

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Valerie Hojná

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Kvalita života všeobecných a praktických sester vybraného zdravotnického
zařízení Pardubického kraje
Diplomová práce

2024

Bc. Valerie Hojná

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Valerie Hojná**
Osobní číslo: **Z22278**
Studijní program: **N0913P360008 Specializace v ošetrovatelství – Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Kvalita života všeobecných a praktických sester vybraného zdravotnického zařízení Pardubického kraje**
Téma práce anglicky: **Quality of life of general and practical nurses in a selected health care facility of the Pardubice Region**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

1. BLATNÝ, Marek, ed. 2017. Psychologie celoživotního vývoje. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3462-3.
2. HARALDSTAT, R. et al., 2019. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Pub med* [online]. 28 (10): 2641–2650 [cit. 2023-07-26]. DOI: 10.1007/s11136-019-02214-9. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31187410/>
3. JAVANMARDNEJAD, Somayeh. et. al., 2021. Happiness, quality of working life, and job satisfaction among nurses working in emergency departments in Iran. *Pub med* [online]. 19 (1):112. 1–8 [cit. 2023-07-20]. DOI: 10.1186/s12955-021-01755-3. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33794917/>
4. MAGERČIAKOVÁ, Mariana a Lukáš KOBER. 2023. Motivace sester po pandemii covidu-19. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3730-5.
5. TSOUVELAS, George. et al., 2022. Secondary traumatic stress and dissociative coping strategies in nurses during the COVID-19 pandemic: The protective role of resilience. *Pub med* [online]. 41: 264–270 [cit. 2023-10-09]. DOI: 10.1016/j.apnu.2022.08.010. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36428058/>

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Klára Václavíková, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

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

V Pardubicích dne 5. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Kvalita života praktických a všeobecných sester vybraného zdravotnického zařízení Pardubického kraje“ 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 19. 04. 2024

Bc. Valerie Hojná v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí diplomové práce Mgr. Kláře Václavíkové, Ph.D. za poskytnutí odborných a cenných rad a také za věnovaný čas a vstřícný přístup. Poděkování patří také vedení vybrané nemocnice za umožnění výzkumu a respondentům za čas, který mi věnovali při vyplňování dotazníků. Ráda bych také poděkovala mé rodině a mému příteli za podporu a trpělivost během studia.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá hodnocením kvality života všeobecných a praktických sester ve vybraném zdravotnickém zařízení Pardubického kraje.

V teoretické části jsou popsány kapitoly o kvalitě života a faktorech, které ji ovlivňují včetně nástrojů pro její hodnocení a významné výzkumy na dané téma. Následující kapitola zahrnuje informace o osobní pohodě, která úzce souvisí s kvalitou života. Další kapitoly se zabývají povoláním sester, včetně pracovní náplně a upozorňují na rizika spojená s touto profesí, jako je syndrom vyhoření, sekundární traumatický stres a únava ze soucitu.

Výzkumná část hodnotí kvalitu života a kvalitu pracovního života pomocí dvou standardizovaných škál: Personal Wellbeing Index – Adult a Professional Quality of Life. Dle škály PWI-A jsou respondenti nejvíce spokojeni s oblastí svého zdraví a nejméně spokojeni s jistotou do budoucnosti. Průměrná hodnota indexu subjektivní pohody u všech dotazovaných činí skóre 67,00 %.

Celkově respondenti vykazují střední úroveň pocitu spokojenosti podle škály ProQOL. Stejně tak je střední úroveň zaznamenána v oblasti syndromu vyhoření. V doméně sekundárního traumatického stresu je u všech dotazovaných zjištěna nízká úroveň.

Pro sběr dat je použita metoda dotazníkového šetření. Výsledky jsou zobrazeny pomocí tabulek či grafů a jsou shrnuty v diskuzi a závěru.

KLÍČOVÁ SLOVA

kvalita života, kvalita pracovního života, všeobecná sestra, praktická sestra, osobní pohoda, PWI-A, ProQOL

TITLE

Quality of life of general and practical nurses in a selected health care facility of the Pardubice Region.

ANNOTATION

The diploma thesis deals with the evaluation of the quality of life of general and practical nurses in a selected health care facility in the Pardubice Region.

The theoretical part describes the chapters on quality of life and factors that influence it, including tools for its assessment and important research on the topic. The following chapter includes information on personal well-being, which is closely related to quality of life. Other chapters deal with the nursing profession, including job descriptions, and highlight the risks associated with the profession, such as burnout syndrome, secondary traumatic stress and compassion fatigue.

The research section assesses quality of life and quality of work life using two standardized scales: Personal Wellbeing Index - Adult and the Professional Quality of Life. According to the PWI-A scale, respondents are most satisfied with their health and least satisfied with security for the future. The average subjective well-being index score for all respondents is 67,00 %.

Overall, respondents report a medium level of satisfaction according to the ProQOL scale. Similarly, a medium level is recorded in the area of burnout syndrome. In the domain of secondary traumatic stress, a low level is found for all respondents.

A questionnaire survey method is used for data collection. The results are displayed using tables or graphs and are summarized in the discussion and conclusion.

KEYWORDS

quality of life, quality of working life, general nurse, practical nurse, personal well-being, PWI-A, ProQOL

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| Úvod..... | 14 |
| 1 Cíl práce..... | 16 |
| 2 Teoretická část..... | 18 |
| 2.1 Obsah pojmu kvalita života..... | 18 |
| 2.2 Faktory ovlivňující kvalitu života..... | 20 |
| 2.3 Osobní pohoda..... | 21 |
| 2.4 Kvalita života související se zdravím | 24 |
| 2.5 Kvalita pracovního života | 27 |
| 2.6 Specifika práce ve zdravotnictví..... | 28 |
| 2.7 Nástroje hodnotící kvalitu života a kvalitu pracovního života..... | 30 |
| 2.8 Výzkumy v oblasti kvality života a kvality pracovního života sester | 34 |
| 2.9 Zdravotnické povolání sestry | 36 |
| 2.10 Rizika povolání sestry ovlivňující kvalitu života | 38 |
| 3 Výzkumná část..... | 41 |
| 3.1 Cíle výzkumu a hypotézy..... | 41 |
| 3.2 Metodika výzkumné části a výzkumný nástroj | 43 |
| 3.3 Organizace výzkumného šetření..... | 44 |
| 3.4 Sběr dat..... | 45 |
| 3.5 Charakteristika vzorku respondentů | 45 |
| 3.6 Zpracování dat | 45 |
| 3.7 Výsledky výzkumného šetření..... | 47 |
| 3.7.1 Demografické a identifikační údaje | 47 |
| 3.7.2 Prezentace výsledků dotazníku ProQOL..... | 57 |
| 3.7.3 Porovnání výsledků dotazníku ProQOL v závislosti na vybraných proměnných | 59 |
| 3.7.4 Prezentace výsledků dotazníku PWI-A..... | 68 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 3.7.5 | Porovnání výsledků škály SWI v závislosti na vybraných proměnných..... | 71 |
| 3.7.6 | Testování hypotéz | 79 |
| 4 | Diskuze | 84 |
| 5 | Závěr | 97 |
| 6 | Použitá literatura..... | 99 |
| 6.1 | Knižní zdroje | 99 |
| 6.2 | Odborné články..... | 100 |
| 6.3 | Internetové zdroje | 107 |
| 6.4 | Použité závěrečné práce | 108 |
| 7 | Přílohy..... | 109 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|---|----|
| Graf č. 1 – Pohlaví respondentů | 47 |
| Graf č. 2 – Věk respondentů | 48 |
| Graf č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání | 48 |
| Graf č. 4 – Druh směnného provozu | 49 |
| Graf č. 5 – Délka praxe ve zdravotnictví | 50 |
| Graf č. 6 – Délka praxe na současném pracovišti | 51 |
| Graf č. 7 – Druh pracovního poměru..... | 52 |
| Graf č. 8 – Místo pracoviště..... | 52 |
| Graf č. 9 – Specializační studium..... | 53 |
| Graf č. 10 – Úvaha o odchodu ze současného pracoviště..... | 54 |
| Graf č. 11 – Úvaha o opuštění profese praktické/všeobecné sestry | 55 |
| Graf č. 12 – Práce v zahraničí | 56 |
| Graf č. 13 – Porovnání výsledků SWI v závislosti na věku | 72 |
| Graf č. 14 – Porovnání výsledků SWI v závislosti na druhu směnného provozu..... | 73 |
| Graf č. 15 – Porovnání výsledků SWI v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví | 75 |
| Graf č. 16 – Porovnání výsledků SWI v závislosti na druhu pracovního poměru..... | 76 |
| Graf č. 17 – Porovnání výsledků SWI v závislosti na místě pracoviště..... | 78 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka č. 1 – Oddělení zařazená do výzkumu..... | 44 |
| Tabulka č. 2 – Výsledky dotazníku ProQOL pro celý výzkumný vzorek | 57 |
| Tabulka č. 3 – Kvalita pracovního života dle věku – pocit spokojenosti | 59 |
| Tabulka č. 4 – Kvalita pracovního života dle věku – syndrom vyhoření | 60 |
| Tabulka č. 5 – Kvalita pracovního života dle věku – STS..... | 60 |
| Tabulka č. 6 – Kvalita pracovního života dle druhu směnného provozu – pocit spokojenosti | 61 |
| Tabulka č. 7 – Kvalita pracovního života dle druhu směnného provozu – syndrom vyhoření | 62 |
| Tabulka č. 8 – Kvalita pracovního života dle druhu směnného provozu – STS | 62 |
| Tabulka č. 9 – Kvalita pracovního života dle délky praxe ve zdravotnictví – pocit spokojenosti | 63 |
| Tabulka č. 10 – Kvalita pracovního života dle délky praxe ve zdravotnictví – syndrom vyhoření | 64 |
| Tabulka č. 11 – Kvalita pracovního života dle délky praxe ve zdravotnictví – STS..... | 64 |
| Tabulka č. 12 – Kvalita pracovního života dle druhu pracovního poměru – pocit spokojenosti | 65 |
| Tabulka č. 13 – Kvalita pracovního života dle druhu pracovního poměru – syndrom vyhoření | 65 |
| Tabulka č. 14 – Kvalita pracovního života dle druhu pracovního poměru – STS..... | 66 |
| Tabulka č. 15 – Kvalita pracovního života dle místa pracoviště – pocit spokojenosti | 67 |
| Tabulka č. 16 – Kvalita pracovního života dle místa pracoviště – syndrom vyhoření..... | 67 |
| Tabulka č. 17 – Kvalita pracovního života dle místa pracoviště – STS | 68 |
| Tabulka č. 18 – Průměrné hodnocení oblastí kvality života (PWI-A) u všech respondentů .. | 69 |
| Tabulka č. 19 – Průměrné hodnocení indexu subjektivní pohody u všech respondentů | 70 |
| Tabulka č. 20 – Index osobní pohody v závislosti na věku..... | 71 |
| Tabulka č. 21 – Index osobní pohody v závislosti na druhu směnného provozu | 73 |
| Tabulka č. 22 – Index osobní pohody v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví..... | 74 |
| Tabulka č. 23 – Index osobní pohody v závislosti na druhu pracovního poměru | 76 |
| Tabulka č. 24 – Index osobní pohody v závislosti na místě pracoviště..... | 77 |
| Tabulka č. 25 – Výsledek hypotézy č. 1 | 79 |
| Tabulka č. 26 – Výsledek hypotézy č. 2 | 80 |

| | |
|--|-----|
| Tabulka č. 27 – Výsledek hypotézy č. 3 | 81 |
| Tabulka č. 28 – Výsledek hypotézy č. 4 | 82 |
| Tabulka č. 29 – Výsledek hypotézy č. 5 | 83 |
| Tabulka č. 30 – Čtyři kvality života podle Veenhoveny | 110 |

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

| | |
|---------------|---|
| WHO | World Health Organization |
| QWL | Quality of Work Life |
| QoL | Quality of Life |
| HRQoL | Health Related Quality of Life |
| OSN | Organizace spojených národů |
| SWB | Subjective Well-Being |
| PWB | Psychological Well-Being |
| WHOQOL | World Health Organization Quality of Life |
| ProQOL | Professional Quality of Life |
| SF-36 | Short Form 36 |
| SF-12 | Short Form 12 |
| SQUALA | Subjective Quality of Life Analysis |
| ComQoL | Comprehensive Quality of Life Scale |
| PWI-A | Personal Wellbeing Index – Adult |
| SWI | Subjective Wellbeing Index |
| GLS | Global Life Satisfaction |
| HLY | Healthy Life Years |
| STS | Sekundární Traumatický Stres |
| ARO | Anesteziologicko – resuscitační oddělení |
| JIP | Jednotka intenzivní péče |
| ORL | Otorinolaryngologie |
| ARIP | Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče |

ÚVOD

Kvalita života je obecný a relativně nový výraz, který vystřídal tradiční pojmy jako štěstí a blahobyt. (Khatatbeh a kol., 2021, s. 1565) Sekce kvality života Světové zdravotnické organizace definuje kvalitu života jako individuální vnímání své pozice v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých jedinec žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a obavám. Jedná se tedy o široký pojem, který zahrnuje fyzické zdraví, duševní stav, úroveň nezávislosti, sociální vztahy a osobní přesvědčení. (Orszulak a kol., 2022, s. 1–2)

Je všeobecně známo, že v dnešní době jsou sestry značně pracovní vyčerpány a jsou na ně kladeny vysoké nároky. Ošetrovatelská komunita je vystavena řadě pracovních rizik, které zahrnují například dlouhodobé působení stresu. To má za následek snížení kvality života ošetrojícího personálu. Sestry se také často potýkají s problémy na pracovišti, jako je nedostatek zaměstnanců či dlouhá pracovní doba. (Orszulak a kol., 2022, s. 1–2)

Zdravotníci, zejména sestry, jsou svědky bolesti a utrpení svých pacientů v každodenní praxi své práce. Poskytování péče v těchto případech je pro zdravotnickou komunitu velmi náročné po fyzické, emocionální a duchovní stránce. Jejich práce vyžaduje určité kvality, jako je empatie, soucit a blízkost k jednotlivcům a rodinám, o které se starají. (Ruiz-Fernández a kol., 2020, s. 1)

V případě sester bylo zjištěno, že kvalita života je ovlivněna zejména prací a pracovním prostředím. Důležitými faktory jsou vztahy s nadřízenými, kolegy a vrstevníky, které mohou rovněž přispívat k rozvoji syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření u sester souvisí s několika faktory, jako je věk, pohlaví, pracovní zkušenosti, nedostatek personálu, nároční pacienti, konflikty mezi sestrami, práce na směny, nadměrná pracovní zátěž, nedostatečné ocenění, soukromé stresory či nejistota zaměstnání. (Alabi a kol., 2021, s. 1429)

Význam kvality pracovního života sester představuje klíčovou oblast v ošetrovatelském výzkumu, zejména proto, že souvisí se zdravým pracovním prostředím, bezpečností pacientů a kvalitou péče. Studie v oblasti ošetrovatelství postupně prokázaly, že kvalita života sester má vliv na kvalitu jejich pracovního života a výsledky péče poskytované pacientům na různých odděleních. (Ageel a kol., 2022, s. 176)

Vzhledem k tomu, že sestry jako členové zdravotnického systému vynakládají veškeré úsilí na zlepšení kvality péče a kvality života pacientů, je zásadní zabývat se faktory, které ovlivňují jejich vlastní kvalitu života. (Orszulak a kol., 2022, s. 2)

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku kvality života všeobecných a praktických sester. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části jsou popsány faktory ovlivňující kvalitu života, včetně nástrojů pro její hodnocení a významné výzkumy na dané téma. Následující kapitola zahrnuje informace o osobní pohodě, která úzce souvisí s kvalitou života. Další kapitoly se věnují zdravotnické profesi sester, včetně jejich pracovní náplně. Závěrečná část upozorňuje na rizika spojená s touto prací, jako je syndrom vyhoření, sekundární traumatický stres a únava ze soucitu.

Ve výzkumné části je provedeno kvantitativní dotazníkové šetření. Hlavním cílem výzkumu této diplomové práce je zhodnotit kvalitu života všeobecných a praktických sester ve vybraném zdravotnickém zařízení Pardubického kraje. K hodnocení kvality života jsou využity dvě standardizované škály: Personal Wellbeing Index – Adult – 5 (dále jen PWI-A) a Professional Quality of Life (dále jen ProQOL). K těmto škálám byla přidána část s demografickými a identifikačními údaji. Výsledky dotazníkového šetření jsou uvedeny v diskuzi a závěru.

1 CÍL PRÁCE

Hlavní cíl této diplomové práce je zhodnotit kvalitu života všeobecných a praktických sester ve vybraném zdravotnickém zařízení Pardubického kraje pomocí dvou standardizovaných dotazníků Personal Wellbeing Index – Adult – 5 (PWI-A) a Professional Quality of Life (ProQOL) a zjistit jejich vzájemné vztahy.

Výzkumné cíle:

- Zjistit, jak všeobecné a praktické sestry hodnotí svou kvalitu života a kvalitu pracovního života pomocí dvou standardizovaných škál.
- Zjistit, zda hodnocení kvality života bude odlišné v závislosti na vybraných proměnných (věk, druh směnného provozu, délka praxe ve zdravotnictví, pracovní poměr a typ oddělení).
- Zjistit, zda se liší kvalita života všeobecných a praktických sester pomocí Indexu subjektivní pohody (SWI) v závislosti na typu oddělení.
- Zjistit, zda se liší kvalita života všeobecných a praktických sester pomocí Indexu subjektivní pohody (SWI) v závislosti na věku.
- Zjistit, zda délka praxe ve zdravotnictví zvyšuje riziko vzniku syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester.
- Zjistit, zda všeobecné a praktické sestry na urgentním příjmu a v intenzivní péči mají vyšší riziko vzniku sekundárního traumatického stresu než sestry na standardním lůžkovém oddělení.
- Zjistit vzájemné vztahy mezi použitými škálami.

Výzkumné otázky (VO):

VO₁: Jak vybrané všeobecné a praktické sestry hodnotí svou kvalitu života a kvalitu pracovního života pomocí dvou standardizovaných škál?

VO₂: Jaký je rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí Indexu subjektivní pohody (SWI) v závislosti na místě pracoviště?

VO₃: Jaký je rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí Indexu subjektivní pohody (SWI) v závislosti na věku?

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

VO5: Jaký je rozdíl v pravděpodobnosti výskytu sekundárního traumatického stresu mezi vybranými všeobecnými a praktickými sestrami, které pracují na oddělení intenzivní péče nebo na urgentním příjmu, ve srovnání se sestrami na standardních lůžkových odděleních?

VO6: Jaké jsou vzájemné vztahy mezi použitými škálami?

2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je rozdělena na hlavní kapitoly a podkapitoly. Hlavním tématem je kvalita života a faktory, které ji ovlivňují. Nadále jsou zde popsány nástroje, které hodnotí kvalitu života a kvalitu pracovního života a také významné výzkumy na dané téma. S kvalitou života souvisí i osobní pohoda, které je věnována samostatná kapitola. Další kapitoly zahrnují informace o zdravotnickém polovávání sestry a náplni její práce. Závěrečná kapitola obsahuje informace o rizicích, které hrozí sestřím při výkonu jejich povolání – syndrom vyhoření, sekundární traumatický stres, únava ze soucitu. V práci se vyskytují zdroje starší 10 let, které považuji za stěžejní pro dané téma.

2.1 Obsah pojmu kvalita života

Světová zdravotnická organizace WHO definuje kvalitu života jako „*subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem*“. Kvalitu života lze také interpretovat jako míru, ve které člověk považuje sebe za schopného „plně fungovat“ v tělesném, emocionálním, mentálním a sociálním smyslu, podle svého osobního názoru. (NZIP, 2023)

Ve slovníku českého a slovenského jazyka lze nalézt pojem kvalita, který vyjadřuje jakost, hodnotu. Kvalita může být vyjádřena jak kvalitativními, tak kvantitativními indikátory. Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život. Život jednotlivce, který nelze chápat jen ve významu biologické existence (opak smrti). Kvalita života je komplexní pojem zahrnující veškeré oblasti jeho činnosti (rodinný, společenský, pracovní a citový život). Kromě individuální kvality života se mohou hodnotit i životní podmínky skupin, společností nebo populace jako celek. Konkrétně v oblasti ošetrovatelství je zkoumána například kvalita života pacientů s onemocněním diabetes mellitus či kvalita života s onkologickými onemocněními a mnohé další. V sociologii může být hodnocena kvalita života konkrétního národa či obyvatel. (Gurková, 2011, s. 21)

Dle Hudákové (2013) není možné zcela jednoznačně a univerzálně definovat termín kvalita života, a přesto se mnoho autorů pokusilo o jeho vymezení. Je to pojem, který je převážně kvalitativní a částečně subjektivní. (Hudáková a kol., 2013, s. 36)

Pojem kvalita života se začíná ve společenských vědách objevovat ve druhé polovině 20. století, kdy jako první tento pojem použil americký ekonom a sociolog Galbraith. Později byl termín zařazen do koncepčních dokumentů OSN prostřednictvím založení mezinárodních vědeckých a společenských organizací. (Hudáková a kol., 2013, s. 32)

V sedmdesátých letech dvacátého století vznikly v oblasti ekonomie, medicíny a sociálních věd tři odlišné alternativní přístupy k definování individuální kvality života, a to:

- Kvalita upravených let života (Quality-Adjusted Life Years, QALY) - výsledek spolupráce mezi ekonomickými obory a medicínou.
- Subjektivní pohoda (Subjective Well-Being, SWB) - založena na výzkumu sociálních věd.
- Kvalita života související se zdravím (Health Related Quality of Life, HRLoQ) - výsledek medicínských věd.

Jinak řečeno, v rámci těchto tří disciplín vznikly různé přístupy k hodnocení a pochopení individuální kvality života. (Hudáková a kol., 2013, s. 36)

Zavedení konceptu kvality života (Quality of Life – QoL) jako měřítka výsledků v oblasti zdravotnictví vzniklo také v průběhu sedmdesátých let dvacátého století, současně s pokroky v oblasti medicíny. Tento pokrok zajistil prodloužení průměrné délky života lidí. Akutní a chronické nemoci na které se dříve umíralo se staly léčitelnými. Výsledkem toho byla významná potřeba zkoumat, jak lidé prožívají tyto "přidané roky" života. Autor Fallowfield (1990) definoval QoL jako „chybějící měřítko v oblasti zdraví“. (Panzini, 2017, s. 264)

Kategorizací konceptů kvality života se zabýval autor Ruut Veenhoven, který vytvořil teorii „čtyř kvalit života“. Do těchto čtyř kvalit života jsou zařazeny životní šance neboli předpoklady, životní výsledky, vnější kvality neboli charakteristiky prostředí včetně společnosti a v neposlední řadě také vnitřní kvality neboli charakteristiky individua. Tabulka s názvem „Čtyři kvality života podle Veenhoven“ je ke zhlédnutí v *příloze A*. (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 9; Veenhoven, 2000, s. 4)

Analýzou definic pojmu kvality života se také ve své knize zabývá autorka Bužgová (2015), která rozděluje pět hlavních kategorií v oblasti kvality života:

1. Schopnost žít normální život.
2. Štěstí, spokojenost.
3. Dosažení osobních cílů.
4. Schopnost vést společenský život.
5. Fyzická a mentální kapacita.

Multidimenzionální definice kvality života bere v úvahu všechny tyto aspekty. Proto je běžně hodnocena v dimenzi fyzické, psychické, sociální a spirituální pohody. Avšak při dosažení pozdního stádia života mohou být všechny tyto oblasti zúženy nebo upraveny. (Bužgová, 2015, s. 101)

Koncept kvality života se propojuje s biologickými a funkčními aspekty, jako je zdravotní stav a schopnost fungování, a rovněž zahrnuje sociální a psychologické dimenze, jako je pohoda, spokojenost a štěstí. V literatuře stále neexistuje jednoznačná shoda ohledně pojmu kvalita života. Je však důležité rozlišovat mezi pojmy životní úroveň a kvalita života. (Panzini, 2017, s. 264)

2.2 Faktory ovlivňující kvalitu života

Většina definic vymezuje kvalitu života jako identifikaci klíčových faktorů, které ovlivňují utváření kvality života jednotlivce. Nicméně, kvůli subjektivnímu vnímání těchto faktorů není možné je jednoznačně vymezit. Je však možné popsat skupinu faktorů (oblastí), které mají přímý nebo nepřímý vliv na lidský a společenský rozvoj. Jedná se o oblast zdravotní, sociální, ekonomickou či environmentální. Specifická skupina faktorů, která přímo ovlivňuje kvalitu života jednotlivce jsou věk, pohlaví, rodinná situace, polymorbidita, dosažené vzdělání, individuální hodnotové přesvědčení, ekonomická situace, kulturní prostředí a další. (Dvořáčková, 2012, s. 76)

Dvořáčková (2012) ve své knize uvádí, že kvalitu života osob v každém věku a nejvíce ve stáří ovlivňuje jejich zdravotní stav. Stav zdraví, nebo naopak nemoc, jsou vždy zásadními faktory ovlivňujícími způsob, jakým lidé prožívají svůj život v pozdějším věku. Toto zdravotní hledisko také určuje, zda budou moci nadále pracovat nebo se naopak rozhodnou odejít do důchodu. Mezi další významné faktory ovlivňující kvalitu života jedince je schopnost se postarat sám o sebe, úroveň pohyblivosti, kontrola nad vlastním životem a úroveň subjektivní osobní pohody. V neposlední řadě bezpečnost životního prostředí, subjektivní dojem z dostupnosti zdravotní a sociální péče a také momentální psychický stav. (Dvořáčková, 2012, s. 76–77)

Fyzická aktivita je klíčovým faktorem ovlivňujícím kvalitu života. Nedostatečný pohyb nejenže snižuje naši fyzickou kondici a výkonnost, ale také zvyšuje riziko vzniku několika vážných zdravotních problémů, kterými jsou například svalová atrofie, sarkopenie, osteoporóza, diabetes 2. typu, vysoký krevní tlak, ischemická choroba srdeční a některé typy rakoviny. (Puciato a kol., 2017, s. 1627)

Autor Puciato (2017) ve své studii naznačuje, že hypokineze, může mít škodlivé dopady na duševní zdraví a kognitivní funkce. Tato neaktivita může vyvolat nárůst úzkosti, snížené sebevědomí, zvýšený stres a může také přispět k poruchám spánku. (Puciato a kol., 2017, s. 1627)

Důležitým faktorem, který má vliv na vnímání kvality života spojený se zdravím, je přítomnost chronických onemocnění, zejména polymorbidita. (Zygmuntowicz a kol., 2012, s. 333). Polymorbidita je obvykle charakterizována jako přítomnost dvou nebo více chronických onemocnění u jednotlivce současně. Tento stav je nejčastější mezi jedinci ve vyšším věku a jedním z hlavních výsledků této situace je snížení kvality jejich života. (Makovski a kol., 2019, s. 1)

Díky ekonomickému a sociálnímu rozvoji, vylepšené zdravotní péči, pokroku ve vědě a praktikám zdravotního vzdělávání a propagace se průměrná délka života na globální úrovni v průběhu několika desetiletí trvale prodlužuje. Tím stoupá i podíl jedinců ve věku 65 let a více, a to s vyhlídkou na další nárůst do roku 2050. Zatímco prodlužování délky života je bezpochyby jedním z nejvýznamnějších úspěchů lidstva, přináší s sebou i určité výzvy jako je hromadění chronických onemocnění. (Makovski a kol., 2019, s. 1–2)

Proces stárnutí společnosti vyžaduje nejen hluboké zamyšlení, ale také konkrétní opatření, která směřují ke zlepšení kvality života v pozdějším věku. Tímto problémem se zabývá Světová zdravotnická organizace, která svou pozornost zaměřuje na rozdíly, které mohou nastat mezi délkou života a obdobím prožitým bez chronických onemocnění. S ohledem na tato doporučení WHO zahrnula Evropská unie do svého souboru zdravotních ukazatelů měřítko očekávané délky života ve zdravém stavu. Jedním z těchto ukazatelů je HLY (Healthy Life Years), což představuje očekávanou délku života bez dlouhodobého omezení v aktivitách denního života. (Pinkas a kol., 2016, s. 3096)

