hodnota naměřena u sociálních vztahů. Dle Tučka (2012), který uvádí, že práce ve směnném provozu vede k omezení sociálních kontaktů s rodinnými příslušníky nebo omezení možnosti realizace kulturních zájmů. To by mohl být právě jeden z důvodů, proč respondenti v této diplomové práci hodnotili oblast sociálních vztahů nejhůře. Jak se kvalita života a zdraví liší podle sledovaných proměnných (pohlaví, profese)?

Kvalita života také mírou spokojenosti nebo naopak nespokojenosti (Hartl, Hartlová, 2000). A proto jsme následně prověřovali statistické testování pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu. Testování prokázalo statisticky nevýznamný rozdíl ve vnímání kvality života mezi abstraktními hodnotami a QOLSCORE u pohlaví a také žádný statisticky významný rozdíl u QOLSCORE mezi sestrami a ostatními zdravotnickými pracovníky. Z tohoto důvodu jsme nulové hypotézy potvrdili. Proto můžeme říci, že neexistují rozdíly mezi abstraktními hodnotami mezi muži a ženami, ani v QOLSCORE mezi muži a ženami. Nepotvrdil se nám ani statisticky významný rozdíl mezi sestrami a ostatními zdravotnickými pracovníky u QOLSCORE.

Na konci kvantitativního výzkumného šetření pomocí standardizovaných dotazníků, které byly rozdány pro perioperační tým v celkovém počtu 70 dotazníků, byly doplňující údaje o respondentech, kde jsme se ptali na pohlaví, pracovní zařazení, věk, pracovní dobu, vnímané vztahy na pracovišti a změnu kvality života během epidemie COVID-19. Z výpovědí respondentů jsme se dozvěděli spoustu zajímavých odpovědí, které tu uvedeme. Když bychom se podívali, kolik zde bylo celkem mužů a žen, tak to nebylo zcela vyrovnané, ale bylo to přesně 24 mužů a 46 žen. Dotazníky vyplňovali respondenti ve věku od 17-74 let. Dále jsme se ptali na pracovní zařazení, kdy bylo 28 (40 %) sester, 17 (24 %) lékařů, 12 (17 %) sanitářů a 13 (19 %) ostatních zdravotnických pracovníků. Zajímala nás pracovní

doba respondentů, kdy na jednosměnný pracovní úvazek pracuje 35 (50 %) respondentů, na dvousměnný úvazek pracují 4 (6 %) respondenti a na vícesměnný úvazek pracuje 31 (44 %) respondentů. Převážná většina zdravotníků pracuje ve vícesměnném provozu, což může některým zapříčinit horší věnování se svým zálibám, a to může přispět k negativnímu hodnocení kvality života i v příslušné doméně prostředí. Tento předpoklad podporuje tvrzení Tučka (2012), který uvádí, že práce ve směnném provozu vede k omezení sociálních kontaktů s rodinnými příslušníky nebo omezení možnosti realizace kulturních zájmů. Vstřícné sociální chování patří k významným faktorům, které přispívají k lepší kvalitě života. Lepší hmotné zázemí pak mimo jiné usnadňuje přístup k informacím, toto tvrzení uvádí ve své publikaci Svobodová a kol (2006).

Zajímala nás otázka, která se týká mezilidských vztahů na pracovišti. Sociální vztahy jsou součástí vnějšího světa člověka a jsou i objektivním faktorem v jeho jednání, to uvádí ve své publikaci Nový, et al. (2002). Pokud vztahy na pracovišti porovnáme s bakalářskou prací Gebhartové (2012) tak mezi personálem záleží na individuální rozdílnosti osobnosti a povahy každého z respondentů. Proto 52 (54 %) respondentů si myslí, že má na pracovišti dobré vztahy, ani dobré a ani špatné vztahy si myslí 24 (32 %) respondentů a zbylých 10 (14 %) respondentů si myslí, že má na pracovišti špatné mezilidské vztahy. Poslední otázka, na kterou jsme se ptali, se týkala změny kvality života v období epidemie COVID-19. Z výzkumného šetření vyplývá, že respondentům, kteří odpověděli, se kvalita života v období epidemie COVID-19 změnila. Odpovídali v podobném duchu, že epidemie omezuje jejich společenský, emocionální, ale i pracovní život. Kormaz (2020) poukazuje na úroveň úzkosti, kterou zdravotníci zažívají v zaměstnání. Během epidemie mohou nastat u zaměstnanců stavy úzkosti a poruchy spánku a mohly by nepříznivě ovlivnit dovednosti zdravotnických pracovníků řešit problémy a způsobit zhoršení své kvality života. Naše studie nepoukazuje na zhoršení spánku u respondentů Dále Ferran (2021) ve své studii poukazuje na zdravotnické pracovníky, u kterých se projevila úzkost s stres u sester v první linii, přičemž hlavními příčinami byly: strach o své blízké, z nakažení COVID-19, úmrtnosti pacientů a nedostatek účinných ochranných pomůcek.

