



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

Bakalářská práce

Monitoring kvality života u lidí se sedavým zaměstnáním

Vypracoval: Petr Kraus

Vedoucí práce: PhDr. Zuzana Kornatovská, Ph.D., DiS.

České Budějovice, 2022



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

Bachelor Thesis

Monitoring the quality of life of people in sedentary jobs

Author: Petr Kraus

Supervisor: Zuzana Kornatovská, Ph.D.

České Budějovice, 2022

Bibliografická identifikace

Jméno příjmení studenta: Petr Kraus

Název bakalářské práce: Monitoring kvality života u lidí se sedavým zaměstnáním

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Zuzana Kornatovská, Ph.D., DiS.

Oponent bakalářské práce: Mgr. Pavlína Moučková

Rok obhajoby: 2022

Abstrakt: Cílem bakalářské práce je monitoring kvality života u osob v sedavých zaměstnáních, ve věku od 20 do 60 let. Zkoumaný soubor čítá 100 osob (79 žen, 21 mužů). Při monitoringu bylo využito dotazníku WHOQOL-BREF (WHO,1995). Dotazník se skládá z 26 otázek – 2 samostatné otázky a 24 otázek rozdělených do 4 oblastí – Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy, Prostředí. Získaná data reprezentují respondentův subjektivní názor na kvalitu života. Práce je teoreticky podepřena odbornou literaturou a dalšími běžně dostupnými zdroji, které se zaměřují na pojmy kvalita života, sedavé zaměstnání a zdraví. Praktickým cílem bylo vyhodnocení a interpretace výsledků dotazníku WHOQOL-BREF (WHO, 1995). Vyhodnocení a interpretaci výsledků následuje diskuse. U oblasti prostředí byla naměřena nejnižší hodnota transformovaného skóre, zatímco oblast sociální vztahů se umístila na 1. příčce. Střední hodnoty naměřených transformovaných skóre pro jednotlivé oblasti byly následující: 71,85 pro Fyzické zdraví; 71,12 pro oblast Prožívání; 72,73 pro Sociální vztahy; 69,37 pro Prostředí.

Klíčová slova: kvalita života, sedavé zaměstnání, zdraví, monitoring kvality života

Bibliographic Identification

Name of the author: Petr Kraus

Title of the thesis: Monitoring the quality of life of people in sedentary jobs

Field of study: Health Education

Department: Department of Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: Zuzana Kornatovská, Ph.D.

Oponent: Mgr. Pavlína Moučková

Year of the presentation: 2022

Abstract: The goal of the thesis is quality of life monitoring of examined set of people working in sedentary jobs in the age range of 20-60 years. Examined set consists of 100 people (79 female, 21 male). During the monitoring a questionnaire WHOQOL-BREF (WHO,1995) was used, which consists of 26 questions – 2 separate questions and 24 questions which are further separated into 4 domains – Physical health, Psychological health, Social relationships, Environmental health. Acquired data represents respondent's subjective view of quality of life. The thesis is theoretically substantiated by specialized literature and commonly available sources which are focused on the terms such as quality of life, sedentary jobs and health. Practical goal was to evaluate and to interpret the results of the WHOQOL-BREF (WHO, 1995) questionnaire. Evaluation and interpretation of the results is followed by discussion. The lowest value of the transformed score was measured in the area of the environment, while the area of social relations was placed on the 1st place. The mean values of the measured transformed scores for each area were as follows: 71.85 for Physical Health; 71.12 for the area of Experiencing; 72.73 for Social Relations; 69.37 for Environment.

Key words: quality of life, sedentary job, health, monitoring of quality of life

Prohlášení:

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 22.4.2022

.....
Petr Kraus

Poděkování:

Rád bych poděkoval PhDr. Zuzaně Kornatovské, Ph.D., DiS. za odborné vedení, profesionalitu, vstřícnost, cenné rady, poznatky a ochotný přístup při zpracování mé bakalářské práce. Také bych rád poděkoval všem respondentům, kteří si našli pár, pro mě drahocenných chvil, na vyplnění dotazníku, který jim byl poskytnut. A obrovské děkuji patří v neposlední řadě i mojí rodině, za jejich neutuchající podporu při psaní této práce a po dobu celého studia.

Motto

„Největší ze všech pošetilostí je obětovat své zdraví pro cokoli, pro výdělek, pro povýšení, pro učenost, pro slávu, nemluvě o rozkoších a prchavých požitcích: spíše bychom jim měli vše předřazovat.“

Arthur Schopenhauer

(Aforismy k životní moudrosti, 1997, s. 14)

OBSAH

1	ÚVOD.....	9
2	TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1	Kvalita života.....	10
2.1.1	Definice pojmu kvalita života.....	11
2.1.2	Pojetí kvality života	14
2.2	Sedavé zaměstnání.....	15
2.2.1	Příklady sedavých zaměstnání.....	15
2.2.2	Ergonomie pracovního místa	17
2.2.3	Práce s počítačem a rizika s ní spojená.....	19
2.2.4	Doporučení k relaxaci při práci v sedavém zaměstnání	20
2.3	Zdraví	25
2.3.1	Činitele ovlivňující zdraví	25
2.3.2	Pojetí zdraví a jeho složky	27
3	PRAKTICKÁ ČÁST	30
3.1	Cíl práce	30
3.2	Úkoly práce	30
3.3	Výzkumné předpoklady	30
4	METODOLOGIE	31
4.1	Popis místa výzkumného šetření.....	31
4.2	Charakteristika zkoumaného souboru.....	32
4.3	Organizace výzkumného šetření	33
4.4	Použité metody.....	33
5	VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE	37
5.1	Výsledky k výzkumnému předpokladu č.1.....	38
5.2	Výsledky k výzkumnému předpokladu č.2.....	44
6	DISKUSE.....	50
7	ZÁVĚR	53
8	POUŽITÉ ZDROJE.....	55
9	SEZNAM GRAFŮ A TABULEK.....	60
10	PŘÍLOHY	61
10.1	Příloha A: Dotazník kvality života WHOQOL-BREF	61
10.2	Příloha B: Transformační tabulky a t-tabulka.....	64
10.3	Příloha C: Maslowova pyramida potřeb	66

1 ÚVOD

Pro zpracování bakalářské práce jsem si zvolil téma „Monitoring kvality života u lidí se sedavým zaměstnáním“. Tuto problematiku jsem si vybral, protože oba moji rodiče působí celý svůj produktivní profesní život v kancelářském zaměstnání, a chtěl jsem tak blíže prozkoumat, jak lidé pracující v sedavých zaměstnáních hodnotí svou kvalitu života.

V sedavých zaměstnáních se jednotlivci často potýkají s různými druhy zátěže na jejich osobu – jsou ovlivňováni pracovním prostředím, ergonomií pracovního místa i lokalitou v níž se pracoviště nachází. Je zatěžována jejich psychická i fyzická stránka a taktéž jsou pravidelně zapojováni na každodenní bázi do sociální interakce. V dnešní době je v sedavých zaměstnáních dbán důraz především na pracovní morálku a výkon. Pracovní záležitosti jsou tak často nadsazovány v neprospěch zdraví jedince.

Cílem bakalářské práce je monitoring subjektivního vnímání kvality života u osob v sedavých zaměstnáních. Předmětem bakalářské práce je zkoumaný soubor 100 respondentů zaměstnaných v sedavých zaměstnáních, ve věkovém rozsahu respondentů od 20 do 60 let. Za účelem vypracování bakalářské práce byly stanoveny dva výzkumné předpoklady. První hypotéza předpokládá, že respondenti ve zkoumaném souboru budou v oblasti Fyzické zdraví dosahovat nejnižšího skóre ze všech zkoumaných oblastí dotazníku. Druhá hypotéza předpokládá, že ženy ve zkoumaném souboru budou dosahovat v oblasti Fyzické zdraví průměrně vyššího skóre než muži.

V teoretické části, při níž bylo využito odborné literatury i běžně dostupných zdrojů, se práce nejdříve zaměřuje na kvalitu života, její různé definice, pojetí a také popis subjektivních i objektivních faktorů, které kvalitu života ovlivňují. Další kapitola se zabývá pojmem sedavé zaměstnání. Tato kapitola uvede příklady typických profesí, jež spadají do této skupiny a jejich kompetence, popis ergonomie pracovního místa, rizik, které mohou při práci s počítačem vznikat a soubor doporučení pro jedince pracující v sedavém zaměstnání. Poslední kapitola popisující zdraví se zaměří na pojmy determinanty ovlivňující zdraví, pojetí zdraví a složky zdraví.

Praktickým cílem bylo vyhodnocování dotazníkového šetření, při němž bylo využito tištěné formy české verze dotazníku WHOQOL-BREF (WHO,1995). Na vyhodnocení navazuje interpretace výsledků, potvrzení či vyvrácení výzkumných předpokladů, následná diskuse a návrh možných opatření pro zlepšení kvality života u lidí se sedavým zaměstnáním.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Kvalita života

Kvalita života je hojně užívaným pojmem v dnešní době. Formuluje například myšlenku, že zdravotní péče¹ je smysluplná v takové míře, v jaké je kladným činitelem v životě jedince. Dragomirecká & Bartoňová (2006) prezentují stanovisko, že v dnešní době, která je charakterizována snahou prodlužovat pravděpodobnou délku dožití a taktéž prevalencí dlouhodobých nemocí² nad infekčními³ onemocněními, je hlavním cílem lidského snažení zachovat či vylepšit kvalitu života u opečovávaného jedince.

Šetřením, jež zkoumá hodnocení kvality života je nejčastěji chápán proces hodnocení individuálního života jedné osoby. V medicínské oblasti jsou často zkoumáni pacienti s dlouhodobými či infekčními nemocemi. Mezi ně řadíme např. nemoci z oblasti onkologie (rakovina, nádory), diabetes mellitus a v neposlední řadě i vir HIV, jež způsobuje pohlavně přenosnou nemoc AIDS. V sociologickém chápání rozumíme procesem šetření kvality života zkoumání konkrétní skupiny, nejčastěji určitého národa či skupiny obyvatel (věková kategorie, pohlaví, druh zaměstnání, aj.).

Dle E. Gurkové (2011) představuje kvalita života jakost, která není přesně vymezená a je tak zcela relativní, jelikož může být vyjádřena kvantitativním či kvalitativním hodnocením. Kvantitativní hodnocení zkoumá objektivní a dobře měřitelné ukazatele, např. to, do jaké míry je tázaná osoba spokojen s dostupností informací, jak je spokojen se svým bydlením, finančním zabezpečením a s mírou bezpečí ve svém každodenním životě (WHOQOL-BREF,1995).

Kvalitativní hodnocení se zaměřuje na popisování žebříčku hodnot jedince. Táže se tak na otázky z respondentova rodinného, společenského, pracovního, emočního a sexuálního života. Toto subjektivní hodnocení kvality života může být silně ovlivněno předešlými životními zkušenostmi, finanční situací, ve které se hodnotící osoba nachází, náchylností k psychickým problémům, a také aktuálním psychickým rozpoložením (náladou). U subjektivního kvalitativního hodnocení může často docházet k nadhodnocování výpovědí, či v opačném případě, při špatné míře sebereflexe či sebevědomí, k podhodnocování výpovědí tázaného jedince.

¹ Jeden z důležitých činitelů ovlivňující kvalitu života (a její vnímání). Nejčastěji je uváděno, že na kvalitu života má vliv cca za 10 % (*Nemocnice Jihlava*, 2017).

² Syndrom, jež se chronicky rozvíjí – např. rakovina, duševní nemoci, diabetes mellitus (*Dlouhodobá péče*, 2013).

³ Časté nemoci, jež jsou zpravidla způsobovány mikroorganismy – např. bakteriemi. Mezi tyto onemocnění patří například AIDS, hepatitida C, antrax (*Infekční onemocnění*, 2022).

2.1.1 Definice pojmu kvalita života

Kvalitu života můžeme vnímat z více pohledů, zejména pokud jde o individuální založení každého jedince, a za využití různých hodnotových žebříčků, jenž si v průběhu života každý sám nastaví. Jeden člověk může dát přednost kariérnímu růstu před založením rodiny, zatímco jiný preferuje soukromý život, tudíž kariérní růst od určité chvíle ve svém životě neshledává jako prioritní. Bude mít tedy naprosto jinak nastavené hodnoty, jejichž vnímání bude napříč různými sociálními skupinami značně odlišné, hovoříme tedy o subjektivní evaluaci.

Křivohlavý (2009) popisuje odlišná stanoviska k životním překážkám. Tvrdí, že existuje určité spektrum, na jehož jednom konci jsou lidé převážně samostatní, kteří důvěřují vlastním kvalitám a jejich působení vychází z jejich vlastních podnětů a chuti čelit těžkostem a problémům. Na opačné straně spektra stojí jedinci, kteří se spoléhají na to, že se různé obtížné životní situace vyřeší samovolně, např. náhodou či působením jiných činitelů. Tito lidé jsou často velice pasivní a spoléhají buďto na již zmíněný zásah „osudu“ či na pomoc od svých přátel či rodinných příslušníků. Ve své publikaci „*Duševní hygiena*“ (2006) Chamoutová K. & Chamoutová H. uvádějí, že existují tři základní hodnoty, které naše životy naplňují, obohacují a konají je tak smysluplnými:

Hodnoty tvůrčí – Tvorba něčeho hodnotného, co jedinec vytváří s osobním přesvědčením či úmyslem. Příkladem těchto hodnot mohou být abstraktní, ale i specifické věci, které po sobě jedinec zanechává např. vytvořené umělecké dílo, odvedená práce, dobrý skutek, aj.

Hodnoty zážitkové – Silné prožitky krásných, dobrých a opravdových věcí, které prožíváme ve spojení s osobou či věcí, například vnímání a přijímání okolního světa. Velký vliv na člověka mají zpravidla jeho oblíbené volnočasové aktivity. Seznam nejčastějších způsobů, jak lidé tráví svůj volný čas, kompletuje Bačuvčík (2011) a zařazuje do něho například návštěvu kulturních akcí, restauračních zařízení, četbu denního tisku i beletrie, sledování televize – seriálů, filmů, zpravodajství, dokumentů, aj., poslech hudby, domácí práce, sportování, jež dále dělí na aktivní, tj. přímé vykonávání sportovní aktivity jedincem a pasivní, pod kterým si lze představit sportovního nadšence, který však raději sportu holduje z pohodlí svého domova a pouze sleduje sportovní výkony jiných osob.

Hodnoty postojové – Frankl (2007) uvádí, že kdykoliv se ocitneme v situaci, v které si připadáme bezradní a nemůžeme v ní nic změnit, je důležité pamatovat na to, že existuje i možnost, jak se k celé situaci postavíme a či změníme náš postoj k podobným situacím. Je preferované soustředit se na pozitivní přístup, i přes všechna úskalí

každodenního života a šířit pozitivní náladu, nabízet „pomocnou ruku“ ostatním a být příkladem pro své okolí. Mezi tyto hodnoty patří např. utrpení či obětování se.

V písemných zdrojích existuje mnoho definic pojmu kvalita života, ale žádná z nich není všeobecně uznávána. Přesné určení definice je problematické z důvodu existence pojmů mnoha pojmů týkajících se především sociálního mezilidského kontaktu a lidského rozvoje (opět narážíme na problém subjektivní evaluace u každého jedince).

V nejzákladnějším chápání by se dala kvalita života považovat za následek působení hned několika faktorů, např. sociální, zdravotní, ekonomické faktory a také přírodní podmínky. Jsou spolu navzájem provázány a ovlivňují se, čímž ovlivňují i vývoj jedince a tím i celé společnosti jako celku (Payne, 2005).

Na problematiku kvality života je možno nahlížet z více úhlů pohledu, jednak subjektivního a také objektivního. Pod subjektivní vnímání spadá veškeré emoční chápání a jednání a také samozřejmě i to, jak je on sám se svým životem smířen a spokojen. Objektivní vnímání kvality života jedince popisuje míru naplnění základních potřeb (sociální vazby a materiální zajištění), stav jeho tělesného zdraví a hodnotu jeho sociálního statutu, tedy jeho postavení ve společnosti (Payne, 2005).