2.3 Osobní pohoda

Empirická věda o subjektivní pohodě, lidově nazývané štěstí nebo spokojenost, se v posledních letech velmi rozšířila. Během průběhu tisíciletí byl lidský blahobyt zkoumán prostřednictvím filozofie a náboženství, přičemž významní myslitelé jako Aristoteles, Konfucius a Buddha přispěli k definici toho, co znamená dobrý život. V nedávné době se o této problematice začali zajímat behaviorální vědci, kteří nekladou důraz na formulaci přesného popisu dobrého života, nýbrž se soustředí na faktory, jež přispívají k tomu, že lidé osobně vnímají svůj život jako plnohodnotný a obohacující. (Diener a kol., 2018, s. 253)

Jedním z konceptů spojených s kvalitou života je vnímání osobní pohody (well-being). Osobní pohoda zahrnuje psychospirituální, fyzickou a sociální dimenzi. Pro pacienta má toto pojmání praktický význam – znamená to pro něj „pociťovat se dobře“. (Bužgová, 2015, s. 101) Subjektivní pohoda neboli „Subjective Well-Being“ (SWB) se zabývá posuzováním jednotlivců a hodnocením vlastního života. Zahrnuje nejen životní spokojenost ale také emocionální reakce na probíhající život ve smyslu pozitivních a příjemných emocí oproti nepříjemným a negativním emocím. (Diener a kol., 2018, s. 253)

Šťěstí (happiness) a pohoda (wellbeing) jsou často chápány jako niterné pocity nebo stavy spokojenosti. Šťěstí představuje krátkodobý příjemný zážitek, který každý může zažít, ale jen těžko jej lze popsat slovy. V kontrastu k tomu je životní spokojenost způsob, jakým jedinec hodnotí svůj celkový život a jak vnímá směr, kterým se ubírá do budoucna. Jak štěstí, tak životní spokojenost jsou pevnými pilíři pro budování subjektivní pohody po celý život jednotlivce. V zahraničí je problematika wellbeingu velmi důkladně zkoumána. Výzkum v této oblasti probíhá již několik desítek let, v našem prostředí České republiky se tato oblast řeší jen ojediněle. (Mikušová, 2020, s. 18)

Pohoda se stává středem zájmu s nástupem pozitivní psychologie, která se soustředí na pozitivní stránky lidského žití. (Gurková, 2011, s. 31) Během 20. století vzniklo několik teoretických konceptů týkajících se osobní pohody, z nichž dva získaly mezi badateli významné postavení – subjektivní pohoda (subjective well-being) a psychologická pohoda (psychological well-being). (Blatný, 2017, s. 190) Subjektivní pohoda (SWB) je spojována s hédonistickým přístupem pohody a psychická pohoda (PWB) s eudaimonistickým přístupem. Spokojenost se životem, nejběžnější indikátor SWB, však není striktně hédonickým pojmem a obsahuje mnoho eudaimonických složek. (Díaz a kol., 2015, s. 247)

Subjektivní pohoda

Pojem subjektivní pohoda se začal rozvíjet od konce 50. let 20. století a nejčastěji byl užíván jako indikátor kvality života. Vychází z hédonické tradice a zahrnuje výraznou úroveň prožívání pozitivních emocí, a naopak omezenou úroveň prožívání negativních emocí. Od 60. let 20. století se rozlišují dvě základní složky subjektivní pohody a to: životní spokojenost a štěstí. Životní spokojenost reflektuje vnímání rozdílů mezi současným životním stavem člověka a jeho očekáváními a touhami. Pojem štěstí znamená harmonický stav mezi prožívanými pozitivními a negativními emocemi. (Blatný, 2017, s. 190–191)

Subjektivní životní pohodu lze měřit pomocí jediné položky, známé jako míra globální životní spokojenosti – „Global Life Satisfaction“ (GLS). Lidé mohou být požádáni, aby ohodnotili svou globální životní spokojenost. Obvykle má tato položka podobu: „Jak jste spokojen/a se svým životem jako celkem?“. Ačkoli je tato otázka vynikajícím měřítkem subjektivní pohody, takováto jednopoložková měření jsou méně spolehlivá než vícepoložkové škály. (Cummins, 2013, s. 5)

Psychologická pohoda

Koncept psychologická pohoda neboli psychological well-being vychází z eudaimonické tradice (eudaimonion – blaženost). Psychologická pohoda zdůrazňuje seberealizaci, hledání smyslu života a individuální rozvoj jedince. (Gurková, 2011, s. 32–33) V knize autora Blatného (2017, s. 192) je prezentován multidimenzionální model psychologické pohody, obsahující šest psychologických dimenzí. Tyto dimenze signalizují různé aspekty životních výzev, s nimiž jedinec přichází do kontaktu při svém snažení o osobní růst a pozitivní rozvoj. Pozitivní psychologické fungování zahrnuje dimenze sebepřijetí, pozitivní vztahy s druhými, vládu nad svým prostředím, nezávislost, životní cíl a osobní růst. (Blatný, 2017, s. 192)

Teorie osobní pohody Martina Selingmana

Martin Seligman patří mezi spoluzakladatele oboru pozitivní psychologie a stojí za vývojem teorie osobní pohody, která vychází z jeho předchozího konceptu autentického štěstí. Autor Seligman rozlišoval tři aspekty štěstí – pozitivní emoce, zaujetí a životní smysl. Svou teorii přitom považoval za jednodimenzionální. Později však Seligman svou teorii upravil a nahradil předmět pozitivní psychologie „štěstí“ za více neutrální pojem „osobní pohoda“ (well-being). Seligman charakterizoval osobní pohodu jako hypotetický konstrukt obsahující pět měřitelných složek. Tyto složky samy o sobě nedávají konečnou definici osobní pohody, avšak každá z nich přispívá k její celkové podobě. Těchto pět prvků zahrnuje pozitivní emoce, zaujetí, pozitivní vztahy s druhými, smysl a cíl života a úspěch. Svůj model označil názvem PERMA, což je zkratka z prvních písmen jednotlivých složek osobní pohody v angličtině. (Blatný, 2017, s. 195)

2.4 Kvalita života související se zdravím

Kvalita života se stala důležitým pojmem v oblasti zdravotnictví a medicíny. V posledních desetiletích došlo k nárůstu výzkumné činnosti se zaměřením na kvalitu života pacientů a hodnocení QoL se rapidně navýšilo. (Haraldstat a kol., 2019, s. 2641)

Další termín, kterým je kvalita života související se zdravím (Health Related Quality of Life – HRQoL) vyjadřuje, do jaké míry nemoc a terapie ovlivňují schopnost a možnost pacienta žít životem, který by mu vyhovoval a uspokojoval jeho potřeby. Zde je kladen důraz na postoj nemocného ohledně jeho vlastní situace. V uskutečňování osobních plánů a cílů jsou klíčové dva faktory:

- možnosti (příležitosti, překážky) dosažení cílů;
- míra kontroly (vlivu) nad danou situací. (Vaňásková a Bednář, 2013, s. 133)

V sedmdesátých letech 20. století započal výzkum v oblasti kvality života v rámci systému zdravotní péče. Tento výzkum byl potencován dvěma faktory. První farmakoekonomický faktor zahrnoval hodnocení finanční nákladnosti a účinnosti léčby a také potřeby určení priorit v případě alokace zdrojů. Druhým faktorem bylo úsilí souhrnně dokladovat klinickou úspěšnost léčby neboli dopad léčebných intervencí na zdravotní stav nemocného. (Gurková, 2011, s. 41) Koncept kvality života souvisejícím se zdravím se začínal rozvíjet od osmdesátých let, kdy jej první použili Kaplan a Bush v roce 1982. Jeho užívání bylo spojeno s konceptualizací zdraví, podporou zdraví (health promotion) a hodnocením dopadů na zdraví (health impact assessment). (Gurková, 2011, s. 41)

Vymezení pojmu zdraví

Zdraví je dle definice Světové zdravotnické organizace „stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouhé nepřítomnosti nemoci nebo vady“. (NZIP, 2023)

V Listině základních práv a svobod je zakotvena ochrana a záruka práva na zdraví jako jedno ze základních práv všech lidí. Protože zdraví reprezentuje subjektivní pocit a vymezit jej lze jen obtížně je nutné úroveň zdraví populace zobrazovat pomocí nemocnosti a úmrtnosti obyvatelstva. Zdraví má značný dopad na kvalitu života, protože je jedním z klíčových cílů a zájmů nejen jednotlivců, ale celé společnosti. (Hamplová, 2020, s. 16)

Dle Machové (2016) není jednoduché definovat pojem zdraví. V období puberty a dospívání je zdraví charakterizováno absencí rizikového chování. Zdraví je nadále ovlivňováno kulturou dané společnosti, sociálními podmínkami, ekonomikou či rozvojem medicíny. Zdraví má rozdílné dimenze a přístupy, které se ale vzájemně prolínají. Tyto dimenze zahrnují nejen tělesné zdraví, ale také zdraví duševní a sociální. (Machová, 2016, s. 10)

Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou osobní, společenské, ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které při vzájemném působení značně ovlivňují zdravotní stav individua či populace. (Dosedlová a kol., 2016, s. 40) Jejich působení může mít buď pozitivní a zdraví posilující vliv na jedince anebo naopak negativní, kdy dochází k oslabení zdraví a vyvolání nemoci. (Machová, 2016, s. 10) Determinanty zdraví lze rozdělit na vnitřní a vnější.

Vnitřní determinanty zahrnují:

- dědičné faktory, které jsou ovlivňovány genetikou matky a otce.

Zevní determinanty zahrnují:

- životní styl jedince;
- kvalitu životního a pracovního prostředí;
- úroveň a kvalitu zdravotnických služeb. (Machová, 2016, s. 10)

1. Životní styl jedince

Dle WHO ovlivňuje životní styl jedince jeho zdraví až z 50 %. (Dosedlová, 2016, s. 41) Lze ho tedy nazvat klíčovým faktorem pro zdraví. Je možné si aktivně vybrat zdravější možnosti a odmítnout ty, které by naše zdraví poškodily. Náš životní styl je tak ovlivněn naší dobrovolnou volbou a okolnostmi, které jsou nám nabízeny. Lidé se však nemohou zcela svobodně rozhodovat o svém způsobu života. Chování jednotlivce je totiž formováno rodinnými zvyklostmi, tradicemi společnosti a ekonomickými podmínkami. Také zde hraje důležitou roli věk, temperament, vzdělání, zaměstnání, pohlaví či hodnotová orientace. (Machová, 2016, s. 15)

Rizikové faktory životního stylu

Mezi rizikové faktory životního stylu lze zařadit rizikové zdravotní návyky jako je užívání a závislost na návykových látkách, nedostatek pohybu, nedostatečná výživa či rizikové sexuální chování. Mezilidské agresivní chování zahrnuje šikanu, týrání, domácí násilí, mobbing či bossing. Lidé také mohou projevovat formy agrese vůči osobám či majetku (loupeže, sprejování). A v neposlední řadě nebezpečné chování, které může vést ke vzniku a šíření infekčních chorob například při zanedbávání hygienických návyků nebo při odmítání očkování. (Hamplová, 2020, s. 20)

2. Životní a pracovní prostředí

Zdravotní perspektivou lze životní prostředí definovat jako komplexní soubor biologických, fyzikálních, chemických a sociálních faktorů v blízkosti jedince, které mají potenciál ovlivnit jeho zdraví. Lidský organismus je nepřetržitě nucen adaptovat se na tyto vlivy prostředí. (Machová, 2016, s. 276)

Pracovní prostředí má významný vliv na zdraví a duševní pohodu zaměstnanců. Nezdravé pracovní prostředí může mít jak fyzické, tak psychické důsledky a vést k situacím plným stresu, depresi, zneužívání látek, nepřítomnosti v práci a snížené efektivitě. (Allande-Cussó a kol., 2022, s. 1–2)

3. Kvalita zdravotnických služeb

Všeobecně lze kvalitu definovat jako nepřítomnost vad či snahu uspokojit zákazníka. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu zdravotnické péče jako „*souhrn výsledků, kterých bylo dosaženo v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě věd a praxe*“. (WHO, 1996) Oblast kvality zdravotnických služeb je v každém státě primárně formována sociálním a kulturním prostředím. Nadále je ovlivňována těmi, kteří kvalitu služeb definují na rovině zástupců vlády – politici, tvůrci zákonů, zástupci zdravotnických institucí a samozřejmě i pracovníky ve zdravotnictví. Vynechat nelze také účast obyvatel a pacientů. (Válková, 2015, s. 11–12)

2.5 Kvalita pracovního života

Práce je klíčovým pilířem života, protože umožňuje lidem získávat sociální a ekonomické benefity a určuje jejich postavení ve společnosti. Koncept kvality pracovního života (Quality of Work Life, QWL) byl vícedimenzionálně konstruován prostřednictvím sociální reprodukce, která historicky určuje společenské zařazení s ohledem na práci, kterou každý člověk vykonává. Kvalita pracovního života je zlepšována díky příznivým pracovním podmínkám a ovlivňována vnímáním a emocemi jednotlivce. QWL zahrnuje spokojenost zaměstnance s jeho osobními a pracovními potřebami v rámci dané pozice. Je důležité, aby tyto potřeby zaměstnance zaměstnavatel ocenil a respektoval. (Parra-Giordano, 2022, s. 1)

Podle Světové zdravotnické organizace tráví ekonomicky aktivní lidé třetinu svého času na pracovišti, jehož podmínky mají značný vliv na jejich zdraví. (Guerrero-Molina a kol., 2020, s. 1; WHO, 2020) Spojit rodinný život a práci je často náročnou úlohou, a je také důležité najít rovnováhu pro další klíčové aspekty života, které nám přinášejí štěstí. Například vztahy s přáteli, koníčky a zájmy, a také čas na odpočinek. Nalézt harmonii mezi všemi těmito sférami je výzvou, kterou lidé musí řešit, aby dosáhli celkového blaha a spokojenosti. (Čadová, 2021, s. 1–2)

Sestry čelí v životě častokrát mnoha stresujícím situacím, včetně výzev v osobním životě, náročné povahy své práce, která vyžaduje dlouhé stání a soustředění, a též značné oddanosti v péči o pacienty a komunikaci s lidmi, kteří potřebují pomoc. Tyto výzvy negativně ovlivňují pohodu sester a snižují kvalitu jejich pracovního života. Výzkumníci tvrdí, že hodnocení profesní kvality života a snaha o její zlepšení hrají zásadní roli při podpoře zdravých jedinců. Je důležité, aby manažeři nemocnic věnovali větší pozornost kvalitě pracovního života svého personálu a zajistili pro ně žádoucí pracovní prostředí. (Mottaghi a kol., 2019, s. 2)

Vzhledem k tomu, že zdravotnické systémy jsou největšími poskytovateli služeb ve společnosti, je zlepšení kvality pracovního života ošetřujícího personálu důležitým faktorem pro zajištění stability systému zdravotní péče. Kvalita pracovního života má vliv na všechny oblasti života, včetně rodiny a sociálních vztahů. Proto je pracovní spokojenost důležitou součástí života sestry. Ovlivňuje totiž její výkonnost, předčasný odchod do důchodu, změny zaměstnání a také bezpečnost pacientů. (Javanmardnejad a kol., 2021, s. 2)

Faktory, které ovlivňují kvalitu pracovního života, jsou postoj k práci, příležitosti, povaha práce, kolegové, úroveň stresu, kariérní vyhlídky, související výzvy, motivace, růst a vývoj, související rizika a odměny. (Hemanathan a kol., 2017, s. 1)

V odborných publikacích se stále častěji objevuje pojem „prezentismus“ (presenteeism), který se vztahuje k situaci, kdy zaměstnanec přichází do práce i přes špatné zdraví nebo nemoc. Tato skutečnost vede k poklesu pracovní výkonnosti z důvodu nepříznivého zdravotního stavu. V současné době je stále více rozšířený názor, že nárůst prezentismu je způsoben kombinací dvou faktorů. Za prvé, zvýšeným zájmem o absenci v práci, což znamená, že lidé jsou náchylnější k tomu chodit do práce i při špatném zdravotním stavu. Za druhé, snahou firem o maximalizaci zisku a produktivity. (Štěpánek, 2021, s. 2)

Je důležité zdůraznit, že tato situace se často týká především psychických problémů (jako například deprese), muskuloskeletálních obtíží (například bolesti zad) a chronických onemocnění (cukrovka, migrény), které na první pohled nejsou viditelné a historicky nebyly vždy považovány za dostatečně vážné důvody pro pracovní neschopnost. Jedním z hlavních problémů bránících širšímu povědomí veřejnosti o prezentismu je nedostatek studií, které by konkrétně kvantifikovaly tento fenomén. (Štěpánek, 2021, s. 2)

2.6 Specifika práce ve zdravotnictví

Práce v oblasti zdravotnictví je nedocenitelná pro společnost, plná zajímavých výzev, ale zároveň vysoce náročná a spojená s významnými riziky. Obecně lze pracovní rizika rozdělit na nespecifická (směnný provoz, nedostatek odpočinku, psychicky a fyzicky náročná práce, stres) a specifická (fyzikální, chemické a biologické). Zdravotníci jsou při své práci vystaveni působením různorodých faktorů. Nejčastěji jsou to infekční agens, chemické látky, fyzikální faktory (ionizující i neionizující záření) a také fyzická a psychická zátěž. Zaměstnavatel má povinnost spolupracovat se svými zaměstnanci na nastavení postupů, které umožní eliminovat nebo alespoň minimalizovat tato rizika. (Petrovová, 2017, s. 1)

Nepřetržitý provoz

Práce na směny představuje specifický typ organizace práce, který se odlišuje od standardních 8 až 9 hodin denní pracovní doby. Namísto toho zahrnuje celý 24hodinový provoz díky rotaci pracovních skupin. (Saulle, 2018, s. 189)

Pokrok ve flexibilitě pracovní doby ovlivnil způsob, jakým lidé pracují a žijí. V mnoha rozvinutých zemích nyní třetina populace pracuje na směny, a dokonce jedna pětina lidí vykonává práci i v nočních hodinách. Tato změna v organizaci pracovní doby má významný dopad na životní styl zaměstnanců. (Turchi a kol., 2019, s. 161)

Práce na směny totiž může mít negativní vliv na spánek, snižuje kvalitu pracovního života a zvyšuje riziko vzniku různých zdravotních problémů. Narušení normálního cirkadiálního cyklu v mnoha případech způsobuje nedostatek spánku, kardiovaskulární onemocnění, poruchy výživy, diabetes mellitus, poruchy nálady až deprese, rakovinu či zhoršení kognitivních funkcí. Závažnost poruch způsobených směnným provozem je spojena s několika faktory, konkrétně s počtem nočních směn pracovníka za rok, délkou pracovní doby a jeho věkem. (Nena a kol., 2018, s. 29–34)

Spánek je nezbytný pro udržení života a regeneraci těla. Dobrá kvalita spánku je důležitá pro udržení zdraví, protože během spánku dochází k mechanismům odstraňování toxinů, což má zásadní vliv na imunitní, kardiovaskulární, reprodukční a endokrinní funkce těla. Také pomáhá regulovat pocit bolesti. Spánek má vliv na naše kognitivní funkce, zajišťuje stabilizaci paměti a ukládání informací a je klíčový pro udržení rovnováhy v našem těle. Kvalita spánku a jeho délka jsou důležitými ukazateli celkové kvality života. To znamená, že spánek by měl být obnovující, s adekvátní délkou, hloubkou a kvalitou. (Silva Fernanda a kol., 2022, s. 2)

Pracovník a jeho duševní zdraví

Pracovní prostředí hraje klíčovou roli jako jeden z hlavních faktorů ovlivňujících duševní zdraví pracovníků. Pracovní prostředí může mít na pracovníky pozitivní vliv, pokud práce přináší uspokojení a přispívá k jejich osobnímu rozvoji a seberealizaci. Na druhou stranu, může mít také negativní účinky, vyvolané stresovými situacemi, nepřiměřenými pracovními rozvrhy, a možným zneužíváním nebo obtěžováním ze strany kolegů či vedení. Je důležité, aby organizace aktivně implementovaly strategie podporující duševní zdraví a prevenci onemocnění na pracovišti. Tato opatření jsou nezbytná, neboť problémy týkající se duševního zdraví způsobené prací představují významnou zátěž pro společnost a ekonomiku země. (Allande-Cussó a kol., 2022, s. 1–2)

Bezpečné pracovní prostředí

Vévoda a kolektiv (2013) definuje ideální bezpečné prostředí jako „*prostředí, v němž nejen nehrozí žádná havárie, úraz ani jiné poškození zdraví – tedy žádné porušení pohody tělesné, duševní ani sociální, ale je to prostředí, které zdraví, a tedy pohodu tělesnou, duševní i sociální podporuje*“. Ideální bezpečné prostředí je klíčové pro zdravotnický personál. Vytvoření daného prostředí je základem k udržení pracovní spokojenosti nejen samotných pracovníků, ale také jejich pacientů. (Vévoda a kol., 2013, s. 77)

Zdravotničtí pracovníci podléhají velkému riziku vzniku pracovních úrazů. Nejvíce ohroženou skupinou jsou sestry. Sestry poskytují nepřetržitou zdravotnickou péči pacientům a očekává se od nich, že budou udržovat optimální pracovní výkon. Většina sester, které pracují v nemocnicích bohužel čelí nepříznivým pracovním podmínkám, jako je nedostatek personálu, nadměrné pracovní vytížení, práce na směny a přesčasy. Především extrémní vyčerpání, jak fyzické, tak duševní, vzniklé v souvislosti s těmito pracovními podmínkami, může mít nepříznivý dopad na bezpečnost zaměstnanců. (Çelikkalp a kol., 2019, s. 2)

Zdravotnický personál se potýká s řadou biologických, chemických a ergonomických rizik. Vzhledem k obsahu práce jsou sestry nejnáchylnější skupinou ke vzniku pracovních úrazů v nemocnici. Nejčastějšími typy pracovních úrazů jsou poranění o jehlu a ostré předměty. Tím jsou pracovníci vystaveni riziku přenosu patogenů krví. Více než 80 % pracovních úrazů je spojeno s rizikovým chováním zaměstnanců. Rizikovým či nebezpečným chováním se rozumí jakékoliv chování pracovníka, který nedbá na bezpečnostní pravidla, normy, postupy a pokyny. (Ghasemi a kol., 2022, s. 3)

2.7 Nástroje hodnotící kvalitu života a kvalitu pracovního života

Nejběžnějším způsobem hodnocení kvality života je pomocí využití dotazníků či strukturovaných rozhovorů. Dotazníky lze rozdělit na obecné (generické) a specifické. Generické dotazníky je možné využít u jakéhokoliv vzorku pacientů a také u zdravé populace. Tato metoda šetření má tu výhodu, že umožňuje porovnávání různých podmínek a souborů jednotlivců, a lze ji aplikovat i ve velkém měřítku pro studium populací. Specifické dotazníky jsou naopak určeny pacientům s konkrétním onemocněním. (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 10)

Generické dotazníky

Obecné neboli generické dotazníky se zaměřují na obecnou kvalitu života, která se vztahuje ke zdraví. Umožňují srovnávat skupiny pacientů trpících různými onemocněními nebo hodnotit zdravotní stav u vzorku celé populace. Avšak, jsou méně citlivé k zachycení drobných změn ve zdravotním stavu. Mezi nejčastěji používané dotazníky lze zařadit například nástroj Short-Form Health Subject Questionnaire (SF-36), WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD nebo Subjective Quality of Life Analysis (SQUALA). Pro děti je určen dotazník Pediatric Quality of Life Questionnaire (PedsQL), KINDL a další. (Gillernová, Kebza, Rymeš a kol., 2011, s. 26–35)

WHOQOL

Světová zdravotnická organizace vytvořila jeden z nevýznamnějších dotazníků hodnotících kvalitu života – WHOQOL (World Health Organization Quality of Life). Tento standardizovaný nástroj pro hodnocení kvality života má dvě podoby. První verze je stopoložkový nástroj WHOQOL-100, který se skládá z 24 definovaných podoblastí a jedné nespécifické podoblasti zahrnující otázky celkové kvality života a celkového zdraví. Tato verze dotazníku se v klinické praxi ukázala jako příliš rozsáhlá. Proto byla vytvořena kratší verze WHOQOL-BREF s 26 položkami. Obsahuje 24 položek sdružených do čtyř oblastí (fyzická, psychologická, sociální oblast a prostředí) a 2 položky celkového hodnocení. Dotazníky jsou hojně využívány u osob s určitým postižením či konkrétní diagnózou pro zkoumání rozdílností kvality života. (Dragomirecká a Bartoňová, 2006, s. 14, 28; WHO, 1998)

ProQOL

Škála kvality profesního života ProQOL (Professional Quality of Life) byla vytvořena v roce 1995 a od té doby je průběžně aktualizována. Tato škála se uplatňuje u profesionálů, kteří poskytují pomoc druhým lidem – zdravotničtí pracovníci, učitelé, záchranáři, policisté a další. V dotazníku jsou zohledněny dva klíčové aspekty: pozitivní (pocit spokojenosti) a negativní (únava ze soucitu). Negativní aspekt neboli únava ze soucitu se poté ještě rozděluje na dvě části. První část se zaměřuje na projevy jako je vyčerpání, frustrace, vztek a deprese nesoucí znak pro syndrom vyhoření. Druhá část se zabývá sekundárním traumatickým stresem poháněný strachem či pracovním traumatem. Jak pozitivní, tak negativní stránky práce ovlivňují kvalitu profesního života. (Stamm, 2010, s. 8–9)

SQUALA

Standardizovaný dotazník Subjektivní kvality života SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis) byl vytvořen v roce 1992 autorem M. Zannottim. Tento nástroj je založený na Maslowově teorii potřeb. Obsahuje 23 oblastí, které zohledňují různé aspekty kvality života. SQUALA zachycuje individuální pohled člověka na svou životní situaci. Vyhodnocuje, jaký je jeho stupeň spokojenosti či nespokojenosti s oblastmi života, které sám považuje za klíčové. Dostupnou českou verzi dotazníku vypracovala E. Dragomirecká a kol. v roce 2006. Obsahuje 21 položek. Vyřazeny byly oblasti týkající se „Zájmu o politiku“ a „Náboženského přesvědčení“. Dotazník kvality života SQUALA lze efektivně používat u jedinců trpících psychiatrickými poruchami, včetně pacientů hospitalizovaných. Navíc je vhodný i pro zdravou populaci a pro jedince s jinými typy zdravotních obtíží. (Chrastina a kol., 2014, s. 2–3)

SF-36

Short Form 36 Health Subject Questionnaire ve zkratce Short Form 36 (SF-36) je dotazník vytvořený dvěma autory Ware a Sherbourne v roce 1992. Tento nástroj je velmi hojně využíván při zkoumání kvality života v souvislosti se zdravím. Dotazník obsahuje 36 otázek rozdělených do osmi domén, které popisují možné omezení funkce: omezení fyzické činnosti, omezení pro fyzické problémy, tělesnou bolest, celkové zdraví, vitalitu, sociální funkce, omezení pro emoční problémy a omezení se vztahem k duševnímu zdraví. Standardizovaný dotazník SF-36 je využíván v mnoha klinických studiích a byla vytvořena i jeho zkrácená verze obsahující pouze 12 otázek (SF-12). (Vaňásková a Bednář, 2013, s. 133–134)

SQWLi

Indikátor subjektivní kvality pracovního života představuje výzkumný nástroj pro měření subjektivního vnímání práce pracovníky u ekonomicky aktivní populace České republiky. Tento nástroj poskytuje údaje o dílčích aspektech práce ve dvou navzájem se doplňujících dimenzích, které umožňují komplexní hodnocení pracovních podmínek. V první dimenzi je spokojenost měřena pomocí hodnotící škály s póly „velmi špatné“ a „velmi dobré“. Druhou dimenzi představuje subjektivní vnímání důležitosti dílčích aspektů, která je hodnocena škálou s krajními hodnotami „naprosto nedůležité“ a „zcela zásadní“. Rozvojem nástroje byly nově vytvořeny dvě sady šesti souhrnných indexů v šesti identifikovaných základních doménách pracovního života. Domény zahrnují odměňování, vztahy, čas, seberealizaci, jistotu a pracovní podmínky. (Červenka, 2021, s. 1–2)

PWI

Konstrukt kvality života má komplexní složení. Není překvapivé, že není dohodnutá definice ani standardní forma měření. Tuto absenci nelze přičítat nedostatku pokusů o řešení této problematiky či nedostatku nápadů. Adresář nástrojů, který vypracovalo Australské centrum pro kvalitu života, popisuje více než 1 200 nástrojů, které mají v nějaké formě měřit kvalitu života. Index osobní pohody byl vytvořen v roce 1994 na základě „Komplexní škály kvality života“ (Comprehensive Quality of Life Scale – ComQol). V roce 2001 byl systém ComQol opuštěn kvůli dvěma závažným nedostatkům a z projektu ComQol vzešel „Index osobní pohody“ neboli „Personal Wellbeing Index“ (PWI). (Cummins, 2013, s. 5–8)

Škála PWI obsahuje osm položek spokojenosti. Každé je přiřazena jedna oblast kvality života: životní úroveň, zdraví, životní úspěch, vztahy, bezpečí, spojení s komunitou, jistota do budoucna a duchovní život. (Cummins, 2013, s. 9)

Těchto osm oblastí představuje první úroveň globální otázky: „Jak jste celkově spokojen/a se svým životem?“. PWI byl upraven a ověřen u dospělých, dětí a osob s mentálním nebo kognitivním postižením. Mezinárodní skupina pro pohodu pracuje na vývoji PWI jako platného mezikulturního nástroje. (Cummins, 2013, s. 9)

Specifické dotazníky

Specifické dotazníky posuzují kvalitu života v souvislosti s konkrétním onemocněním, konkrétními podmínkami nebo určitou léčebnou intervencí (disease-specific, trial-specific nebo treatment-specific). Dotazníky jsou navrženy tak, aby se zaměřovaly na konkrétní a předem definovanou populaci splňující určitá kritéria např. diagnóza, stádium nemoci, typ terapie atd. Dle kritérií jsou následně stanoveny oblasti nebo dimenze, které jsou sledovány v dotazníku. Výhodou specifických dotazníků je jejich vysoká citlivost. (Gillernová, Kebza, Rymeš a kol., 2011, s. 26–35)

Specifické dotazníky jsou využívány nejčastěji při měření kvality života pacientů s určitým onemocněním. Tyto dotazníky hodnotí kvalitu života u pacientů s:

- onkologickými chorobami – dotazník Functional Assessment of Cancer Therapy – general (FACT-G);
- nemocí diabetes mellitus – dotazník Diabetes-39 (D-39);
- kardiovaskulárními chorobami – dotazník Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire (APQLQ);
- gastrointestinálními problémy – dotazník Hepatitis Quality of Life Questionnaire (HEPQLQ);
- respiračními chorobami – dotazník Adult Asthma QoL Questionnaire (AQLQ);
- kožními chorobami – dotazník Dermatology Life Quality Index (DLQI);
- neurologickými problémy – dotazník Parkinson’s disease Questionnaire-39 (PDQ-39);
- nemocemi pohybového aparátu – dotazník Arthritis Impact Measurement Scale2 (AIMS2). (Gurková, 2011, s. 149–165)

Dotazník, který je určený přímo sestřám je například „Škála pracovního prostředí ošetrovatelské péče (pes-nwi-cz)“ anglicky „Practice environment scale of the nursing work index (pes-nwi)“. Tento nástroj je navržen tak, aby obsahoval úplný seznam faktorů, které mají vliv na pracovní spokojenost sester a kvalitu ošetrovatelské péče. (Lake, 2002, s. 176–177)

2.8 Výzkumy v oblasti kvality života a kvality pracovního života sester

Kvalitou pracovního života sester se zabývá například studie s názvem „**Well-being of nurses and working conditions-Are polish nurses different from doctors and midwives in terms of professional quality of life?**“, která si klade za cíl posoudit rozdíly v profesní kvalitě života mezi sestrami, porodními asistentkami a lékaři. Dotazováno bylo celkem 297 účastníků: 165 sester, 101 lékařů a 31 porodních asistentek. Výzkumným nástrojem byl dotazník ProQOL. **Zařazující kritéria** byla následující: vzdělání v určité profesi, minimálně 1 rok odborné praxe a souhlas s účastí ve studii.