5 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá kvalitou života a zdravím perioperačního týmu. Jejím úkolem bylo zjistit subjektivní vnímání kvality života sester, lékařů, sanitářů a ostatních zdravotnických pracovníků, mezi které se řadí uklízečky operačních sálů, radiologičtí asistenti a biomedicínské inženýři. Zmapovat dimenze a domény standardizovaných dotazníků, ve kterých perioperační tým pocituje největší míru nespokojenosti. Zjistit míru celkové životní spokojenosti QOLSCORE u dotazníku SQUALA a celkovou hodnotu u dotazníku WHOQOL-BREF.

Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část se zaměřuje na vymezení pojmu zdraví, historii zdraví a kde dále rozepisuje i determinanty zdraví. Dále se zaměřuje na pojem kvalita života, definici a historii. Zabývá se podrobněji dimenzemi kvality života, jejich rozdělením a stručným popisem jednotlivých oblastí. Jsou zde uvedeny i různé způsoby a metody měření kvality života. Práce charakterizuje perioperační tým a podrobně se zabývá kmenovými zaměstnanci centrálních operačních sálů. Dále se zabývá faktory, které ovlivňují psychosociální zdraví perioperačního týmu. DO těchto faktorů jsme zařadili fyzickou zátěž, zodpovědnost za následky své práce, časový stres a psychickou zátěž, vztahy kolektivu na operačním sále, nepravidelné stravování, nepravidelný spánkový rytmus a práci ve směnném provozu. V diplomové práci jsou také zmíněny výzkumy ohledně kvality života z minulých let a jsou porovnávány s naším šetřením.

Empirická část práce obsahuje analýzu výsledků dotazníkových šetření adresovaného perioperačnímu týmu v okresní nemocnici. Bylo provedeno porovnání zjištěných výsledků mezi oběma standardizovanými dotazníky. Lze shrnout, že ze získaných výsledků a z vyhodnocení Pearsonova chí-kvadrát testu je zřejmé, že neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života v abstraktních hodnotách v pohlaví v perioperačním týmu, kdy byl větší rozdíl průměrných hodnot. Dále neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života a zdraví z QOLSCORE v pohlaví v perioperačním týmu, protože i zde se ukazovaly větší rozdíly mezi průměrnými hodnotami, ale po testování pro nás nevyšly jako statisticky významné. Nejvyšší průměrnou hodnotu dosáhly ženy v dimenzi zdraví u dotazníku SQUALA a v doméně prostředí v dotazníku WHOQOL-BREF. Ale muži dosáhli nejvyšší průměrné hodnoty v dimenzi zdraví, stejně jako ženy v dotazníku SQUALA a v doméně prostředí. Pokud se zaměříme na profese, nejvyšší průměrná hodnota naměřená pomocí dotazníku SQUALA byla u lékařů v dimenzi zdraví. V dotazníku WHOQOL-BREF byla nejvyšší naměřená hodnota u lékařů v doméně prostředí.

Výsledky výzkumného šetření mohou poskytnout další možnosti ke zkoumání kvality života a zdraví v perioperačním týmu pomocí standardizovaných dotazníků. Kvalita života zdravotníků je důležitá, protože práce ve směnném provozu může být pro někoho psychicky, ale i fyzicky náročná a vyčerpávající. Standardizované dotazníky, které se v této práci objevily patří k obecným dotazníkům, a zároveň je lze využít na vícero skupinách lidí.