McCall (1975) tvrdí, že: nejlepším uchopením měření kvality života je změřit do jakého rozsahu jsou naplněny tzv. „požadavky štěstí“ – tím rozumíme požadavky, které jsou nezbytné (i když nemusí být splněné v dostatečné míře) podmínky pro štěstí kohokoliv. Jsou to podmínky, bez kterých žádný člen lidské rasy nemůže být šťasten (vlastní překlad⁴).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života následovně: „Kvalita života je jedincovo vnímání jeho místa v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, standardům a zájmům“ (Světová zdravotnická organizace, 2021). Z této definice vyplývá, že každý jedinec bude vnímat kvalitu života jinak na základě toho v jakém vyrostl prostředí, do jaké míry je ovlivněn svým okolím a jak hodnotí svůj postoj ve společnosti v postavení vůči svým ideálům, aspiracím a touhám.

Již uvedená definice Světové zdravotnické organizace nám říká, že záleží především na subjektivní percepci každého z nás, tedy dokázat posoudit a zhodnotit, jaký žijeme život a jak jsme s ním spokojeni. Není tedy přesně možné spekulovat o tom, zda jedinec vede dobrý či špatný život, na základě toho, jak bychom jeho životní situaci či

⁴ The best way of approaching quality of life measurement is to measure the extent to which people's 'happiness requirements' are met - i.e., those requirements which are a necessary (although not sufficient) condition of anyone's happiness - those 'without which no member of the human race can be happy.' (McCall, 1975).

rozhodnutí, řešili my. Avšak existuje celá řada obecných měřítek, dle kterých se dá kvalita života zhodnotit (finance, bydlení, vzdělání, zaměstnanost, životní prostředí či bezpečí, zdraví, aj.)

Kultura, hodnotové systémy, jedincovy cíle a očekávání, standardy a zájmy jsou vzájemně propojené, a mohou tak jako celek do jisté míry ovlivňovat jedince při subjektivním hodnocení kvality jeho života ve společnosti. Nicméně opravdu důležitými faktory jsou takové, na první pohled základní věci, jako například duševní zdraví, s tím spojená i duševní hygiena a péče o mysl. Taktéž zde můžeme uvést míru prožívání štěstí, úspěchů či radosti a také to, zda je člověk ochoten a schopen se i pochválit.

Sociální postavení, tedy pozice, kterou jedinec disponuje ve vztahu k ostatním osobám ve společnosti určuje a upřesňuje jeho práva, možnosti, finanční zajištění, ale na druhé straně také existuje možné riziko předčasného odsouzení či tzv. „nálepkování“. Obecně by se ale dalo tvrdit, že čím výše je v podobném žebříčku člověk postaven a čím větší majetek má k dispozici, tím lepší má i předpoklady vést kvalitní a spokojený život. Dále také samozřejmě záleží i na schopnostech daného člověka – například ekonomické vybavenosti⁵, míře schopnosti sociální integrace (začlenění do společnosti), zdravotních návyků (výživa, zdravý životní styl, hygiena) atd.

Bačová (2004) zdůrazňuje, že v neposlední řadě je také důležité zmínit, že kvalitu života výrazně ovlivňují i faktory, které však jedinec nemůže nikterak ovlivnit:

- Genetické předpoklady – náchylnost k dědičným nemocem či obezitě.
- Životní prostředí – oblast, ve které se jedinec narodil, potažmo nynější bydliště (myšleno ve smyslu možné nehostinnosti prostředí, například tornádové oblasti).
- Finanční situace – pokud se jedinec narodí do chudých poměrů, např. tedy vyrůstá v chudinské čtvrti, je pro něj v daný okamžik řešení této situace téměř nemožné.

V dospělosti poté záleží na jeho vývoji, odhodlání a ekonomických schopnostech. Již od dávných dob je cílem lidské existence realizování ideálů o lidském životě. Tyto ideály jsou utvářeny tím, co je ve společnosti „normální“⁶. Sociální standardy jsou však zcela odlišné pro jiné kultury. Názory na to, co je v rámci zmíněných norem se mohou vyvíjet i s dobou. Vše, co jsem v této kapitole uvedl, formuje a má velký vliv na řádný život, schopnost začlenit se a účastnit se tak sociálního života a věnovat se svým zálibám a splňovat své potřeby (Bačová, 2004).

⁵ Schopnost jedince samostatně kalkulovat míru příjmů a výdajů a míra, do jaké ovládá hospodaření s financemi.

⁶ Pojem „normální“ chápeme v tomto případě jako společností akceptovatelný, běžný standard.

2.1.2 Pojetí kvality života

Čornaničová (2005) uvádí, že problematikou pojmu kvality života se v minulosti zabývalo již několik psychologů i sociologů. Nicméně až díky vlivu zdravotnictví a zkoumání pacientů nám nabízí intenzivnější zkoumání kvality života a vznik několika různých náhledů a pojetí této problematiky v praxi:

Psychologické pojetí – pramení z vnímání míry kvality života jako vlastního pocitu radosti a štěstí, či na druhé straně spektra nelibost se svým životem, která může pramenit z falešných či zkreslených představ, nadměrných nadějí či očekávání. Taktéž se soustřeďuje na prostředí, ve kterém člověk žije. Psychologické hledisko popisuje kvalitu života jako skutečnost, která jedince naplňuje radostnými pocity ve spojitosti s jeho životem. Je čerpáno ze zkoumání způsobu života jednotlivce, jeho životního stylu, přesvědčení, specifické životní a zdravotní situace a jeho hodnot. Individuální kvalitu života hodnotíme z několika hledisek, např. pohoda, štěstí, radost, očekávání, spokojenost a mnohá další. Osobní pohoda či nepohoda může být významně ovlivněna kladnými či negativními názory a pocity vůči míře uspokojení jeho potřeb v mnoha kategoriích jeho života. Pro dosažení pocitu pohody a štěstí, i přes možnou nepřízeň životních překážek, je velice důležitá míra rozvinutosti emoční inteligence.

Sociálně-ekonomické pojetí – vychází z materiálních hodnot jednotlivce, skupin či celých společností. Základem pro tento koncept je chápáno pozorování a měření standardů a způsob, kterým procházejí svým životem pozorovaní jednotlivci. Pro každého z nás může znamenat pojem „životní úroveň“ něco naprosto jiného, nejčastěji se však mezi sebou lidé srovnávají v kategoriích jako jsou například dosažené vzdělání, finance, nemovitosti atd. Co se týče sociologické stránky věci, tak tuto část můžeme chápat jako možná participace jednotlivce na kulturním dědictví či společenském životě v rámci úzké komunity, regionu či státu, potažmo celého světa.

Medicínské pojetí – v tomto oddílu chápání kvality života hovoříme o orientaci na schopnosti zakročení do krajních krizových situací v životě jednotlivce, rodiny či komunity. Pojem kvalita života zde spíše vykazuje jakýsi vztah ve zmínce o těžkých onemocněních u pacientů, kteří se potýkají s onemocněním delší dobu či jsou trvale handicapováni. Tyto omezení jsou pro ně prvkem, který značně ovlivňuje jejich život a potažmo tedy i jejich vnímání pojmu kvalita života.

2.2 Sedavé zaměstnání

Práci popisujeme jako souhrn aktivit, jež jsou vykonávány jedincem na pracovišti za přítomnosti jistého řádu, postupů a pravidelnosti vykonávání. Jedinec práci vykonává za účelem získání finančních prostředků, které pak dále používá v každodenním životě. V praxi lze práci rozlišit z několika hledisek, např. na práci fyzickou nebo duševní, dobrovolnou či nucenou, samostatnou či týmovou a také placenou či neplacenou.

Gilbertová a Matoušek (2002) uvádějí, že pracovní místo je místo na pracovišti, kde jedinec vykonává pracovní činnost. Nejčastěji se na něm nachází pomůcky, jejichž prostřednictvím je vykonávána pracovní činnost, např. stroj, počítač, stůl a židle. Uspořádáním pracovního místa se zabývá obor ergonomie, který pohlíží na práci jako na složitou aktivitu jedince, při které je nutné zohlednit fyziologické, antropometrické⁷, hygienické a duševní nároky jedince.

Novotný (2000) konstatuje, že pracovní poloha je poloha lidského těla, ve které jedinec provádí pracovní činnost. Je vytyčena technickými prostředky, technologií výroby a tím, jak je práce na pracovišti uspořádána. Co se týče hodnocení pracovní polohy z fyziologického pohledu, tak přínosnější volbou pro naše tělo je práce vsedě, a to z toho důvodu, že při ní nedochází k zapojení nohou, tudíž nedochází k jejich únavě či opotřebení. Ideálním stavem je střídání pracovních poloh vsedě a vestoje, a to z toho důvodu, že při obměně poloh dochází ke kompenzaci jednostranných zátěží a tím i snížení rizika dysbalancí. Nejméně přínosnou, až škodlivou formou je poloha, při které nedochází k velké škále pohybů, například práce u obrazovky, obsluha obráběcích strojů atd.

V největší míře se vyskytují pocity únavy, bolesti zad či poruchy v páteřní oblasti. Tyto negativní dopady sedavého zaměstnání jsou dále často umocňovány i mimo pracoviště, například při přepravě domů z pracoviště (sezení v automobilu či městské hromadné dopravě), špatným stravováním např., v dnešní uspěchané době, konzumace tzv. „fast food“⁸ jídel, a nedostatkem pohybu.

2.2.1 Příklady sedavých zaměstnání

Nyní si uvedeme některá sedavá zaměstnání, jejich charakteristiku, co je pro ně specifické, jaké mohou být negativní vlivy či možná rizika a druhy zátěže v těchto zaměstnáních:

⁷ Antropometrie je souhrn možných způsobů měření lidského těla (tělesná výška, tělesná hmotnost, obvod hrudníku, výška a obvod hlavy, aj.)

⁸ Pokrm s velkou energetickou hodnotou. Při konzumaci velké porce dochází k nadměrnému příjmu kalorií. Pojmem „fast food“ (česky rychlé občerstvení) je všeobecně chápáno: rychlá obsluha, konzumace ve spěchu, tučná jídla.

Zaměstnanci ve zdravotnictví (lékaři, všeobecné sestry, ošetřovatelé) – Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (2017) popisuje lékaře jakožto osobu, která zajišťuje preventivní, léčebnou péči a určuje diagnózy pacientů. K výkonu je zapotřebí dosažení specializovaného vzdělání. Velké riziko v zaměstnání lékaře je syndrom vyhoření, deprese a duševní zátěž ve spojení zodpovědnosti za pacienty. Všeobecná sestra se stará o ochranu, podporu, obnovu zdraví u osob, které jsou jí svěřené do péče a taktéž u těchto osob, tj. pacientů, dbá o naplňování psychických, společenských a biologických potřeb, které se buďto mění nebo přímo vznikají ve spojitosti s porušením pacientova zdravotního stavu. Ve spolupráci s lékařem se podílí na poskytování preventivní léčby, stanovení diagnóz, rehabilitaci, paliativní péči⁹ a dispenzární péči¹⁰ (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2017).

Zaměstnanci v záchranných složkách (policisté, hasiči) – V těchto povoláních je největší úrazovost a riziko úmrtí. Tyto povolání bývají často nejvíce fyzicky náročná, a to přímo na pracovišti či mimo něj (zdokonalování fyzické stránky jedince). Špatný zdravotní stav bývá často způsoben nedostatkem spánku, tím pádem kontinuální únavou, a nepravidelností režimu kvůli směnovému provozu. (15 profesí, které (ne)prospívají zdraví, 2021).

Řidič – Do této oblasti můžeme zařadit jak povolání řidiče MHD, tak řidiče dálkové dopravy. Kompetence jako samostatnost, schopnost řešení problémů jsou u zaměstnanců požadovány na vysoké úrovni. Tato povolání jsou stresující kvůli nutnosti zodpovídat za stav veškerého přepravovaného zboží a apelaci na dodržení časového harmonogramu. Především u řidičů dálkové dopravy dochází běžně k únavě kvůli nedostatku spánku. Únava řidiče může mnohdy vést ke vzniku dopravních nehod. Tyto profese doprovázejí riziko vysoké úrazovosti a riziko úmrtí (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2017).

Kancelářská zaměstnání (úředníci) – Lidé zaměstnaní na úřadech často trpí bolestmi zad a kvůli malé čestnosti jakékoliv pohybové aktivity také nadváhou. Tato povolání s sebou často nesou velké riziko vzniku psychických nemocí a svalových dysbalancí. V sedavých zaměstnáních nejčastěji dochází k bolestem horních končetin z důvodu jejich nerovnoměrného zatížení či bolestem zad, z důvodu špatného držení těla při vykonávání pracovní činnosti (15 profesí, které (ne)prospívají zdraví, 2021).

⁹ Péče zlepšující míru kvality života u pacientů, kteří se nacházejí v situaci, kdy nemoc ohrožuje jejich život. Cíl této péče je tláčení či řešení bolesti a taktéž sociálních, duševních a psychických problémů, ve kterých se pacient či jeho rodina mohou nacházet (*Paliativní péče*, 2022).

¹⁰ Soubor opatření, který se stará o pravidelnou péči z řad odborníků. Zahrnuje metody prevence, důkladnou léčbu, sledování vývoje zdravotního stavu (*Dispenzární péče*, 2021).

Designer, architekt – Profese zabývající se tvorbou projektů staveb za předpokladu, že jedinec ovládá technické, ekonomické a ekonomické schopnosti. Největší zátěž v těchto profesích jsou v duševní a zrakové oblasti, ale do takové míry, která je pro zdravého jedince únosná (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2017).

Učitel – Povolání, jehož úkolem je vychovávat a vzdělávat žáky v rámci navštěvování školy. Probíhá neustálé vzdělávání a jeho aplikace v oboru. V profesi učitele se nejvíce vyskytuje duševní zátěž, ale většinou v takové míře, který je pro zdravého jedince únosná. Tuto profesi by neměla provádět osoba, která trpí duševními poruchami či vykazuje známky vad chování, např. pokud vykazuje známky agresivity či negativismu (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2017).

2.2.2 Ergonomie pracovního místa

Pojem ergonomie byl poprvé použit v roce 1857 polským profesorem Wojciechem Jastrzębowskiem. První studie probíhají od 60. let minulého století. Ergonomie je obor, který se zabývá procesem výběru nejlepší možné varianty v oblasti potřeb jednotlivce ve vztahu k vykonávání práce v pracovním prostředí za určitých pracovních podmínek. Hlavní myšlenkou je zdokonalování pracovního prostředí a pomůcek, které slouží ke zvýšení pohodlí samotné práce. (Straszewski, 2022)

Pracovní místo by mělo být uspořádáno tak, aby splňovalo podmínky k bezpečnému vykonávání práce a taktéž dbalo na zdraví a fyzické i duševní potřeby pracovníka. Při rozvrhování pracovního místa za využití oboru ergonomie je důležité dbát na několik věcí. Jedná se například o druh vykonávané pracovní činnosti, polohu, v jaké se pracovník nachází při vykonávání práce, organizaci práce na pracovišti, hygienické a bezpečnostní předpisy a pomůcky jim odpovídající, např. židle a mnohé další.

Zahraniční studie ukázaly, že dobře zvládnutá ergonomie pracovního místa má značný kladný vliv na výkon jedince a tím pádem i větší efektivitě v pracovním nasazení. V ergonomii práce se odráží i externí vlivy, například míra hluku na pracovišti i v jeho blízkém okolí, osvětlení a mnohé další (Bezpečnost práce, 2016).

Ergonomii je možno rozdělit na základní oblast a speciální oblast. Základní oblast zkoumá, jak pracovní místo působí na zdraví zaměstnanců z hlediska fyzického, psychologického a organizačního. Pozoruje, v jaké pracovní poloze jedinec vykonává práci, jak je zacházeno s různými předměty při práci, zda je dodržována bezpečnost¹¹ na pracovišti, a v případě jejího porušení řeší možné vzniklé zdravotní potíže. Dále varuje

¹¹ K dodržování bezpečnosti a předcházení ohrožení a zdravotní újmy dle pravidel či opatření slouží mezivědní obor, jež se nazývá Bezpečnost a ochrana zdraví při práci –spíše známo pod zkratkou BOZP (Šimek, 2015).

před možnými úskalí psychické zátěže, například z důvodu jednotvárnosti pracovní činnosti. V neposlední řadě apeluje na nutnost volby nejlepší možné organizační struktury, která bude schopna posílit sociální a duševní stránku jedincova zdraví. Jedná se například o organizaci směnového provozu, přestávek na oběd, komfortu a komunikace na pracovišti. (Gilbertová a Matoušek, 2002)

Speciální oblast ergonomie se zabývá preferencemi a speciálními potřebami jednotlivých zaměstnanců. V poslední době hojně používanou metodou je tzv. participativní ergonomie, jež vnímá a bere v potaz názory a doporučení samotných zaměstnanců. Při vytváření bezpečného a zdravého pracovního prostředí by na tuto metodu měl být brán zřetel, jelikož nikdo nezná pracovní prostředí a není schopen identifikace možných rizik při pracovní činnosti než osoba, jež práci vykonává. Bez pochyby důležitým odvětvím speciální ergonomie je i tzv. rehabilitační ergonomie, jež se orientuje na zařazení handicapovaných osob do pracovního cyklu, tj. sociální integrace¹² a přizpůsobení pracoviště po konstrukční stránce, např. pracovního místa, pomůcek, sociálního zázemí (kuchyňka, toalety, aj.), tak aby osoba s handicapem byla schopna vykonávat pracovní činnost. Kromě tělesné stránky je důležité zohlednit i psychický stav zaměstnance.