Kritéria vyloučení byla následující: aktuálně diagnostikovaná deprese, mateřská dovolená, pracovní neschopnost delší než 7 dní, výpovědní lhůta a odstoupení od smlouvy ve studii. Úroveň pocitu spokojenosti byla ve všech sledovaných podskupinách průměrná. Míra vyhoření a únavy ze soucitu byla průměrná ve skupině sester a porodních asistentek, nízká ve skupině lékařů. (Bağ-Sosnowska a kol., 2020, s. 87–94)

Studie, která se zabývá profesní kvalitou života mezi pracujícími lékaři a sestrami v nemocnici v Portugalsku během třetí vlny COVIDU-19 nese název „**Professional Quality of Life Among Physicians and Nurses Working in Portuguese Hospitals During the Third Wave of the COVID-19 Pandemic**“. Cílem této studie bylo zjistit, jak osobní a s prací související proměnné (pohlaví, věk, rodičovský stav, povolání, roky zkušeností, práce s pacienty postiženými COVID-19) ovlivňují kvalitu profesního života zdravotnických pracovníků. Výzkumným nástrojem byl dotazník ProQOL. Průzkumu hodnotícího profesní kvalitu života se zúčastnilo celkem 853 zdravotnických pracovníků (276 lékařů a 586 sester; medián věku 37 let).

Přibližně 70 % portugalských lékařů a sester mělo střední úroveň rizika vzniku syndromu vyhoření a sekundárního traumatického stresu na základě hodnocení ProQOL. Jejich míra pocitu spokojenosti byla střední nebo vysoká. Bylo zjištěno, že pohlaví a děti jsou potenciálním prediktorem sekundárního traumatického stresu a pocitem spokojenosti. Kromě toho nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly mezi zdravotnickými pracovníky, kteří se přímo podíleli na péči o pacienty s COVID-19. (Serrão a kol., 2022, s. 1–9)

V metaanalýze s názvem „**The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis**“ se autor Wanqing Xie a kol. zaměřuje na posouzení pocitu spokojenosti, syndromu vyhoření a sekundárního traumatického stresu mezi sestrami. Pro hodnocení využil škálu ProQOL a do analýzy zahrnul 79 studií, kterých se účastnilo 28 509 sester z 11 zemí světa.

Většina zahrnutých studií byla publikována v letech 2015 až 2019. Z toho 62 výzkumů bylo provedeno v asijských zemích (Čína, Korea, Saúdská Arábie, Írán, Filipínách a Jordánsku), 11 v amerických zemích (USA a Kanada), 3 v evropských zemích (Řecko a Portugalsko) a 3 v Austrálii.

V metaanalýze byly zaznamenány následující výsledky: průměrné hodnoty pocitu spokojenosti byly 33,12, což lze interpretovat jako střední úroveň. Syndrom vyhoření vykazoval průměrnou hodnotu 26,64 a sekundární traumatický stres dosáhl průměrné hodnoty 25,24, kdy obě tyto hodnoty lze také charakterizovat jako střední.

Výsledky metaanalýzy ukázaly, že nejvyšší souhrnné průměrné skóre pocitu spokojenosti bylo na odděleních urgentního příjmu (36,00 - střední) a nejnižší bylo na psychiatrickém oddělení (30,01 - střední). Nejvyšší průměrné skóre syndromu vyhoření bylo na oddělení intenzivní péče (28,42 - střední) a nejnižší na oddělení pediatrie (24,40 - střední). Nejvyšší průměrné skóre sekundárního traumatického stresu bylo na oddělení intenzivní péče (26,66 - střední) a nejnižší na psychiatrickém oddělení (22,91 nízká). (Xie a kol., 2021, s. 1–16)

V České republice se výzkumem kvality života a kvality pracovního života zabývají ve své studii s názvem „**Kvalita života sester pracujících v nemocnici**“ autorky Burešová a Jarošová (2015). Hlavním cílem bylo zjistit, zda demografické faktory sester ovlivňují kvalitu jejich života a také zda existují rozdíly v kvalitě života sester podle jejich pracoviště. Dotazovány byly sestry z regionální nemocnice Moravskoslezského kraje s minimálně roční ošetrovatelskou praxí. (Burešová; Jarošová, 2015, s. 13–16)

Výsledný soubor činil 188 sester o průměrném věku 40 let. Pro sběr dat byly použity dva standardizované dotazníky: Personal Well-being Index – Adult (PWI-A) a Professional Quality of Life Scale (ProQOL), které jsou použity i v této diplomové práci. Úroveň obecné kvality života (dotazník PWI-A) sester zaměstnaných v nemocnici se lišila v závislosti na konkrétním oddělení, na kterém pracovaly. Kvalita pracovního života (dotazník ProQOL) sester se podle pracoviště významně nelišila. Všechny sledované demografické faktory sester měly vliv na jejich kvalitu života. Studie odhalila, že u většiny sester pracujících v regionální nemocnici (s výjimkou těch na ambulancích) existovalo střední riziko pro rozvoj sekundárního traumatického stresu a syndromu vyhoření. (Burešová; Jarošová, 2015, s. 13–16)

Ve své diplomové práci s názvem „**Kvalita života a zdraví všeobecných sester**“ se autorka Martina Šulová zabývá kvalitou života a zdravím všeobecných sester na oddělení infekčním, interním a urgentním příjmu. Pro výzkum byly využity dva dotazníky – WHOQOL-BREF a ProQOL, které byly obohaceny o demografické a identifikační údaje. Pro zpracování dat bylo použito 72 vyplněných dotazníků.

Bylo zjištěno, že kvalita života a zdraví dotazovaných všeobecných sester je ve všech oblastech průměrná, kvalita života v oblasti prostředí je nadprůměrná. Kvalitu života v oblasti pracovního života hodnotily všeobecné sestry na střední úrovni. U všeobecných sester na interním oddělení byla prokázána vyšší spokojenost se svým zdravím než u sester z urgentního příjmu. Autorka také vyloučila statisticky významný vztah mezi rizikem vzniku syndromu vyhoření a délkou praxe ve zdravotnictví. (Šulová, 2021, s. 13, 45, 94)

2.9 Zdravotnické povolání sestry

Problematika nedostatku sester ve zdravotnických zařízeních je v dnešní době velmi diskutované téma. Mezi klíčové faktory, které ve značné míře ovlivňují tuto situaci se řadí především nedostatečné odměňování, kontinuální přetěžování či nevyhovující podmínky. Je zásadní věnovat adekvátní pozornost motivaci sester tak, aby bylo zajištěno jejich setrvání v systému poskytování zdravotnické péče a nedošlo k ohrožení fungování zdravotnických zařízení a zejména bezpečnosti pacientů. Pokud máme zájem o dlouhodobé řešení problému, je nezbytné zaměřit se také na budoucí uchazeče o profesi sestry a studenty ošetrovatelství jako zásadní skupinu. (Magerčiaková a Kober, 2023, s. 7)

Kvalifikační standard

Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy vydalo v souladu s ustanovením § 5 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra. Je doporučeno se těmito metodickými doporučeními řídit. Dle standardu je nutné pro výkon povolání všeobecná sestra absolvovat nejméně tříletý akreditovaný zdravotnický bakalářský studijní program nebo nejméně tříletý obor diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole. Studijní program na vysokých školách nese název „Všeobecné ošetrovatelství, bakalářský studijní program“. Na vyšších odborných školách je studijní program nazýván „Diplomovaná všeobecná sestra, vzdělávací program pro Vyšší odborné školy“. Běžná doba vzdělávání je nejméně 3 roky a zahrnuje 4 600 hodin teoretické a praktické výuky. Všeobecná sestra má dle standardu čtyři základní oblasti kompetencí: autonomní kompetence, kooperativní kompetence, kompetence ve výzkumu a vývoji v ošetrovatelství a manažerské kompetence. (MZCR, 2021, s. 1–4)

Náplň práce sestry

Hlavními předpoklady pro vykonávání povolání sestry jsou:

- způsobilost k právním úkonům;
- trestní bezúhonnost;
- zdravotní způsobilost;
- odborná způsobilost. (Malíková, 2020, s. 99)

Všeobecná sestra

Všeobecná sestra vykonává činnost dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. „Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků“. Dle této vyhlášky všeobecná sestra zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Všeobecná sestra vykonává bez odborného dohledu na základě indikace lékaře či zubního lékaře činnosti v oblasti preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Nově také může všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí na základě indikace lékaře podávat léčivé přípravky do epidurálního katetru pacientům starších 3 let. (Vyhláška č. 55/2011 Sb.)

Všeobecná sestra se samostatně a bez indikace lékaře zaměřuje především na vyhledávání a uspokojování potřeb pacienta a posílení nezávislosti. Při své práci využívá mnoho měřících technik, jako například různé hodnotící škály nebo testy rizik. Ve spolupráci s ostatními lékařskými a nelékařskými zdravotnickými pracovníky provádí u pacienta rehabilitační ošetřování. Práce sestry také spočívá v edukaci pacientů a jejich rodinných příslušníků o zásadách ošetřování a v psychické podpoře v případě náročných situacích, kterými jsou například sdělování diagnózy či nepříznivé prognózy. V neposední řadě sestra připravuje jednotlivce na diagnostické a terapeutické procedury, asistuje při nich a některé z nich i vykonává samostatně. Zajišťuje ošetrovatelskou péči během a po provedení těchto zákroků. (Mukšnáblová, 2014, s. 90)

Praktická sestra

Praktickou sestrou se mohou stát ti, kteří:

- ukončili maturitní zkouškou obor praktická sestra;
- absolvovali šest semestrů akreditovaného bakalářského studia pro přípravu všeobecných sester;

- dokončili tři ročníky vyšší odborné školy v oboru diplomovaná všeobecná sestra. (Havelková, 2017, s. 1)

Praktická sestra má nižší vzdělání než sestra všeobecná, a tudíž i její plat a kompetence jsou nižší. Praktická sestra zajišťuje základní ošetrovatelskou péči. Bez odborného dohledu může například u pacienta sledovat fyziologické funkce a provádět záznam do dokumentace, provádět komplexní hygienickou péči včetně prevence proleženin, ošetřovat periferní žilní vstupy, odebírat kapilární a žilní krev či ošetřovat nekomplikované chronické rány a stomie. (Vyhláška č. 55/2011 Sb.)

Hlavní činností sester je komplexní ošetrovatelská péče o pacienta, na které se podílí celý ošetrovatelský tým. Komplexní neboli holistická péče je orientována na uspokojování potřeb pacienta. Úkolem sestry je u každého pacienta stanovit individuální ošetrovatelský plán. Ošetrovatelská péče by měla být aktivní a aktivizující. Měla by podporovat samostatnost pacienta a zajišťovat jeho aktivní zapojení do péče. Pasivní ošetrovatelská péče zahrnuje plnění ordinací lékaře nebo žádostí pacienta a provozu pracoviště. (Mukšnáblová, 2014, s. 90)

2.10 Rizika povolání sestry ovlivňující kvalitu života

Existence šikany, ponižování, agrese či násilí na pracovišti jsou v dnešní době často vyskytující se jevy. Negativní dopady problematického chování v zaměstnání se rozdělují na krátkodobé či dlouhodobé a zahrnují například pokles sebevědomí, optimismu, pocity úzkosti, konflikty mezi zaměstnanci nebo jejich fluktuaci. Problematické chování na pracovišti má vliv na celkovou kvalitu pracovního života a pracovní zaujetí. (Štěpánek, 2021, s. 1–2)

Syndrom vyhoření

V rámci zdravotnického systému čelí pracovníci v ošetrovatelské oblasti zvýšenému riziku výskytu syndromu vyhoření. Tento syndrom zahrnuje emocionální vyčerpání, depersonalizaci a snížení osobní efektivity a produktivity. Syndrom vyhoření nese pro jednotlivce nejen nepříznivé důsledky pro jejich zdraví a finanční situaci, ale také negativně ovlivňuje spolupráci v oblasti léčby a celkovou kvalitu péče. Zvyšuje pravděpodobnost zanedbání péče a výskytu komplikací. Proto je rozpoznání, prevence a léčba syndromu vyhoření v našem společenském zájmu zásadní. (Czeglédi a kol., 2019, s. 12)

Sekundární traumatický stres

Výraz „sekundární traumatický stres“ (STS) odkazuje na situaci, kdy jednotlivec neprožil traumatickou událost osobně, ale má pravidelný kontakt s lidmi, kteří tuto událost zažili. Tím pádem je sekundární traumatický stres často považován za pracovní riziko spojené s poskytováním přímé pomoci lidem, kteří byli vystaveni traumatickým zážitkům. (Mottaghi a kol., 2020, s. 3)

Sekundární traumatický stres vzniká v důsledku opakovaného setkávání se silně stresujícími událostmi spojenými s prací, konkrétně v rámci péče o pacienty, kteří si sami prošli traumatizujícími zážitky, trpí intenzivní bolestí nebo prožívají psychické utrpení. Příznaky sekundárního traumatického stresu zahrnují opakující se invazivní myšlenky, zvýšenou únavu, narušený spánek, fyzické projevy, úzkost, depresi a výrazné emoční vzrušení. (Tsouvelas a kol., 2022, s. 265)

Sekundární traumatická stresová porucha je syndrom, který vzniká po vystavení se extrémně traumatickým událostem. Buď tím, že je osoba vidí, slyší, nebo se do nich nějakým způsobem zapojí. Reakce na tuto zkušenost bývá charakterizována silným strachem a pocitem bezmoci. Tato událost se stále znovu promítá v myslích postižených jedinců, což vede k pokusům vyhnout se jejímu připomenutí či zapamatování. (Mottaghi a kol., 2020, s. 3)

Únava ze soucitu

Vzhledem k povaze své práce sestry často pocítují bezmoc, když jsou svědky utrpení pacientů a jejich rodin. Také se aktivně emocionálně zapojují, když poskytují péči pacientům, kteří procházejí neočekávanými zdravotními krizemi. V těchto situacích zdravotníci často projevují soucit vůči svým pacientům. Soucit lze popsat jako emocionální vnímavost a pochopení utrpení druhých lidí, spolu s ochotou a touhou jim pomoci překonat jejich obtíže. (Lee a kol., 2021, s. 1–2)

Profesionálové, kteří se věnují poskytování pomoci druhým, prožívají v rámci profesionálního modelu kvality života uspokojení ze soucitu (jako pozitivní aspekt) i únavu z projevu soucitu (jako negativní aspekt) v důsledku práce s pacienty, kteří prošli traumatickými událostmi. Únava ze soucitu je složena ze dvou složek: sekundárního traumatického stresu a syndromu vyhoření. (Lee a kol., 2021, s. 2)

Únava způsobená soucitem je následkem dlouhodobého pracovního stresu, který se vyskytuje mezi poskytovateli zdravotní péče. Ošetřovatelství je povolání s vysokým rizikem a vysokou úrovní stresu, což zvyšuje zranitelnost sester ve vztahu k projevům únavy způsobené soucitem ve srovnání s jinými pracovníky v oblasti zdravotnictví. Tato únava, vyvolaná soucitem,

má závažné důsledky jak pro zdravotnický personál, tak pro pacienty a zdravotnické instituce. (Xie a kol., 2021, s. 1)

Únava ze soucitu má vážné dopady na fyzické, psychické a duševní zdraví sester. Je spojena s nespavostí, vyčerpáním, depresiemi, nižší pracovní spokojeností či ztrátou nadějí. (Xie a kol., 2021, s. 2) Indikátory spojené s únavou ze soucitu zahrnují apatii, únavu, podrážděnost, sníženou produktivitu, nudu, pokles pracovní výkonnosti, emoční přetížení, necitlivost a ztrátu citlivosti k potřebám druhých. Únava vyvolaná soucitem nastává, když množství soucitu, které zaměstnanec vyjadřuje, přesahuje jeho schopnost se s ním vyrovnat nebo se zotavit. (Mottaghi a kol., 2020, s. 2)

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část je zaměřena na plnění předem stanovených výzkumných dílčích cílů diplomové práce. Výzkumné cíle měly za úkol zhodnotit kvalitu života a kvalitu pracovního života všeobecných a praktických sester. Pomocí dotazníkového šetření byla zjištěna kvalita života sester ve vybraném zdravotnickém zařízení Pardubického kraje. Pro vyhodnocení byly využity dvě standardizované škály PWI-A a ProQOL ke kterým byla přidána část s demografickými a identifikačními údaji.

3.1 Cíle výzkumu a hypotézy

Hlavní cíl této diplomové práce je zhodnotit kvalitu života všeobecných a praktických sester ve vybraném zdravotnickém zařízení Pardubického kraje pomocí dvou standardizovaných dotazníků Personal Wellbeing Index – Adult – 5 (PWI-A) a Professional Quality of Life (ProQOL) a zjistit jejich vzájemné vztahy.

Výzkumné cíle:

- Zjistit, jak všeobecné a praktické sestry hodnotí svou kvalitu života a kvalitu pracovního života pomocí dvou standardizovaných škál.
- Zjistit, zda hodnocení kvality života bude odlišné v závislosti na vybraných proměnných (věk, druh směnného provozu, délka praxe ve zdravotnictví, pracovní poměr a typ oddělení).
- Zjistit, zda se liší kvalita života všeobecných a praktických sester pomocí Indexu subjektivní pohody (SWI) v závislosti na místu pracoviště.
- Zjistit, zda se liší kvalita života všeobecných a praktických sester pomocí Indexu subjektivní pohody (SWI) v závislosti na věku.
- Zjistit, zda délka praxe ve zdravotnictví zvyšuje riziko vzniku syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester.
- Zjistit, zda všeobecné a praktické sestry na urgentním příjmu a v intenzivní péči mají vyšší riziko vzniku sekundárního traumatického stresu než sestry na standardním lůžkovém oddělení.
- Zjistit vzájemné vztahy mezi použitými škálami.

Výzkumné otázky (VO):

VO₁: Jak vybrané všeobecné a praktické sestry hodnotí svou kvalitu života a kvalitu pracovního života pomocí dvou standardizovaných škál?

VO₂: Jaký je rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí Indexu subjektivní pohody (SWI) v závislosti na místu pracoviště?

VO₃: Jaký je rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí Indexu subjektivní pohody (SWI) v závislosti na věku?

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

VO₅: Jaký je rozdíl v pravděpodobnosti výskytu sekundárního traumatického stresu mezi vybranými všeobecnými a praktickými sestrami, které pracují na oddělení intenzivní péče nebo na urgentním příjmu, ve srovnání se sestrami na standardních lůžkových odděleních?

VO₆: Jaké jsou vzájemné vztahy mezi použitými škálami?

Hypotézy:

1H₀: Neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí SWI v závislosti na místu pracoviště, na kterém pracují.

1H_A: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí SWI v závislosti na místu pracoviště, na kterém pracují.

2H₀: Neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí SWI v závislosti na věku.

2H_A: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí SWI v závislosti na věku.

3H₀: Neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v pravděpodobnosti výskytu syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví.

3H_A: Existuje statisticky významný rozdíl v pravděpodobnosti výskytu syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví.

4H₀: Neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v pravděpodobnosti výskytu sekundárního traumatického stresu mezi sestrami pracujícími na oddělení intenzivní péče/urgentním příjmu a sestrami na standardních lůžkových odděleních.

4H_A: Existuje statisticky významný rozdíl v pravděpodobnosti výskytu sekundárního traumatického stresu mezi sestrami pracujícími na oddělení intenzivní péče/urgentním příjmu a sestrami na standardních lůžkových odděleních.

5H₀: Neexistuje žádný statisticky významný vztah mezi použitými škálami PWI-A a ProQOL.

5H_A: Existuje statisticky významný vztah mezi použitými škálami PWI-A a ProQOL.

3.2 Metodika výzkumné části a výzkumný nástroj

Pro výzkumnou část práce byla použita kvantitativní metoda výzkumu. Provedené výzkumné šetření využilo formu dvou standardizovaných dotazníků, doplněných o otázky týkající se demografických a identifikačních informací (*Příloha B*). Tato část dotazníku obsahovala otázky zaměřené na pohlaví, věk, vzdělání, délku praxe ve zdravotnictví, typ pracoviště a druh pracovního poměru či specializační studium. Poslední tři otázky se týkaly úvah sester ohledně možného odchodu ze současného pracoviště, případně úvah o opuštění profese sestry, nebo o zvažování nad odchodem do zahraničí.

Škála kvality profesního života – Professional Quality of Life Scale (ProQOL)

Dotazník ProQOL je využíván k posouzení kvality pracovního života u jednotlivců, kteří poskytují pomoc druhým lidem. Je důležité zmínit, že se nejedná o diagnostický test. Z diagnostického hlediska může ProQOL upozornit na problémy, které je třeba řešit pomocí vhodných diagnostických postupů. Autorkou škály je Beth Hudnall Stamm. Na překladu české verze se podílely autorky Jarošová a Čurdová (2012). Tato škála je využívána od roku 1995. Proběhlo již několik revizí. Aktuální verzí je ProQOL 5 z roku 2009. Dotazník obsahuje třicet položek, které jsou následně rozděleny do tří oblastí (pocit spokojenosti, syndrom vyhoření, sekundární traumatický stres). (Stamm, 2010) Dotazník je ke zhlédnutí v *příloze B*.

Index osobní pohody – Personal Well-being Index Adult (PWI – A)

Druhý dotazník Index osobní pohody (PWI, 5. vydání; International Wellbeing Group, 2013) je dotazníkem obsahujícím devět položek, který žádá respondenty, aby vyhodnotili spokojenost s různými aspekty svého života. Zahrnuje sedm oblastí kvality života – životní úroveň, zdraví, dosažené cíle v životě, osobní vztahy, pocit bezpečí, život ve svém společenství, jistotu do budoucnosti, a navíc dvě volitelné domény – celkovou spokojenost se svým životem a spokojenost v oblasti duchovního a náboženského života.

Každou z jednotlivých domén lze zkoumat jako samostatnou proměnnou, nebo je možné sečíst skóre všech sedmi oblastí a získat tak průměrné skóre, které reprezentuje tzv. Index subjektivní pohody – Subjective Wellbeing Index (SWI). Pokud je osmá oblast týkající se spirituality nebo náboženství považována za nerelevantní pro respondenta, tak je zohledněno pouze skóre z ostatních sedmi oblastí při výpočtu celkového skóre SWI. Položka „Celková životní spokojenost“ také není součástí PWI, avšak může být přidána k sedmi položkám základního indexu. Překlad české verze zajistila autorka Jarošová (2013).

Tento index je doporučován Světovou zdravotnickou organizací jako preferovaný nástroj pro měření subjektivního pocitu pohody u dospělých. (Cummins, 2013). Dotazník je ke zhlédnutí v *příloze B*.

3.3 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v nemocnici krajského typu během měsíců srpen až říjen roku 2023. Šetření započalo po souhlasu náměstkyně ošetrovatelské péče a staničních sester vybraných oddělení. Do výzkumu byly zařazeny sestry, jak ze standartních oddělení interního a chirurgického typu, tak sestry z ambulantní části a v neposlední řadě také z intenzivní péče. Konkrétní oddělení zahrnovala viz *Tabulka č. 1*:

Tabulka č. 1 – Oddělení zařazená do výzkumu

| Interní obory | Chirurgické obory | Ambulance | Intenzivní péče |
|-----------------------|---------------------------|------------------|-----------------|
| Interní oddělení | Chirurgie – Traumatologie | Urgentní příjem | ARO |
| Neurologické oddělení | Chirurgie – Všeobecná | Expektační lůžka | JIP |
| | ORL oddělení | | |
| | Urologické oddělení | | |

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Před samotným zahájením výzkumu nebylo nutné provádět pilotní studii z důvodu použití dvou standardizovaných škál. Nicméně bylo osloveno pět sester, aby zhodnotily vhodnost velikosti písma, čitelnost, srozumitelnost a celkovou přehlednost textu. Měly také možnost případně doplnit nebo upravit otázky týkající se demografických a identifikačních údajů. Tyto sestry posoudily dotazník jako srozumitelný a žádné úpravy nebyly nutné.