6 POUŽITÁ LITERATURA

Literární zdroje

- ARAKAWA, CH., et al., 2011. Factors Contributing to Medical Errors and Incidents among Hospital Nurses. *Industrial Health*. 49, 381-388. ISSN 0019-8366.
- BALKOVÁ, H., et al., 2015. Psychická zátěž v práci operační sestry. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencija: časopis Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek*. č. 4, 31-35. ISSN 1339-5920.
- BALKOVÁ, H., et al., 2015. *Vyhoření perioperačních sester* [online]. Praha [cit. 2021-01-11]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vyhoreniperioperacnich-sester-466793>
- BARTÁK, M., 2015. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem. 200 s. ISBN 978-80-7414-441-7
- BAUMAN, A.E., 2004. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 7(1), 6-19. DOI: 10.1016/s1440-2440(04)80273-1
- BITTNEROVÁ, Z., 2007. Proč termín perioperační péče. *Sestra*. roč.6, 48 s. ISSN 1210-0404.
- BOERSMA, S.N., MAES, S., 2006. Psychological consequences of myocardial infarction: a self-regulation perspective on health-related quality of life and cardiac rehabilitation. *Neth Heart Journal*. 14(10), 335-338. ISSN 1876-6250
- BOUGHATTAS, W., et al., 2014. *Hospital Night Shift and Its Effects on the Quality of Sleep, the Quality of Life and Vigilance Troubles among Nurses*. [online] [cit. 2021-01-11]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/264541959_Hospital_Night_Shift_and_Its_Effects_on_the_Quality_of_Sleep_the_Quality_of_Life_and_Vigilance_Troubles_among_Nurses
- BUCHTOVÁ, B., 2004. Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných. *Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi*. 48(2), 121-135. ISSN 0009-062X

CABANOVÁ, M., 2016. Zátěžové situácie a etika v prostredí kardiochirurgických operačných sál z pohľadu sestry. In: Jirkovský Daniel. *Cesta k modernému ošetrovatelstvu XVIII. – recenzovaný zborník príspevků z odbornej konferencie s mezinárodnou účasťou*. 1. vyd. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. 205-213. ISBN: 978-80-87347-23-2.

ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. Února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, 1452-1479. Dostupné také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy. ISSN 1211-1244

DI CARA, V., et al., 2014. Pracovní podmínky zdravotníků v ČR – průzkum ČAS 2013. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 10(1-2), 35 s. ISSN 1801-464X.

DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J., 2006. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 88 s. ISBN 80-85121-82-4

DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C., 1997. Kvalita života. Měření kvality života v sociální psychiatrii. *Česká a Slovenská psychiatrie*. roč.8, 423-432. ISSN 1212-0383

DUDA, M., 2000. *Práce sestry na operačním sále*. 1. Vydání. Praha: Grada. 389 s. ISBN 80-7169-642-0

DUFKOVÁ, V., 2016. Jak rozpoznat syndrom vyhoření a jak mu předcházet? *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 12(7-8), 44-45. ISSN 1801-464X.

DVORSKÁ, P., 2010. Rizikové faktory na operačních sálech. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 20(4), 58-60. ISSN 1210-0404

FAŤUNOVÁ, Z., 2007. *Kvalita života*. Praha. 94 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Tamara Hrachovinová, Csc.

- FAYERS, P., HAYS, R., 1998. *Assessing quality of life in clinical trials*. Second edition. New York: Oxford University. 482. ISBN 0-19-852769-1
- FAYERS, P., MACHIN, D., 2007. *Quality of life: the assessment, analysis, and interpretation of patient – reported outcomes*. Second edition. Hoboken: John Wiley. 544. ISBN 0-470-02450-X
- FERRAN, M.B., 2021. Caring for the caregiver: The emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals. *Enfermeria clinica*. 35-39. ISSN 1130-8621, doi: 10.1016/j.enfcli.2020.05.006
- FRIEDMAN, H.S., 2008. Personality and disease. *Bran, Behavior and Immunity*. 22(5), 647-650, doi: 10.1016/j.bbi.2008.02.002
- GEBHARTOVÁ, M., 2012. *Vliv konfliktů mezi sestrami na ošetrovatelskou péči*. České Budějovice. Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity
- GROHAR-MURRAY, M.E., 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. 317 s. ISBN 80-247-0267-3
- GULLONE, E., CUMMINS, R.A., 2002. *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators*. London: Kluwer Academic Publisher. 189 s. ISBN 978-94-010-0271-4
- GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vydání. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-802-4736-259
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2002. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 167 s. ISBN 80-717-8303-X
- HEŘMANOVÁ, E., 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství. 240 s. ISBN 978-80-7419-106-0.
- HETTNEROVÁ, M., 2016. Chirurgické sestry a instrumentářky se sešly na Moravě. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 12(6), 42 s. ISSN 1801-464X.
- HLAVÁČKOVÁ, J., et al., 2012. Rouškovací systémy a ochranné oděvy na operačních sálech. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 8(6), 6-9 s. ISSN 1801-464X.