S tím úzce souvisí oblast speciální ergonomie nazývaná psychosociální ergonomie, jež zkoumá psychosociální nároky na zaměstnance při pracovní činnosti, působení stresu a stresových faktorů. Pro zaměstnavatele by tato oblast měla být stěžejní při přidělování daných pracovních pozic určitým jedincům, jelikož stres a další činitele (sociální, psychologické) se mohou hojně podílet na vzniku psychosomatických¹³ a myoskeletálních¹⁴ nemocí. Právě těmto nemocem, resp. tomu, jak jim co nejučinněji předcházet se věnuje myoskeletální ergonomie, která doporučuje vhodný ergonomický zásah ve smyslu zvolení adekvátní pracovní polohy, při které nebude docházet k jednostranné zátěži horních končetin a páteře (Král, 2018).

¹² Proces, při kterém se jedinci ze znevýhodněných skupin zapojují do totožných aktiv, které jsou běžné pro většinovou populaci. Často bývá zaměňována s inkluzí, která ale slouží pouze k zahrnutí jedince do skupiny, zatímco při integraci dochází k úplnému zapojení jedince do kolektivu.

¹³ Onemocnění, jež vznikají působením stresu a dlouhodobé nepohody na jedince. Důležitou roli hraje jedincova tělesná (dispoziční zranitelnost orgánů a tkání, zranění, tělesná oslabení) a psychická (temperament, povaha, duševní hygiena) konstituce, která do jisté míry určuje schopnost odolávat psychosomatickým onemocněním. Nejčastějšími psychosomatickými nemocněními jsou Diabetes mellitus, poruchy funkce štítné žlázy, hypertenze, migréna, žaludeční vředy (*Psychosomaticky podmíněné onemocnění*, 2022).

¹⁴ Nejčastějšími myoskeletálními onemocněními jsou svalové křeče, blokáce a snížená pohyblivost v oblasti páteře, kloubů a svalů. Značný podíl na jejich vzniku mohou mít i zánětlivá onemocnění. Léčbou se zabývá myoskeletální (manuální) medicína, nejčastější forma léčby je klinická léčba – masáž (Král, 2018).

2.2.3 Práce s počítačem a rizika s ní spojená

Práce s počítačem probíhá nejčastěji v prostorech kanceláří, v pozici v sedě. Charakteristické pro práci v sedě je minimální zapojení a s tím spojená nízká míra únavy dolních končetin, nízký energetický výdej. Avšak jako v každém zaměstnání, i zde pozorujeme negativní vlivy na člověka, například přetěžování jedné strany těla v oblasti ramenního kloubu, riziko vzniku hemoroidů či křečových žil v oblasti dolních končetin či častý výskyt bolestí zad.

Lidé v zaměstnáních, kde je většina aktivit vykonávaných za užití počítače, jsou ve velké míře vystaveni záření z obrazovky, takzvanému „modrému světlu“. Je to druh světla, který vyzařují naše mobilní telefony, počítače, televize atd. Při působení modrého světla na náš organismus dochází k narušení biorytmu těla jednotlivce. Nejčastější projevy mohou být zpomalení metabolismu, oslabení imunity jedince a srdeční potíže.

Největším rizikem je výrazné snížení tvorby melatoninu tzv. spánkového hormonu, který je produkován v šišince a se podílí na ovlivňování našich cyklů ve stavu bdělosti a spánku. Při narušení tzv. cirkadiánních rytmů mohou vznikat psychiatrické a neurologické choroby, například bipolárně afektivní porucha, taktéž známa jako maniodepresivní psychóza, projevující se obměňujícími se úseky hypomanického, manického, depresivního a smíšeného období.

O této problematice hovoří internetový zdroj *Maniodepresivní psychóza* (2022), v kterém je hypomanické období je popisováno jako období, kdy jedinec pociťuje nadměrné množství energie, skvělou náladou, bezprostřednost, sníženou potřebou spánku. Pro manické období jsou prevalentními pocity neporazitelnosti, neomylnosti. Jedinec reaguje agresivně na jakýkoliv podnět podráždění, je nadměrně sebevědomý, nesoustředěný, paranoidní. Depresivní období je protikladem manických období, ve kterých se jedinci zhoršuje nálada, ztrácí chuť k jídlu a na své okolí svými mimickými, tělesnými projevy a mluveným slovem působí vyčerpaně, smutně, bojácně. Jedinec se v tomto období často straní jakéhokoliv sociálního kontaktu, je apatický, ospalý a dochází u něj ke snížení hladiny sebevědomí. To může často vést k výčitkám, pocitu bezcennosti, což může vést k sebepoškozování a v krajních případech i k myšlenkám na sebevraždu, jež v tu chvíli vidí jedinec jako určitou formu vysvobození ze svých problémů. Přesné trvání každého z období nemá u všech pacientů stejnou pravidelnost – mohou to být dny, měsíce či roky. Zmíněné stavy a jejich příznaky se mohou u jedince zkombinovat a pokud nelze určit, v jakém z výše uvedených období se nachází, hovoříme o stavu smíšeném.

Dále mezi poruchy biorytmů patří Alzheimerova nemoc – dále jen AN. Nevšimalová a kolektiv (2002) uvádějí, že AN je postupné, dlouhotrvající onemocnění,

kteře ovlivňuje nervovou soustavu pacienta chátráním, až postupným zánikem neuronů. Jedná se o nejčastější důvod demence, tj. poškození schopnosti smýšlení, paměti a v neposlední řadě také osobnosti.

Další poruchou biorytmu může být hypersomnie, taktéž známá jako „chorobně nadměrná spavost“, při které jedinec může spát 12 i více hodin denně. Projevuje se neschopností zůstat v bdělém stavu a při zvýšené pozornosti za běžných okolností, nejčastěji tedy přes den. Dělíme ji na primární, jež je definována jako samostatné neurologické onemocnění a sekundární, která doprovází jiná onemocnění a může být způsobena například nechtěnými účinky medikamentů. Jedním z typů hypersomnie je tzv. narkolepsie, kdy jedinec ztrácí pozornost či dokonce je schopen usnout i při vykonávání činnosti (Kassin, 2007).

2.2.4 Doporučení k relaxaci při práci v sedavém zaměstnání

V této podkapitole se práce věnuje různým praktikám či zvykům, které mohou mít pozitivní vliv na zaměstnancovu pracovní morálku a nasazení, dopad na zmenšení odporu k vykonávání práce. Dále mohou výrazně pozitivně ovlivnit jednotlivcovu míru pozitivní sebereflexe a také mít prospěšný vliv na fyzickou i psychickou stránku jednotlivcova zdraví. Jedná se o následující doporučení:

1. Stravování, pitný režim – Strava, která je pestrá, složena z kvalitních surovin a vyvážená na obsah spojená s dodržováním denního pitného režimu jsou základními stavebními kameny pro pevné zdraví jedince. V rámci laických doporučení by měl dospělý jedinec za den pojmout alespoň 40ml vody/1 kg své hmotnosti. Web o stravování *MTE* (2020) ve svém článku „*Základní složky potravy*“ uvádí, že správně vyvážená strava by měla obsahovat 60 % sacharidů, 25 % lipidů a 15 % proteinů. V sedavém zaměstnání, obzvláště například na úřadech ve dnech, které jsou vymezeny k interakci s veřejností, může být obtížně najít pro zaměstnance najít při pracovní činnosti prostor ke konzumaci stravy v ničím nerušeném klidu. Na podobné problémy se bylo dotazováno při průběhu získávání dat z dotazníkového šetření. Několik dotázaných se shodla na faktu, že ve svých zaměstnáních konzumaci jídla i pití zanedbávají. Proto mezi má doporučení patří například:

a) Dopřejte si ve volné chvíli šálek čaje – Běžně udávané množství kofeinu v jednom šálku černého čaje o objemu 200ml je 40mg kofeinu (v čaji hovoříme o tzv. teinu) což je zhruba 10% doporučené denní dávky pro dospělou osobu. Šálek čaje můžeme taktéž obohatit přidáním citrónu nebo lžičky medu. Med je přírodním zdrojem fruktózy, glukózy sacharózy, vitamínu, minerálních látek a antioxidantů (13 tipů, čím si

ochutit kvalitní sypaný čaj, 2016). Med také funguje jako přírodní antibiotikum a podporuje pozitivní náladu. Citrón představuje pro některé lidi neodmyslitelnou součást šálku dobrého čaje, ať už na chuť či k prevenci anebo přímo léčení různých onemocnění. Je všeobecně známo, že citron je přírodním zdrojem vitamínu C a může tak být nápomocen při předcházení nachlazení. Při přidání šťávy citrónu do šálku zeleného čaje dochází ke zvýšené dostupnosti katechinů, které urychlují regeneraci těla a zpomalují proces stárnutí. Poznatky získané při studiu na Katedře výchovy ke zdraví Pedagogické fakulty v Českých Budějovicích poukazují na dnes všeobecně známou informaci, že zelený čaj taktéž obsahuje látku zvanou Epigalokatechin gallát (zkráceně EGCG), patřící do skupiny tzv. polyfenolů, látek vyskytujících se v rostlinách, a obsahuje protirakovinné látky a brzdí metastáze rakoviny.

b) Dejte si „sladkost“ – Obecně se tvrdí, že na podporu dobré nálady funguje dopřát si tabulku čokolády nebo například banán, který také do našeho těla dodává velké množství energie, vyživuje pleť i vlasy a napomáhá zlepšení imunity.

Nejprve si popíšeme, jak na náš organismus působí čokoláda. Dle běžně dostupnému zdroji „10 důvodů, proč jíst čokoládu pro zdraví“ (2022) je ve 100 g hořké čokolády najdeme až 11 g vlákniny, taktéž 98% doporučené denní dávky manganu, v případě mědi 89 %, 67 % denní dávky železa a 58 % doporučené denní dávky hořčíku. Čokoláda taktéž snižuje tzv. LDL cholesterol¹⁵, který ničí tkáň, z největší části krevní cévy, jež slouží k výživě našeho srdce. Čokoláda pomáhá zlepšit náladu a snížit stres díky redukování hladiny kortizolu v krvi a zvýšené produkce hormonu fenylethylaminu, který zlepšuje naši náladu. Mezi další přínosy konzumace čokolády patří: snížení krevního tlaku, rizika cukrovky a stimulace mozku.

Nyní se zaměříme na vlivy na náš organismus, které nastávají při či po konzumaci banánů. Běžně dostupný zdroj „11 důvodů proč jíst banány každý den“ (2021) hovoří o banánu jako o přírodním zdroji cukrů (sacharóza, fruktóza, glukóza) a vlákniny. Kombinací vlákniny a cukrů se vyprodukuje v těle velké množství energie, avšak vláknina v jídelníčku průměrného jedince často absentuje či jí není přijímáno dostatečné množství. Kunová (2004) uvádí, že hlavně za posledních 50 až 100 let lidé konzumují ve velké míře potraviny, které prošly technologickou úpravou. Poukazuje na obměnu formy konzumovaného pečiva, ve prospěch zvýšené konzumace bílého pečiva (rohlíky, housky, bagety aj.) na úkor žitného chlebu, jež je bohatým zdrojem vlákniny.

¹⁵ Lipoprotein, na jehož složení se vyšším podílem podílejí lipidy než proteiny. Nadbytečné množství LDL cholesterolu v krvi vede k usazování v cévách, což má za následek kornatění (lidově ucpávání) cév, k čemuž mimo jiné přispívá i kouření, nedostatek pohybu a velká konzumace sacharidů. Ucpané cévy mohou způsobit cévní mozkové příhody (tzv. mrtvice), ischemickou srdeční chorobu (ICHS), tj. nepoměr mezi potřebou a dodávkou kyslíku v krvi. (Tancerová, 2020)

V dnešních jídelnících jsou obiloviny a luštěniny čím dál větší raritou a rapidně tak klesá průměrný příjem doporučené denní dávky¹⁶ vlákniny, které by měl denně dospělý jedinec přijmout až 30 g. V jediném banánu se vyskytují cca 3g vlákniny, což odpovídá 10 % doporučeného denního příjmu. Navíc jsou banány skvělým prebiotikem, tj. zvyšují počet prospěšných bakterií ve střevech, díky čemuž se snižuje riziko zánětů střev. Banány jsou takéž známy díky svému velkému obsahu draslíku a hořčíku. Zvýšený obsah draslíku při malém obsahu sodíku v našich tělech pomáhá ochraňovat naše srdce a draslík také ovlivňuje funkci ledvin (11 důvodů proč jíst banány každý den, 2021).

2. Odpočinek – Období snížené fyzické, ale i psychické tělesné aktivity, při kterém dochází ke načerpání, obnově sil. K odpočinku se člověk uchyluje až po absolutním vyčerpání buďto fyzické či psychické stránky.

Dle článku „Odpočinek – lék na naši únavu“ (2015) patří únava k jednomu ze 7 příznaků nemocí, na které si pacienti při vyšetření nejvíce stěžují. Při odpočinku dochází k doplnění energie, vylučování odpadních látek a organismus je připravován na další výkon. Dnešní uspěchaná doba, kdy je neustále v každém zaměstnání dbáno především na výkon, není k přirozenému odpočinku příliš uzpůsobena. Jedinec se tak musí aktivně zajímat o to, aby se jeho tělu a mysli dostávalo kvalitní a dostatečné dávce odpočinku.

Nejlépe známou formou odpočinku je spánek. Díky pravidelnému spánkovému režimu a dodržování alespoň 7-8 hodin spánku denně si naše těla dokáže samovolně „nastavit“ tzv. „biologické hodiny“, díky kterým budeme večer vždy přirozeně unaveni ve zhruba stejný čas a ráno se dokážeme budít v podobnou hodinu, a to kolikrát ještě před zazvoněním budíku (Odpočinek – lék na naši únavu, 2015).

3. Relaxace – „Hlavním cílem relaxačního cvičení je získání „vnitřního ticha“ i celkového duševního klidu a rovněž tak i vymanění se, i když jen na krátký čas, z každodenních starostí.“ (Křivohlavý, 2010). Z této myšlenky je důležité si v dnešní odnést důležitý poznatek – každý z nás má občas pocit, že nestíhá své povinnosti a je neustále v napětí, jak fyzickém, tak psychickém. Toto napětí dokáže jedince neskutečně vyčerpat a pokud jedinec důsledně nepečuje o své psychické zdraví, je snadné podlehnout stresovým situacím.

Těmto momentům je dobré předcházet, jelikož se tím eliminuje do určité míry i šance vzniku tzv. „syndromu vyhoření¹⁷“, což je stav emocionální, psychické a mentální

¹⁶ V odborném textu označováno jako DDD (Kunová, 2004).

¹⁷ Anglicky nazýván burnout syndrome či zkráceně burnout. Nejběžnější formy, jak syndromu vyhoření předcházet jsou častá komunikace s přáteli a kolegy na pracovišti, dobré uspořádání pracovních postupů a kvalitní trávení volného času.

vyčerpanosti, který vzniká právě po dlouhodobém vystavování jedince stresovým situacím. Relaxaci je možno rozdělit do dvou skupin, na samovolnou a záměrnou.

O samovolné relaxaci hovoříme v případě, že k ní dochází bez našeho snažení, nejčastěji při spánku, ale i odpočinku. Avšak před spánkem musí dojít právě k dostatečné míře odpočinku, jelikož nemůžeme usnout, pokud se míra napětí neustálí. Pokud si člověk málo odpočine, může při spánku docházet k záškubům, převalování či dokonce k samovolnému probuzení, přičemž ani jeho mysl nemá dostatečné množství času na dostatečnou relaxaci (Křivohlavý, 2010).