3.4 Sběr dat

Pro výzkumnou část práce byla použita kvantitativní metoda šetření. Dotazníky byly rozdány na daná oddělení staničním sestřám za pomoci autorky diplomové práce. V úvodu dotazníku jsou informace o autorce a tématu diplomové práce. V úvodní části je také respondentům sděleno, že dotazník je dobrovolný a anonymní a v případě jeho vyplnění dávají souhlas se zpracováním poskytnutých údajů. Dotazovaní jsou informováni, že je důležité řídit se pokyny při vyplňování dotazníku a jsou požádáni o umístění vyplněného dotazníku do přiložené obálky, aby byla zaručena jejich anonymita. Vyplnění dotazníku zabere maximálně 20 minut.

3.5 Charakteristika vzorku respondentů

Do výzkumného šetření bylo osloveno celkem 110 (100 %) sester z daných oddělení. Stanovená kritéria pro zařazení sester do výzkumu zahrnovala sestry praktické či všeobecné s minimálně roční ošetrovatelskou praxí. Potřeba byla také ochota sester zapojit se do výzkumu. Z výzkumu byly vyřazeny sestry s ošetrovatelskou praxí kratší než jeden rok a také neúplně vyplněné dotazníky. Návratnost dotazníků byla 99 % (109 dotazníků). Z důvodu nekompletního vyplnění bylo vyřazeno 7 (6 %) dotazníků a z důvodu nesplnění stanovených zařazovacích kritérií byl 1 (1 %) dotazník vyřazen. Pro zpracování dat bylo nakonec využito 101 (93 %) dotazníků.

3.6 Zpracování dat

Získaná data pro výzkumnou část práce byla vkládána do programu Microsoft Office Excel a poté vyhodnocena dle manuálů. Pro statistické zpracování dat byl použit program STATISTICA.

Data z dotazníku ProQOL byla zpracována dle manuálu The Concise ProQOL Manual, 2nd Edition, který vytvořil autor Stamm (2010). Respondenti zde odpovídali na 30 otázek ohledně jejich kvality pracovního života na pětistupňové Likertově škále (1 = nikdy, 2 = zřídka, 3 = někdy, 4 = často, 5 = velmi často). Odpovědi se následně rozdělily do tří hlavních domén – pocit spokojenosti, syndrom vyhoření, sekundární traumatický stres:

- Pocit spokojenosti zahrnuje součet otázek číslo 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30.
- Syndrom vyhoření zahrnuje součet otázek číslo *1, *4, 8, 10, *15, *17, 19, 21, 26, *29.
- Sekundární traumatický stres zahrnuje součet otázek číslo 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28.

K získání výsledků je třeba sečíst jednotlivé odpovědi z dotazníku. Otázky v doméně syndrom vyhoření, které jsou označeny hvězdičkou (1, 4, 15, 17 a 29) znamenají tzv. „obrácené skóre“. Pokud na ně respondent odpověděl číslem 1, je nutné změnit odpověď na číslo 5. Toto opatření je zavedeno z důvodu, že dotazník lépe funguje, když jsou tyto otázky formulovány pozitivně, i když nás zajímá jejich opak. U respondenta je za každou oblast následně vyhodnocena úroveň dle počtu získaných bodů, kdy: 22 a méně bodů odpovídá nízké úrovni, body mezi 23 a 41 odpovídají průměrné úrovni, 42 a více bodů znamená vysokou úroveň. (Stamm, 2010)

Data z dotazníku PWI-A byla zpracována dle manuálu International Wellbeing Group (2013), Personal Wellbeing Index: 5th Edition. Otázky jsou zaměřeny na zjištění spokojenosti s různými aspekty života. Respondenti hodnotili jednotlivé odpovědi na stupnici od 0 do 10, kde 0 – znamená, že jste zcela nespokojen/a; 5 – znamená, že Vaše spokojenost je neutrální; 10 – znamená, že jste zcela spokojen/a. Výsledné hodnoty byly dle manuálu převedeny na stupnici 0–100 (např. skóre 7 = 70,00 %), za účelem získání procenta z maximální stupnice. Kromě hodnocení jednotlivých oblastí kvality života podle dotazníku PWI-A byl také vypočítán Index subjektivní pohody (SWI), který vyjadřuje celkovou kvalitu života jednotlivce. SWI byl získán jako průměr hodnocení oblastí 1. až 7. (životní úroveň, osobní zdraví, dosažení cílů v životě, osobní vztahy, pocit bezpečí, život ve svém společenství a jistota do budoucnosti). (Cummins, 2013)

Pro popisnou analýzu dat byly použity tabulky a grafy spolu s deskriptivní statistikou, jako jsou absolutní četnosti, průměry, minima, maxima a směrodatné odchylky.

Pro vyjádření vztahu mezi škálami byl použit Pearsonův korelační koeficient s hladinou významnosti $\alpha = 0,05$. Hypotézy byly testovány pomocí parametrického testu dvou nezávislých proměnných tzv. parametrický dvouvýběrový nepárový t-test (Studentův t-test). Hladina významnosti byla stanovena $\alpha = 0,05 = 5 \%$.

3.7 Výsledky výzkumného šetření

Zde jsou pomocí grafů a tabulek zobrazeny a popsány výsledky výzkumného šetření.

3.7.1 Demografické a identifikační údaje

Dotazník se skládal ze tří částí. První a druhá část obsahovaly standardizované dotazníky, zatímco třetí část se zaměřovala na demografické a identifikační údaje. Tyto údaje zahrnovaly informace o pohlaví, věku, vzdělání, délce praxe ve zdravotnictví, typu pracoviště a formě pracovního poměru či specializačním studiu. Poslední tři otázky směřovaly k úvahám sester ohledně možného odchodu ze současného pracoviště, případně zvažování opuštění profese sestry nebo dokonce uvažování o odchodu do zahraničí.

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

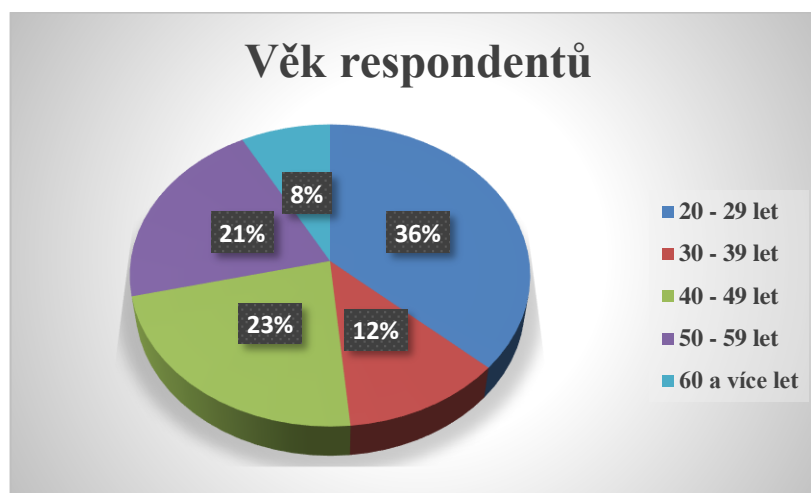


Graf č. 1 – Pohlaví respondentů

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Graf č. 1 poukazuje na pohlaví dotazovaných respondentů. Z celkového počtu 101 (100 %) respondentů bylo 97 (96 %) žen a pouze 4 (4 %) muži.

Otázka č. 2: Kolik je vám let?

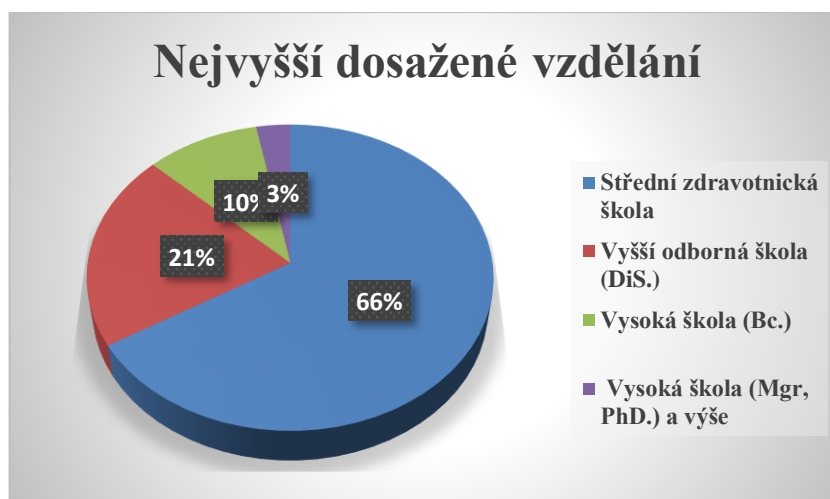


Graf č. 2 – Věk respondentů

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Graf č. 2 rozděluje respondenty dle jejich věku. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných respondentů bylo nejpočetnější skupinou věkové rozmezí 20–29 let, kam se zařadilo 37 (36 %) respondentů. Pouze 8 (8 %) respondentů bylo starších 60 let. Věkový průměr byl 39 let. Nejmladší respondentce bylo 20 let a nejstarší 62 let.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



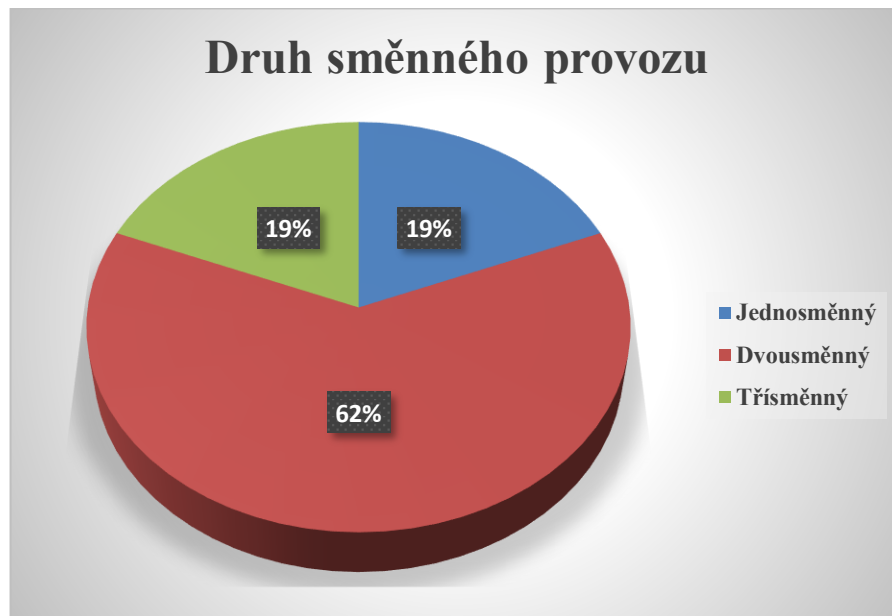
Graf č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Graf č. 3 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných sester. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných respondentů tvořily nejpočetnější skupinu sestry, jež ukončily studium na střední zdravotnické škole. Tato skupina obsahovala 67 respondentů, což představuje 66 % z celkového počtu.

Počet respondentů s vystudovanou vyšší odbornou školou (DiS.) bylo 21 (21 %). Vysokou školu (Bc.) mělo dokončenou 10 (10 %) respondentů a pouze 3 (3 %) respondenti měli vysokoškolské vzdělání na úrovni Mgr či PhD.

Otázka č. 4: V jakém druhu směnného provozu pracujete?



Graf č. 4 – Druh směnného provozu

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Graf č. 4 zjišťuje, v jakém druhu směnného provozu respondenti pracují. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných respondentů se řadilo do kategorie jednosměnného provozu 19 (19 %) respondentů. Do nejpočetnější kategorie dvousměnného provozu se zařadilo 63 (62 %) respondentů. Do kategorie třisměnného provozu se umístil stejný počet respondentů, jako do kategorie jednosměnného provozu, a to 19 (19 %) dotazovaných.

Otázka č. 5: Jaká je Vaše délka praxe ve zdravotnictví?

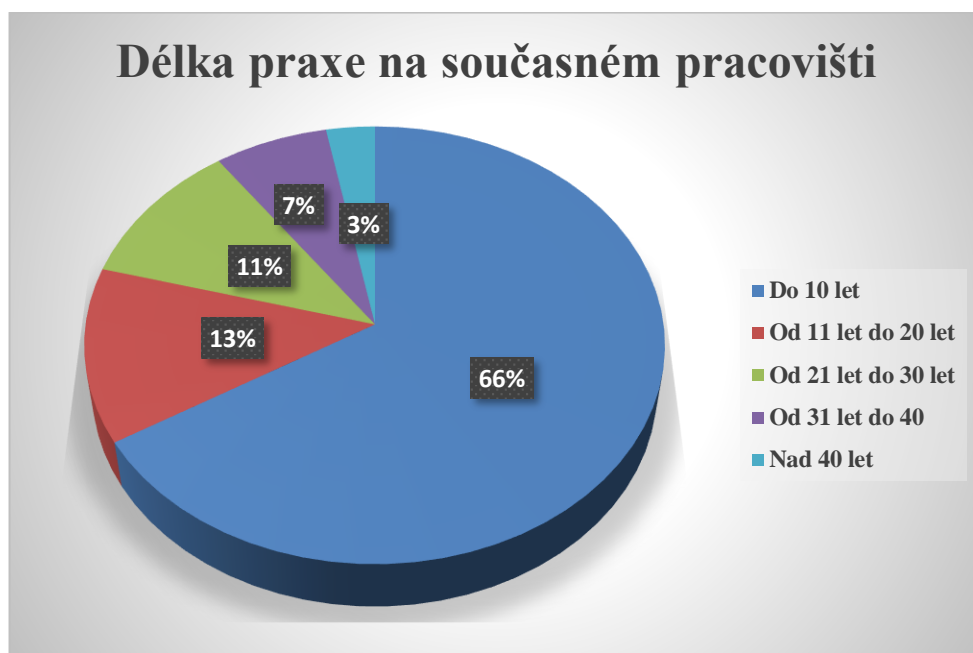


Graf č. 5 – Délka praxe ve zdravotnictví

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Graf č. 5 popisuje celkovou délku praxe ve zdravotnictví dotazovaných respondentů. Z celkového počtu 101 (100 %) respondentů pracovalo méně než 10 let ve zdravotnictví 44 (43 %) dotazovaných, což tvořilo nejpočetnější skupinu. Praxi delší než 40 let mělo pouze 6 (6 %) dotazovaných respondentů. Průměrná délka praxe ve zdravotnictví byla 18 let. Respondentka s nejkratší délkou praxe ve zdravotnictví pracovala 1 rok a 4 měsíce. Naopak nejdéle pracující respondentka měla délku praxe 42 let. Jedním ze zařazovacích kritérií do výzkumu byl minimálně 1 rok ošetrovatelské praxe.

Otázka č. 6: Jaká je Vaše délka praxe na současném pracovišti?

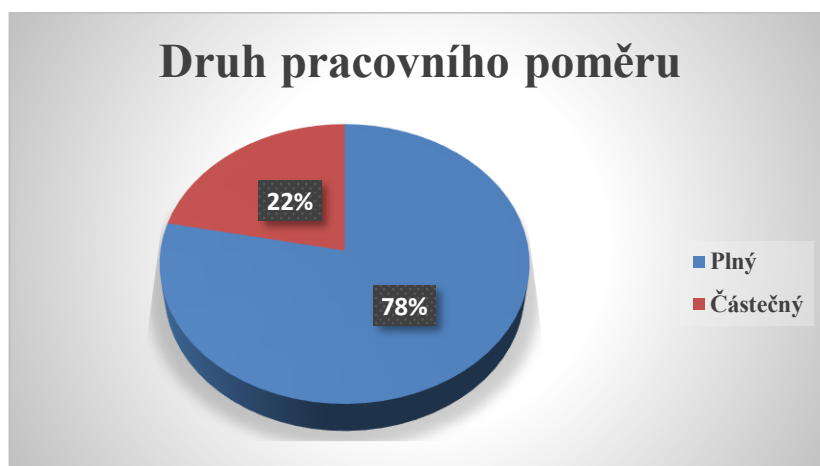


Graf č. 6 – Délka praxe na současném pracovišti

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Graf č. 6 popisuje délku praxe na současném pracovišti dotazovaných respondentů. Z celkového počtu 101 (100 %) respondentů pracovalo méně než 10 let na současném oddělení 67 (66 %) respondentů, což tvořilo nejpočetnější skupinu. Do poslední kategorie nad 40 let se zařadili pouze 3 (3 %) respondenti. Průměrná délka praxe na současném pracovišti byla 11 let. Respondentka s nejkratší délkou praxe na současném pracovišti zde pracovala méně než 1 rok. Naopak nejdéle pracující respondentka měla délku praxe na současném pracovišti 41 let.

Otázka č. 7: Jaký je Váš druh pracovního poměru?



Graf č. 7 – Druh pracovního poměru

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Graf č. 7 rozděluje druh pracovního poměru u dotazovaných respondentů na plný a částečný. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných pracovalo 79 (78 %) respondentů na plný úvazek a 22 (22 %) na úvazek částečný.

Otázka č. 8: Na jakém oddělení pracujete?



Graf č. 8 – Místo pracoviště

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Graf č. 8 popisuje místa pracovišť dotazovaných respondentů. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných pracovalo nejvíce respondentů na centrálním urgentním příjmu a na ambulancích, a to 24 (23 %) respondentů. Na interním oddělení pracovalo 20 (20 %) dotazovaných. Dále na oddělení ARO, JIP, chirurgie traumatologie a všeobecná chirurgie pracovalo na každém z těchto oddělení 10 (10 %) respondentů.

Z neurologického oddělení pocházelo 6 (6 %) respondentů a taktéž z urologického oddělení 6 (6 %) dotazovaných. Pouze 5 (5 %) respondentů pracovalo na lůžkovém oddělení ORL.

Otázka č. 9: Absolvoval/a jste specializační studium?

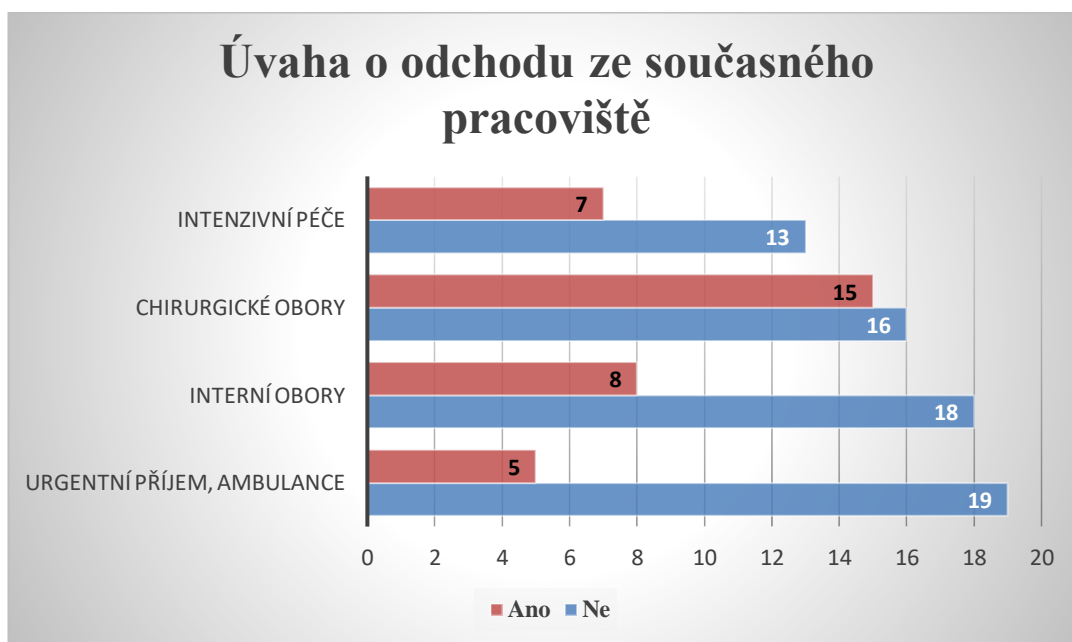


Graf č. 9 – Specializační studium

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Graf č. 9 zobrazuje, kolik respondentů absolvovalo specializační studium. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných mělo absolvované specializační studium pouze 29 (28 %) respondentů a zbylých 72 (72 %) jej nemělo. Mezi nejčastěji vyskytované specializace se řadily ARIP a specializace v intenzivní péči. Nadále se vyskytovala také specializace v ošetrovatelské péči v chirurgických oborech či ošetrovatelská péče v interních oborech. Dva respondenti z ORL ambulance uvedli specializaci v audiologii. Pouze jeden respondent uvedl specializaci organizace a řízení ve zdravotnictví.

Otázka č. 10: Zvažujete odchod ze současného pracoviště?



Graf č. 10 – Úvaha o odchodu ze současného pracoviště

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Graf č. 10 popisuje úvahy o odchodu ze současného pracoviště u dotazovaných respondentů. Pro přehlednější zobrazení grafu byli respondenti rozděleni do čtyř kategorií podle oddělení, kde pracují: intenzivní péče (ARO, JIP), chirurgické obory (chirurgie, ORL, urologie), interní obory (interní a neurologické oddělení) a urgentní příjem s ambulancemi.

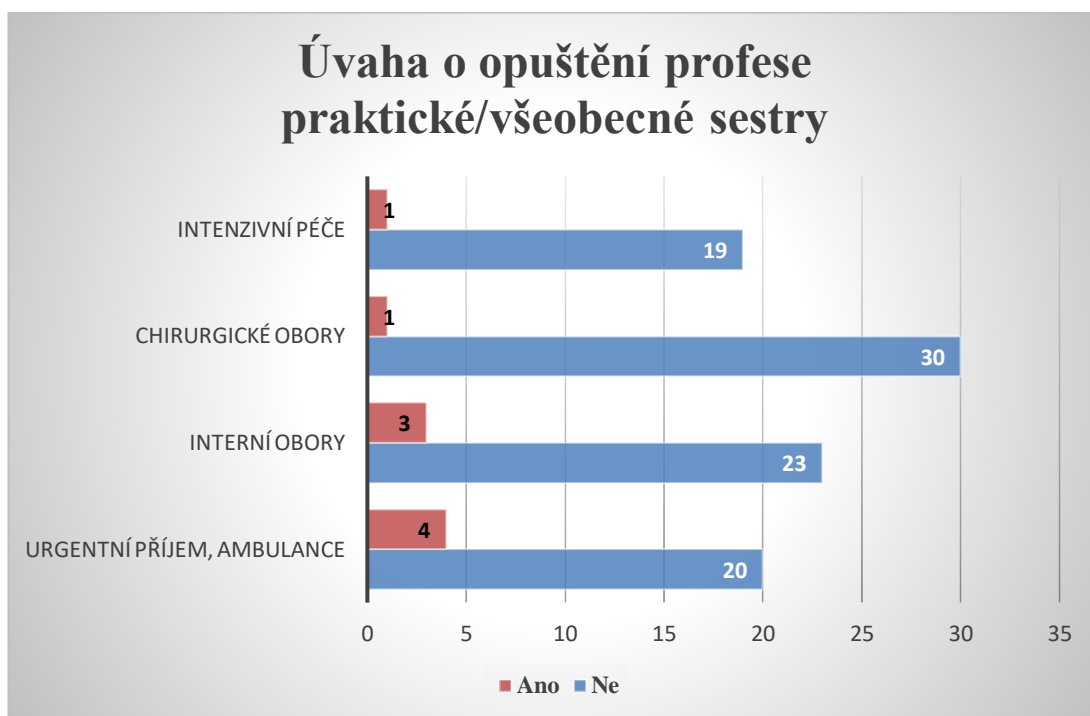
V kategorii intenzivní péče bylo celkem 20 (100 %) respondentů a o odchodu ze současného oddělení uvažovalo 7 (35 %) respondentů a 13 (65 %) nikoliv.

V kategorii chirurgických oborů bylo celkem 31 (100 %) respondentů a o odchodu ze současného pracoviště přemýšlelo 15 (48 %) respondentů a 16 (52 %) nikoliv.

V kategorii interních oborů bylo celkem 26 (100 %) respondentů a o odchodu uvažovalo 8 (31 %) respondentů a 18 (69 %) nikoliv.

V kategorii urgentní příjem, ambulance bylo celkem 24 (100 %) respondentů a o odchodu ze současného pracoviště uvažovalo 5 (21 %) respondentů a 19 (79 %) nikoliv.

Otázka č. 11: Zvažujete opuštění profese praktické/všeobecné sestry?



Graf č. 11 – Úvaha o opuštění profese praktické/všeobecné sestry

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Graf č. 11 popisuje úvahy respondentů o opuštění profese všeobecné či praktické sestry. Pro přehlednější zobrazení grafu byli respondenti rozděleni do čtyř kategorií podle oddělení, kde pracují: intenzivní péče (ARO, JIP), chirurgické obory (chirurgie, ORL, urologie), interní obory (interní a neurologické oddělení) a urgentní příjem s ambulancemi.

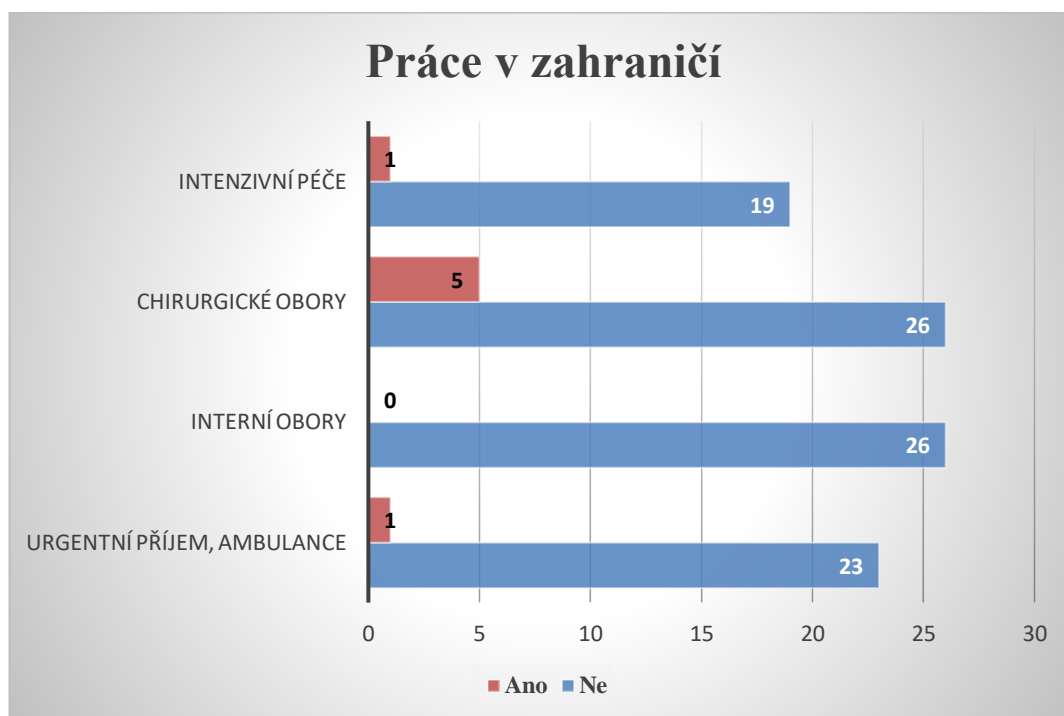
V kategorii intenzivní péče bylo celkem 20 (100 %) respondentů a o opuštění profese sestry uvažoval 1 (5 %) respondent a 19 (95 %) nikoliv.

V kategorii chirurgických oborů bylo celkem 31 (100 %) respondentů a o opuštění profese sestry uvažoval také 1 (3 %) respondent a 30 (97 %) nikoliv.

V kategorii interních oborů bylo celkem 26 (100 %) respondentů a o opuštění profese sestry uvažovali 3 (12 %) respondenti a 23 (88 %) nikoliv.

V kategorii urgentní příjem, ambulance bylo celkem 24 (100 %) respondentů a o opuštění profese sestry uvažovali 4 (17 %) respondenti a 20 (83 %) nikoliv.

Otázka č. 12: Zvažujete možnost práce ve zdravotnictví v zahraničí?



Graf č. 12 – Práce v zahraničí

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Graf č. 12 popisuje, zda respondenti uvažují o možnosti práce v zahraničí. Pro přehlednější zobrazení grafu byli respondenti rozděleni do čtyř kategorií podle oddělení, kde pracují: intenzivní péče (ARO, JIP), chirurgické obory (chirurgie, ORL, urologie), interní obory (interní a neurologické oddělení) a urgentní příjem s ambulancemi.