- HNILICOVÁ, H., 2005. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- HNILICOVÁ, H., 2012. Primární péče a podpora zdrav v ČR. *Praktický lékař*. 92(10-12), 565-572. ISSN 0032-6739
- HOLČÍK, J., et al., 2005. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 186 s. ISBN 80-7013-417-8
- JEDLIČKOVÁ, J., et al., 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
- KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 264 s. ISBN 978-80-200-1307-1
- KOMAČEKOVÁ, D., 2012. Fyzická a psychická zátěž pri poskytovani ošetrovateľskej starostlivosti (prevencia, ochrana a podpora zdravia sestry). In: Selko Dušan. *Zborník príspevkov z 5. konferencie psychológie zdravia*. Bratislava: Prohuman. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/psychologia/fyzicka-a-psychicka-zataz-priposkytovani-osevrotavelskej-starostlivosti-prevencia-ochrana-a-podpora-zdravia-sestry>
- KORKMAZ, S., et al., 2020. The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services. *Journal of Clinical Neuroscience*.8, 131-136. doi: 10.1016 / j.jocn.2020.07.073
- KŘIVOHLAVÝ, J., 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada – Avicenum. 192 s. ISBN 80-716-9121-6
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. 1. vydání. Praha: Portál. 280 s. ISBN 80-7178-551-2
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál. 280 s. ISBN 978-80-736-7568-4
- KUTNOHORSKÁ, J., 2008. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Oloumoci. 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3.
- KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele – posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.

- LACINOVÁ, M., 2007. Dokumentace anesteziologických sester v ÚVN Praha. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. 17(7-8), 59 s. ISSN 1210-0404
- LIBIGEROVÁ, E., MÜLLEROVA, H., 2006. Posuzování kvality života v medicíně. *Česká a Slovenská psychiatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně. roč.6, 183-186. ISSN 1212-0383
- LONGAUEROVÁ, A., et al., 2012. *Zdroje pracovního stresu na operační sále*. [online] [cit.2021-01-11]. Dostupné z: <https://www.unipo.sk/public/media/18431/Longauerová%20A.,%20Balková%20-%20ZDROJE%20PRACOVNÉHO%20STRESU%20NA%20OPERAČNEJ%20SÁL E.pdf>
- MACHÁLKOVÁ, L., 2013. Percepce únavy a hodnocení spánku v kontextu pracovního režimu všeobecných sester. *Medicína pro praxi*. 10(8-9), 308-310. ISSN 1214-8687.
- MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2016 *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8
- MAREŠ, J., et al., 2006. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD. 228 s. ISBN 80-86633-65-5
- MAREŠ, J., URBÁNEK, T., 2006. Minimální věcně významné změny v diagnostikované kvalitě života. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav Akademie věd České republiky. 50 (6), 557-568. ISSN 1804-6436
- NOVÝ, I., et al., 2002. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 80-247-0384-X
- O'CONNOR, M., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4
- ONDŘIOVÁ, I., 2010. Prevence syndromu vyhoření u zdravotníků při ošetřování terminálně nemocných. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 20(10), 27-28. ISSN 1210-0404.
- PÁVKOVÁ, J., et al., 2002. *Pedagogika volného času*. 3. vydání. Praha: Portal. 231 s. ISBN 80-7178-711-6