O záměrné relaxaci hovoří Nešpor (1998) a rozumí jí uvolnění určitých částí těla, zatímco ostatní svaly jsou zapojeny v práci. V sedavých zaměstnáních je nejvhodnější aplikovat například automasáž mimických svalů na obličeji, uvolnění celé ruky od článků prstů, přes zápěstí, předloktí, až po celou paži. Dále jsou vhodná různá dechová cvičení, která mohou posloužit jakožto uklidňující mechanismus v situacích, kdy se střetáváme s řešením obtížných pracovních problémů a dostáváme se tak snadněji pod tlak. Tato cvičení zdokonalují míru koncentraci a zlepšují schopnost jedince odloučit se od tíživých myšlenek a starostí každodenního života (Bursová, 2005).

4. Pohyb – Dostatek přirozeného pohybu spolu se správnou životosprávou, tj. vyvážený jídelníček a pravidelné stravování, dodržování pitného režimu, spolu s dostatkem kvalitního odpočinku, jsou základní stavební kameny obranného mechanismu proti stresu. Nezáleží na tom, jakou formu pohybu jedinec zvolí – či se jedná o intenzivní sportovní trénink, rekreační sportovní vyžití nebo pasivní cvičení v rámci různých procházek apod., jako spíše na tom, jak pravidelně ji jedinec provozuje.

Pravidelný pohyb má pozitivní vliv na lidskou psychiku a pomáhá kromě snižování napětí taktéž formovat naši osobnost – především zvyšuje sebevědomí, pomáhá nám lépe zvládat problémy, které s sebou přináší každodenní život a zlepšuje míru tvořivosti. Hlavním důvodem, proč nás pohyb takto pozitivně ovlivňuje je vylučování endorfinů, tzv. „hormonů štěstí“, které působí na náš mozek a my díky němu pocítíme zlepšení naší nálady, pocit štěstí a utlumení bolesti. Působení endorfinů je příjemné a dostane nás do duševní i tělesné pohody a může se na nich vytvořit do takové míry, že jedinec, který je zvyklý pravidelně a v určité míře sportovat, není schopen bez pohybu déle fungovat, aniž by mu pohybová aktivita nechyběla.

Není možné každému jedinci doporučit stejný sport či pohybovou aktivitu, jelikož u pohybu, stejně tak u práce a obecně všeho, co děláme, je důležité, aby nám daná činnost přinášela radostné pocity a potěšení. Proto je nutné nechat na jedinci výběr pohybové činnosti. Není vhodné se přeceňovat, z toho důvodu je správné volit postupně zvyšující se obtížnost a nastavit své fungování tak, aby to jedinci bylo příjemné. Nejčastěji

praktikované volnočasové pohybové aktivity mohou být například jízda na kole, chůze, plavání či kolektivní míčové sporty, ve kterých může jedinec kromě pohybové složky taktéž zdokonalovat své sociální chování a uspokojit tak potřebu. Pohybovým aktivitám by se měl průměrný dospělý jedinec alespoň 30 minut jednou za dva dny, tzn. alespoň 1,5 hodiny až 2 hodiny týdně (Kebza a Komárek, 2003).

5. Zábava, rozptýlení – Forem zábavy může být několik, ale my pro snazší představu rozlišíme zábavu na pasivní a aktivní. Pasivní je zábava tehdy, když se jedinec přímo neúčastní činnosti, ale je pouze divákem a nechává se bavit. Aktivní je zábava pro jedince tehdy, kdy se jedinec zapojuje do hry, společenské interakce, kolektivního sportu atd. Při zábavě člověk přirozeně relaxuje, protože vykonává činnost, která je blízká jeho zájmům a nějakým způsobem ho přitahuje. V dřívější době byla častou formou zábavy mezilidská komunikace, což v posledních několika desetiletích výrazně ustupuje ve prospěch zábavního průmyslu, tzv. showbyznysu, který poskytuje svým konzumentům formu pasivní zábavy (nejčastěji televizní pořady, filmy, divadelní představení, koncerty atd.).

Americký mediální teoretik Neil Postman se ve své knize *Amusing Ourselves to Death*¹⁸ (původní dílo z roku 1985) pozastavuje nad vlivem médií, a především pak televizního vysílání na lidskou populaci. Dle Postmana při zpravodajském vysílání televize zahlcuje člověka velkým množstvím informací, nad kterými jedinec nemá možnost se zamyslet. Tyto zpravodajské bloky rovněž doprovázeny hudbou či znělkou, a Postman se obává, že diváci těchto relací považují zprávy spíše za zábavu. Taktéž reklama se věnuje především působení na divákovy emoce nežli popisu skutečných kvalit výrobku (Postman, 2010).

6. Smích – Spolu s úsměvem je základním projevem veselosti a radosti, při kterém se snižuje hladina kortizolu a účinně tak působí proti stresu. Když se jedinec směje, tak se do jeho krevního řečiště vyplaví endorfiny, serotonin, oxytocin a protein BDNF¹⁹, který produkuje mozek, a v případě nedostatku je často spojován s Alzheimerovou nemocí (AN), schizofrenií a dalšími. Smích také napomáhá okysličení organismu, zlepšení imunity a lepšímu zvládnání bolesti. Uvádí se, že aby se dostavily tyto pozitivní účinky, tak je třeba se smát asi 10-15 minut téměř kontinuálně. Také je poukazováno na fakt, že naše těla nejsou schopná rozeznat rozdíl mezi smíchem vynuceným, předstíraným a spontánním (Kremsa, 2020).

Pokud tedy využijeme skutečnosti, že naše tělo nerozpozná rozdíl mezi „hraným“ a spontánním smíchem, na chvíli se zastavíme před zrcadlem, podíváme se na sebe a usmějeme se například ve chvíli, kdy máme pocit, že z naší těžké, stresující situace není

¹⁸ Český překlad: *Ubavit se k smrti*.

¹⁹ Angl. překlad: brain-derived neurotrophic factor. Stimuluje produkci nových mozkových buněk.

žádného východiska, můžeme docílit stejných požadovaných pozitivních výsledků, jako když nás například rozesměje náš kamarád svým vtipem, příhodou atd.

Průměrný dospělý člověk se za den údajně usměje dvanáctkrát až pětadvacetkrát, zatímco průměrné dítě až třistkrát. (Kremsa, 2020).

2.3 Zdraví

Každý jedinec má individuálně nastaveno, jak rozumí pojmu zdraví. Je to jedna ze základních hodnot, které jsou pro člověka důležité, spolu se všemi fyziologickými potřebami, pocitem bezpečí aj. Opakem zdraví je nemoc, což je nepřirozený stav těla, který může subjektivně posoudit nemocný jedinec nebo lze určit objektivně pomocí lékařského vyšetření a dochází při něm k poruše homeostázy²⁰ (Nemoc, 2013). Hodnotu zdraví si často lidé uvědomují až ve chvíli, kdy jsou nemocní nebo se nacházejí v akutním ohrožení života oni sami, nebo případně někdo z jejich rodinných příslušníků, či blízkého okruhu přátel. Zdraví je stav našeho těla, který bývá často výrazně pozitivně či negativně ovlivňován a obměňován působením biologických, psychologických a sociálních činitelů.

2.3.1 Činitele ovlivňující zdraví

Faktory neboli činitele jsou věci či skutečnosti, které mají značný vliv na jedince z hlediska jeho rozhodování a chování. Činitele, jež se významně podílí na zdraví člověka jsou životní prostředí, jedincův životní styl a jeho genetické predispozice. Jejich působení na člověka a jejich ovlivnitelnost rozebírá Nováková (2011). Z hlediska působení je dělí na kladné, jež podporují zdraví jedince a záporné, které se podílejí na přímé poruše zdraví či vzniku nemoci. Z hlediska ovlivnitelnosti dělíme činitele na vnitřní a vnější.

Vnitřní činitele, které jsou člověku dány, se nedají ovlivnit. Řadíme do nich pohlaví, věk, genetické dispozice – genom²¹, díky kterým je předem do určité míry²² určeno kvalitu zdraví. Člověk, který se narodí s možností rizika vzniku určité nemoci, by měl pravidelně preventivně vyšetřován a obecně svůj život přizpůsobit tomu, aby sám předcházel rizikům spojeným s onemocněním. Vliv těchto dispozic bývá nejvíce patrný

²⁰ Schopnost organismu zachovávat stálé prostředí. V případě lidského těla jsou vnitřním prostředím myšleny tělesné tekutiny. Pro správné fungování životně důležitých orgánů je nutno dodržovat vhodné množství a složení tělesných tekutin (*Vnitřní prostředí*, 2019).

²¹ Veškeré genetické informace o daném jedinci; zapsáno v DNA (*Genom*, 2018).

²² Běžně udávaný fakt hovoří o tom, že genetika určuje jedincovo zdraví až z 20 (*Nemocnice Jihlava*, 2017).

v období dospívání²³ a středního věku života²⁴, kdy se často projevuje dlouhodobým, nepřetržitým stavem nemocnosti.

Vnější činitelé se netýkají přímo jedince, ale spíše toho, v jakém prostředí²⁵ žije, jakým je vystaven životním podmínkám, jaký preferuje způsob života²⁶ a životní styl (Nováková, 2011). Na první pohled se tyto pojmy mohou zdát podobné, avšak Linhart (1996) et al. tyto pojmy rozlišují. Ke způsobu života uvádějí, že je nejčastěji vztahován k jedinci či skupině a jejich životním podmínkám. Stanovuje soubor každodenních pravidelných, osobních zvyků na jejichž základě volí podobu projevu sociální interakce, chování a zpevňují pravidla teritoriálního chování²⁷ a výběru prostředí pro mezilidské interakce (prostředí sociální²⁸). Životním stylem pak rozumí jasně definovaný soubor návyků a norem, které jedinec či skupina přijímá za své. Životní styl prezentuje hodnotové i zájmové preference jedince či skupiny.

Mezi biologické činitele, které jsou naprostým základem z hlediska lidských potřeb a mají tak pro člověka největší hodnotu, můžeme dle Maslowa (2021) s využitím Maslowovy pyramidy potřeb (příloha C) zařadit například potřebu dýchání, přijímání potravy, potřebu dostatečně spát, regenerovat a mnohá další.

Mezi psychické činitele, které mohou ovlivňovat naše zdraví patří například míra psychické pohody, ve které se jedinec nachází (nálada) či to, jak dokáže interagovat a vycházet s ostatními členy společnosti (tzv. měkké dovednosti²⁹). Schopnost tohoto souladu se společností značně poukazuje na míru jedincovi sociální a emoční inteligence.

Sociálními činiteli, jimiž rozumíme zpravidla školu a rodinu, pomáhají jedinci od útlého dětství osvojit si znalost jazyka, standardní hodnoty, které jsou ve společnosti od jedince očekávány, sociální role, znalosti a dovednosti. S těmito činiteli pracuje vědní obor nazývaný sociální psychologie, která zkoumá, jak je působením sociálních činitelů v průběhu života utvářena jedincova osobnost, jak je ovlivněn jeho zdravotní stav, jak je schopen se integrovat do společnosti a taktéž pozoruje jedincovo chování. K socializaci

²³ Dělíme na rané dospívání (rozsah 11–15let) a pozdní (rozsah 15–20let) dospívání (Vágnerová, 2007).

²⁴ Vágnerová (2007) hovoří o střední dospělosti v životě jedince ve věkovém rozsahu od 40 do 50 let.

²⁵ Prostředím v tomto případě rozumíme možnosti kulturního vyžití, míru a kvalitu sociální komunikace v jedincovo okolí a také ekonomické podmínky. Míra vlivu prostředí na zdraví jedince je udávána kolem 20 % (Nemocnice Jihlava, 2017).

²⁶ Způsob života má největší podíl na utváření kvality jedincova života, a to až z 50 % (Nemocnice Jihlava, 2017).

²⁷ Přírozená, racionální potřeba lidských jedinců hájit, ochraňovat svůj životní prostor a zároveň respektovat cizí prostor. Toto chování je často připodobňováno ke zvířecímu chování, ačkoliv někdy je obtížné hledat paralely. Lidské projevy agrese mohou být nejrůznější – slovní útoky či fyzické napadení (Černoušek, 2017).

²⁸ Sociologie chápe sociální prostředí jako skupinu osob, jejíž normy jedinec schvaluje, které mu napomáhá vytvářet jeho hodnoty a postoje, a se kterou se jedinec ztotožňuje (Šilhánová, 2017).

²⁹ Kompetence v oblasti mezilidské komunikace a chování – např. empatie, asertivita, sebereflexe, míra sociální inteligence.

dochází po celý život během různých situací – je tak zkoumána napříč věkovými etapami života jedince a také podle toho, v jakém prostředí se jedinec vyskytuje.

Svého zdraví by si měl jedinec vážit a hledět, aby se o něj pečlivě staral. Zdravý člověk³⁰ s lepší schopností pracovat, na rozdíl od jedince nemocného, se snáze zajistí po finanční stránce a naskýtají se mu tak nové možnosti. Je schopen se věnovat například volnočasovým aktivitám, které ho pravděpodobně budou naplňovat pocitem štěstí, tzn. vylepšují jeho zdraví po psychické stránce. Do volnočasových aktivit spadá i sport, při kterém jedinec zdokonaluje svou tělesnou stránku a přispívá tak ke zlepšení kvality svého fyzické zdraví.

2.3.2 Pojetí zdraví a jeho složky

Zdraví můžeme chápat jako jeden celek³¹, tzv. holistické pojetí, ale i z jiného pohledu, kdy je rozdělováno do několika podsložek – na zdraví fyzické³², psychické³³, sociální a spirituální³⁴. Abychom mohli hovořit o člověku jako zdravém jedinci, měly by tyto složky být v rovnováze. Pokud tomu tak je, poté můžeme hovořit o zdraví jako o vyváženém stavu fyzické, psychické, sociální a spirituální složky osobnosti. Toto tvrzení koreluje se zněním oficiální definice zdraví od Světové zdravotnické organizace: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady³⁵“ (WHO,1948).

Fyzické zdraví člověka je ovlivněno například četností a druhem pohybové aktivity a mírou odpočinku, do něhož spadá i kvalita a míra spánku. Pohyb by měl být přirozenou součástí každodenního života jedince a je to dobrý způsob, jak předcházet civilizačním chorobám³⁶, mezi které se řadí například obezita, diabetes mellitus, deprese, syndrom vyhoření a další. Ke vzniku civilizačních onemocnění často přispívá i konzumace alkoholu a kouření cigaret. Odpočinek, který je výše zmíněn jako jeden z činitelů ovlivňující kvalitu fyzického zdraví člověka, je časový úsek, při němž dochází k znovuzískání sil. Dělíme ho na pasivní (spánek, relaxace) a aktivní, při kterém zapojujeme jinou část těla než při pracovní činnosti (procházky, cvičení). Ondrová (2017) upozorňuje na to, že smyslem odpočinku je vykonávat jakoukoliv jinou činnost odlišnou

³⁰ V tomto případě rozumíme zdravým člověkem jedince, u kterého není přítomné žádné onemocnění.

³¹ Hovoříme o tzv. holistickém pojetí zdraví.

³² Lze popsat i jako tělesné zdraví. Častým pojmem je též „kondice“.

³³ Můžeme taktéž hovořit o duševním zdraví. Často bývá spojováno s dodržováním tzv. duševní hygieny.

³⁴ Někdy bývá používá termín „duchovní zdraví“.

³⁵ Definice byla přijata na konferenci v New Yorku v roce 1946, kdy byla podepsána ústava WHO, v platnost ale vstoupila až 7. dubna v roce 1948, při příležitosti založení WHO. Literární zdroje často zmiňují obě možnosti.

³⁶ Výskyt těchto nemocí je častější v moderním, vyspělých zemích než v rozvojových státech. Do této skupiny patří v textu již zmiňované onemocnění – například

od náplně pracovní činnosti v zaměstnání, kterou volí každý jedinec na základě svých preferencí a jejím úkolem je kromě výše zmíněného opětovného načerpání sil také docílení pocitu spokojenosti při vykonávané činnosti.