V kategorii intenzivní péče bylo celkem 20 (100 %) respondentů a o možnosti práce v zahraničí uvažuje 1 (5 %) respondent a 19 (95 %) nikoliv.

V kategorii chirurgických oborů bylo celkem 31 (100 %) respondentů a o možnosti práce v zahraničí uvažuje 5 (16 %) respondentů a 26 (84 %) nikoliv.

V kategorii interních oborů bylo celkem 26 (100 %) respondentů a o možnosti práce v zahraničí neuvažuje žádný respondent.

V kategorii urgentní příjem, ambulance bylo celkem 24 (100 %) respondentů a o možnosti práce v zahraničí uvažuje 1 (4 %) respondent a 23 (96 %) nikoliv.

3.7.2 Prezentace výsledků dotazníku ProQOL

Následující tabulka zobrazuje výsledky dotazníku ProQOL pro celý výzkumný vzorek. Dotazník je rozdělen do tří domén – pocit spokojenosti, syndrom vyhoření a sekundární traumatický stres (STS).

Pro každou doménu bylo nutné sečíst skóre z deseti otázek, které ji tvoří. Dle dosaženého skóre byla následně posouzena úroveň každé ze tří oblastí, kdy skóre 42 a výše znamená vysokou úroveň, skóre mezi 23 až 41 popisuje střední úroveň a skóre 22 a méně hodnotí nízkou úroveň.

Tabulka č. 2 – Výsledky dotazníku ProQOL pro celý výzkumný vzorek

| Doména | n | x | Min | Max | SD |
|------------------------------|-----|-------|-----|-----|------|
| Pocit spokojenosti | 101 | 36,23 | 22 | 48 | 5,26 |
| Syndrom vyhoření | 101 | 26,37 | 17 | 37 | 4,08 |
| Sekundární traumatický stres | 101 | 22,54 | 10 | 36 | 5,26 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 2 popisuje výsledky dotazníku ProQOL pro celý výzkumný vzorek.

Z tabulky lze vyčíst, že z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných byla naměřena průměrná hodnota v doméně „pocit spokojenosti“ **36,23**, což označuje **střední úroveň** pocitu spokojenosti. Výslednou hodnotu úrovně pocitu spokojenosti jsme získali po součtu otázek číslo 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. Minimální skóre v dané oblasti bylo 22, což znamená nízkou úroveň pocitu spokojenosti a maximální skóre bylo 48, což značí vysokou úroveň pocitu spokojenosti. Směrodatná odchylka byla 5,26.

Vyšší skóre v této oblasti znamená, že máte větší uspokojení z toho, že jste schopni svou prací pomáhat druhým lidem. Pokud je Vaše skóre nižší než 40, může to znamenat problémy s prací anebo Vás těší jiné mimopracovní aktivity. (Stamm, 2010)

V doméně „syndromu vyhoření“ byla z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných naměřena průměrná hodnota **26,37**, což označuje **střední úroveň** syndromu vyhoření.

Výslednou hodnotu úrovně syndromu vyhoření jsme získali po součtu otázek číslo *1, *4, 8, 10, *15, *17, 19, 21, 26, *29. Otázky v doméně syndrom vyhoření, které jsou označené hvězdičkou znamenají tzv. „obrácené skóre“.

Pokud na ně respondent odpověděl číslem 1, je nutné změnit odpověď na číslo 5. Minimální skóre v dané oblasti bylo 17, což znamená nízkou úroveň syndromu vyhoření a maximální skóre bylo 37, což značí střední úroveň syndromu vyhoření. Směrodatná odchylka byla 4,08.

Vyšší skóre v této doméně znamená, že je člověk více ohrožený syndromem vyhoření. Je možné, že výsledné skóre v této oblasti je ovlivněno Vaší momentální náladou a potřebujete si pouze odpočinout. Pokud ale vyšší skóre přetrvává opakovaně, je nutné věnovat svému zdraví vyšší pozornost. (Stamm, 2010)

V poslední doméně „sekundární traumatický stres“ byla z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných naměřena průměrná hodnota **22,54**, což označuje **nízkou úroveň** sekundárního traumatického stresu. Výslednou hodnotu úrovně sekundárního traumatického stresu jsme získali po součtu otázek číslo 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. Minimální skóre v dané oblasti bylo 10, což znamená nízkou úroveň sekundárního traumatického stresu a maximální skóre bylo 36, což značí střední úroveň.

Vyšší skóre samo o sobě nemusí ihned znamenat, že máte problém. Může ale naznačovat větší potřebu věnovat se Vaším pocitům v práci. Je doporučeno se o těchto problémech radit se svým nadřízeným, supervizorem či kolegou. (Stamm, 2010)

3.7.3 Porovnání výsledků dotazníku ProQOL v závislosti na vybraných proměnných

Jedním z cílů výzkumu bylo zjistit, zda se hodnocení kvality pracovního života sester liší v závislosti na určitých faktorech. V následujících tabulkách jsou tedy porovnány jednotlivé výsledky dotazníku ProQOL v závislosti na vybraných proměnných – věk, druh směnného provozu, délka praxe ve zdravotnictví, pracovní poměr a typ oddělení.

Porovnání výsledků dotazníku ProQOL v závislosti na věku

Tabulka č. 3 – Kvalita pracovního života dle věku – pocit spokojenosti

| Pocit spokojenosti | | | | | | |
|--------------------|----|---------|-------|-----|-----|------|
| Věk | n | Úroveň | X | Min | Max | SD |
| 20-29 let | 37 | Střední | 37,11 | 22 | 48 | 5,10 |
| 30-39 let | 12 | Střední | 34,58 | 26 | 41 | 4,25 |
| 40-49 let | 23 | Střední | 36,00 | 23 | 44 | 5,37 |
| 50-59 let | 21 | Střední | 35,52 | 22 | 46 | 5,12 |
| 60 a více let | 8 | Střední | 37,13 | 29 | 47 | 7,47 |

n – absolutní četnost, x – průměrné hodnoty skóre, min – minimální skóre v dané kategorii, max – maximální skóre v dané kategorii, SD – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 3 zobrazuje hodnocení domény pocitu spokojenosti v závislosti na věku dotazovaných. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných všech věkových kategorií hodnotili doménu pocitu spokojenosti na střední úrovni. Nejvíce spokojeni byli respondenti v kategorii 20–29 let a v kategorii 60 let a více s podobnou průměrnou hodnotou. Nejméně spokojeni byli respondenti v kategorii 30–39 let.

Tabulka č. 4 – Kvalita pracovního života dle věku – syndrom vyhoření

| Syndrom vyhoření | | | | | | |
|-------------------------|----------|---------------|----------|------------|------------|-----------|
| Věk | n | Úroveň | X | Min | Max | SD |
| 20-29 let | 37 | Střední | 25,49 | 18 | 32 | 3,05 |
| 30-39 let | 12 | Střední | 26,58 | 21 | 35 | 4,03 |
| 40-49 let | 23 | Střední | 25,70 | 19 | 34 | 3,78 |
| 50-59 let | 21 | Střední | 28,43 | 17 | 37 | 5,25 |
| 60 a více let | 8 | Střední | 26,63 | 19 | 32 | 4,75 |

n – absolutní četnost, x – průměrné hodnoty skóre, min – minimální skóre v dané kategorii, max – maximální skóre v dané kategorii, SD – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 4 popisuje hodnocení domény syndromu vyhoření v závislosti na věku dotazovaných. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných všech věkových kategorií hodnotili doménu syndromu vyhoření na střední úrovni. Nejvyšší riziko vzniku syndromu vyhoření měla věková kategorie 50–59 let s průměrnou hodnotou 28,43 a nejmenší riziko měla nejmladší kategorie 20–29 let s hodnotou 25,49.

Tabulka č. 5 – Kvalita pracovního života dle věku – STS

| Sekundární traumatický stres | | | | | | |
|-------------------------------------|----------|---------------|----------|------------|------------|-----------|
| Věk | n | Úroveň | X | Min | Max | SD |
| 20-29 let | 37 | Nízká | 21,27 | 10 | 36 | 5,99 |
| 30-39 let | 12 | Nízká | 21,67 | 15 | 27 | 3,65 |
| 40-49 let | 23 | Nízká | 21,70 | 12 | 33 | 4,93 |
| 50-59 let | 21 | Střední | 25,52 | 17 | 34 | 4,69 |
| 60 a více let | 8 | Střední | 24,38 | 21 | 29 | 2,92 |

n – absolutní četnost, x – průměrné hodnoty skóre, min – minimální skóre v dané kategorii, max – maximální skóre v dané kategorii, SD – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 5 popisuje hodnocení domény sekundárního traumatického stresu v závislosti na věku dotazovaných.

Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných byla naměřena nízká úroveň rizika vzniku sekundárního traumatického stresu u věkových kategorií od 20 do 49 let. Střední úroveň byla naměřena u věkové kategorie od 50 let a více. Největší riziko vzniku sekundárního traumatického stresu měla věková kategorie 50–59 let s průměrnou hodnotou 25,52. Nejmenší riziko měla nejmladší věková kategorie od 20–29 let s průměrnou hodnotou 21,27.

Porovnání výsledků dotazníku ProQOL v závislosti na druhu směnného provozu

Tabulka č. 6 – Kvalita pracovního života dle druhu směnného provozu – pocit spokojenosti

| Pocit spokojenosti | | | | | | |
|--------------------|----|---------|-------|-----|-----|------|
| Druh provozu | n | Úroveň | X | Min | Max | SD |
| Jednosměnný | 19 | Střední | 39,00 | 31 | 47 | 5,00 |
| Dvousměnný | 63 | Střední | 35,60 | 22 | 48 | 5,56 |
| Třisměnný | 19 | Střední | 35,53 | 30 | 42 | 3,47 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 6 zobrazuje hodnocení domény pocitu spokojenosti v závislosti na druhu směnného provozu. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných byla naměřena u všech kategorií střední úroveň pocitu spokojenosti. Nejvíce spokojeni byli respondenti, co pracují v jednosměnném provozu, kde průměrná hodnota byla 39,00. Minimálně se poté lišily průměrné hodnoty u dvousměnného (35,60) a třisměnného provozu (35,53).

Tabulka č. 7 – Kvalita pracovního života dle druhu směnného provozu – syndrom vyhoření

| Syndrom vyhoření | | | | | | |
|-------------------------|----------|---------------|----------|------------|------------|-----------|
| Druh provozu | n | Úroveň | X | Min | Max | SD |
| Jednosměnný | 19 | Střední | 25,42 | 19 | 31 | 3,47 |
| Dvousměnný | 63 | Střední | 26,17 | 17 | 37 | 4,26 |
| Třisměnný | 19 | Střední | 27,95 | 18 | 35 | 3,78 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 7 popisuje hodnocení domény syndromu vyhoření v závislosti na druhu směnného provozu. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných byla naměřena u všech kategorií střední úroveň rizika vzniku syndromu vyhoření. S největším rizikem vzniku syndromu vyhoření se potýkali respondenti v třisměnném provozu, kde průměrná hodnota činila 27,95. Nejmenším rizikem vzniku syndromu vyhoření byli ohroženi respondenti v jednosměnném provozu s průměrnou hodnotou 25,42.

Tabulka č. 8 – Kvalita pracovního života dle druhu směnného provozu – STS

| Sekundární traumatický stres | | | | | | |
|-------------------------------------|----------|---------------|----------|------------|------------|-----------|
| Druh provozu | n | Úroveň | X | Min | Max | SD |
| Jednosměnný | 19 | Střední | 23,89 | 16 | 34 | 5,29 |
| Dvousměnný | 63 | Nízká | 22,41 | 10 | 36 | 5,27 |
| Třisměnný | 19 | Nízká | 21,63 | 12 | 33 | 5,23 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 8 zobrazuje doménu sekundárního traumatického stresu v závislosti na druhu směnného provozu. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných byla naměřena střední úroveň rizika vzniku sekundárního traumatického stresu pouze u jednosměnného provozu. Respondenti pracující ve dvousměnném a třisměnném provozu měli úroveň nízkou.

Nejvíce se tedy s rizikem vzniku STS potýkali pracovníci v jednosměnném provozu s průměrnou hodnotou 23,89. Nejméně byli ohroženi respondenti pracující v třisměnném provozu s průměrnou hodnotou 21,63.

Porovnání výsledků dotazníku ProQOL v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví

Tabulka č. 9 – Kvalita pracovního života dle délky praxe ve zdravotnictví – pocit spokojenosti

| Pocit spokojenosti | | | | | | |
|--------------------|----|---------|-------|-----|-----|------|
| Délka praxe | n | Úroveň | X | Min | Max | SD |
| Do 10 let | 44 | Střední | 37,45 | 22 | 48 | 5,08 |
| Od 11 do 20 let | 14 | Střední | 35,29 | 26 | 44 | 5,38 |
| Od 21 do 30 let | 21 | Střední | 35,24 | 23 | 44 | 4,52 |
| Od 31 do 40 let | 16 | Střední | 34,31 | 22 | 44 | 4,92 |
| Nad 40 let | 6 | Střední | 38,00 | 29 | 47 | 8,15 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 9 zobrazuje hodnocení domény pocitu spokojenosti v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných byla naměřena střední úroveň pocitu spokojenosti u všech respondentů. Nejvíce spokojeni byli respondenti s délkou praxe nad 40 let s průměrnou hodnotou 38,00. Nejméně spokojeni byli respondenti s délkou praxe od 31 do 40 let s průměrnou hodnotou 34,31.

Tabulka č. 10 – Kvalita pracovního života dle délky praxe ve zdravotnictví – syndrom vyhoření

| Syndrom vyhoření | | | | | | |
|-------------------------|----------|---------------|----------|------------|------------|-----------|
| Délka praxe | n | Úroveň | X | Min | Max | SD |
| Do 10 let | 44 | Střední | 24,95 | 17 | 32 | 3,46 |
| Od 11 do 20 let | 14 | Střední | 26,00 | 19 | 35 | 4,04 |
| Od 21 do 30 let | 21 | Střední | 26,81 | 19 | 34 | 4,18 |
| Od 31 do 40 let | 16 | Střední | 29,31 | 19 | 37 | 4,47 |
| Nad 40 let | 6 | Střední | 28,17 | 24 | 32 | 2,86 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 10 popisuje hodnocení domény syndromu vyhoření v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných byla naměřena střední úroveň rizika vzniku syndromu vyhoření u všech respondentů. Nejvíce ohroženi syndromem vyhoření byli respondenti s délkou praxe od 31 do 40 let s průměrnou hodnotou 29,31. Nejméně ohroženi syndromem vyhoření byli respondenti s délkou praxe do 10 let s průměrnou hodnotou 24,95.

Tabulka č. 11 – Kvalita pracovního života dle délky praxe ve zdravotnictví – STS

| Sekundární traumatický stres | | | | | | |
|-------------------------------------|----------|---------------|----------|------------|------------|-----------|
| Délka praxe | n | Úroveň | X | Min | Max | SD |
| Do 10 let | 44 | Nízká | 21,39 | 10 | 36 | 5,57 |
| Od 11 do 20 let | 14 | Nízká | 20,50 | 15 | 27 | 3,55 |
| Od 21 do 30 let | 21 | Střední | 23,29 | 12 | 33 | 5,41 |
| Od 31 do 40 let | 16 | Střední | 25,63 | 20 | 34 | 4,63 |
| Nad 40 let | 6 | Střední | 25,00 | 21 | 29 | 3,03 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 11 zobrazuje hodnocení domény sekundárního traumatického stresu v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných byla naměřena nízká úroveň rizika vzniku STS u respondentů s délkou praxe do 20 let a střední úroveň u respondentů s délkou praxe od 21 let a více. Nejvíce ohroženi rizikem vzniku STS byli respondenti s délkou praxe od 31 do 40 let s průměrnou hodnotou 25,63. Nejméně ohroženi byli respondenti s délkou praxe od 11 do 20 let s průměrnou hodnotou 20,50.

Porovnání výsledků dotazníku ProQOL v závislosti na druhu pracovního poměru

Tabulka č. 12 – Kvalita pracovního života dle druhu pracovního poměru – pocit spokojenosti

| Pocit spokojenosti | | | | | | |
|--------------------|----|---------|-------|-----|-----|------|
| Pracovní poměr | n | Úroveň | X | Min | Max | SD |
| Plný | 79 | Střední | 36,58 | 22 | 48 | 5,39 |
| Částečný | 22 | Střední | 34,95 | 26 | 47 | 4,65 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 12 popisuje hodnocení domény pocitu spokojenosti v závislosti na druhu pracovního poměru. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných byla naměřena střední úroveň pocitu spokojenosti u všech respondentů. Nejvíce spokojeni byli respondenti s plným úvazkem s průměrnou hodnotou 36,58. Méně byli spokojeni respondenti s částečným úvazkem s průměrnou hodnotou 34,95.

Tabulka č. 13 – Kvalita pracovního života dle druhu pracovního poměru – syndrom vyhoření

| Syndrom vyhoření | | | | | | |
|------------------|----|---------|-------|-----|-----|------|
| Pracovní poměr | n | Úroveň | X | Min | Max | SD |
| Plný | 79 | Střední | 26,52 | 17 | 37 | 4,27 |
| Částečný | 22 | Střední | 25,82 | 18 | 32 | 3,35 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 13 zobrazuje hodnocení domény syndromu vyhoření v závislosti na druhu pracovního poměru. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných byla naměřena střední úroveň rizika vzniku syndromu vyhoření u všech respondentů. Nejvíce ohroženi rizikem vzniku syndromu vyhoření byli respondenti pracující na plný úvazek s průměrnou hodnotou 26,52. Méně byli ohroženi respondenti pracující na částečný úvazek s průměrnou hodnotou 25,82.

Tabulka č. 14 – Kvalita pracovního života dle druhu pracovního poměru – STS

| Sekundární traumatický stres | | | | | | |
|-------------------------------------|----------|---------------|----------|------------|------------|-----------|
| Pracovní poměr | n | Úroveň | X | Min | Max | SD |
| Plný | 79 | Nízká | 22,96 | 10 | 36 | 5,38 |
| Částečný | 22 | Nízká | 21,05 | 12 | 34 | 4,64 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 14 popisuje hodnocení domény sekundárního traumatického stresu v závislosti na druhu pracovního poměru. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných byla naměřena nízká úroveň rizika vzniku STS, jak u respondentů s plným úvazkem, tak u respondentů s částečným. Více ohroženi rizikem vzniku STS byli respondenti s plným úvazkem s průměrnou hodnotou 22,96. Méně ohroženi byli respondenti s částečným úvazkem s průměrnou hodnotou 21,05.

Porovnání výsledků dotazníku ProQOL v závislosti na místě pracoviště

Pro přehlednější zobrazení tabulek byli respondenti rozděleni do čtyř kategorií podle oddělení, kde pracují: intenzivní péče (ARO, JIP), chirurgické obory (chirurgie, ORL, urologie), interní obory (interní a neurologické oddělení) a urgentní příjem s ambulancemi.

Tabulka č. 15 – Kvalita pracovního života dle místa pracoviště – pocit spokojenosti

| Pocit spokojenosti | | | | | | |
|---------------------------|----|---------|-------|-----|-----|------|
| Místo pracoviště | n | Úroveň | X | Min | Max | SD |
| Interní obory | 26 | Střední | 37,85 | 26 | 48 | 5,27 |
| Chirurgické obory | 31 | Střední | 35,29 | 22 | 46 | 5,07 |
| Intenzivní péče | 20 | Střední | 34,85 | 23 | 46 | 4,52 |
| Urgentní příjem/ambulance | 24 | Střední | 36,83 | 22 | 47 | 5,78 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 15 popisuje hodnocení domény pocitu spokojenosti v závislosti na místě pracoviště. Z tabulky je patrné, že všech 101 (100 %) respondentů mělo střední úroveň pocitu spokojenosti. Průměrné hodnoty se lišily pouze minimálně. Nejvíce spokojeni byli respondenti pracující v interních oborech s průměrnou hodnotou 37,85. Nejmenší pocit spokojenosti měli respondenti v intenzivní péči s průměrnou hodnotou 34,85.

Tabulka č. 16 – Kvalita pracovního života dle místa pracoviště – syndrom vyhoření

| Syndrom vyhoření | | | | | | |
|---------------------------|----|---------|-------|-----|-----|------|
| Místo pracoviště | n | Úroveň | X | Min | Max | SD |
| Interní obory | 26 | Střední | 26,50 | 18 | 32 | 3,30 |
| Chirurgické obory | 31 | Střední | 27,90 | 19 | 37 | 4,41 |
| Intenzivní péče | 20 | Střední | 26,80 | 17 | 35 | 4,19 |
| Urgentní příjem/ambulance | 24 | Střední | 23,88 | 17 | 30 | 3,30 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 16 zobrazuje hodnocení domény syndromu vyhoření v závislosti na místě pracoviště. Z výsledků tabulky plyne, že všech 101 (100 %) respondentů vykazovalo střední úroveň rizika vzniku syndromu vyhoření. Nejohroženější skupinou byly chirurgické obory s průměrnou hodnotou 27,90. Nejmenší riziko hrozilo respondentům na urgentním příjmu/ambulanci s průměrnou hodnotou 23,88.

Tabulka č. 17 – Kvalita pracovního života dle místa pracoviště – STS

| Sekundární traumatický stres | | | | | | |
|-------------------------------------|----------|---------------|----------|------------|------------|-----------|
| Místo pracoviště | n | Úroveň | X | Min | Max | SD |
| Interní obory | 26 | Nízká | 22,65 | 12 | 36 | 6,00 |
| Chirurgické obory | 31 | Střední | 23,81 | 12 | 34 | 5,37 |
| Intenzivní péče | 20 | Nízká | 21,90 | 15 | 33 | 4,32 |
| Urgentní příjem/ambulance | 24 | Nízká | 21,33 | 10 | 34 | 4,93 |

n – absolutní četnost, x – průměrné hodnoty skóre, min – minimální skóre v dané kategorii, max – maximální skóre v dané kategorii, SD – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 17 popisuje hodnocení domény sekundárního traumatického stresu v závislosti na místě pracoviště. Z tabulky je patrné, že z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných měli střední úroveň rizika vzniku STS pouze respondenti pracující v chirurgických oborech a zbytek měli nízkou úroveň. Nejlépe na tom byli respondenti z urgentního příjmu/ambulance s průměrnou hodnotou 21,33 a nejhůře respondenti pracující v chirurgických oborech s průměrnou hodnotou 23,81.

3.7.4 Prezentace výsledků dotazníku PWI-A

Následující tabulka popisuje výsledky hodnocení škály **Personal Wellbeing Index – Adult – 5 (PWI-A)** pro celý výzkumný vzorek. Respondenti hodnotili jednotlivé odpovědi na stupnici od 0 do 10, kde 0 – znamená, že jste zcela nespokojen/a; 5 – znamená, že Vaše spokojenost je neutrální; 10 – znamená, že jste zcela spokojen/a.

Pro dosažení snadného porovnání výsledků byly všechny údaje převedeny na standardizovanou stupnici 0 až 100 bodů. Tento proces, nazývaný „převod na body“ nezměnil statistické vlastnosti dat, protože šlo o jednoduchý lineární převod, u kterého je výhodou, že lze následně údaje z PWI-A a jiných škál přímo porovnávat z hlediska jejich průměrů a směrodatných odchylek. (Cummins, 2013)

PWI-A skóre, které se původně udávalo na stupnici 0 až 10, se přepočítalo jednoduše tím, že se desetinná čárka posunula doprava. Například skóre 7 se změnilo na 70 bodů, stejně jako průměrné skóre 6,56 se změnilo na 65,6 bodů. (Cummins, 2013)

Jednotlivé skóre lze porovnat s normálním rozložením hodnot v populaci. Normativní rozsah pro jednotlivce v Austrálii je stanoven mezi 50 až 100 body. Normativní rozmezí průměrů v západních zemích se pohybuje mezi 70 a 80 body. (Cummins, 2013)

Tabulka č. 18 – Průměrné hodnocení oblastí kvality života (PWI-A) u všech respondentů

| Index osobní pohody | | | | | |
|--|----------|----------|------------|------------|-----------|
| Jak jste spokojen/a s | n | X | Min | Max | SD |
| 0. Životem celkově | 101 | 68,51 | 10 | 100 | 20,85 |
| 1. Životní úroveň | 101 | 66,83 | 0 | 100 | 20,83 |
| 2. Vaším zdravím | 101 | 69,31 | 0 | 100 | 21,92 |
| 3. Dosažením cílů v životě | 101 | 67,72 | 20 | 100 | 19,69 |
| 4. Osobními vztahy | 101 | 69,01 | 0 | 100 | 25,94 |
| 5. Pocitem bezpečí | 101 | 68,91 | 0 | 100 | 21,16 |
| 6. Životem ve svém společenství | 101 | 66,34 | 0 | 100 | 22,39 |
| 7. Jistotou do budoucnosti | 101 | 60,89 | 10 | 100 | 21,22 |
| 8. Duchovním životem – náboženstvím | 101 | 65,64 | 0 | 100 | 22,11 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 18 popisuje průměrné hodnocení oblastí kvality života dle škály PWI-A u všech dotazovaných respondentů. Průměrné naměřené hodnoty se ve všech oblastech odlišují pouze minimálně.

Nejvíce byli respondenti spokojeni s oblastí svého zdraví s průměrnou hodnotou 69,31. Nejméně byli respondenti spokojeni s oblastí „Jistota do budoucnosti“, kde byla naměřena průměrná hodnota 60,89.

Každou z jednotlivých domén lze zkoumat jako samostatnou proměnnou, nebo je možné sečíst skóre všech sedmi oblastí a získat tak průměrné skóre, které reprezentuje **tzv. Index subjektivní pohody – Subjective Wellbeing Index (SWI)**. Pokud je osmá oblast týkající se spirituality nebo náboženství považována za nerelevantní pro respondenta, tak je zohledněno pouze skóre z ostatních sedmi oblastí při výpočtu celkového skóre SWI. Položka „Celková životní spokojenost“ také není součástí PWI, avšak může být přidána k sedmi položkám základního indexu. (Cummins, 2013)

Následující tabulka popisuje výpočet „Indexu subjektivní pohody“ u všech dotazovaných respondentů. SWI byl spočítán jako průměr hodnocení všech sedmi oblastí: životní úroveň, osobní zdraví, dosažení cílů v životě, osobní vztahy, pocit bezpečí, život ve svém společenství a jistota do budoucnosti.

Tabulka č. 19 – Průměrné hodnocení indexu subjektivní pohody u všech respondentů

| | n | X | Min | Max | SD |
|---------------------------------|----------|----------|------------|------------|-----------|
| Index subjektivní pohody | 101 | 67,00 | 22,86 | 97,14 | 16,95 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 19 popisuje průměrné hodnocení SWI u všech dotazovaných respondentů. Naměřená průměrná hodnota SWI činila skóre 67,00. Nejmenší naměřená hodnota SWI 22,86 byla zjištěna u respondentky ve věku 58 let pracující 40 let na plný úvazek na všeobecné chirurgii v třísměnném provozu. Největší skóre SWI 97,14 bylo naměřeno u respondentky ve věku 51 let pracující 10 let ve zdravotnictví, nyní pracuje na plný úvazek ve dvousměnném provozu na centrálním urgentním příjmu.

3.7.5 Porovnání výsledků škály SWI v závislosti na vybraných proměnných

Jedním z cílů výzkumu bylo zjistit, zda se hodnocení kvality života sester liší v závislosti na určitých faktorech. V následujících tabulkách jsou tedy porovnány jednotlivé výsledky SWI v závislosti na vybraných proměnných – věk, druh směnného provozu, délka praxe ve zdravotnictví, pracovní poměr a typ oddělení.