- PAYNE, J., et al., 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON. 630 s. ISBN 80-7254-657-0
- PAZDZIORA, E., 2010. Prádlo ve zdravotnictví vyžaduje více pozornosti. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 20(4), 54-57. ISSN 1210-0404.
- PELCÁK, S., 2015. *Stres a syndrom vyhoření*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. 68 s. ISBN 978-80-7435-576-9
- PEŠLOVÁ, Š., 2014. Nedostatek spánku u sester ve směnném provozu. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 10(9), 20-22. ISSN 1801-464X
- PETROVOVÁ, M., 2017. Zdravotní rizika práce ve zdravotnictví. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 13(11), 28-30. ISSN 1801-464X.
- PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., 1996. *Velký sociologický slovník*. 1. vydání. Praha: Karolinum. 749 s. ISBN 80-7184-310-5
- PILAR, G., MCCARTHY, M., 1996. *Measuring health: a step in the development of city health profiles*. Copenhagen: WHO. 68 s. ISBN 978-87-985-7882-6
- RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8
- RIOS, K., 2010. Evaluation of Quality of Life and Depression in Nursing Technicians and Nursing Assistants. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18(3), 413-20. ISSN 0104-1169.
- ROSEN, G., 2015. *A History of Public Health*. New York: MD Publications, Inc. 369. ISBN 1-4214-1602-6
- ROŠKOVÁ, S., 2013. Odpočinek a spánek. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 23(1), 35-37. ISSN 1210-0404.
- SHAO, M.F., et al., 2010. Sleep quality and quality of life in female shift-working nurses. *Journal of Advanced nursing*. 66(7), 1565-1572. ISSN 1365-2648.
- STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
- STRINGER, B., et al., 2008. Noisiness in operating theatres: nurses' perceptions and potential difficulty communicating. *Journal of Perioperative Practice*. 18(9), 384-391. ISSN 1750-4589.

SVOBODA, M., HUMPOLÍČEK, P., 2013. *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál. 487 s. ISBN 978-80-262-0363-6

SVOBODOVÁ, L., et al., 2006. *Svět práce a kvalita života*. Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2006. 115 s. ISBN 80-86973-08-5.

ŠTĚCHOVÁ, M., HERMANOVÁ, B., 2007. Role anesteziologické sestry ve stomatochirurgii. *Sestra*. Praha: Mladá fronta.19(9). 64-66. ISSN 1210-0404

TRACHTOVÁ, E., et al., 2003. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: NCO NZO. 186 s. ISBN 80-7013-324-4

TUČEK, M., 2012. Pracovní doba, směny a noční práce. In ŠVÁBOVÁ, K., TUČEK, M., NAKLÁDALOVÁ, M. *Pracovní lékařství*. 1. vyd. Praha: Dr. Josef Raabe, s.r.o. 152 s. ISBN 978-87533-74-9.

ULRICHOVÁ, M., 2012. *Člověk, stres a osobní předpoklady*. 1. vyd. Ústí nad Orlicí: Oftis. 100 s. ISBN 978-80-7405-186-9.

VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P., 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 145 s. ISBN 80-210-3754-7.

VAŠUTOVÁ, K., 2009. Spánek a vybrané poruchy spánku a bdění. *Praktické lékařství: časopis pro další vzdělávání lékařů*. 5(1), 17-20. ISSN 0032-6739.

VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada.160 s. ISBN 978-80-247- 4732-3.

VÉVODOVÁ, Š., et al., 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého. 212 s. ISBN 978-80-244-4770-4

VODVÁŘKA, P., 2003. *Podpůrná léčba v onkologii*. Praha: Galén. 224 s. ISBN 80-726-2264-1

VOJTOVÁ, M., et al., 2012. Pitný režim u studentů VOŠZ Hradec Králové. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese* [online] [cit. 2021-01-11]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/odborne-clanky/florence-plus/pitny-rezim-u-studentu-vosz-hradec-kralove/>

VÝROST, J., et al., 2008. *Sociální psychologie*. Praha: Grada. 760 s. ISBN 978-80-271-2997-3

WHO, 2014. Basic Documents. Forty-eight edition. [online]. WHO publications. [cit. 2020-11-05]. 216 s. ISBN 978-92-4-165048-9. Available from: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-editionen.pdf#page=1>

WHO. 2011. The WHO World Health Report 2011 on mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 11(2), 83-87, doi: <https://doi.org/10.1017/S1121189X00005546>

WENDSCHE, P., et al., 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.

ŽÍDKOVÁ, Z., 2010 Životospráva sálových sester. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 20(2), 40-41. ISSN 1210-0404.