Psychické (duševní) zdraví je úroveň psychické pohody³⁷, na které je jedinec schopen fungovat v dobrém duševním rozpoložení – náladě, za současné absence duševních poruch³⁸ (deprese, demence, poruchy úzkostného spektra). K podpoře a udržování psychického zdraví slouží duševní hygiena, jež se orientuje na sebereflexi, ovládání emocí, relaxaci a coping³⁹ za účelem dosažení psychické rovnováhy a duševního klidu. Světová zdravotnická organizace stanovila definici duševní hygieny následovně: „Duševní hygiena se týká všech činností a technik, které podporují a udržují duševní zdraví⁴⁰“ (WHO, 1951). Dále Světová zdravotnická organizace také vymezuje pojem duševního zdraví jako: „Stav podléhající výkyvům v důsledku biologických a sociálních faktorů, který umožňuje jedinci dosáhnout uspokojivé syntézy jeho vlastních potenciálně protichůdných, instinktivních pudů; vytvářet a udržovat harmonické vztahy s ostatními; a podílet se na konstruktivních změnách ve svém sociálním a fyzickém prostředí⁴¹“ (WHO, 1951). Americká psychosomatická lékařka a spisovatelka Lissa Rankin ve svém díle *Mysl je mocný lékař* (2014) poukazuje na to, jak emoční perspektiva jedince dokáže ovlivňovat jeho zdraví – příklad pozitivního myšlení a placebo efektu⁴². Pokud nemocný jedinec věří ve zlepšení svého aktuálního zdravotního stavu a důvěřuje lékařské péči, tak může dojít ke zmírnění fyziologického stresu, šoku a bolesti.

Sociální zdraví je dovednost jedince navazovat mezilidské kontakty, být šťasten a činit šťastnými i další osoby v jeho blízkosti a zastávat sociální role ve společnosti. Zastávat sociální roli znamená plnit anticipované znaky chování, které jsou charakteristické a společností všeobecně chápány jako vlastní pro jedincův sociální status. Třídění sociálních rolí se věnují Drábová a Zubíková (2007), přičemž jako jeden

³⁷ Anglická literatura používá termín „psychological well-being“.

³⁸ K léčbě se využívá kombinace psychoterapie a léčiv – antidepressiva při léčbě deprese, anxiolytika při léčbě úzkostných pocitů.

³⁹ Ochranné činitele, které pomáhají jedinci zvládat a překonávat náročné stresové situace, při současném udržení psychické rovnováhy bez újem na psychickém zdraví. Důležitou roli hrají jedincovy genetické dispozice podléhat stresovým situacím, předešlé zkušenosti se zvládáním stresových situací a osobnost jedince (Pelcák, 2012).

⁴⁰ Původní znění od WHO z roku 1951: „Mental hygiene refers to all the activities and techniques which encourage and maintain mental health.“ – vlastní překlad.

⁴¹ Původní znění od WHO z roku 1951: „Mental health is a condition, subject to fluctuations due to biological and social factors, which enables the individual to achieve a satisfactory synthesis of his own potentially conflicting, instinctive drives; to form and maintain harmonious relations with others; and to participate in constructive changes in his social and physical environment.“ – vlastní překlad.

⁴² Placebo je neutrální látka, která by dle svého složení neměla mít vliv na léčení nemoci. Hlavní roli v placebo efektu má pacientova sugesce, kdy se jedinec domnívá, že podávaný lék mu uleví a díky tomu se pacient zbaví stresu, bolesti a úzkostí. Praktikování placebo efektu a podobné experimenty nejsou na pacientech povoleny (Placebo, 2020).

ze způsobů rozdělení sociálních rolí uvádějí dělení na role dočasné (např. student) a trvalé (rodinná pouta). Další způsob dělí sociální role na získané (např. pohlaví, národnost) a připsané (např. v případě zděděného majetku). Při interpretaci rolí může docházet ke konfliktům interpersonálním a intrapersonálním. Interpersonální konflikty mohou nastávat mezi dvěma či více rolemi kvůli střetu zájmů – hovoříme o tzv. konkurenčním boji. Konflikty intrapersonální, tj. odehrávající se uvnitř jedince, spočívají v odmítnutí role či v konfliktu role a jedincovi osobnosti nebo v konfliktu mezi rolemi, do nichž se jedinec může dostat např. ve vztahu v rovině rodič–dítě v situaci, kdy učitelka je matkou žáka nebo trenér je otcem svěřence.

Spirituální zdraví je nejčastěji spojováno s náboženstvím, vírou v něco nadpřirozeného a modlitbou (Vše na téma: Duchovní zdraví a spiritualita, 2022). Míra, do které je jedinec ovlivněn předešlými zkušenostmi s transcendentem a případný způsob jeho vnímání se nazývá spiritualita. K duchovnosti nám dopomáhají meditační praktiky, modlitby. V ideálním světě bychom jedince zdravého po duchovní stránce vymezili jako pozitivní, vyrovnanou, mírumilovnou, milující a tolerantní lidskou bytost.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je monitoring kvality života u osob v sedavých zaměstnáních, ve věku od 20 do 60 let. Práce využívá výsledky, které byly zjištěny ze získaných dat po provedení dotazníkového šetření, při kterém byl využit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF od Světové zdravotnické organizace.

3.2 Úkoly práce

K uskutečnění stanoveného cíle bylo potřeba stanovit úkoly k jeho splnění:

1. Provedení rozboru obsahu odborné, vědecké, české i zahraniční literatury.
2. Stanovení metod z hlediska cíle práce: dotazník WHOQOL-BREF
3. Provedení výběru respondentů.
4. Provedení dotazníkového šetření, sběr dat za pomoci dotazníku WHOQOL-BREF
5. Vyhodnocení a interpretace výsledků.
6. Diskuse.
7. Stanovení závěrů.

3.3 Výzkumné předpoklady

V bakalářské práci byly stanoveny výzkumné předpoklady, při nichž předpokládáme, že:

1. Zkoumaný soubor osob bude v dotazníkové oblasti Fyzické zdraví vykazovat nejnižší skóre ze všech sledovaných oblastí v dotazníku WHOQOL-BREF.
2. Ve zkoumaném souboru osob budou ženy v dotazníkové oblasti Fyzické zdraví dosahovat průměrně vyššího skóre než muži.

4 METODOLOGIE

4.1 Popis místa výzkumného šetření

Za účelem realizace bakalářské práce byli vybráni jako zkoumaný soubor muži i ženy ve věkovém rozsahu 20-60 let v sedavých zaměstnáních, ve firmách či na úřadech ve městech Prachatice a České Budějovice, v Jihočeském kraji.

Průzkum byl proveden formou dotazníkového šetření, za využití zkrácené formy dotazníku WHOQOL-BREF, který byl všem respondentům poskytnut v tištěné podobě. Celkem se na sběru dat podílelo 9 pracovišť, přičemž množství respondentů na jednotlivých pracovištích nebylo rovnoměrné. Přehled všech respondentů je blíže znázorněn v tabulce č.1. Jednalo se o tyto úřady či firmy:

1. Katastrální úřad pro Jihočeský kraj – Katastrální pracoviště Prachatice
2. Finanční úřad pro Jihočeský kraj – Územní pracoviště v Českých Budějovicích
3. Krajský Soud v Českých Budějovicích
4. Vězeňská Služba České republiky – České Budějovice
5. Jihočeské muzeum v Českých Budějovicích
6. Česká pošta – pobočka v ulici Senovážné náměstí v Českých Budějovicích
7. Katastrální úřad pro Jihočeský kraj – Katastrální pracoviště České Budějovice
8. Magistrát města České Budějovice – matriční úřad
9. ESSOX s.r.o. – ulice Františka Antonína Gerstnera v Českých Budějovicích

Tabulka č.1: Přehled respondentů na jednotlivých pracovištích [n=100]

PRACOVISŤE	Počet respondentů	Z toho žen	Z toho mužů
Katastrální úřad Prachatice	20	15	5
Finanční úřad České Budějovice	10	7	3
Krajský Soud České Budějovice	10	10	0
Vězeňská Služba ČR České Budějovice	9	2	7
Jihočeské muzeum České Budějovice	6	6	0
Česká pošta – Senovážné náměstí České Budějovice	18	14	4
Katastrální úřad České Budějovice	7	7	0
Magistrát města České Budějovice – matriční úřad	10	9	1
ESSOX s.r.o. České Budějovice	10	9	1
Celkem	100	79	21

4.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor čítá náhodně vybrané zaměstnance firem či úřadů ve městech Prachatice a České Budějovice, kteří odpovídali na zkrácenou verzi dotazníku WHOQOL-BREF od Světové zdravotnické organizace, jež koreluje s verzí WHOQOL-100, zkoumající jedincův subjektivní pohled na kvalitu života.

Všichni respondenti ze zkoumaného souboru pracují v tzv. „sedavých zaměstnáních“⁴³. Ve zkoumaném souboru zastoupeny ženy i muži. Průměrný věk žen odpovídajících na dotazník byl 44,2 let (rozsah 20–60let). Průměrný věk mužů odpovídajících na dotazník byl 44,3 let (rozsah 20–60 let). Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků a zpět k analýze dat bylo vráceno 100 dotazníků, návratnost tedy činila 83,3 %.

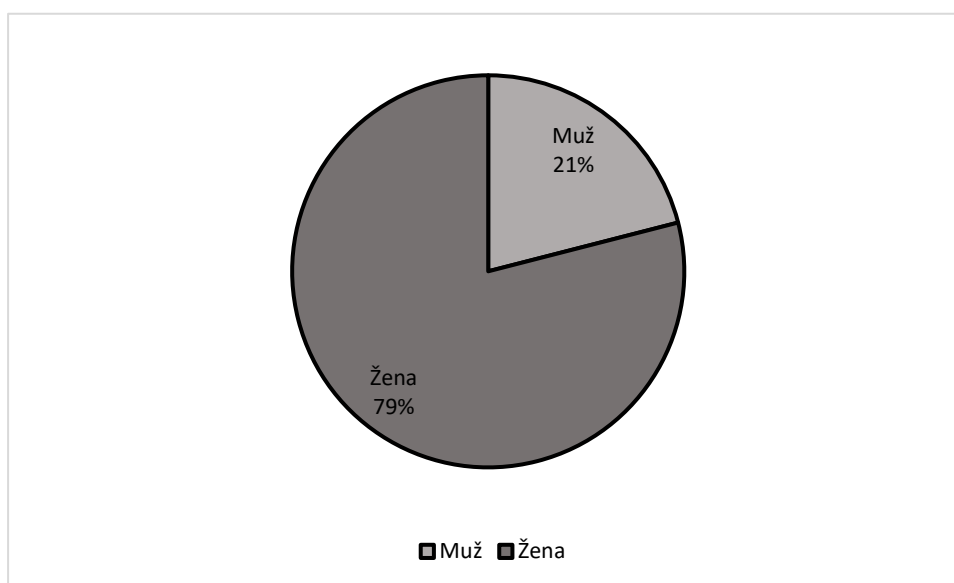
Tabulka č.2 popisuje rozvrstvení respondentů do jednotlivých věkových skupin. Celkem na dotazník odpovídalo 100 osob. Ze 100 respondentů bylo 9 % osob bylo ve věku 20-29 let, 22 % ve věku 30-39 let, 33 % ve věku 40-49 let a 36 % ve věkové skupině 50-60 let.

Tabulka č.2: Počet respondentů v jednotlivých věkových skupinách [n=100]

Věková skupina	Počet respondentů
20-29 let	9
30-39 let	22
40-49 let	33
50-60 let	36
Celkem	100

Z grafu č.1, znázorňující pohlaví respondentů, je patrné, že zkoumaný soubor 100 osob čítal celkem 79 ženských a 21 mužských respondentů.

Graf č.1: Pohlaví respondentů [n=100]



⁴³ Ve zkoumaném souboru se jednalo převážně o kancelářská zaměstnání.

4.3 Organizace výzkumného šetření

Po vybrání formy (zkrácená verze standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF) byly vytisknuty všechny potřebné dokumenty a postupně byla navštívena všechna pracoviště, která byla zmíněna v kapitole 4.1 „Popis místa výzkumného šetření“.

Sběr dotazníků k provedení analýzy a následnému vyhodnocení výsledků započal na Katastrálním úřadě v Prachaticích. Poté bylo osloveno několik pracovišť v Českých Budějovicích. Všechna pracoviště se nacházejí přímo v centru města, anebo v jeho blízkosti. Jelikož byla zvolena tištěná verze dotazníků, a nikoliv online sběr dat, tak byla přímá administrace dotazníkového šetření na všech pracovištích přenechána osobám nejčastěji na vedoucí pozici. Pověřené osoby byly informovány, že dotazník je anonymní a jedná se o zkrácenou verzi dotazníku zkoumající jedincův subjektivní náhled na jeho kvalitu života. Na každém pracovišti bylo osobě, se kterou byly tyto instrukce prokonzultovány, zanecháno kontaktní telefonní číslo pro případ dotazů či možnosti kontaktu ve chvíli, kdy došlo k vyplnění všech dotazníků a jejich možnému osobnímu vyzvednutí.

Výběr úřadů a firem, které byly osloveny a zúčastnily se tak dotazníkového šetření, probíhal zcela náhodně. Výběru předcházela pouze předpoklad, že se jednalo o pracoviště, kde je vykonávána pracovní činnost v rámci takzvaných „sedavých zaměstnání“.

4.4 Použité metody

1. Obsahová analýza pramenů (Lidmila, 2019)

Při zpracování podkladů k teoretické části bakalářské práce byla aplikována obsahová analýza běžně dostupných a odborných zdrojů, jejichž obsah spojovala klíčová slova příbuzná k tématu – kvalita života, sedavé zaměstnání a zdraví. V praktické části bylo využito z poznatků odborné literatury přímo popisující dotazník kvality života WHOQOL-BREF. Pro odbornou literaturu je typická její tematičnost, jež je samotným základem pro konstrukci obsahu díla. Dále se odborné zdroje vyznačují svým zaměřením k určité skupině čtenářů, svou strukturalizací, specifičností v jazykové i stylové rovině, a především svou nestranností, jasností a úsporností (Lidmila, 2019). Dle mého názoru je spektrum záběru využitých zdrojů dostačující pro komplexní popis zkoumané problematiky, jelikož práce vychází jak z recenzovaných periodik a akademické literatury, tak i ze zdrojů dostupných běžné populaci (weby zaměřené na zdraví). Získané poznatky pocházejí z pramenů, které byly v tištěné i elektronické formě, a to jak od českých, tak i zahraničních autorů.

2. Dotazník kvality života WHOQOL-BREF (WHO, 1995)

V praktické části byl metodou výzkumu standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF (WHO,1995). Tato zkrácená verze vznikla jako reakce na zjištění, že původní dotazník WHOQOL-100 byl nevhodný pro lékařskou praxi. Vzorový dotazník je předložen v kapitole Přílohy – Příloha A: Dotazník kvality života WHOQOL-BREF.

Při manipulaci s dotazníkem a vyhodnocování výsledků bylo využito poznatků z knihy „Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace“ (Dragomirecká, E., & Bartoňová, J., 2006). Dotazník sestává z 26 položek⁴⁴ – 24 otázek, které jsou dále rozděleny do 4 oblastí (Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy, Prostředí), a 2 samostatné otázky (viz tabulka č.3, str. 35), které se zkoumaného jedince dotazují na jeho subjektivní pohled a zhodnocení jeho života a zdraví, jejichž znění je následující:

- Otázka č.1 „Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?“
- Otázka č.2 „Jak spokojený/á jste se svým zdravím?“

Tabulka č.3: Samostatné otázky dotazníku WHOQOL-BREF [n=100]

Název oblasti	Číslo otázky	Položka
Samostatné otázky	1	kvalita života
	2	spokojenost se zdravím

První oblast „Fyzické zdraví“ je složena ze 7 položek (viz tabulka č.4, str.35), jejichž úkolem je zjistit:

1. Do jaké míry má respondent pocit, že je omezován fyzickou bolestí⁴⁵. (otázka č.3)
2. Zda vůbec, a případně do jaké míry je respondent závislý na jakémkoliv druhu léčby, aby byl schopný fungovat v každodenním životě. (otázka č.4)
3. Do jaké míry má respondent dost energie pro každodenní život. (otázka č.10)
4. Zda vůbec, a případně do jaké míry má respondent potíže se svým pohybem mimo domov. (otázka č.15)

⁴⁴ Na všechny otázky dotazníku by měl respondent odpovídat podle toho, jaké pociťoval prožitky za poslední měsíc svého života.

⁴⁵ Je důležité vzít v potaz, že respondenti nemusí hodnotit pouze samotnou bezprostřední bolest jako např. nepříjemná bolest hlavy, ztuhnutí kloubů, ale i možnou nárazovost bolesti (např. migréna). Je třeba evaluovat odlišné reakce na bolest, tj. odlišnou mírou tolerance a snášení bolesti. (Dragomirecká, E., & Bartoňová, J., 2006).