Porovnání výsledků SWI v závislosti na věku

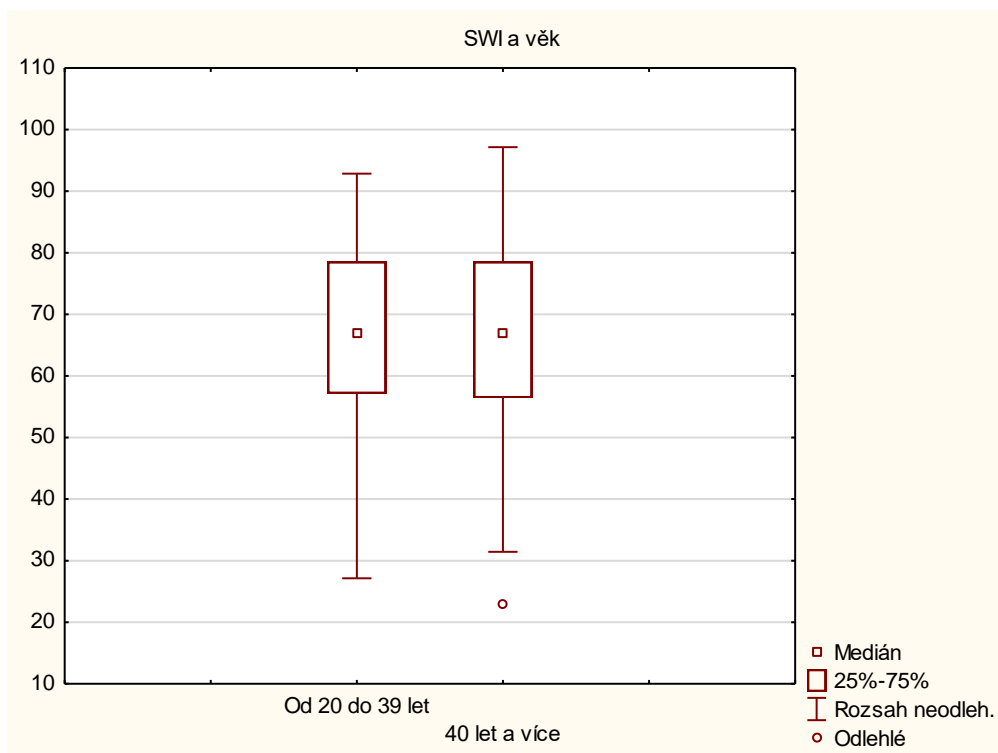
Tabulka č. 20 – Index osobní pohody v závislosti na věku

| Index osobní pohody | | | | | |
|---------------------|----|-------|-------|-------|-------|
| Věk | n | X | Min | Max | SD |
| 20-29 let | 37 | 68,92 | 32,86 | 92,86 | 15,46 |
| 30-39 let | 12 | 62,03 | 27,14 | 91,43 | 17,65 |
| 40-49 let | 23 | 70,06 | 35,71 | 95,71 | 16,67 |
| 50-59 let | 21 | 64,08 | 22,86 | 97,14 | 20,66 |
| 60 a více let | 8 | 64,46 | 50,00 | 88,57 | 13,01 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 20 popisuje výsledky hodnocení SWI v závislosti na věku dotazovaných. Z tabulky je patrné, že z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných byly nejvyšší hodnoty naměřeny u respondentů ve věkové kategorii od 40 do 49 let s průměrnou hodnotou 70,06. Naopak nejmenší hodnoty byly zjištěny u věkové kategorie od 30 do 39 let s průměrnou hodnotou 62,03.



Graf č. 13 – Porovnání výsledků SWI v závislosti na věku

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Pro lepší představu o souboru a jeho významných hodnotách byl vytvořen krabicový **graf č. 13**, který porovnává výsledné hodnoty SWI v závislosti na věku dotazovaných. Z důvodu nedostatečného množství respondentů v jednotlivých věkových kategoriích bylo nutné je sloučit na kategorie dvě, a to od 20 do 39 let a 40 let a více.

Obě kategorie měly podobné rozpětí hodnot. Z grafu je také zřejmé, že hodnoty mediánu jsou v obou kategoriích na stejné úrovni. V kategorii 40 let a více se vyskytl jeden respondent s výrazně nižší hodnotou SWI (22,86) než většina, což může být způsobeno nedostatkem dat v této kategorii.

Porovnání výsledků SWI v závislosti na druhu směnného provozu

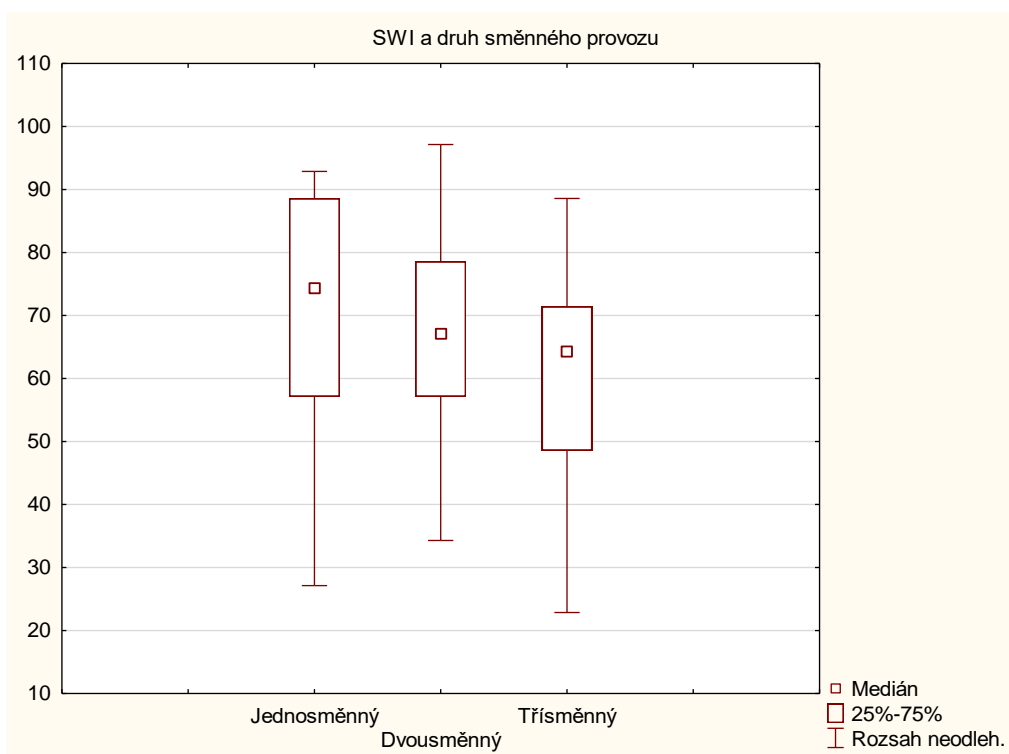
Tabulka č. 21 – Index osobní pohody v závislosti na druhu směnného provozu

| Index osobní pohody | | | | | |
|---------------------|----|-------|-------|-------|-------|
| Druh provozu | n | X | Min | Max | SD |
| Jednosměnný | 19 | 70,08 | 27,14 | 92,86 | 19,32 |
| Dvousměnný | 63 | 68,21 | 34,29 | 97,14 | 15,68 |
| Třisměnný | 19 | 59,93 | 22,86 | 88,57 | 17,58 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 21 zobrazuje výsledky hodnocení SWI v závislosti na druhu směnného provozu. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných byly naměřeny nejvyšší hodnoty u respondentů pracujících v jednosměnném provozu s průměrnou hodnotou 70,08. Nejmenší hodnoty byly zjištěny u respondentů pracujících v třisměnném provozu s průměrnou hodnotou SWI 59,93.



Graf č. 14 – Porovnání výsledků SWI v závislosti na druhu směnného provozu

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Pro lepší představu o souboru a jeho významných hodnotách byl vytvořen krabicový **graf č. 14**, který porovnává výsledné hodnoty SWI v závislosti na druhu směnného provozu. Z grafu lze vyčíst, že mediány se liší pouze minimálně. Na základě porovnání krabicových grafů můžeme předpokládat, že hodnoty SWI byly nejvyšší u respondentů pracujících v jednosměnném provozu. V souborech se nevyskytují žádné odlehle ani extrémní hodnoty.

Porovnání výsledků SWI v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví

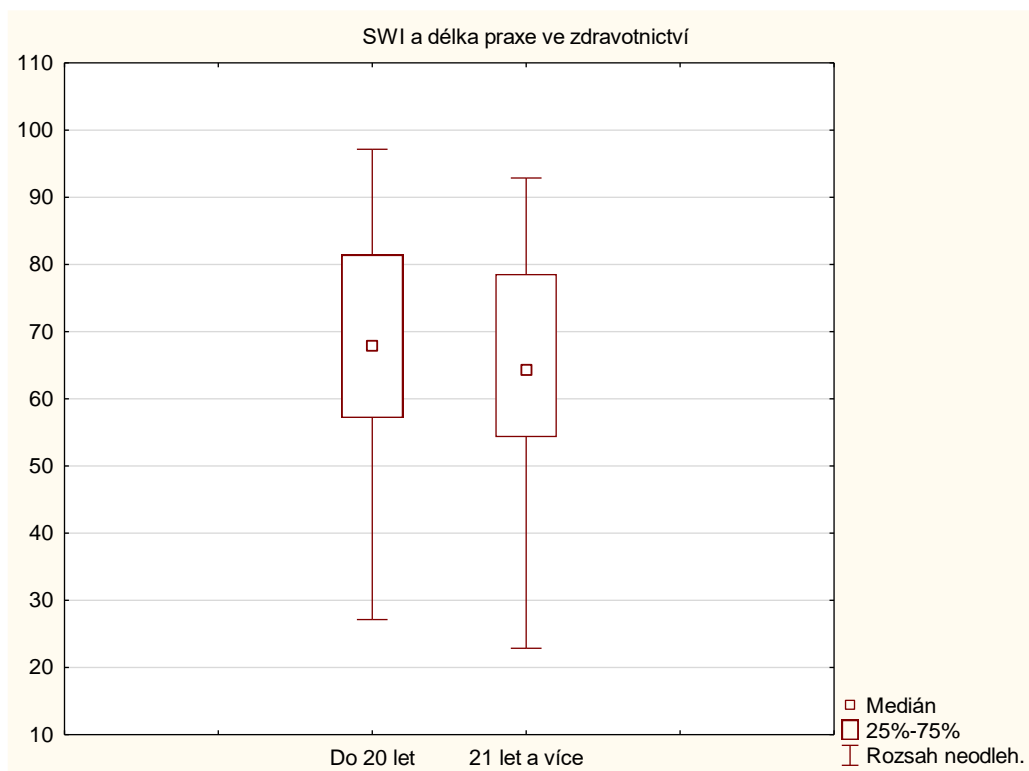
Tabulka č. 22 – Index osobní pohody v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví

| Index osobní pohody | | | | | |
|---------------------|----|-------|-------|-------|-------|
| Délka praxe | n | X | Min | Max | SD |
| Do 10 let | 44 | 68,80 | 27,14 | 97,14 | 17,24 |
| Od 11 do 20 let | 14 | 69,08 | 41,43 | 95,71 | 14,94 |
| Od 21 do 30 let | 21 | 67,96 | 35,71 | 92,86 | 16,61 |
| Od 31 do 40 let | 16 | 57,77 | 22,86 | 92,86 | 17,94 |
| Nad 40 let | 6 | 70,24 | 54,29 | 88,57 | 14,61 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 22 popisuje výsledky hodnocení SWI v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví. Z celkového počtu 101 dotazovaných, což představuje 100 % všech respondentů, byly zaznamenány nejvyšší hodnoty SWI u jedinců pracujících ve zdravotnictví po dobu více než 40 let, s průměrnou hodnotou 70,24. Na druhé straně, nejnižší hodnoty SWI byly pozorovány u těch, kteří měli praxi v rozmezí od 31 do 40 let, s průměrnou hodnotou 57,77.



Graf č. 15 – Porovnání výsledků SWI v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Pro lepší představu o souboru a jeho významných hodnotách byl vytvořen krabicový **graf č. 15**, který porovnává výsledné hodnoty SWI v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví. Z důvodu nedostatečného množství respondentů v jednotlivých kategoriích bylo nutné je sloučit na kategorie dvě, a to délka praxe do 20 let a 21 let a více. Obě kategorie měly podobné rozpětí hodnot. Z grafu je také zřejmé, že hodnoty mediánů se odlišují pouze minimálně. V kategorii do 20 let byl medián 67,86 a v kategorii 21 let a více 64,29. V souborech se nevyskytují žádné odlehlé ani extrémní hodnoty.

Porovnání výsledků SWI v závislosti na druhu pracovního poměru

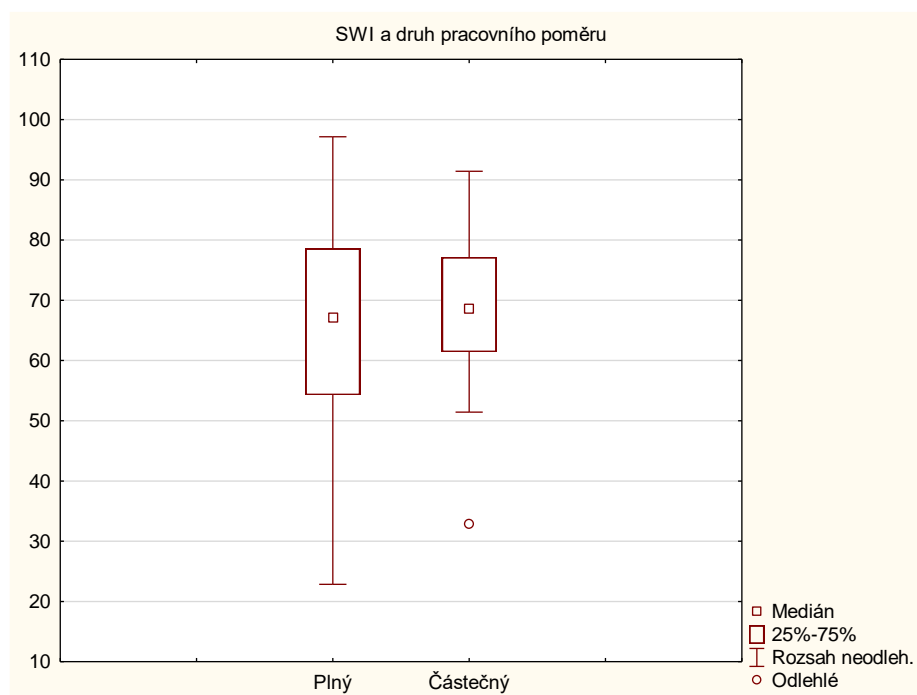
Tabulka č. 23 – Index osobní pohody v závislosti na druhu pracovního poměru

| Index osobní pohody | | | | | |
|---------------------|----|-------|-------|-------|-------|
| Pracovní poměr | n | X | Min | Max | SD |
| Plný | 79 | 66,36 | 22,86 | 97,14 | 17,75 |
| Částečný | 22 | 69,29 | 32,86 | 91,43 | 13,84 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 23 popisuje výsledky hodnocení SWI v závislosti na druhu pracovního poměru. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných byly zaznamenány vyšší hodnoty u respondentů, kteří pracovali na částečný úvazek, a to s průměrnou hodnotou 69,29. Průměrná hodnota respondentů pracujících na plný úvazek se příliš nelišila a činila 66,36.



Graf č. 16 – Porovnání výsledků SWI v závislosti na druhu pracovního poměru

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Pro lepší představu o souboru a jeho významných hodnotách byl vytvořen krabicový **graf č. 16**, který porovnává výsledné hodnoty SWI v závislosti na druhu pracovního poměru. Krabicový graf potvrdil to, co již bylo popsáno v předchozí tabulce. V souboru „plný úvazek“ bylo větší rozpětí hodnot než v souboru „částečný úvazek“. Mediány u respondentů pracujících na plný úvazek (67,14) či částečný (68,57) se odlišují pouze minimálně. U respondentů pracujících na částečný úvazek se vyskytl jeden respondent s výrazně nižší hodnotou SWI (32,86) než většina, což může být způsobeno nedostatkem dat v této kategorii.

Porovnání výsledků SWI v závislosti na místě pracoviště

Pro přehlednější zobrazení tabulek byli respondenti rozděleni do čtyř kategorií podle oddělení, kde pracují: intenzivní péče (ARO, JIP), chirurgické obory (chirurgie, ORL, urologie), interní obory (interní a neurologické oddělení) a urgentní příjem s ambulancemi.

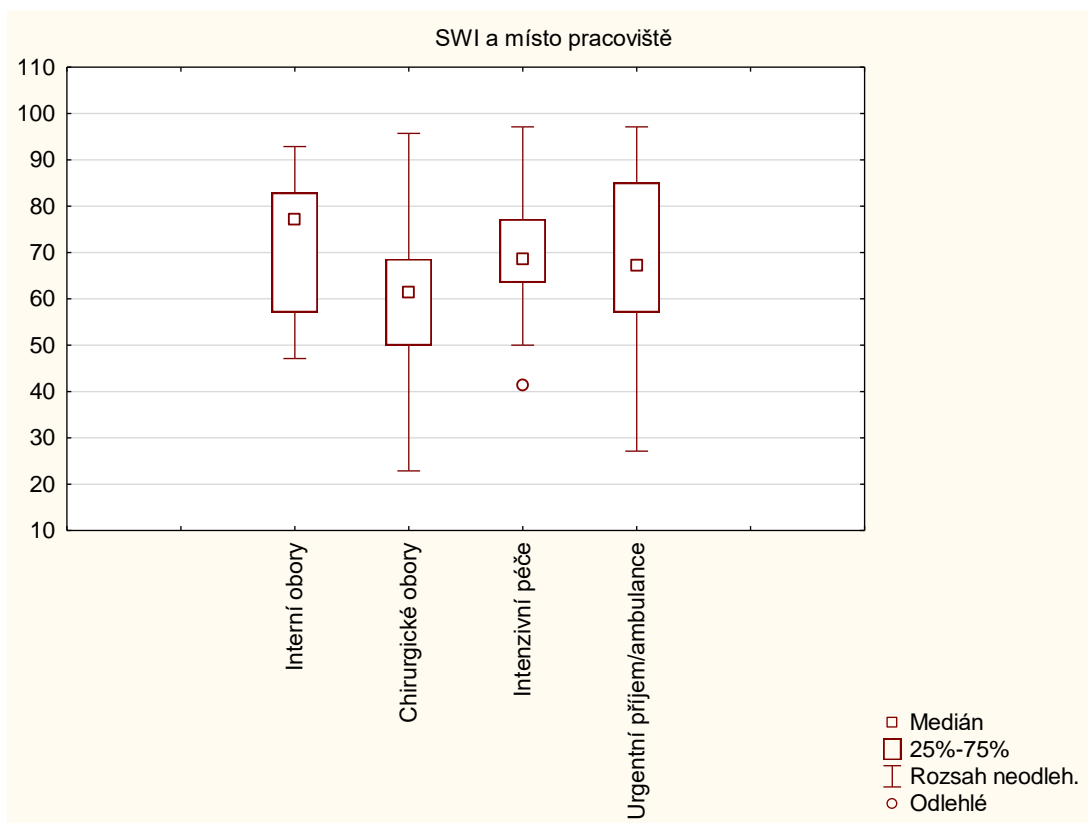
Tabulka č. 24 – Index osobní pohody v závislosti na místě pracoviště

| Index osobní pohody | | | | | |
|---------------------------|----|-------|-------|-------|-------|
| Místo pracoviště | n | X | Min | Max | SD |
| Interní obory | 26 | 72,42 | 47,14 | 92,86 | 14,89 |
| Chirurgické obory | 31 | 60,09 | 22,86 | 95,71 | 17,29 |
| Intenzivní péče | 20 | 69,36 | 41,43 | 97,14 | 12,88 |
| Urgentní příjem/ambulance | 24 | 68,10 | 27,14 | 97,14 | 19,45 |

n – absolutní četnost, *x* – průměrné hodnoty skóre, *min* – minimální skóre v dané kategorii, *max* – maximální skóre v dané kategorii, *SD* – směrodatná odchylka

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Tabulka č. 24 popisuje výsledky hodnocení SWI v závislosti na místě pracoviště. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných byly naměřeny nejvyšší hodnoty SWI u respondentů pracujících v interních oborech, a to s průměrnou hodnotou 72,42. Naopak nejnižší hodnoty se vyskytovaly u respondentů pracujících v chirurgických oborech s průměrnou hodnotou SWI 60,09.



Graf č. 17 – Porovnání výsledků SWI v závislosti na místě pracoviště

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Pro lepší představu o souboru a jeho významných hodnotách byl vytvořen krabicový **graf č. 17**, který porovnává závislost SWI s místem pracoviště. Graf vypovídá nejnižší hodnoty mediánu u respondentů pracujících v chirurgických oborech (61,43) a nejvyšší u respondentů pracujících v interních oborech (77,14). V oboru intenzivní péče se vyskytl jeden respondent s výrazně nižší hodnotou SWI (41,43) než většina, což může být způsobeno nedostatkem dat v této kategorii.

3.7.6 Testování hypotéz

Normalita dat byla otestována Kolmogorovův-Smirnovův testem. Vzhledem k normálnímu rozložení dat bylo pro potvrzení nebo vyvrácení hypotéz o vztahu mezi proměnnými použito testovací kritérium parametrického testu dvou nezávislých proměnných tzv. parametrický dvouvýběrový nepárový t-test (Studentův t-test). Hladina významnosti byla stanovena $\alpha = 0,05 = 5 \%$. U Hypotézy č. 5 byl v závislosti na datech pro vyjádření vztahu mezi škálami použit Pearsonův korelační koeficient s hladinou významnosti $\alpha = 0,05$.

Hypotéza č. 1

1H₀: Neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí SWI v závislosti na místu pracoviště, na kterém pracují.

1H_A: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí SWI v závislosti na místu pracoviště, na kterém pracují.

Výsledek a závěr testování

Dle stanovené hypotézy č. 1 byli respondenti rozděleni a zařazeni do 4 skupin dle pracoviště na:

- Interní obory: Interna a neurologie v počtu 26 respondentů.
- Chirurgické obory: Chirurgie traumatologie, všeobecná, ORL a urologie s 31 respondenty.
- Intenzivní péče: ARO+JIP s 20 respondenty.
- Urgentní příjem/ambulance v počtu 24 dotazujících.

Tabulka č. 25 – Výsledek hypotézy č. 1

| Hypotéza 1 | |
|---|-------------------|
| | <i>p</i> -hodnota |
| Interní obory x Chirurgické obory | 0,006086 |
| Interní obory x Intenzivní péče | 0,468184 |
| Interní obory x Urgentní příjem/ambulance | 0,379811 |
| Chirurgické obory x Intenzivní péče | 0,045312 |
| Chirurgické obory x Urgentní příjem/ambulance | 0,112806 |
| Intenzivní péče x Urgentní příjem/ambulance | 0,805223 |

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

V hypotéze č. 1 bylo zjišťováno, zdali existuje statistická významnost v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí SWI škály mezi pracovišti. Výsledné hodnoty testování signalizují viz Tabulka č. 25 statisticky významný rozdíl mezi pracovištěm interních oborů a chirurgických oborů $p < \alpha$ ($0,006086 < 0,05$), dále mezi chirurgickými obory a intenzivní péčí $p < \alpha$ ($0,045312 < 0,05$). Nulovou hypotézu zamítáme pro tyto dva případy testování. Mezi ostatními posuzovanými skupinami je hodnota $p > \alpha$, proto zde není statisticky významný rozdíl. Nulovou hypotézu nezamítáme, potvrzujeme ji.

Hypotéza č. 2

2H₀: Neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí SWI v závislosti na věku.

2H_A: Existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí SWI v závislosti na věku.

Výsledek a závěr testování:

Pro testování hypotézy č. 2 „Kvalita života všeobecných a praktických sester dle SWI v závislosti na věku“ bylo 5 původních věkových kategorií sloučeno do dvou věkových kategorií. První věková kategorie od 20–39 let má 49 respondentů, druhá věková kategorie od 40 let a více zahrnuje 52 respondentů.

Tabulka č. 26 – Výsledek hypotézy č. 2

| Hypotéza 2 | |
|------------|-------------------|
| Věk | <i>p</i> -hodnota |
| | 0,895986 |

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Výsledná *p*-hodnota byla větší než hladina významnosti $p > \alpha$ ($0,895986 > 0,05$), viz Tabulka č. 26. Nulovou hypotézu nezamítáme, potvrzujeme ji. Kvalita života všeobecných a praktických sester hodnocená pomocí SWI v závislosti na věkových kategoriích není statisticky významná, není rozdílná.

Hypotéza č. 3

3H₀: Neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v pravděpodobnosti výskytu syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví.

3H_A: Existuje statisticky významný rozdíl v pravděpodobnosti výskytu syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví.

Výsledek a závěr testování:

K testování hypotézy č. 3 bylo nutné respondenty rozdělit ve výskytu syndromu vyhoření z hlediska délky praxe na dvě kategorie. Do první kategorie jsou zařazeni respondenti s délkou praxe do 20 let v počtu 58 respondentů. Druhá kategorie s délkou praxe od 21 let a dále obsahuje 43 respondentů.

Tabulka č. 27 – Výsledek hypotézy č. 3

| Hypotéza 3 | |
|-------------------------|-------------------------|
| Syndrom vyhoření | <i>p</i>-hodnota |
| | 0,000711 |

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Z výpočtu hypotézy vyplývá, že $3H_0$ zamítáme, neboť hodnota $p < \alpha$ ($0,000711 < 0,05$), viz Tabulka č. 27. Přijímáme alternativní hypotézu $3H_A$. Můžeme tvrdit, že rozdíl ve výskytu syndromu vyhoření mezi respondenty s ošetrovatelskou praxí do 20 let a respondenty od 21 let a více není nulový, ale statistický významný. S délkou praxe všeobecných a praktických sester stoupá pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření.

Hypotéza č. 4

4H₀: Neexistuje žádný statisticky významný rozdíl v pravděpodobnosti výskytu sekundárního traumatického stresu mezi sestrami pracujícími na oddělení intenzivní péče/urgentním příjmu a sestrami na standardních lůžkových odděleních.

4H_A: Existuje statisticky významný rozdíl v pravděpodobnosti výskytu sekundárního traumatického stresu mezi sestrami pracujícími na oddělení intenzivní péče/urgentním příjmu a sestrami na standardních lůžkových odděleních.

Výsledek a závěr testování:

V rámci testování hypotézy č. 4 bylo nutné seskupit data na 2 skupiny. Do první posuzované skupiny „Intenzivní péče/Urgentní příjem“ spadají obory ARO, JIP, ambulance a urgentní příjem v celkovém počtu 44 respondentů. Do druhé posuzované skupiny „Standardní lůžkové oddělení“ v počtu 57 respondentů byla zařazena oddělení interní, neurologie, chirurgie všeobecná a traumatologie, ORL a urologie.

Tabulka č. 28 – Výsledek hypotézy č. 4

| Hypotéza 4 | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| Sekundární traumatický stres | <i>p</i>-hodnota |
| | 0,110068 |

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Dle výpočtu testovacího kritéria $4H_0$ nezamítáme ($0,110068 > 0,05$). Není prokázána statisticky významná závislost mezi „Intenzivní péčí/Urgentním příjmem“ a „Standardním lůžkovým oddělením“ ve výskytu sekundárního traumatického stresu.

Hypotéza č. 5

5H₀: Neexistuje žádný statisticky významný vztah mezi použitými škálami PWI-A a ProQOL.

5H_A: Existuje statisticky významný vztah mezi použitými škálami PWI-A a ProQOL.

Výsledek a závěr testování:

Pro posouzení vzájemného vztahu mezi škálami PWI-A a ProQOL, bylo nutné upravit data. „Škála PWI-A“ (Index osobní pohody) vyjadřující celkovou kvalitu života jednotlivce byla vypočítána jako průměr otázek 1–7. „Škála ProQOL“ obsahující data tří hlavních domén – pocit spokojenosti, syndrom vyhoření, sekundární traumatický stres byla pro účely testování také zprůměrována.

Tabulka č. 29 – Výsledek hypotézy č. 5

| Hypotéza 5 | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| Korelace škál PWI-A a ProQOL | <i>p</i>-hodnota |
| | 0,573 |

Zdroj: Vlastní zpracování, 2024

Na základě zkoumaných dat nebyl na hladině významnosti 5 % prokázán statisticky významný vztah mezi škálami PWI-A a ProQOL patrně v Tabulce č. 29. Z testování se můžeme domnívat, že subjektivně vnímaná kvalita života statisticky významně neovlivňuje profesní kvalitu života a naopak.