7 SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A - Kompetence sanitářů pro operační oddělení a centrální sterilizaci (Vyhláška č. 55/2011 Sb. v platném znění).....	70
PŘÍLOHA B –Dotazník vytvořený pro perioperační tým.....	72
PŘÍLOHA C –Domény dotazníku WHOQOL-BREF.....	80
PŘÍLOHA D – Dimenze dotazníku SQUALA.....	81
PŘÍLOHA E – Intervaly populačních norem pro dimenze SQUALA.....	82

PŘÍLOHA A - Kompetence sanitářů pro operační oddělení a centrální sterilizaci (Vyhláška č. 55/2011 Sb. v platném znění)

§ 26 stanoví činnosti sanitářů pro operační oddělení a centrální sterilizaci a mohou:

a) pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování ošetrovatelské péče bez odborného dohledu provádět pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetrovatelské péče na úseku operačního oddělení, centrální sterilizace a centrální úpravě lůžek; přitom zejména může

1. pečovat o hygienu prostředí,
2. transportovat biologický a zdravotnický materiál, obstarávat pochůzky pro potřeby oddělení,
3. manipulovat s tlakovými nádobami s medicínálními plyny,
4. doprovázet a převážet pacienty, kteří jsou při vědomí,
5. připravovat specifický obvazový materiál dle potřeb oddělení,
6. provádět mechanickou očistu, dezinfekci a úpravu operačního stolu,
7. v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při úpravě těla zemřelého,
8. v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků,
9. v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přejímání, kontrole a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a na zajištění jejich dostatečné zásoby;

b) pod přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování ošetrovatelské péče bez odborného dohledu účastnit se ošetrovatelských výkonů na úseku operačního oddělení a v míře určené sálou sестrou plnit ošetrovatelský plán; přitom zejména může

1. v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při příjmu, přemístování a transportu pacienta v rámci operačního oddělení,
2. asistovat při provádění hygienické péče u pacienta,
3. pomáhat při polohování a fixaci pacienta před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně základní prevence proleženin a úpravy operačního stolu,

4. provádět technické manipulace s operačním stolem a osvětlením,
5. asistovat při přikládání obvazových materiálů, snímat tvrdé obvazy pacienta,
6. manipulovat s přístroji zdravotnické techniky.

PŘÍLOHA B - Dotazník vytvořený pro perioperační tým

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Aneta Kuchařová a jsem studentkou navazujícího magisterského oboru Perioperační péče na Univerzitě Pardubice. Ve své diplomové práci se zabývám problematikou kvality života a zdraví perioperačního týmu.

Ráda bych Vás poprosila o vyplnění tohoto dotazníku. Prosím zaškrtněte vždy pouze jednu odpověď. Na konci dotazníku prosím uveďte pracovní zařazení, věk, pohlaví a doplňující otázky. Dotazník je anonymní a získané informace budou použity pouze pro účely vypracování mé diplomové práce. Věřím, že výsledky práce přispějí k lepšímu pochopení potřeb odborníků pracujících na operačních sálech.

Předem Vám velmi děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Bc. Aneta Kuchařová

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

V této tabulce zaznamenejte pomocí symbolu (✓) důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
1. Být zdrav					
2. Být fyzicky soběstačný					
3. Cítit se psychicky dobře					
4. Příjemné prostředí a bydlení					
5. Dobře spát					
6. Rodinné vztahy					
7. Vztahy s ostatními lidmi					
8. Mít a vychovat děti					
9. Postarat se o sebe					

10. Milovat a být milován					
11. Mít sexuální život					
12. Odpočívat ve volném čase					
13. Mít koníčky ve volném čase					
14. Být v bezpečí					
15. Práce					
16. Spravedlnost					
17. Svoboda					
18. Krása a umění					
19. Pravda					
20. Peníze					
21. Dobré jídlo					

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech svého života spokojen/a

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Nespokojen	Velmi zklamán
22. Zdraví					
23. Fyzická soběstačnost					
24. Psychická pohoda					
25. Prostředí a bydlení					
26. Spánek					
27. Rodinné vztahy					

28. Vztahy s ostatními					
29. Děti					
30. Péče o sebe sama					
31. Láska					
32. Sexuální život					
33. Odpočinek					
34. Koníčky					
35. Pocit bezpečnosti					
36. Práce					
37. Spravedlnost					
38. Svoboda					
39. Krása a umění					
40. Pravda					
41. Peníze					
42. Jídlo					

zaškrtněte příslušné okénko pomocí symbolu (✓).

Dotazník kvality života WHOQOL-BREF

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. Odpovězte prosím na všechny otázky. Vyberte a zakroužkujte odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější.