5. Do jaké míry je respondent spokojen se svým spánkem⁴⁶. (otázka č.16)
6. Do jaké míry je respondent schopen vykonávat aktivity každodenního života. (otázka č. 17)
7. Do jaké míry je respondent schopen zastávat pracovní úkony. (otázka č. 18)

Tabulka č.4: Přehled položek dotazníku WHOQOL-BREF v oblasti Fyzické zdraví [n=100]

Název oblasti	Číslo otázky	Položka
1. Fyzické zdraví	3	bolest a nepříjemné pocity
	4	závislost na lékařské péči
	10	energie a únava
	15	pohyblivost
	16	spánek
	17	každodenní činnosti
	18	pracovní výkonnost

Druhá oblast „Prožívání“ je složena ze 6 položek (viz tabulka č.5), které zkoumají:

1. Do jaké míry respondent bavi život. (otázka č.5)
2. Do jaké míry je respondent přesvědčen, že má jeho život smysl. (otázka č.6)
3. Do jaké míry je respondent schopen se soustředit. (otázka č.7)
4. Do jaké míry je respondent schopen přijmout své fyzické vzezření. (otázka č.11)
5. Do jaké míry je respondent spokojen⁴⁷ sám se sebou. (otázka č.19)
6. Jak často negativní pocity, kterými rozumíme špatnou náladu, pocity úzkosti, deprese a zoufalství. (otázka č.26)

Tabulka č.5: Přehled položek dotazníku WHOQOL-BREF v oblasti Prožívání [n=100]

Název oblasti	Číslo otázky	Položka
2. Prožívání	5	potěšení ze života
	6	smysl života
	7	soustředění
	11	přijetí tělesného vzhledu
	19	spokojenost se sebou
	26	negativní pocity

Třetí oblast „Sociální vztahy“ je složena ze 3 položek (viz tabulka č.6, str. 36), které se dotazují na to:

1. Jak je respondent spokojen s kvalitou svých osobních vztahů (otázka č.20).

⁴⁶ U této položky bychom mohli s nespokojenými jednotlivci (počítejme za nespokojené respondenty, kteří u této otázky vybrali hodnotu odpovědi (1) či (2) – na škále od 1 (nejhorší) do 5 (nejlepší) – vést rozhovor a zeptat se jich na problematiku jejich spánku. Zda například málo spí, či mají nekvalitní spánek nebo se například uprostřed noci budí atd.

⁴⁷ Někteří lidé se budou hodnotit na základě toho, jak jsou schopni interagovat s ostatními členy společnosti, jak jsou emočně flexibilní. Na tuto otázku obecně budou mít velký vliv i otázky z jiných oblastí, na jejichž základě si jedinec utváří „obrázek o sobě“ (tzv. self-image).

2. Jak je respondent spokojen se svým sexuálním životem⁴⁸. (otázka č.21)
3. Jak je respondent spokojen mírou podpory, jež se mu dostává od jeho přátel (otázka č. 22)

Tabulka č.6: Přehled položek dotazníku WHOQOL-BREF v oblasti Sociální vztahy [n=100]

Název oblasti	Číslo otázky	Položka
3. Sociální vztahy	20	osobní vztahy
	21	sexuální život
	22	podpora přátel

Poslední, čtvrtá oblast „Prostředí“ sestává z 8 položek (viz tabulka č.7), které se respondenta táží:

1. Do jaké míry se respondent cítí bezpečně v každodenním životě. (otázka č.8)
2. Do jaké míry je prostředí, ve kterém respondent žije, bezpečné. (otázka č. 9)
3. Do jaké míry má respondent dostatek finančních prostředků na to, aby dokázal uspokojit své potřeby. (otázka č.12)
4. Do jaké míry má respondent přístup k informacím, které potřebuje ke svým každodenním aktivitám. (otázka č.13)
5. Do jaké míry má respondent možnost rozvíjet své zájmy. (otázka č. 14)
6. Do jaké míry je respondent spokojen se svým bydlením⁴⁹. (otázka č. 23)
7. Do jaké míry je respondent spokojen s dostupností zdravotní péče⁵⁰. (otázka č. 24)
8. Do jaké míry je spokojen s tím, jak se mu daří dopravit se tam, kam potřebuje. (otázka č.25)

Tabulka č.7: Přehled položek dotazníku WHOQOL-BREF v oblasti Prostředí [n=100]

Název oblasti	Číslo otázky	Položka
4. Prostředí	8	osobní bezpečí
	9	životní prostředí
	12	finanční situace
	13	přístup k informacím
	14	záliby
	23	prostředí v okolí bydliště
	24	dostupnost zdravotní péče
	25	doprava

⁴⁸ Uzel (2006) podotýká, že lidé do svého sexuálního života kromě tělesné sexuality zahrnují na rozdíl od ostatních živočichů také city. Důležitou roli pro spokojenost se sexuálním životem hraje předpoklad vzájemné přitažlivosti obou partnerů

⁴⁹ Pro lepší představu do této otázky lze zahrnout několik faktorů, které pravděpodobně bude jedinec hodnotit – například lokalitu bydliště, zda bydlí v rodinném domě či v panelovém domě, celkovou rozlohu obytných prostor, vybavenost jednotlivých pokojů, dostupnost k obchodním domům atd.

⁵⁰ Bengoa, Kawar, Key, Leatherman, Saturno se pod záštitou WHO (2006) domnívají, že ve spojení s kvalitou služeb panují obavy, a to i v oblastech, kde jsou systémy zdravotní péče dobře vyvinuty a materiálně zajištěny, zejména tehdy, když nedojde k dosažení očekávaných výsledků – *vlastní překlad*.

3. Metoda testování hypotéz: t-test (Gosset, 1908)

Za pomoci využití t-testu (tzv. „Student“ test) proběhlo srovnání, zda je rozdíl mezi střední hodnotou transformovaného skóre zkoumaného souboru 100 osob a populačním vzorkem. Tímto postupem zjistíme, zda můžeme zkoumaný soubor porovnat s populačním vzorkem. Byly také provedeny důležité komparační t-testy uvnitř zkoumaného souboru. Účelem těchto testů bylo ověření platnosti několika tvrzení (hypotéz), abychom mohli spolehlivě na základě pouhého porovnání střední hodnoty výsledků u žen a střední hodnoty výsledků u mužů v oblasti Fyzické zdraví potvrdit či zamítnout výzkumný předpoklad č.2 – „Ve zkoumaném souboru osob budou ženy v dotazníkové oblasti Fyzické zdraví dosahovat průměrně vyššího skóre než muži.“

5 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE

Výsledná data dotazníkového šetření byla pro snazší orientaci interpretována za využití grafů a tabulek, jež jsou přímou součástí textu a dále se na ně odkazuje kapitola „Seznam grafů a tabulek“. Proběhlo vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF, který sestává ze 26 otázek – 24 otázek, které jsou dále členěny do 4 samostatných oblastí (Fyzické zdraví; Prožívání; Sociální vztahy; Prostředí) a 2 samostatných otázek (kvalita života; spokojenost se zdravím).

Nejprve byly pro každou oblast dotazníku provedeny výpočty středních hodnot⁵¹ odpovědí u každé jednotlivé položky dotazníku. Tato data byla porovnána uvnitř oblastí, do kterých položky spadaly, načež byly vytvořeny grafy a tabulky znázorňující porovnání středních hodnot všech položek dané oblasti. Po porovnání jednotlivých položek uvnitř všech oblastí došlo k přímému porovnání středních hodnot transformovaných skóre u všech oblastí dotazníku. Abychom byli schopni určit střední hodnotu transformovaného skóre jednotlivé oblasti je nezbytné provést výpočet hrubého skóre⁵² pro jednotlivé oblasti u každého ze 100 dotazníků. Hrubé skóre pro určitou oblast spočteme součtem hodnot (1=nejhorší; 5=nejlepší) všech položek v oblasti. Následně tyto skóre byly převedeny za pomoci Transformační tabulky (Příloha B) na hodnoty odpovídající škále od 0 do 100. Z těchto dat byly vytvořeny střední hodnoty pro každou oblast dotazníku a následně tyto hodnoty byly porovnány pro potřeby prvního výzkumného předpokladu č.1 – „Zkoumaný soubor osob bude v dotazníkové oblasti Fyzické zdraví vykazovat nejnižší skóre ze všech sledovaných oblastí v dotazníku WHOQOL-BREF.“

⁵¹ Střední hodnota neboli aritmetický průměr je podíl součtu všech hodnot a počtu hodnot.

⁵² Škála hodnocení položek u všech otázek byla: „1=nejhorší→5=nejlepší“. Možné minimální a maximální hodnoty hrubých skóre u jednotlivých oblastí: Fyzické zdraví 7-35; Prožívání 6-30; Sociální vztahy 3-15; Prostředí 8-40.

5.1 Výsledky k výzkumnému předpokladu č.1

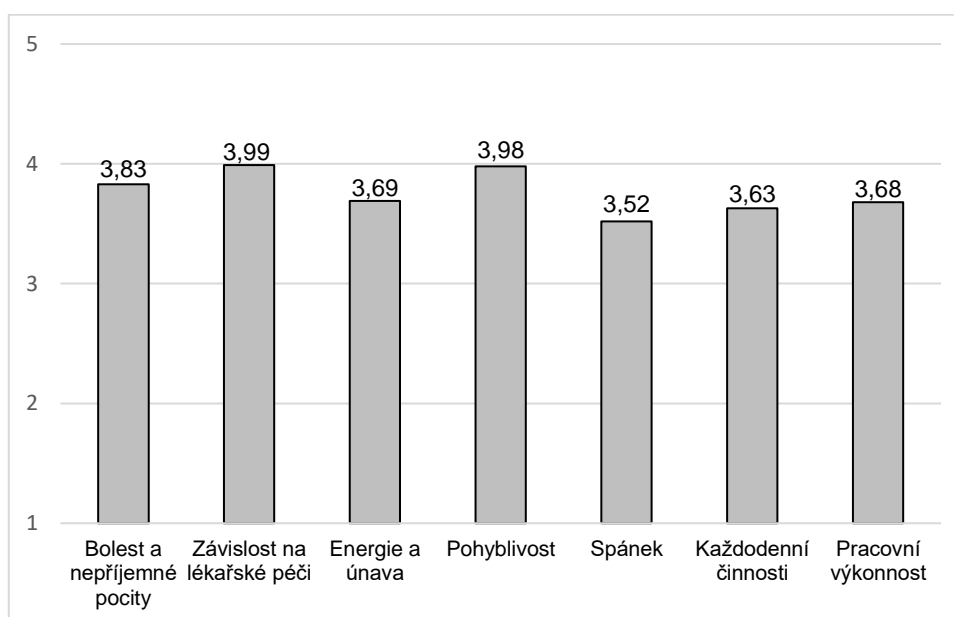
V práci byl stanoven výzkumný předpoklad č.1 ve znění: „Zkoumaný soubor osob bude v dotazníkové oblasti Fyzické zdraví vykazovat nejnižší skóre ze všech sledovaných oblastí v dotazníku WHOQOL-BREF.“

OBLAST FYZICKÉ ZDRAVÍ

Tabulka č.8: Střední hodnota položek v oblasti Fyzické zdraví [n=100]

OBLAST FYZICKÉ ZDRAVÍ			
Položka	Stupnice	Střední hodnota	Hodnota z maxima [%]
Bolest a nepříjemné pocity	1–5	3,83	76,6
Závislost na lékařské péči	1–5	3,99	79,8
Energie a únava	1–5	3,69	73,8
Pohyblivost	1–5	3,98	79,6
Spánek	1–5	3,52	70,4
Každodenní činnosti	1–5	3,63	72,6
Pracovní výkonnost	1–5	3,68	73,6

Graf č.2: Střední hodnota položek v oblasti Fyzické zdraví [n=100]



Graf č.2 zobrazuje naměřené střední hodnoty u jednotlivých položek uvnitř oblasti Fyzické zdraví.

Tabulka č.8 pro lepší ilustraci znázorňuje tento výstup v procentuální hodnotě vůči maximální hodnotě, tj. 5 bodů. Z tabulky i grafu je patrné, že nejvyšší střední hodnotou 3,99 respondenti nejkladněji hodnotili svoji potřebu lékařské péče (otázka č.4), tj. průměrně se osoby ve zkoumaném souboru 100 osob necítí být příliš závislé na péči lékařů (79,8 % max. hodnoty). V těsném závěsu respondenti kladně hodnotili taktéž položku pohyblivosti (otázka č.15). Z toho plyne, že zkoumaný soubor je převážně spokojeni

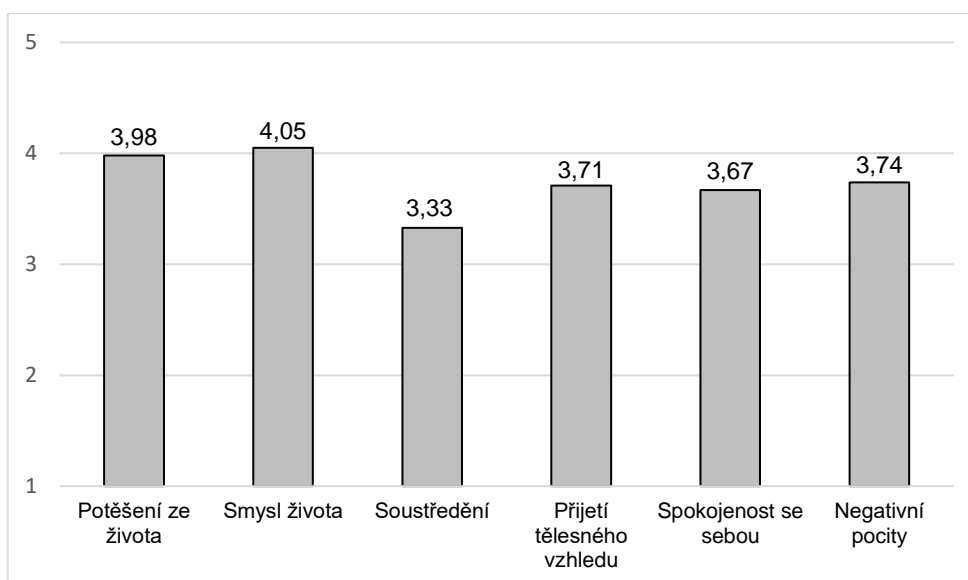
s tím, jak se dokáží pohybovat – o tom vypovídá i střední hodnota 3,98 (tj. 79,6 % max. hodnoty). Naopak nejmenší spokojenost, s naměřenou střední hodnotou 3,52 (70,4 % z maxima), je prokazatelná u položky spánku. Můžeme tak usuzovat, že u respondentů se objevují, byť jen v malé míře poruchy spánku.

OBLAST PROŽÍVÁNÍ

Tabulka č.9: Střední hodnota položek v oblasti Prožívání [n=100]

OBLAST PROŽÍVÁNÍ			
Položka	Stupnice	Střední hodnota	Hodnota z maxima [%]
Potěšení ze života	1–5	3,98	79,6
Smysl života	1–5	4,05	81
Soustředění	1–5	3,33	66,6
Přijetí tělesného vzhledu	1–5	3,71	74,2
Spokojenost se sebou	1–5	3,67	73,4
Negativní pocity	1–5	3,74	74,8

Graf č.3: Střední hodnota položek v oblasti Prožívání [n=100]



Graf č.3 prezentuje naměřené střední hodnoty u jednotlivých položek uvnitř oblasti Prožívání.

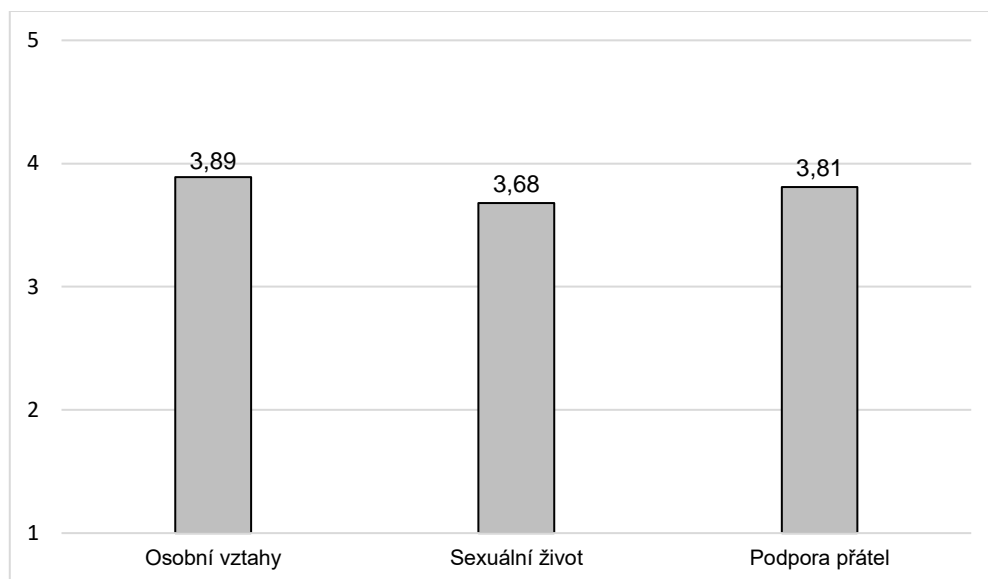
Tabulka č.9 pro lepší ilustraci znázorňuje tento výstup v procentuální hodnotě vůči maximu. Z tabulky i grafu je patrný značný nepoměr položky soustředění (otázka č.7) při střední hodnotě 3,33 (66,6 % z maxima) oproti ostatním položkám v oblasti Prožívání. Nejvyšší naměřené střední hodnoty odpovědí dosahují položky smysl života (střední hodnota 4,05, tj. 81 % z maxima) a potěšení ze života (střední hodnota 3,98, tj. 79,6 % z maxima). Na základě těchto dvou položek lze předpokládat, že průměrný respondent ve zkoumaném souboru si bude svůj život užívat a bude svoji existenci vnímat jako důležitou.