4 DISKUZE

V úvodu diplomové práce bylo stanoveno 6 výzkumných otázek, které jsou v diskuzi zodpovězeny a porovnány s fakty z jiných bakalářských a diplomových prací a také zahraničních studií. Hlavním cílem této diplomové práce bylo zhodnotit kvalitu života všeobecných a praktických sester ve vybraném zdravotnickém zařízení Pardubického kraje pomocí dvou standardizovaných dotazníků: Personal Wellbeing Index – Adult – 5 (PWI-A) a Professional Quality of Life (ProQOL) a zjistit jejich vzájemné vztahy. Dílčí výzkumné cíle zahrnovaly navíc zhodnocení pracovní kvality života a indexu osobní pohody v závislosti na vybraných proměnných (věk, druh směnného provozu, délka praxe ve zdravotnictví, pracovní poměr a typ oddělení).

VO₁: Jak vybrané všeobecné a praktické sestry hodnotí svou kvalitu života a kvalitu pracovního života pomocí dvou standardizovaných škál?

Kvalita pracovního života byla hodnocena pomocí škály ProQOL, která je rozdělena do tří dimenzí – pocit spokojenosti, syndrom vyhoření a sekundární traumatický stres. Dotazované sestry hodnotily doménu pocitu spokojenosti na střední úrovni. Co se týče rizika syndromu vyhoření, vykazovaly sestry také střední úroveň. Naopak riziko vzniku sekundárního traumatického stresu bylo u dotazovaných na nízké úrovni.

Stejnou problematikou se ve své diplomové práci s názvem „Kvalita života a zdraví všeobecných sester“ zabývala i Martina Šulová v roce 2021. Pro hodnocení kvality pracovního života sester byl využit shodně dotazník ProQOL a počet respondentů činil 72 sester z urgentního příjmu, interního a infekčního oddělení. Výsledky se s naším výzkumem lišily pouze minimálně. Dimenzi pocitu spokojenosti a syndromu vyhoření hodnotily dotazované sestry na střední úrovni, tak jako tomu bylo u našeho výzkumu. V dimenzi sekundárního traumatického stresu naopak v našem výzkumu dopadly sestry lépe, kdy v této oblasti měly nízkou úroveň a ve výzkumu Šulové sestry vykazovaly úroveň střední. Rozdíly v oblasti sekundárního traumatického stresu mohou být dány tím, že autorka Šulová prováděla výzkum u sester pracujících na infekčním oddělení, které v té době mělo nápor pacientů s onemocněním Covid-19 a také u sester pracujících na ambulancích, kde probíhal příjem pacientů s Covidem- 19.

Tento fakt potvrzuje ve své zahraniční studii autor Ageel Mohammed (2022), který uvedl, že kvalita pracovního života sester byla významně ovlivněna pandemií Covid-19, což dokazují střední až vysoké hodnoty úrovně jednotlivých domén u dotazovaných sester v jeho studii ze Saúdské Arábie. Zdravotnický personál byl v této době po celém světě přehlčen prudkým nárůstem kriticky nemocných pacientů. Kvalita života zaměstnanců byla výrazně ohrožena. (Ageel a kol., 2022, s. 175, 180)

Stejná hodnotící škála ProQOL byla využita i v bakalářské práci s názvem „Kvalita pracovního života sester z Nemocnice Třinec“ autorkou Zuzanou Burešovou v roce 2014, která ve svém výzkumném vzorku měla 188 sester. Výsledky byly shodné s našim výzkumem v oblasti pocitu spokojenosti a syndromu vyhoření. Lišila se opět pouze dimenze sekundárního traumatického stresu, kde sestry ve výzkumu Burešové měly střední riziko vzniku sekundárního traumatického stresu. Odlišnosti mohou být dány tím, že autorka Burešová zahrнула do svého výzkumného vzorku širší spektrum oddělení v nemocnici, zatímco v našem výzkumu jich bylo zahrnuto méně. Autorka také do svého výzkumu zařadila i dětská oddělení a centrální operační sály. Práce na odděleních dětské péče, dětské JIP, novorozeneckého oddělení nebo na operačních sálech může být spojena s různými druhy emocionální zátěže a stresu, což může ovlivnit míru sekundárního traumatického stresu. Tato odlišnost v pracovních oblastech mezi našim výzkumem a výzkumem Burešové mohla vést k rozdílným výsledkům.

V diplomové práci s názvem „Pracovní spokojenost a kvalita života sester“ se autorka Bohumila Čurdová v roce 2013 zabývala podobnou problematikou. Výzkumný soubor tvořilo 275 sester a porodních asistentek, což se liší od našeho výzkumu, kde jsme se zaměřili pouze na všeobecné a praktické sestry. V dimenzi pocitu spokojenosti sestry a porodní asistentky dosahovaly nejčastěji středních hodnot, tak jako tomu bylo i v našem výzkumu. Sester a porodních asistentek s nízkým skóre rizika syndromu vyhoření bylo 29,8 %, zbytek vykazovalo hodnotu střední. V oblasti sekundárního traumatického stresu činil počet sester a porodních asistentek s nízkým skóre 44,7 %, zbytek sester se řadilo do středních hodnot.

Zahraněční studie, která zkoumala kvalitu života sester pomocí dotazníku ProQOL nesla název „The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis“ a byla publikována v roce 2021 autorem Wanqing Xie a kol. Tento systematický přehled a metaanalýza zahrnovala celkem 79 studií, kterých se zúčastnilo 28 509 sester z 11 zemí světa. U sester byla naměřena střední hodnota v dimenzi pocitu spokojenosti a rizika syndromu vyhoření, tak jako u sester v našem výzkumu.

Rozdílná hodnota byla naměřena pouze v oblasti rizika vzniku sekundárního traumatického stresu, kde autor Wanqing Xie a kol. uvádí střední hodnotu, na rozdíl od našeho výzkumu, kde byla naměřena hodnota nízká.

V porovnání se zmiňovanými výzkumy, výsledky naší práce naznačují srovnatelné trendy v hodnocení kvality pracovního života sester pomocí škály ProQOL. V dimenzi pocitu spokojenosti vykazovaly dotazované sestry střední úroveň, což odpovídá výsledkům Martiny Šulové (2021) a Zuzany Burešové (2014), a rovněž sestry a porodní asistentky z výzkumu Bohumily Čurdové (2013). Syndrom vyhoření byl také hodnocen na střední úrovni, což je v souladu s výsledky uvedených výzkumů.

Nicméně, v oblasti sekundárního traumatického stresu naše práce odhalila úroveň nízkou, což se liší od výzkumu Martiny Šulové (2021) a zahraniční metaanalýzy autora Wanqing Xie a kol. (2021), kde byla naměřena střední úroveň. Tyto rozdíly mohou být způsobeny různými faktory. Může zde hrát roli odlišné složení výzkumného vzorku respondentů či rozdíly v pracovním prostředí nebo pracovních podmínkách, jako je například typ oddělení, na kterém sestry pracují.

I přes určité rozdíly v hodnocení sekundárního traumatického stresu jsou výsledky naší práce v souladu s většinou uvedených studií, což posiluje jejich vzájemnou srovnatelnost a platnost.

Kvalita života byla také hodnocena pomocí škály PWI-A, která obsahuje devět položek a žádá respondenty, aby vyhodnotili spokojenost s různými aspekty svého života. Výsledky výzkumného šetření naznačují, že dotazované sestry projevovaly nejvyšší míru spokojenosti v oblasti svého zdraví, zatímco nejméně spokojené byly s pocitem jistoty ohledně budoucnosti. Tento nedostatek jistoty může být důsledkem neustálých změn a výzev ve zdravotnickém prostředí, jako je například výskyt nových patogenů, organizační změny nebo finanční nestabilita.

Kvalitu života pomocí škály PWI-A hodnotila u pracujících sester ve svém výzkumu autorka Zuzana Burešová („Kvalita pracovního života sester z Nemocnice Třinec“, 2014). Podle průměrných hodnot v jednotlivých oblastech kvality života byly sestry nejvíce spokojeny s osobními vztahy (75,11), což se liší pouze minimálně od našeho výzkumu, kde sestry vykazovaly průměrné hodnoty 69,01. Dotazované sestry byly naopak nejméně spokojené s jistotou do budoucnosti, kde dosáhly průměrných hodnot 55,37. Tento výsledek je v souladu s naším výzkumem, kde sestry vykazovaly také nejmenší spokojenost s jistotou do budoucnosti s průměrnou hodnotou 60,89.

Hodnocením kvality života pomocí škály PWI-A se také zabývaly v roce 2012 autorky Gurková a Macejková ve svém výzkumu s názvem „Psychická zátěž a depresivní symptomatologie mezi sestrami“. Vzorek respondentů tvořilo 78 sester pracujících na lůžkových odděleních. Nejvyšší míra spokojenosti byla v oblasti týkající se duchovního života s hodnotou 73,24. Naše hodnoty v této oblasti dosahovaly pouhých 65,64. Rozdíl v této oblasti může být způsoben tím, že výzkum byl prováděn u sester na Slovensku, kde je vyšší podíl jedinců, kteří se hlásí k nějaké víře, zatímco v České republice převažuje většinově nevěřící populace. Také oblast osobních vztahů byla hodnocena kladně ve výzkumu Gurkové a Macejkové. Sestry vykazovaly v této oblasti hodnotu 71, 81, což se shoduje s výsledky našeho výzkumu s hodnotou 69,01. Nejmenší spokojenost u Gurkové a Macejkové sestry uváděly v oblasti jistoty do budoucnosti (63,82), což odpovídá výsledkům našeho výzkumu, kde sestry uváděly průměrnou hodnotu pouhých 60,89.

Po sečtení skóre sedmi oblastí z PWI-A lze získat průměrné skóre, které reprezentuje tzv. Index subjektivní pohody – Subjective Wellbeing Index (SWI). Index osobní pohody byl u dotazovaných sester 67 % ze 100 %, z čehož je patrná dobrá kvalita života. Střední hodnoty SWI pro populaci západních zemích se totiž pohybují mezi 70–80 % z maximální stupnice 100 %. (Cummins, 2013)

V bakalářské práci autorky Zuzany Burešové z roku 2014 („Kvalita pracovního života sester z Nemocnice Třinec“), která také hodnotila kvalitu života sester dle indexu subjektivní pohody byly výsledky shodné s výsledky našeho výzkumu. Hodnota sester SWI celkově činila 67,42 %, což je totožné s výsledky našeho výzkumu, kde hodnota SWI byla 67,00 % ze 100 %.

Lze tedy konstatovat, že náš výzkum a výzkum prováděný Zuzanou Burešovou (2014) naznačuje podobné trendy ve vnímání kvality života sester. Toto tvrzení naznačuje potřebu dalšího zkoumání této problematiky s cílem podporovat a zlepšovat pracovní podmínky sester.

VO₂: Jaký je rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí Indexu subjektivní pohody (SWI) v závislosti na místu pracoviště?

Ve výzkumné části diplomové práce jsme zjišťovali rozdíly v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí Indexu subjektivní pohody v závislosti na místu pracoviště.

Pro lepší přehlednost byli respondenti rozděleni do čtyř kategorií podle oddělení, kde pracují: intenzivní péče (ARO, JIP), chirurgické obory (chirurgie, ORL, urologie), interní obory (interní a neurologické oddělení) a urgentní příjem s ambulancemi.

Dle našich výsledků hodnotily nejlépe svou kvalitu života pomocí SWI sestry pracující v interních oborech. Výsledná hodnota činila 72,42 % z maximální stupnice 100 %. Naopak nejhůře hodnotily svou kvalitu života pomocí SWI sestry, které pracovali v chirurgických oborech s hodnotou 60,09 %.

Na tuto výzkumnou otázku navazovala hypotéza č. 1, která ověřovala, zda existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí SWI v závislosti na místě pracoviště, na kterém pracují. Výsledné hodnoty testování signalizovaly statisticky významný rozdíl mezi interními a chirurgickými obory. Statisticky významný rozdíl byl také mezi chirurgickými obory a intenzivní péčí.

Autorka Zuzana Burešová („Kvalita pracovního života sester z Nemocnice Třinec“, 2014) ve své bakalářské práci zkoumala rozdíly v kvalitě života sester pomocí SWI. Nejlépe svou kvalitu života hodnotily sestry z ambulancí s hodnotou 72,63 %, což se liší od našich výsledků, kde ambulantní sestry udávaly hodnotu 68,10 %. U autorky Burešové byla také zjištěna nízká kvalita života sester na lůžkových odděleních s hodnotami pod 65 %, což v našem výzkumu bylo zjištěno pouze na chirurgických pracovištích (60,09 %). Autorka Burešová tedy ve své práci zjistila vyšší hodnoty kvality života u ambulantních sester a také uvedla nižší hodnoty u sester na lůžkových odděleních, což se odlišuje od našeho výzkumu, kde například na interních lůžkových pracovištích byla naměřena stejně vysoká hodnota SWI (72,42 %), jako u sester pracujících v ambulancích (72,63) u autorky Burešové. Rozdílné hodnoty mohou být způsobeny odlišnými pracovními podmínkami, vzděláním, či jinými faktory, které ovlivňují hodnocení kvality života.

Autorka Šulová Martina („Kvalita života a zdraví všeobecných sester“, 2021) ve své diplomové práci zkoumala rozdíly v kvalitě života sester v závislosti na místě pracoviště pomocí dotazníku WHOQOL-BREF. Položka Q1 zjišťovala, jak sestry hodnotí kvalitu svého života. Nejvyšší naměřené skóre bylo u respondentů z interního oddělení, což by odpovídalo výsledkům našeho výzkumu, kde nejvyšší hodnoty SWI byly u sester pracujících v interních oborech.

Kvalitou pracovního života sester se ve své diplomové práci s názvem „Kvalita pracovního života všeobecných sester“ zabývala autorka Hujová Aneta v roce 2021. Pro výzkum využila tři standardizované anonymní dotazníky Work-Family Conflict and Family-Work Conflict questionnaire (1996), dotazník Quality of Nursing Work Life Survey (2001), a Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration (JSAPNC), (2001).

Soubor respondentů tvořilo 271 všeobecných sester, kdy jich 181 pracovalo na lůžkových odděleních (interna, chirurgie) a zbytek na JIP či ARO. Autorka Hujová zjistila vyšší kvalitu života u sester pracujících na lůžkových odděleních oproti sestřím zaměstnaných na JIP/ARO. Výsledek se lišil ale pouze o jednu desetinu a nebyla zde zjištěna statistická významnost, což naopak v našem výzkumu byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi chirurgickými obory a intenzivní péčí. Výsledky se mohou lišit z důvodu využití odlišných škál pro hodnocení kvality života sester.

VO₃: Jaký je rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí Indexu subjektivní pohody (SWI) v závislosti na věku?

Ve výzkumné části diplomové práce jsme zjišťovali rozdíly v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí Indexu subjektivní pohody v závislosti na věku. Dle našich výsledků hodnotily nejlépe svou kvalitu života pomocí SWI sestry ve věkové kategorii od 40 do 49 let s průměrnou hodnotou 70,06 % z maximální stupnice 100 %. Naopak nejmenší hodnoty byly zjištěny u věkové kategorie od 30 do 39 let s průměrnou hodnotou 62,03 %.

Na tuto výzkumnou otázku navazovala hypotéza č. 2, která ověřovala, zda existuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života všeobecných a praktických sester hodnocené pomocí SWI v závislosti na věku. Výsledné hodnoty testování potvrdily nulovou hypotézu, takže kvalita života všeobecných a praktických sester hodnocená pomocí SWI v závislosti na věkových kategoriích nebyla statisticky významná.

V bakalářské práci autorky Burešové Zuzany („Kvalita pracovního života sester z Nemocnice Třinec“, 2014) byly rozdíly v kvalitě života u dotazovaných sester rozdělených do věkových kategorií odlišné. Nejnižší kvalita života byla naměřena u věkové kategorie 41 až 50 let. Překvapivě v našem výzkumu byla v této kategorii naměřena nejvyšší kvalita života. Toto zjištění může být dáno časovým odstupem provedených výzkumů či změnami ve zdravotnictví.

V diplomové práci autorky Hujové Anety („Kvalita pracovního života všeobecných sester, 2021“) byla také zkoumána kvalita pracovního života sester na základě věku. Překvapivě vyšší kvalitu života pociťovaly všeobecné sestry ve věku 60 let a více. Tento fakt může být dán bohatějšími pracovními zkušenostmi, což může vést k vyššímu pocitu sebedůvěry a spokojenosti. Nejhuře hodnotily svou úroveň kvality pracovního života sestry ve věku od 30 do 39 let, což může být ovlivněno například kombinací pracovních a rodinných povinností.

V zahraniční studii s názvem „Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses“ z roku 2015 autorka Hunsaker Stacie a kol. porovnávala demografické faktory jako je věk s prevalencí pocitu spokojenosti, únavy ze soucitu a rizika syndromu vyhoření. Výsledky ukázaly, že čím starší byla sestra v době provádění výzkumu, tím vyšší byla míra pocitu spokojenosti a čím mladší byla sestra v době provádění výzkumu, tím vyšší bylo skóre vyhoření a únavy ze soucitu. Rozdíly v míře spokojenosti a vyhoření mezi staršími a mladšími sestrami mohou být dány bohatšími pracovními zkušenostmi starších sester. Tyto zkušenosti jim pomáhají lépe zvládat pracovní výzvy a řešit problémy, což vede k vyšší míře spokojenosti s prací. Tento fakt potvrzují i výsledky našeho výzkumu, kde spokojenější byly sestry ve věkové kategorii od 40 do 49 let, a naopak nejnižší hodnoty měly sestry ve věkové kategorii od 30 do 39 let.

Ve své studii s názvem „Assessment of Professional Quality of Life Among Critical Care Nurses During the COVID-19 Pandemic in Saudi Arabia“ uvádí totožné informace i autor Ageel Mohammed (2022). Při zkoumání kvality života sester v období pandemie Covidu-19 v Saúdské Arábii zjistil, že pocit spokojenosti je vyšší u starších a zkušenějších sester, které zároveň vykazují nižší hodnoty rizika syndromu vyhoření a sekundárního traumatického stresu ve srovnání s jejich mladšími protějšky. Autor uvádí, že tento jev může být způsobený skutečností, kdy starší sestry mají více odborných a životních zkušeností, které je lépe připraví na to, aby se vyrovnaly s výzvami, které ošetřovatelství přináší. (Ageel a kol., 2022, s. 179)

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

Ve výzkumné části diplomové práce jsme zjišťovali rozdíly ve výskytu syndromu vyhoření všeobecných a praktických sester hodnocených pomocí škály ProQOL v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví. Celkově byla naměřena střední úroveň rizika vzniku syndromu vyhoření u všech kategorií.

Při bližším rozboru průměrných hodnot byli nejvíce ohroženi syndromem vyhoření respondenti s délkou praxe od 31 do 40 let. Naopak nejméně ohroženi syndromem vyhoření byli respondenti s délkou praxe do 10 let.

Na tuto výzkumnou otázku navazovala hypotéza č. 3, která ověřovala, zda existuje statisticky významný rozdíl v pravděpodobnosti výskytu syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester v závislosti na délce praxe ve zdravotnictví hodnocené pomocí škály ProQOL. V tomto případě jsme přijmuli alternativní hypotézu. Bylo možné potvrdit, že rozdíl ve výskytu syndromu vyhoření mezi respondenty s ošetrovatelskou praxí do 20 let a respondenty od 21 let a více není nulový, ale statistický významný. S délkou praxe všeobecných a praktických sester stoupá pravděpodobnost rizika vzniku syndromu vyhoření.

V diplomové práci autorky Čurdové Bohumily z roku 2013 („Pracovní spokojenost a kvalita života sester“) byly výsledky v porovnání s naším výzkumem rozdílné. Nízká úroveň rizika vzniku syndromu vyhoření byla naměřena u respondentek v kategorii 26 let a více ošetrovatelské praxe. V našem výzkumu byly ve všech kategoriích zjištěny úrovně střední. Tento jev může být způsoben tím, že autorka Čurdová do svého výzkumu zahrнула jak všeobecné sestry, tak i porodní asistentky, jejichž pracovní náplň je odlišná. Dalším faktorem může být rozdíl v časovém období, ve kterém byla data shromážděna.

Shodné výsledky měla naopak ve své diplomové práci autorka Šulová Martina („Kvalita života a zdraví všeobecných sester“, 2021). Doména rizika vzniku syndromu vyhoření u dotazovaných všeobecných sester byla vyhodnocena na střední úrovni, tak jako tomu bylo i v našem výzkumu. Při bližším rozboru průměrných hodnot bylo patrné, že nejméně byly ohroženy sestry s délkou praxe ve zdravotnictví do 10 let, což se shoduje s naším výzkumem. Tento fakt může být způsoben tím, že sestry s kratší pracovní zkušeností mohou být více nadšené v práci a mohou pocítovat větší zájem o profesní rozvoj, což jim pomáhá předcházet syndromu vyhoření.

Autorka Burešová Zuzana („Kvalita pracovního života sester z Nemocnice Třinec“, 2014) ve své bakalářské práci také zjišťovala, zda délka praxe ve zdravotnictví ovlivňuje vznik syndromu vyhoření u dotazovaných sester. Její výsledky se taktéž shodovaly s našimi. Ve všech kategoriích byla naměřena střední úroveň rizika vzniku syndromu vyhoření. Průměrné hodnoty s různou délkou ošetrovatelské praxe se lišily pouze minimálně.

K podobným výsledkům dospěla ve své zahraniční studii s názvem „Professional Quality of Life Among Physicians and Nurses Working in Portuguese Hospitals During the Third Wave of the COVID-19 Pandemic“ v roce 2022 autorka Carla Serrão a kol. Ve své studii došla k závěru, že zdravotničtí pracovníci s 5 až 10 lety praxe vykazovali vyšší riziko vzniku syndromu vyhoření ve srovnání s pracovníky s kratší praxí. Mezi faktory, které tedy potenciálně přispívaly k syndromu vyhoření zdravotnických pracovníků patřila délka ošetrovatelské praxe. Výzkumný vzorek zahrnovalo 586 všeobecných sester a 276 lékařů, což představuje odchylku od našeho vlastního výzkumu, který se zaměřoval výhradně na sestry.

VO₅: Jaký je rozdíl v pravděpodobnosti výskytu sekundárního traumatického stresu mezi vybranými všeobecnými a praktickými sestrami, které pracují na oddělení intenzivní péče nebo na urgentním příjmu, ve srovnání se sestrami na standardních lůžkových odděleních?

Ve výzkumné části diplomové práce jsme zjišťovali rozdíly v pravděpodobnosti výskytu sekundárního traumatického stresu mezi vybranými všeobecnými a praktickými sestrami, které pracují na oddělení intenzivní péče nebo na urgentním příjmu, ve srovnání se sestrami na standardních lůžkových odděleních pomocí škály ProQOL. Jak u respondentů v intenzivní péči, tak na urgentním příjmu byla naměřena nízká úroveň rizika vzniku sekundárního traumatického stresu. Nízká úroveň byla naměřena i u respondentů pracujících na lůžkových odděleních interních oborů. Střední úroveň rizika vzniku sekundárního traumatického stresu byla zjištěna pouze u respondentů pracujících na lůžkových odděleních chirurgických oborů.

Na tuto výzkumnou otázku navazovala hypotéza č. 4, která ověřovala, zda existuje statisticky významný rozdíl v pravděpodobnosti výskytu sekundárního traumatického stresu mezi sestrami pracujícími na oddělení intenzivní péče/urgentním příjmu a sestrami na standardních lůžkových odděleních hodnocené pomocí ProQOL. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.

Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi „Intenzivní péčí/Urgentním příjmem“ a „Standardním lůžkovým oddělením“ ve výskytu sekundárního traumatického stresu.

Ve své diplomové práci porovnávala autorka Hujová Aneta („Kvalita pracovního života všeobecných sester“, 2021) pracovní kvalitu života všeobecných sester na oddělení intenzivní péče (ARO, JIP) a na lůžkových odděleních (chirurgie, interna). Celkově se kvalita pracovního života lišila pouze minimálně mezi intenzivní péčí a lůžkovými odděleními. Nebyla zde zjištěna statistická významnost, tak jako tomu je i u našeho výzkumu.

Autorka Burešová Zuzana („Kvalita pracovního života sester z Nemocnice Třinec“, 2014) ve svém výzkumu uvádí nejvyšší naměřené průměrné hodnoty v dimenzi sekundárního traumatického stresu u sester pracujících na lůžkovém oddělení chirurgie a ORL, což by odpovídalo výsledkům naší práce, kde nejvíce ohrožené rizikem vzniku STS byly sestry pracující na lůžkových odděleních chirurgických oborů. Tento jev může být způsoben tím, že chirurgické sestry často přicházejí do kontaktu s pacienty, kteří si prošli traumatickými událostmi anebo utrpěli vážná zranění. Takové situace mohou představovat značnou emocionální zátěž a mohou přispívat k rozvoji sekundárního traumatického stresu. Chirurgické sestry bývají také často vystaveny vysokému pracovnímu tempu a musejí se umět rychle rozhodovat.

Zajímavé výsledky přinesla studie autora Wanqing Xie a kol. („The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis“, 2021). Autor naměřil nejvyšší průměrné skóre v oblasti rizika vzniku sekundárního traumatického stresu u sester pracujících na oddělení JIP, což se odlišuje od výsledků našeho výzkumu. Naopak nejnižší průměrné hodnoty byly zjištěny na lůžkovém oddělení psychiatrie. Autor uvádí, že výsledky mohou být ovlivněny tím, že se sestry na jednotkách intenzivní péče často setkávají s otázkami týkajícími se konce života, etickými dilematy či dlouhodobou bolestí pacientů. Kromě toho bývá s rostoucím technickým vybavením pracovišť JIP vyžadováno, aby ošetrovatelský personál rozšiřoval své znalosti v oblasti pokročilých léčebných postupů a dovednosti v oblasti život udržujících přístrojů. (Wanqing Xie a kol., 2021, s. 16)

Autor Ohoud Alonazi (2023) poukazuje ve své studii na to, že u sester se sníženou sociální podporou se častěji vyskytují příznaky sekundárního traumatického stresu, zejména pokud jim chybí podpora kolegů na pracovišti. Emocionální podpora ze strany kolegů bývá totiž jedním ze zdrojů na pracovišti, které mohou zmírnit riziko vzniku sekundárního traumatického stresu. (Alonazi, 2023, s. 10)

VO6: Jaké jsou vzájemné vztahy mezi použitými škálami?

Ve výzkumné části diplomové práce jsme zjišťovali vztahy mezi použitými škálami PWI-A a ProQOL. Pro vyjádření vztahu mezi škálami byl využit Pearsonův korelační koeficient. Na základě zkoumaných dat nebyl na hladině významnosti 5 % prokázán statisticky významný vztah mezi škálami PWI-A a ProQOL. Z výsledků testování je tedy možné usuzovat, že subjektivně vnímaná kvalita života pravděpodobně nemá statisticky významný vliv na profesní kvalitu života a naopak.

Bohužel nebyl nalezen žádný výzkum, který by porovnával vztahy mezi škálami PWI-A a ProQOL.

Autorka Burešová Zuzana ve své bakalářské práci („Kvalita pracovního života sester z Nemocnice Třinec“, 2014) nezkoumala konkrétně vztahy mezi použitými škálami, ale zjišťovala vztahy mezi doménami škály PWI-A. Z testu Pearsonova korelačního koeficientu mezi jednotlivými doménami škály PWI-A byla naměřena většinou střední korelace. Například vyšší spokojenost s životem celkově se silně odrážela ve spokojenosti s osobními vztahy.

Autorka Burešová (2014) zkoumala také vztahy mezi profesní kvalitou života a demografickými faktory sester. Autorka uvedla, že subjektivně vnímaná kvalita života sester stoupala s jejich vyšším vzděláním. Což ve své zahraniční studii potvrdila i autorka Hunsaker (2015), která zjistila, že sestry, které měly magisterský nebo doktorský titul, měly významně nižší míru rizika vzniku syndromu vyhoření než sestry, které neměly žádný titul. (Hunsaker a kol., 2015, s. 190) Současně však subjektivně vnímaná kvalita života klesala, pokud sestry pracovaly na vyšší úvazek. Možné vysvětlení pro toto zjištění je, že sestry, které mají vyšší pracovní úvazek, jsou pravděpodobně více vytížené. Tento zvýšený pracovní tlak může vést k nadměrnému stresu, což zase negativně ovlivňuje jejich profesní kvalitu života.