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

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

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

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

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

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela

10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5
	velmi špatně	špatně	středně	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

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

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5

18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují 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
---	---	---	---	---	---

Následující otázky se týkají Vašich údajů a kvality života na pracovišti.

Pohlaví:

- A) ŽENA
- B) MUŽ

Pracovní zařazení:

- A) Sestra
- B) Lékař
- C) Sanitář
- D) Další zdravotnický personál

Věk:

- A) 17-24
- B) 25-34
- C) 35-44
- D) 45-54
- E) 55-64
- F) 65-74
- G) 75- a více

Jaká je Vaše pracovní doba?

- A) Jednosměnná
- B) Dvousměnná
- C) Vícesměnná

Jak vnímáte vztahy na Vašem pracovišti??

Velmi dobré	Dobré	Ani dobré, ani špatné	Ne moc dobré	Špatné
-------------	-------	-----------------------	--------------	--------

Změnila se Vám kvalita života v období epidemie COVID-19? (Pokud ano, v čem se změnila a co si myslíte, že bylo důvodem změny.)

- A) Ano
- B) Ne
- C) Nevím

V čem se změnila kvalita života:

PŘÍLOHA C – Domény dotazníku WHOQOL.BREF

DOMÉNY	POLOŽKY
Dom.1 - Fyzické zdraví	Otázka č.3- bolest a nepříjemné pocity
	Otázka č.4- závislost na lékařské péči
	Otázka č.10- energie a únava
	Otázka č.15- pohyblivost
	Otázka č.16- spánek
	Otázka č.17- každodenní činnosti
	Otázka č.18- pracovní výkonnost
Dom.2 - Prožívání	Otázka č.5- potěšení ze života
	Otázka č.6- smysl života
	Otázka č.7- soustředění
	Otázka.11- přijetí tělesného vzhledu
	Otázka č.19- spokojenost se sebou
	Otázka č.26- negativní pocity
Dom.3 - Sociální vztahy	Otázka č.20- osobní vztahy
	Otázka č.21- sexuální život
	Otázka č.22- podpora přátel
Dom.4 - Prostředí	Otázka č.8- osobní bezpečí
	Otázka č.9- životní prostředí
	Otázka č.12- finanční situace
	Otázka č.13- přístup k informacím
	Otázka č.14- záliby
	Otázka č.23- prostředí v okolí bydliště
	Otázka č.24- dostupnost zdravotní péče
	Otázka č.25- doprava
2 samostatné položky	Otázka č.1- kvalita života
	Otázka č.2- spokojenost se zdravím

PŘÍLOHA D – Dimenze dotazníku SQUALA

DIMENZE	POLOŽKY
SQUALA 1 - Abstraktní hodnoty	Otázka č.14- pocit bezpečnosti
	Otázka č.16- spravedlnost
	Otázka č.17- svoboda
	Otázka č.18- krása a umění
	Otázka č.19- pravda
SQUALA 2 - Zdraví	Otázka č.1- zdraví
	Otázka č.2- fyzická soběstačnost
	Otázka č.3- psychická pohoda
	Otázka č.9- péče o sebe sama
SQUALA 3 - Blízke vztahy	Otázka č.6- rodinné vztahy
	Otázka č.10- láska
	Otázka č.11- sexuální život
SQUALA 4 - Volný čas	Otázka č.5- spánek
	Otázka č.7- vztahy s ostatními
	Otázka č.12- odpočinek
	Otázka č.13- koníčky
SQUALA 5 - Základní potřeby	Otázka č.4- prostředí a bydlení
	Otázka č.20- peníze
	Otázka č.21- jídlo

Příloha E – Intervaly populačních norem pro dimenze SQUALA

Dimenze		rozšířený	interval normy			rozšířený
		mírně snížená kvalita	spodní hranice	průměr	horní hranice	mírně zvýšená kvalita
SQUALA 1	abstraktní hodnoty	38,3	45,5	52,6	59,8	66,9
SQUALA 2	zdraví	53,9	61,3	68,7	76,1	83,5
SQUALA 3	blízké vztahy	43,2	52,3	61,4	70,5	79,6
SQUALA 4	volný čas	36,7	43,6	50,5	57,4	64,4
SQUALA 5	základní potřeby	33,9	41,0	48,2	55,3	62,4