OBLAST SOCIÁLNÍ VZTAHY

Tabulka č.10: Střední hodnota položek v oblasti Sociální vztahy [n=100]

OBLAST SOCIÁLNÍ VZTAHY			
Položka	Stupnice	Střední hodnota	Hodnota z maxima [%]
Osobní vztahy	1–5	3,89	77,8
Sexuální život	1–5	3,68	73,6
Podpora přátel	1–5	3,81	76,2

Graf č.4: Střední hodnota položek v oblasti Sociální vztahy [n=100]



Graf č.4 zobrazuje naměřené střední hodnoty u jednotlivých položek uvnitř oblasti Sociální vztahy.

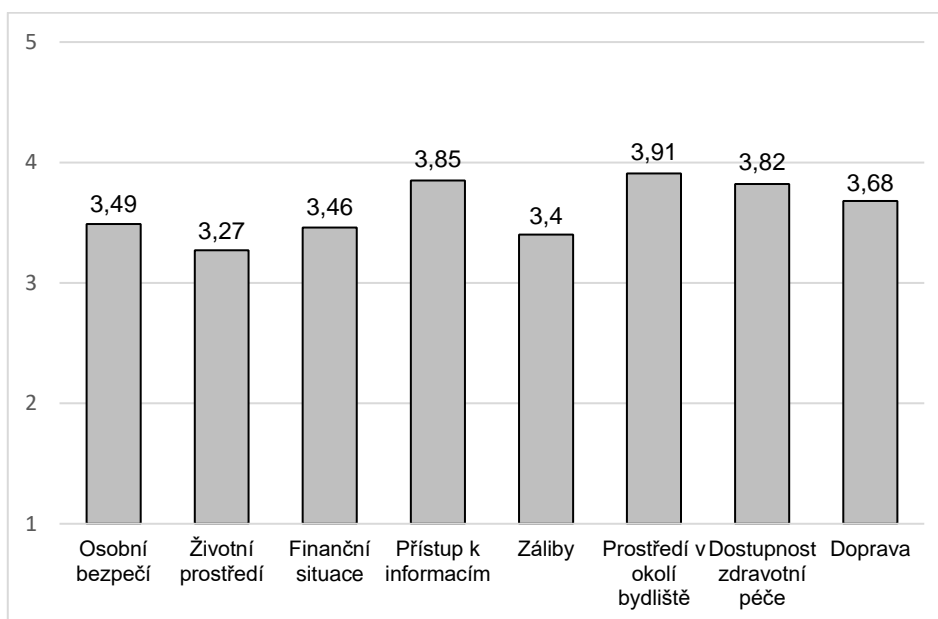
Tabulka č.10 pro lepší ilustraci ukazuje tuto hodnotu v procentuální hodnotě vůči maximální hodnotě, tj 5 bodů. Z tabulky i grafu je možno říci, že se jedná o nejvyrovnanější ze všech co do středních hodnot odpovědí, avšak je nutno si uvědomit, že v této oblasti se vyskytují pouze 3 položky. Největší střední hodnoty 3,89 (77,8 % z maxima) dosahuje položka osobní vztahy (otázka č.20). Dragomirecká & Bartoňová (2006) tvrdí, že u položky sexuální život (otázka č.21) s přibývajícím věkem respondentů klesá vypovídající hodnota. Naopak u položky podpora přátel (otázka č.22) vypovídající hodnota klesá, pokud se jedná o mladší respondenty.

OBLAST PROSTŘEDÍ

Tabulka č.11: Střední hodnota položek v oblasti Prostředí [n=100]

OBLAST PROSTŘEDÍ			
Položka	Stupnice	Střední hodnota	Hodnota z maxima [%]
Osobní bezpečí	1–5	3,49	69,8
Životní prostředí	1–5	3,27	65,4
Finanční situace	1–5	3,46	69,2
Přístup k informacím	1–5	3,85	77
Záliby	1–5	3,4	68
Prostředí v okolí bydliště	1–5	3,91	78,2
Dostupnost zdravotní péče	1–5	3,82	76,4
Doprava	1–5	3,68	73,6

Graf č.5: Střední hodnota položek v oblasti Prostředí [n=100]



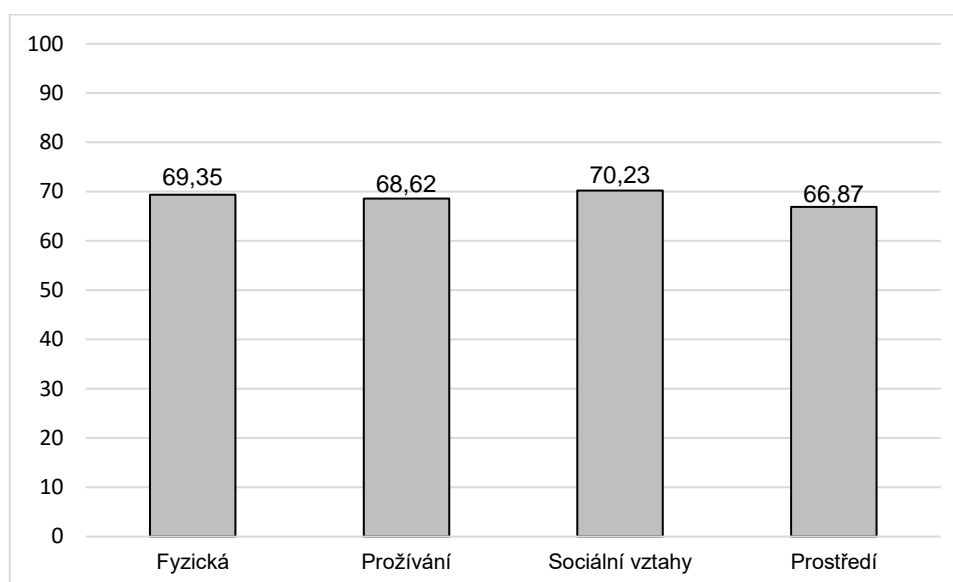
Graf č.5 vynáší naměřené střední hodnoty u jednotlivých položek uvnitř oblasti Sociální vztahy.

Tabulka č.11 pro lepší ilustraci vynáší tuto cifru v procentuální hodnotě vůči maximu 5 bodů. Z grafu je patrné, že nejvyšších hodnot dosahují položky přístup k informacím (otázka č.13) a prostředí v okolí bydliště (otázka č.23). Položka prostředí v okolí bydliště dosahuje nejvyšší hodnoty 3,91, což odpovídá 78,2 % z maxima. Položka přístup k informacím je v těsném závěsu s hodnotou 3,95, což odpovídá 77 % z maxima. Naopak snížené střední hodnoty spatřujeme u položek životní prostředí (3,27, tj. 65,4 % z maxima), záliby (3,4, tj. 68 % z maxima), finanční situace (3,46, tj. 69,2 % z maxima) a osobní bezpečí (3,49, tj. 69,8 % z maxima). Střední hodnota položky životní prostředí je vůbec nejmenší z celého dotazníku, tudíž ho respondenti považují za neuspokojivé vůči ostatním položkám v dotazníku. Osobní bezpečí taktéž respondenti hodnotili poněkud

nepřesvědčivě oproti jiným položkám v dotazníku. Přitom pocit osobního bezpečí je jednou ze základních hodnot v Maslowově pyramidě potřeb (příloha C).

Porovnání všech oblastí dotazníku a vyhodnocení výzkumného předpokladu č.1

Graf č.6: Střední hodnota transformovaných skóre u oblastí dotazníku WHOQOL-BREF [n=100]



Data v grafu č.6 představují střední hodnoty transformovaných skóre jednotlivých oblastí dotazníku WHOQOL-BREF. Pro oblast Fyzické zdraví byla naměřena střední hodnota transformovaného skóre 69,35 se směrodatnou odchylkou⁵³ $\sigma = 17.3$. Pro oblast Prožívání střední hodnota transformovaného skóre byla zjištěna 68,62 ($\sigma = 14.9$). V oblasti Sociální vztahy střední hodnota transformovaného skóre činila 70,23 ($\sigma = 18.5$). V oblasti Prostředí byla stanovena střední hodnota transformovaných skóre na 66,87 ($\sigma = 15.3$).

Pro ilustraci provedeme porovnání s naměřenými vzorky, jež byly stanoveny za účelem porovnání libovolného zkoumaného vzorku s průměrnou populací, ve studii *Interpreting the WHOQOL-BREF: Preliminary population norms and effect sizes. Social Indicators Research* (Hawthorne, Herrman & Murphy, 2006). V tomto dokumentu jsou uvedeny normy stanoveny pomocí vzorku, který vzešel ze dvou zkombinovaných studií a za jehož pomoci byly prozkoumány položky dotazníku WHOQOL-BREF. Hodnoty, jež byly naměřeny a stanoveny jsou následující: Fyzické zdraví = 73,5 ($\sigma = 18.1$); Prožívání = 70,6 ($\sigma = 14$); Sociální vztahy = 71,5 ($\sigma = 18.2$); Prostředí = 75.1 ($\sigma = 13$). Hawthorne, Herrman & Murphy se odkazují také na článek *On the trail of the gold standard for*

⁵³ Směrodatná odchylka je ukazatelem, dle kterého jsme schopni určit, nakolik se od sebe navzájem typicky liší jednotlivé případy v souboru zkoumaných hodnot. Značena σ

subjective well-being (Cummins, 1995) z periodika *Social Indicators Research*. V tomto článku se Cummins referuje o výsledcích 16 nezávislých studií. Výsledky těchto studií posloužily Cumminsovi jako podklad pro tvrzení, že tzv. „životní spokojenost⁵⁴“ může být vyjádřena jako $75 \pm 2,5$ % max. skóre na hodnotnostní škále – tj. u dotazníku WHOQOL-BREF po převedení hrubého na transformované skóre tato max. hodnota bude 100. Po dorovnání všech skórů na jejich potenciální hodnoty po přičtení 2,5 bodu se dostaneme na následující maximální potenciální hodnoty: Fyzické zdraví: $69,35+2,5=71,85$; Prožívání: $68,62+2,5=71,12$; Sociální vztahy: $70,23+2,5=72,73$; Prostředí: $66,87+2,5=69,37$. Nejvíce se tedy zkoumaný soubor blíží ke Cumminsově definici životní spokojenosti v oblasti Sociální vztahy.

Výzkumný předpoklad č.1 zněl: „Zkoumaný soubor osob bude v dotazníkové oblasti Fyzické zdraví vykazovat nejnižší skóre ze všech sledovaných oblastí v dotazníku WHOQOL-BREF. Po provedených výpočtech hrubého skóre, následného převedení hrubého skóre na skóre transformované za použití transformační tabulky (příloha B) a následné porovnání výkazu středních hodnot transformovaných skórů jednotlivých oblastí v grafu č.6 můžeme říci, že zkoumaný soubor byl nejvíce spokojen v oblasti Sociální vztahy s hodnotou 70,23, zatímco Fyzické zdraví se umístilo druhé s hodnotou 69,35, oblast Prožívání na 3. místě s hodnotou 68,62 a nejméně spokojeni byli respondenti ve zkoumaném souboru s oblastí Prostředí, která čítala hodnotu 66,87. Nepotvrdilo se tedy tvrzení, že zkoumaný soubor bude vykazovat nejnižší skóre ze všech sledovaných oblastí v dotazníku WHOQOL-BREF, můžeme tedy výzkumný předpoklad č.1 zamítnout.

Vyhodnocení: Výzkumný předpoklad č.1 byl zamítnut.

⁵⁴ Anglický překlad: well-being

5.2 Výsledky k výzkumnému předpokladu č.2

V práci byl stanoven výzkumný předpoklad č.2 ve znění: „Ve zkoumaném souboru osob budou ženy v dotazníkové oblasti Fyzické zdraví dosahovat průměrně vyššího skóre než muži.“

Po zamítnutí prvního výzkumného předpokladu proběhly výpočty, jež byly využity k zamítnutí či potvrzení či druhého výzkumného předpokladu. K výpočtům byl aplikován tzv. t-test, jež je testem statistické hypotézy, který na základě dat obdržených od náhodně vybraných jedinců a objektivně určí, zda máme předpoklad zamítnout či nezamítnout (v případě našich potřeb nezamítnutí znamená potvrzení předpokladu).

Jak již bylo řečeno, tak se jedná o test statistické hypotézy, což je předpoklad pravděpodobnosti jedné či více náhodných veličin. K jejímu ověření se využívá t-testu, tj. pravidlo které objektivně rozhoduje, zda zkoumanou hypotézy zamítnout či nezamítnout (v našem případě potvrdit). Při používání t-testu se pracuje s nulovou hypotézou H_0 a alternativní hypotézou H_A . Obecně se konstruuje testovací statistika, při které můžeme tvrdit, že pokud statistika je součástí tzv. oboru přijetí, poté se H_0 nezamítá (v našem případě se potvrzuje) a v opačném případě, padne-li do kritického oboru, je H_0 zamítnuta. Kritický obor může být buďto jednostranný nebo oboustranný. Pravděpodobnosti padnutí testovací statistiky do kritického oboru se říká hladina významnosti (značeno α). Nejčastěji se v praxi používá hodnoty 0,05, která označuje, že s 5 % pravděpodobností testovací statistika padne do oboru nepřijetí, a tudíž bude hypotéza zamítnuta. Při opačném pohledu tedy $\alpha = 0,05$ značí 95% nezamítnutí nulového předpokladu H_0 .

První výpočet byl zaměřen na zjištění, zda je statisticky významný rozdíl středních hodnot transformovaného skóre v oblasti Fyzické zdraví mezi zkoumaným souborem 100 osob, vybraným pro toto dotazníkové šetření a vzorkem populace, u něhož Hawthorne, Herrman, Murphy (2006) určují dříve zmiňované střední hodnoty transformovaného skóre pro všechny oblasti dotazníku. U zkoumaného souboru 100 osob pracujících v sedavých zaměstnáních byla v oblasti Fyzického zdraví zjištěna střední hodnota transformovaného skóre 69,35 ($\sigma = 17.3$), zatímco u vzorku náhodně vybraných jedinců ze 2 výzkumů, zkoumaného v roce 2006 trojicí Hawthorne, Herrman, Murphy, byla ve stejné oblasti naměřena střední hodnota transformovaného skóre 73,5 ($\sigma = 18.1$). Pro ověření, zda je tento rozdíl statisticky (in)signifikantní je nutné provést t-test, pro který budeme předpokládat, že tento rozdíl není statisticky významný, tedy:

POROVNÁNÍ STŘEDNÍCH HODNOT FYZICKÉHO ZDRAVÍ ZKOUMANÉHO SOUBORU OPROTI POPULAČNÍMU VZORKU

zkoumaný soubor $\mu = 69,35$

normovaný soubor $\mu_0 = 73,5$

počet osob ve zkoumaném souboru $n = 100$

výběrová směrodatná odchylka zkoumaného souboru $s = 17,43$

míra pravděpodobnosti (hladina významnosti) $\alpha = 0,05$

stupně volnosti $sv (n-1) = 99$

H₀: $\mu = \mu_0$ (zapsání pro „není statisticky signifikantní rozdíl“)

H_A: $\mu \neq \mu_0$

$$t_{\text{stat}} = \frac{\mu - \mu_0}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

$$t_{\text{stat}} = \frac{69,35 - 73,5}{\frac{17,43}{\sqrt{100}}}$$

$$t_{\text{stat}} = \frac{-4,15}{\frac{17,43}{10}} = -2,381$$

Hodnotu t_{stat} bereme v potaz jako absolutní hodnotu (tj. i 2,381). Z t-tabulky vyhledáme hodnotu pro $\alpha = 0,05$ a sv (v našem případě 99) a díky tomu zjistíme t_{crit} , která nám určí kritické meze -1,984 a 1,984.

$$t_{\text{crit}} = 1,984$$

$t_{\text{stat}} > t_{\text{crit}} \rightarrow$ obor nepřijetí

Hodnota t_{stat} spadá do oboru nepřijetí. Na základě tohoto tvrzení lze zamítnout nulový předpoklad **H₀: $\mu = \mu_0$** a dáme tak za pravdu druhému předpokladu **H_A: $\mu \neq \mu_0$** . Tato hypotéza tvrdí, že mezi zkoumaným souborem 100 osob pracujících v sedavých zaměstnání a souborem reprezentující běžnou populaci je na hladině významnosti pro $\alpha = 0,05$ **statisticky významný rozdíl**.