K podobným výsledkům došly ve své studii i autorky Gurková a Macejková („Psychická zátěž a depresivní symptomatologie mezi sestrami“, 2012). Vyšší psychická zátěž dotazovaných sester v práci byla spojena s nižší subjektivní pohodou. A naopak při poklesu subjektivní pohody sester stoupala jejich psychická zátěž v práci. (Gurková, Macejková, 2012, s. 333)

Limitace výzkumu

Silné stránky tohoto výzkumu spočívají v použití dvou spolehlivých a platných nástrojů pro hodnocení kvality pracovního života (ProQOL) a osobní pohody (PWI-A).

Limitace tohoto výzkumu spočívá především v omezené velikosti vzorku respondentů. Zvolením obálkové metody se sice zvýšila pravděpodobnost návratu dotazníků od sester, avšak online dotazník by mohl přinést větší počet odpovědí. Obálková metoda ale naopak umožnila lépe kontrolovatelný vzorek respondentů, což je výhoda oproti online metodě.

Dotazníkové šetření mohlo být také ovlivněno současným stavem dotazovaných sester, které se mohou cítit přepracované nebo unavené z důvodu přesčasů, nedostatku personálu, náročným pracovním podmínkám nebo zdravotním obtížím. Tyto faktory mohou výrazně ovlivnit jejich náladu a pohodu. Pokud jsou sestry ve stavu vyčerpání, mohou vnímat svou práci negativně a své odpovědi mohou vyjadřovat spíše kriticky či pesimisticky.

Doporučení pro praxi

Na základě výzkumu kvality života a kvality pracovního života sester bylo vytvořeno doporučení pro praxi a budoucí výzkum.

Zde je uvedeno několik doporučení:

- **Podpora duševního zdraví:** Zavést programy zaměřené na podporu duševního zdraví sester. Tyto programy by měly zahrnovat terapeutické poradenství s cílem předcházet syndromu vyhoření.
- **Podpora pracovního prostředí:** Pro zlepšení pracovního prostředí je nezbytné optimalizovat pracovní zátěž sester, která může být na některých odděleních příliš vysoká. Dále je třeba minimalizovat administrativní zátěž a zlepšit komunikaci mezi vedením a personálem. Pravidelná hodnocení a vzdělávací programy mohou podpořit zdravé pracovní prostředí a zvýšit psychickou pohodu sester.
- **Finanční podpora:** Kromě toho je důležité zajistit adekvátní finanční ohodnocení sester s ohledem na náročnost oddělení, na kterém pracují a poskytnout jim benefity pro regeneraci, jako jsou masáže, cvičení, kulturní zážitky či vitamíny.
- **Pravidelný průzkum spokojenosti sester:** Pravidelné hodnocení spokojenosti s prací je také klíčové. Výsledky by měly být použity pro budoucí srovnání a identifikaci oblastí, ve kterých je třeba provést změny a zlepšení.

Další výzkum v oblasti kvality života sester by mohl být zaměřen na:

- Vliv pracovního prostředí na kvalitu života sester. Výzkum zaměřený na identifikaci konkrétních faktorů pracovního prostředí, které nejčastěji ovlivňují kvalitu života sester, jako je například pracovní zátěž, podpora kolektivu či vedení, spolupráce s lékaři nebo nedostatek personálu.
- Výzkum zaměřený na porovnání kvality života sester v různých zemích či regionech, který by mohl přinést cenné poznatky o kulturních faktorech ovlivňujících jejich osobní pohodu.

5 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala hodnocením kvality života všeobecných a praktických sester ve vybraném zdravotnickém zařízení Pardubického kraje. K hodnocení kvality života byly využity dvě standardizované škály: Personal Wellbeing Index – Adult – 5 (PWI-A) a Professional Quality of Life (ProQOL). K těmto škálám byla přidána část s demografickými a identifikačními údaji.

Diplomová práce byla rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části byly popsány podstatné informace o pojmu „kvalita života“ a o faktorech, které kvalitu života ovlivňují. S kvalitou života úzce souvisí pojem „osobní pohoda“, která byla popsána v následující kapitole. Navazující dvě kapitoly obsahovaly informace o kvalitě života související se zdravím a také o kvalitě pracovního života. To, jakými nástroji je možné hodnotit kvalitu života a jaké existují výzkumy v této oblasti bylo popsáno v kapitole následující. Vzhledem k tomu, že výzkumný vzorek zahrnoval všeobecné a praktické sestry, bylo také důležité objasnit specifika jejich práce ve zdravotnictví a popsat rizika spojená s touto profesí, které mohou negativně ovlivňovat jejich kvalitu života. Mezi tato rizika se řadí syndrom vyhoření, sekundární traumatický stres či únava ze soucitu.

Údaje byly získávány ze stěžejních literárních zdrojů a zahraničních článků. V práci se mohou vyskytovat i zdroje starší 10 let, které považuji za velmi významné.

Výzkumná část diplomové práce se zabývala hodnocením kvality života pomocí škál PWI-A a ProQOL. Dotazníky byly rozšířeny o demografické a identifikační údaje, které sloužily k porovnávání výsledků. Dle škály PWI-A byli respondenti nejvíce spokojeni s oblastí svého zdraví a nejméně spokojeni s jistotou do budoucnosti. Průměrná hodnota indexu subjektivní pohody u všech dotazovaných činila skóre 67,00 %. Dle škály ProQOL respondenti vykazovali střední úroveň pocitu spokojenosti. Stejně tak byla střední úroveň zaznamenána v oblasti syndromu vyhoření. V doméně sekundárního traumatického stresu byla u všech dotazovaných zjištěna nízká úroveň. Statisticky významný rozdíl v kvalitě života u dotazovaných sester byl naměřen mezi pracovištěm interních oborů a chirurgických oborů, dále mezi chirurgickými obory a intenzivní péčí. Bylo také potvrzeno, že s délkou praxe všeobecných a praktických sester stoupá pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření.

Předem stanovené cíle diplomové práce byly splněny.

Kvalita života sester představuje zásadní a aktuální téma, které si vyžaduje naši pozornost. Sestry v dnešní době ve svém pracovním prostředí čelí rozsáhlému spektru stresorů, které často vyvolávají různé psychologické problémy. Tyto problémy následně ovlivňují nejen jednotlivce a jejich osobní život, ale bohužel často negativně zasahují i do poskytované péče o pacienty a kooperace v rámci týmu zdravotnických pracovníků. Je naprosto zásadní, aby vedení nemocnic věnovalo této problematice patřičnou pozornost. Pouze tak lze aktivně přistoupit ke zlepšování jak kvality života samotných sester, tak i celkové úrovně poskytované zdravotní péče.

6 POUŽITÁ LITERATURA

6.1 Knižní zdroje

BLATNÝ, Marek, ed. 2017. Psychologie celoživotního vývoje. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3462-3.

BUŽGOVÁ, Radka. 2015. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

DOSEDLOVÁ, Jaroslava. 2016. Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8458-2.

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

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

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

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

HAMPLOVÁ, Lidmila. 2020. Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro střední zdravotnické školy. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5562-5.

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. 2013. Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.

MAGERČIAKOVÁ, Mariana a Lukáš KOBER. 2023. Motivace sester po pandemii covidu-19. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3730-5.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. 2016. Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

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

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

VÁLKOVÁ, Monika. 2015. Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-45-7.

VÉVODA, Jiří. 2013. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.

6.2 Odborné články

AGEEL, Mohammed et al. 2022. Assessment of Professional Quality of Life Among Critical Care Nurses During the COVID-19 Pandemic in Saudi Arabia. *Pub med* [online]. 4:14: 175–182 [cit. 2024-03-15]. DOI: 10.2147/JHL.S383575

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36217373/>

ALABI, Morufat et al. 2021. Burnout and quality of life among nurses working in selected mental health institutions in South West Nigeria. *Pub med* [online]. 21 (3): 1428–1439 [cit. 2024-01-03]. DOI: 10.4314/ahs.v21i3.54

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35222608/>

ALLANDE-CUSSÓ, Regina et al. 2022. Mental health and mental disorders in the workplace. *Pub med* [online]. 21; 96, 1–11 [cit. 2023-08-01]. PMID: 35058423

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35058423/>

ALONAZI, Ohoud et. al. 2023. The relationship between psychological resilience and professional quality of life among mental health nurses: a cross-sectional study. *Pub med* [online]. 22 (1): 1–13 [cit. 2024-03-24]. DOI: 10.1186/s12912-023-01346-1

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37248491/>

BAK-SOSNOWSKA, Monika. et. al., 2020. Well-being of nurses and working conditions-Are polish nurses different from doctors and midwives in terms of professional quality of life? *Pub med* [online]. 8 (1): 87–95 [cit. 2023-10-23]. DOI: 10.1002/nop2.606

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33318815/>

BUREŠOVÁ Zuzana a Darja JAROŠOVÁ. 2015. Kvalita života sester pracujících v nemocnici. *Ošetrovatel'stvo* [online]. Roč. 5, č.1, 13–17 [cit. 2023-10-23]. ISSN 1338-6263
Dostupné z: <https://www.oseetrovatelstvo.eu/archiv/2015-rocnik-5/cislo-1/kvalita-zivota-sester-pracujicich-v-nemocnici>

ČELIKKALP, Ülfiye et al. 2019. Factors affecting the occupational accident rates among nurse. *Pub med* [online]. 53: e03524, 1–8 [cit. 2023-08-09]. DOI: 10.1590/S1980-220X2018049703524

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31800816/>

CZEGLÉDI, Edit et.al. 2019. Characteristics and prevention of burnout syndrome among nurses. *Pub med* [online]. 160 (1): 12–19 [cit. 2023-09-29]. DOI: 10.1556/650.2019.30856

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30599782/>

ČADOVÁ, Naděžda. 2021. Harmonizace osobního a pracovního života. *Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti* [online]. Roč. 14, č. 3, 1–7 [cit. 2023-07-20]. ISSN 1803-3687.

Dostupné z: <https://www.bozpinfo.cz/josra/harmonizace-osobniho-pracovniho-zivota>

ČERVENKA, Jan. 2021. Diferenciace indikátoru subjektivní kvality pracovního života. *Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti* [online]. Roč. 14, č. 1., 1–16 [cit. 2023-07-20]. ISSN 1803-3687.

Dostupné z: <https://www.bozpinfo.cz/josra/diferenciace-indikatoru-subjektivni-kvality-pracovniho-zivota>

DIENER, Ed et al. 2018. Advances in subjective well-being research. *Pub med* [online]. 2 (4), 253–260 [cit. 2023-08-25]. DOI: 10.1038/s41562-018-0307-6

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30936533/>

DÍAZ, Darío et.al. 2015. The eudaimonic component of satisfaction with life and psychological well-being in Spanish cultures. *Pub med* [online]. 27 (3): 247–253 [cit. 2023-08-30]. DOI: 10.7334/psicothema2015.5

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26260932/>

GHASEMI, Fakhradin et al. 2022. Analysis of occupational accidents among nurses working in hospitals based on safety climate and safety performance: a Bayesian network analysis. *Pub med* [online]. 28 (1): 1–12 [cit. 2023-08-09]. DOI: 10.1080/10803548.2020.1768759

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32508274/>

GUERRERO-BARONA, Eloísa et al. 2020. Quality of Working Life, Psychosocial Factors, Burnout Syndrome and Emotional Intelligence. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 17, 1–15 [cit. 2023-07-18]. DOI: 10.3390/ijerph17249550

Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/24/9550>

GURKOVÁ, Elena a Slávka MACEJKOVÁ. 2012. Psychická zátěž a depresivní symptomatologie mezi sestrami. *Ošetřovatelství a porodní asistence* [online]. 3 (1): 326–334 [cit. 2024-03-21]. ISSN: 1804-2740

Dostupné z: https://cejnm.osu.cz/artkey/cjn-201201-0002_psychicka-zataz-a-depresivna-symptomatologia-u-sestier.php

HARALDSTAT, R et al. 2019. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Pub med* [online]. 28 (10): 2641–2650 [cit. 2023-07-26]. DOI: 10.1007/s11136-019-02214-9

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31187410/>

HAVELKOVÁ, Kateřina. 2017. Co byste měli vědět o novele zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. *Florence* [online]. Č. 9, 1–2 [cit. 2023-08-02]. ISSN: 1801-464X

Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/9/co-byste-meli-vedet-o-novele-zakona-o-nelekarskych-zdravotnickych-povolanih/>

HEMANATHAN, Rajeswari et al. 2017. Quality of Work Life among Nurses in a Tertiary care Hospital. [online]. 5 (4), 1–8 [cit. 2023-07-18]. DOI: 10.19080/JOJNHC.2017.05.555667.

Dostupné z: [Quality of Work Life among Nurses in a \(juniperpublishers.com\)](https://www.juniperpublishers.com)

HUNSAKER, Stacie et. al. 2015. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Pub med* [online]. 47 (2): 186–194 [cit. 2024-03-22]. DOI: 10.1111/jnu.12122

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25644276/>

CHRASTINA, Jan et. al. 2014. Výzkumy subjektivní kvality života SQUALA standardizovaným dotazníkem. *Profese* [online]. Ročník 7/1, 1–8 [cit. 2023-09-07]. ISSN 1803-4330

Dostupné z: Výzkumy subjektivní kvality života SQUALA standardizovaným dotazníkem / Results of subjective quality of life research using SQUALA standardized questionnaire (researchgate.net)

JAVANMARDNEJAD, Somayeh et. al. 2021. Happiness, quality of working life, and job satisfaction among nurses working in emergency departments in Iran. *Pub med* [online]. 19 (1):112. 1–8 [cit. 2023-07-20]. DOI: 10.1186/s12955-021-01755-3

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33794917/>

KHATATBEH, Haitham et. al. 2022. Nurses' burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used. *Pub med* [online]. 9 (3): 1564–1574 [cit. 2024-01-03]. DOI: 10.1002/nop2.936

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33991408/>

LAKE, T. Eileen et. al. 2002. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Pub med* [online]. 25 (3): 176–188 [cit. 2023-11-06]. DOI: 10.1002/nur.10032

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12015780/>

LEE, Hyoung Ju et.al. 2021. Compassion Satisfaction, Secondary Traumatic Stress, and Burnout among Nurses Working in Trauma Centers: A Cross-Sectional Study. *Pub med* [online]. 18 (14): 1–13 [cit. 2023-10-09]. DOI: 10.3390/ijerph18147228

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34299686/>

MAKOVSKI, Tatjana et. al. 2019. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Pub med* [online]. 53: 100903, 1–19 [cit. 2023-09-28]. DOI: 10.1016/j.arr.2019.04.005

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31048032/>

MIKUŠOVÁ, Marie. 2020. Mezigenerační posun ve vnímání priorit wellbeingu. *Acta academica karviniensia* [online]. Volume XX (1): 18–30 [cit. 2023-10-13]. DOI: 10.25142/aak.2020.002

Dostupné z: <https://aak.slu.cz/pdfs/aak/2020/01/02.pdf>

MOTTAGHI, Shekoofeh et.al. 2022. Empathy, compassion fatigue, guilt and secondary traumatic stress in nurses. *Pub med* [online]. 27 (2): 1–11 [cit. 2023-10-09]. DOI: 10.1177/0969733019851548

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31284826/>

NENA, Evangelia et al. 2018. Effect of Shift Work on Sleep, Health, and Quality of Life of Health-care Workers. *Pub med* [online]. 22 (1): 29–34 [cit. 2023-07-24]. DOI: 10.4103/ijocem.IJOEM_4_18

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29743782/>

ORSZULAK, Natalia et al. 2022. Nurses' Quality of Life and Healthy Behaviors. *Pub med* [online]. 19 (19), 1–11 [cit. 2024-01-03]. DOI: 10.3390/ijerph191912927

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36232229/>

PANZINI, Gehrke Raquel et al. 2017. Quality-of-life and spirituality. *Pub med* [online]. 29 (3): 263–282 [cit. 2023-08-28]. DOI: 10.1080/09540261.2017.1285553

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28587554/>

PARRA-GIORDANO, Denisse et al. 2022. Quality of Work Life and Work Process of Assistance Nurses. *Pub med* [online]. 19 (11): 1–11 [cit. 2023-07-24]. DOI: 10.3390/ijerph19116415

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35682000/>

PETROVOVÁ, Markéta. 2017. Zdravotní rizika práce ve zdravotnictví. *Florence* [online]. Číslo 11, 1–3 [cit. 2023-10-04]. ISSN: 1801-464X

Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/11/zdravotni-rizika-prace-ve-zdravotnictvi/>

PINKAS, Jarosław et.al. 2016. State of Health and Quality of Life of Women at Advanced Age. *Pub med* [online]. 1; 22: 3095–3105 [cit. 2023-09-28]. DOI: 10.12659/msm.900572

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27580565/>

PUCIATO, Daniel et al. 2017. Quality of life and physical activity in an older working-age population. *Pub med* [online]. 4;12: 1627–1634 [cit. 2023-09-28]. DOI: 10.2147/CIA.S144045

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29042763/>

RUIZ-FERNÁNDEZ, Dolores María et al. 2020. Quality of Life in Nursing Professionals: Burnout, Fatigue, and Compassion Satisfaction. *Pub med* [online]. 17 (4), 1–12, [cit. 2024- 01- 03]. DOI: 10.3390/ijerph17041253

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32075252/>

SAULLE, R. et al. 2018. Shift work, overweight and obesity in health professionals: a systematic review and meta-analysis. *Pub med* [online]. 169 (4):189–197 [cit. 2023-07-24]. DOI: 10.7417/T.2018.2077

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30151553/>

SERRÃO, Carla et. al. 2022. Professional Quality of Life Among Physicians and Nurses Working in Portuguese Hospitals During the Third Wave of the COVID-19 Pandemic. *Pub med* [online]. 13: 814109 1–11 [cit. 2023-10-23]. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.814109

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35178016/>

SILVA FERNANDA, Andressa et al. 2022. Sleep quality, personal and work variables and life habits of hospital nurses. *Pub med* [online]. 30: e3577: 1–14 [cit. 2023-07-24]. DOI: 10.1590/1518-8345.5756.3577

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35584413/>

ŠTĚPÁNEK, Martin. 2021. Dopad absence a prezentismu na produktivitu práce v České republice. Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti [online]. Roč. 14, č. 2, 1–8 [cit. 2023-07-20]. ISSN 1803-3687.

Dostupné z: <https://www.bozpinfo.cz/josra/dopad-absence-prezentismu-na-produktivitu-prace-v-ceske-republice>

ŠTĚPÁNEK, Martin. 2021. Problémy chování na pracovišti a jejich dopad na životní a pracovní spokojenost. Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti [online]. Roč. 14, č. 4, 1–12 [cit. 2023-07-20]. ISSN 1803-3687.

Dostupné z: <https://www.bozpinfo.cz/josra/problemy-chovani-na-pracovisti-jejich-dopad-na-zivotni-pracovni-spokojenost>

TSOUVELAS, George et al. 2022. Secondary traumatic stress and dissociative coping strategies in nurses during the COVID-19 pandemic: The protective role of resilience. *Pub med* [online]. 41: 264–270 [cit. 2023-10-09]. DOI: 10.1016/j.apnu.2022.08.010

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36428058/>

TURCHI, Viviana et al. 2019. Night work and quality of life. A study on the health of nurses. *Pub med* [online]. 55 (2), 161–169 [cit. 2023-07-24]. DOI: 10.4415/ANN_19_02_08

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31264639/>

VANĚSKOVÁ, Eva a Michal BEDNÁŘ. 2013. Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění. *Solen* [online]. 14 (3): 133–135 [cit. 2023-07-26]. ISSN: ISSN 1803-5280

Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2013/03/05.pdf>

VEENHOVEN, Ruut. 2000. The Four Qualities of Life. *ResearchGate* [online]. 1 (1): 1–39 [cit. 2023-09-20]. DOI: 10.1023/A:1010072010360

Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/23545417_The_Four_Qualities_of_Life

XIE, Wanqing et.al. 2021. The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Pub med* [online]. 120: 1–18 [cit. 2023-10-09]. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103973

Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34102372/>

ZYGMUNTOWICZ, Monika et al. 2012. Comorbidities and the quality of life in hypertensive patients. *Pub med* [online]. 122 (7–8): 333–340 [cit. 2023-09-28]. PMID: 22814517
Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22814517/>

6.3 Internetové zdroje

CUMMINS, Robert A. 2013. International Wellbeing Group. Personal Wellbeing Index: 5th Edition. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University. [online]. 1–38 [cit. 2023-09-26]. ISBN No: 978-1-74156-177-7
Dostupné z: <https://www.acqol.com.au/uploads/pwi-a/pwi-a-english.pdf>

ČESKO. fragment #f2512830 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) - znění od 24. 1. 2023. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2023 [cit. 20. 9. 2023].

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96#f2512830>

ČESKO. fragment #f4175267 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků – znění od 1. 7. 2022. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2023 [cit. 20. 9. 2023].

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#f4175267>

ČESKO. fragment #f6157116 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků – znění od 1. 7. 2022. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2023 [cit. 20. 9. 2023].

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#f6157116>

MZCR. 2021. Kvalifikační standard. In: ZDRAVOTNICTVI-tisk_06-08.indd [1].pdf (mzcr.cz) [online]. [cit. 2023-10-04].

Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/16448/35678/KS-V%C5%A1eobecn%C3%A1-sestra.pdf>

NZIP. 2023. Kvalita života [online]. Praha: *Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [cit. 2023-07-03]. ISSN 2695-0340.

Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691>

STAMM, B. H. 2010. The Concise ProQOL Manual. In: ProQOL.org [online]. Pocatello: The ProQOL.org, 28. listopadu 2010 [cit. 2023-09-07].

Dostupné z: <https://proqol.org/proqol-manual>

World Health Organization (WHO). 1998. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). In: who.int [online]. © 2021 WHO.int, 1. března 2012 [cit. 2023-09-05].

Dostupné z: <https://www.who.int/tools/whoqol>

World Health Organization (WHO). 2020. Protecting Workers' Health. In: who.int [online]. [cit. 2023-09-20].

Dostupné z: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health>

6.4 Použité závěrečné práce

BUREŠOVÁ, Zuzana. 2014. Kvalita pracovního života sester z nemocnice Třinec. Ostrava. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita v Ostravě. Lékařská fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

ČURDOVÁ, Bohumila. 2013. Pracovní spokojenost a kvalita života sester. Ostrava. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita v Ostravě. Lékařská fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

HUJOVÁ, Aneta. 2021. Kvalita pracovního života všeobecných sester. Ústí nad Labem. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Chrásková, Ph.D.

ŠULOVÁ, Martina. 2021. Kvalita života a zdraví všeobecných sester. Pardubice. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

7 PŘÍLOHY

Příloha A – *Čtyři kvality života podle Veenhovena* (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 9) 110

Příloha B – *Výzkumný dotazník*..... 111

Tabulka č. 30 – Čtyři kvality života podle Veenhovena

| | Vnější kvality | Vnitřní kvality |
|--------------------|--|---|
| Předpoklady | A) Vhodnost prostředí <ul style="list-style-type: none"> • životní prostředí • sociální kapitál • prosperita • životní úroveň | B) Životaschopnost jedince <ul style="list-style-type: none"> • psychologický kapitál • adaptivní potenciál • zdraví • způsobilost |
| Výsledky | C) Užitečnost života <ul style="list-style-type: none"> • vyšší hodnoty než přežití • transcendentální koncepce | D) Vlastní hodnocení života <ul style="list-style-type: none"> • subjektivní pohoda • spokojenost • štěstí • pocit smysluplnosti |

Zdroj: Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 9

KVALITA ŽIVOTA SESTER

DOTAZNÍK

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jmenuji se Valerie Hojná a jsem studentkou 1. ročníku navazujícího magisterského studia specializace v ošetrovatelství – Ošetrovatelská péče v interních oborech na Univerzitě v Pardubicích. Tímto bych Vás ráda poprosila o vyplnění dotazníku, který je součástí výzkumné části mé diplomové práce. Na profesi všeobecné/praktické sestry jsou v dnešní době kladeny vysoké nároky. Poskytování ošetrovatelské péče je pro zdravotnickou komunitu velmi náročné po fyzické, emocionální a duchovní stránce. Výzkumná část diplomové práce si proto klade za cíl zhodnotit úroveň kvality života a kvality pracovního života sester.

Dotazník je rozdělen na tři části. První část obsahuje standardizovanou škálu kvality profesního života (ProQOL-CZ), druhá část zahrnuje index osobní pohody (PWI-A-CZ) a poslední část obsahuje demografické a identifikační údaje.

Při vyplňování dotazníku prosím postupujte dle pokynů. Vyplněný dotazník vložte do přiložené obálky a důkladně zalepte. Vyplnění tohoto dotazníku je zcela dobrovolné a anonymní. Do výzkumného šetření budou zařazeny pouze sestry s minimálně roční ošetrovatelskou praxí.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Bc. Valerie Hojná

Kontakt: st59806@upce.cz

1. ČÁST – ŠKÁLA KVALITY PROFESNÍHO ŽIVOTA (ProQOL-CZ)

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

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

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

2. ČÁST – INDEX OSOBNÍ POHODY – dospělý (PWI-A-CZ)

Následující otázky jsou zaměřeny na zjištění Vaší spokojenosti s různými aspekty života. Vaše odpovědi označte na stupnici od 0 do 10, kde **0** – znamená, že jste zcela nespokojen/a; **5** – znamená, že Vaše spokojenost je neutrální; **10** – znamená, že jste zcela spokojen/a.

Když přemýšlíte o svém vlastním životě a o Vaší osobní situaci, jak jste celkově spokojen/a se svým životem?

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zcela nespokojen/a | | | | | neutrální | | | | | | zcela spokojen/a |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1. Jak jste spokojen/a s Vaší životní úrovní?

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zcela nespokojen/a | | | | | neutrální | | | | | | zcela spokojen/a |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Jak jste spokojen/a s Vaším zdravím?

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zcela nespokojen/a | | | | | neutrální | | | | | | zcela spokojen/a |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Jak jste spokojen/a s tím, co se Vám v životě daří dosahovat?

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zcela nespokojen/a | | | | | neutrální | | | | | | zcela spokojen/a |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Jak jste spokojen/a s Vašimi osobními vztahy?

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zcela nespokojen/a | | | | | | | | | | | | zcela spokojen/a |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Jak jste spokojen/a s tím, jak bezpečně se cítíte?

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zcela nespokojen/a | | | | | | | | | | | | zcela spokojen/a |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Jak jste spokojen/a se životem ve společenství, ve kterém žijete?

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zcela nespokojen/a | | | | | | | | | | | | zcela spokojen/a |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Jak jste spokojen/a s Vaší jistotou do budoucnosti?

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zcela nespokojen/a | | | | | | | | | | | | zcela spokojen/a |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Jak jste spokojen/a s Vaším duchovním nebo náboženským životem?

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zcela nespokojen/a | | | | | | | | | | | | zcela spokojen/a |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. ČÁST – IDENTIFIKAČNÍ A DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Kolik je Vám let?.....

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší odborná škola (DiS.)
- c) Vysoká škola (Bc.)
- d) Vysoká škola (Mgr, PhD.) a výše

4. V jakém druhu směnného provozu pracujete?

- a) Jednosměnný provoz
- b) Dvousměnný provoz
- c) Třisměnný provoz

5. Jaká je Vaše délka praxe ve zdravotnictví?.....

6. Jaká je Vaše délka praxe na současném pracovišti?.....

7. Jaký je Váš druh pracovního poměru?

- a) Plný úvazek
- b) Částečný úvazek

8. Oddělení, kde pracujete (lůžka/ambulance, intenzivní péče)?

.....

9. Specializační studium?

- a) Ano
- b) Ne

Obor specializace.....

10. Zvažujete odchod ze současného pracoviště?

- a) Ano
- b) Ne

11. Zvažujete opuštění profese praktické/všeobecné sestry?

- a) Ano
- b) Ne

12. Zvažujete možnost práce ve zdravotnictví v zahraničí?

- a) Ano
- b) Ne