Vyhodnocení: Výsledky středních hodnot transformovaného skóre v oblasti Fyzické zdraví se při porovnání zkoumaného souboru 100 osob pracujících v sedavých zaměstnáních a vzorku reprezentujícího běžnou populaci statisticky signifikantně liší.

POROVNÁNÍ STŘEDNÍCH HODNOT FYZICKÉHO ZDRAVÍ ŽEN OPROTI POPULAČNÍMU VZORKU

zkoumaný soubor $\mu = 68,71$

normovaný soubor $\mu_0 = 73,5$

počet osob ve zkoumaném souboru $n = 79$

výběrová směrodatná odchylka zkoumaného souboru $s = 18,33$

míra pravděpodobnosti (hladina významnosti) $\alpha = 0,05$

stupně volnosti $sv (n-1) = 78$

$H_0: \mu = \mu_0$

$H_A: \mu \neq \mu_0$

$$t_{\text{stat}} = \frac{\mu - \mu_0}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

$$t_{\text{stat}} = \frac{68,71 - 73,5}{\frac{18,33}{\sqrt{79}}}$$

$$t_{\text{stat}} = \frac{-4,79}{2,06} = -2,325$$

Hodnotu t_{stat} bereme v potaz jako absolutní hodnotu (tj. $2,325$). Z t-tabulky vyhledáme hodnotu pro $\alpha = 0,05$ a $sv = 78$ a díky tomu zjistíme t_{crit} , podle něhož zjistíme kritické meze -2 a 2 .

$$t_{\text{crit}} = 2$$

$t_{\text{stat}} > t_{\text{crit}} \rightarrow$ obor nepřijetí

Hodnota t_{stat} spadá do oboru nepřijetí. Na základě tohoto tvrzení lze zamítnout nulový předpoklad **$H_0: \mu = \mu_0$** a dáme tak za pravdu druhému předpokladu **$H_A: \mu \neq \mu_0$** . Tato hypotéza tvrdí, že mezi částí zkoumaného souboru (79 žen pracujících v sedavých zaměstnáních) a souborem reprezentující běžnou populaci je na hladině významnosti pro $\alpha = 0,05$ **statisticky významný rozdíl**.

Vyhodnocení: Výsledky středních hodnot transformovaného skóre části zkoumaného souboru (79 žen pracujících v sedavých zaměstnáních) se v oblasti Fyzické zdraví, při porovnání středních hodnot transformovaného skóre populačního vzorku ve stejné oblasti, statisticky významně liší.

POROVNÁNÍ STŘEDNÍCH HODNOT FYZICKÉHO ZDRAVÍ MUŽŮ OPROTI POPULAČNÍMU VZORKU

zkoumaný soubor $\mu = 71,76$

normovaný soubor $\mu_0 = 73,5$

počet osob ve zkoumaném souboru $n = 21$

výběrová směrodatná odchylka zkoumaného souboru $s = 12,68$

míra pravděpodobnosti (hladina významnosti) $\alpha = 0,05$

stupně volnosti $sv (n-1) = 20$

H₀: $\mu = \mu_0$

H_A: $\mu \neq \mu_0$

$$t_{\text{stat}} = \frac{\mu - \mu_0}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

$$t_{\text{stat}} = \frac{71,76 - 73,5}{\frac{12,68}{\sqrt{20}}}$$

$$t_{\text{stat}} = \frac{-1,74}{2,76} = -0,63$$

Hodnotu t_{stat} bereme v potaz jako absolutní hodnotu (tj. i 0,63). Z t-tabulky vyhledáme hodnotu pro $\alpha = 0,05$ a $sv = 20$ a díky tomu zjistíme t_{crit} , která nám určí kritické meze -2,080 a 2,080.

$$t_{\text{crit}} = 2,080$$

$t_{\text{stat}} < t_{\text{crit}} \rightarrow$ obor nezamítnutí

Hodnota t_{stat} spadá do oboru nezamítnutí. Na základě tohoto tvrzení lze přijmout nulovou hypotézu **H₀: $\mu = \mu_0$** . Tato hypotéza předpokládá, že mezi částí zkoumaného souboru (21 mužů pracujících v sedavých zaměstnáních) a souborem reprezentující běžnou populaci je na hladině významnosti pro $\alpha = 0,05$ **statisticky nevýznamný rozdíl**.

Vyhodnocení: Pro výsledky středních hodnot transformovaného skóre v oblasti Fyzické zdraví neexistuje statistický významný rozdíl při porovnání části zkoumaného souboru (21 mužů pracujících v sedavých zaměstnáních) a populačního vzorku.

POROVNÁNÍ STŘEDNÍCH HODNOT FYZICKÉHO ZDRAVÍ UVNITŘ ZKOUMANÉHO VZORKU – ŽENY OPROTI MUŽŮM

zkoumaný soubor žen $\bar{x}_z = 68,71$

zkoumaný soubor mužů $\bar{x}_m = 71,76$

počet žen $n_z = 79$

počet mužů $n_m = 21$

výběrová směrodatná odchylka žen $s_z = 18.45$

výběrová směrodatná odchylka mužů $s_m = 12.99$

míra pravděpodobnosti (hladina významnosti) $\alpha = 0,05$

stupně volnosti $k = n_z + n_m - 2 = 98$

$H_0: x_z = x_m$

$H_A: x_z \neq x_m$

$$t_{\text{stat}} = \frac{\bar{x}_z - \bar{x}_m}{\sqrt{\frac{s_z^2}{n_z} + \frac{s_m^2}{n_m}}}$$

$$t_{\text{stat}} = \frac{68,71 - 71,76}{\sqrt{\frac{18.45^2}{79} + \frac{12.99^2}{21}}}$$

$$t_{\text{stat}} = \frac{-3,05}{\sqrt{\frac{340,4}{79} + \frac{168.74}{21}}}$$

$$t_{\text{stat}} = \frac{-3,05}{\sqrt{12.344}}$$

$$t_{\text{stat}} = \frac{-3,05}{3.513} \rightarrow t = -0,868$$

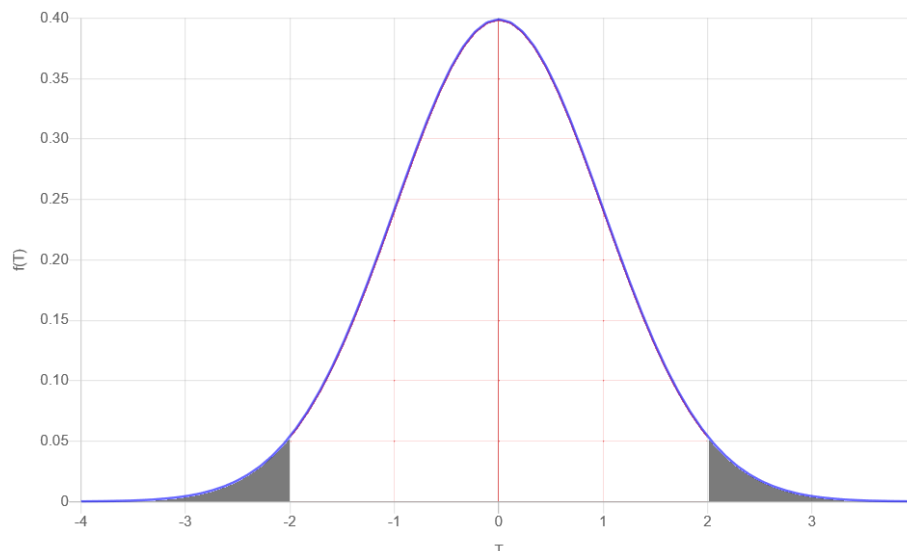
Hodnotu t_{stat} bereme v potaz jako absolutní hodnotu (tj. i 0,868). Z t-tabulky vyhledáme hodnotu pro $\alpha = 0,05$ a $sv = 98$ a díky tomu zjistíme t_{crit} , která nám určí kritické meze -1,99 a 1,99.

$$t_{\text{crit}} = 2,080$$

$t_{\text{stat}} < t_{\text{crit}} \rightarrow$ obor nezamítnutí

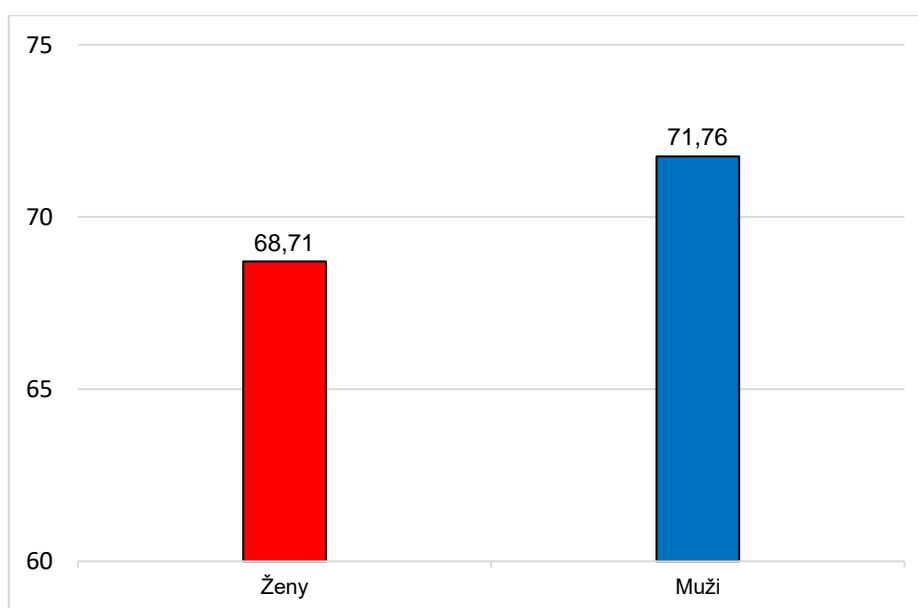
Hodnota t_{stat} spadá do oboru nezamítnutí. Na základě tohoto tvrzení lze přijmout nulovou hypotézu $H_0: \mu = \mu_0$. Tato hypotéza předpokládá, že mezi středními hodnotami transformovaného skóre v oblasti Fyzické zdraví pro skupinu Ž (79 žen) a skupinu M (21 mužů) uvnitř zkoumaného souboru nebude pro $\alpha = 0,05$ **statisticky nevýznamný rozdíl**. Vyznačené části grafu č.7 znázorňují obor nepřijetí a nebarevná část mezi hodnotami -2 a 2 představuje obor přijetí.

Graf č.7: Vyznačení kritických mezí, oboru přijetí a oboru nepřijetí



Vyhodnocení: Rozdíly výsledků středních hodnot transformovaných skóre v oblasti Fyzické zdraví mezi skupinou Ž (79 žen) a skupinou M (21 mužů) jsou statisticky nevýznamné a nezamítáme tak nulovou hypotézu $H_0: x_z = x_m$. Pro potřeby výzkumného předpokladu č.2, který odhaduje, že ve zkoumaném souboru budou ženy v oblasti Fyzické zdraví dosahovat průměrně vyšších skóre, než muži nulovou hypotézu potvrdíme. Potvrzení nulové hypotézy, která praví, že mezi ženami a muži nebude statisticky významný rozdíl, nám umožňuje přímo porovnat střední hodnoty v oblasti Fyzické zdraví (graf č. 8) u obou pohlaví. Provedení t-testů slouží jako dostatečný podklad pro výzkumný předpoklad č.2. Z grafu č.8 je zřetelné, muži dosahovali průměrně vyššího transformovaného skóre, tudíž se výzkumný předpoklad č.2 nepotvrdil.

Graf č.8: Střední hodnoty transformovaných skóre žen a mužů



Vyhodnocení: Výzkumný předpoklad č.2 byl zamítnut.

6 DISKUSE

Praktická část bakalářské práce se zabývala monitoringem kvality života u zkoumaného souboru 100 osob (79 žen; 21 mužů) ve věkovém rozsahu 20–60 let. Práce čerpá z výsledků, jež byly spočteny na základě anonymních dat získaných z provedeného dotazníkového šetření, kterého se účastnilo celkem 9 úřadu či firem v městech Prachatice a České Budějovice. Výběr jednotlivých pracovišť i respondentů na nich zaměstnaných proběhl náhodně.

Cílem práce bylo, za pomoci dotazníku zkrácené verze standardizovaného WHOQOL-BREF od Světové zdravotnické organizace, prozkoumat subjektivní vnímání a hodnocení kvality života respondentů. Dotazník se zabývá zkoumáním subjektivního vnímání kvality života pomocí rozsáhlého spektra 26 otázek (položek), jež jsou děleny na 2 samostatné otázky a 24 otázek spadajících do 4 oblastí dle jejich vzájemné korelace: Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy, Prostředí.

V oblasti fyzického zdraví se za využití výpočtů středních hodnot nejvýše umístila položka „závislost na lékařské péči“ (otázka č.4) se střední hodnotou 3,99, přičemž škála u všech položek (otázek) dotazníku je stanovena na stupnici od 1 – negativní hodnocení do 5 – pozitivní hodnocení. Respondenti tak průměrně vyhodnotili tuto položku velice příznivě, z čehož usuzujeme, že zkoumaný soubor je obecně nezávislý na lékařské péči. Rankin (2014) podotýká, že emoční hledisko jedince může mít velký vliv na jeho zdraví – pozitivní myšlení, či případně placebo efekt, pokud k léčbě dochází. Zajímavou položkou pro tuto oblast byla „pohyblivost“ (otázka č.15), která se střední hodnotou 3,98 umístila těsně druhá v rámci oblasti Fyzické zdraví. Tento výsledek byl poněkud překvapivý vzhledem k faktu, že celkem 69 respondentů ze 100 byla starších 40 let, přesněji 33 respondentů spadalo do věkové skupiny 40–49 let a 36 respondentů do věkové skupiny 50–60let. Když pomineme věkový faktor ve zkoumaném souboru, tak sedavá zaměstnání jsou všeobecně známa fyzickými riziky, která je mohou doprovázet, např. svalové křeče, a právě snížená pohyblivost v oblasti páteře, kloubů a svalů (Král, 2018). Nejnižší střední hodnoty (3,52) ze všech položek této oblasti dosáhl „spánek“ (otázka č. 16), tedy jedna z nejzákladnější biologických potřeb člověka, viz Maslowova pyramida potřeb (příloha C). Spánek je nejznámější formou pasivního odpočinku a díky dodržování pravidelného spánkového režimu je naše tělo schopno si vytvořit režim „biologických hodin“, dle kterých se bude řídit, tj. jedinec se ráno budí v přibližně stejnou dobu a v podobné časy bývá také večer unaven (Odpočinek – lék na naši únavu, 2015). Pro lepší představu, co respondenty vedlo k volbě nižších hodnot odpovědí by bylo dobré s jednotlivými respondenty vést rozhovor a dotázat se jich na problematiku jejich spánku.

V dotazníkové oblasti Prožívání se po výpočtu střední hodnoty odpovědí u všech položek nejvýše umístila položka „smysl života“ (otázka č.5) s hodnotou 4,05. Chamoutová K. & Chamoutová H. (2006) říkají, že pro naplnění smysluplnosti našeho života jsou důležité kategorie tří hodnot – tvůrčí, zážitkové, postojové. Tvůrčí hodnota může být cokoliv, s čím se jedinec ztotožňuje a na jehož základě něco stvoří (práce, umění, sbírka atd.). Do zážitkových hodnot se nejčastěji řadí způsoby trávení volného času, jejichž příklady představuje Bačuvčík (2011) – četba, kutilství, pozorování TV, sportovní rekreace, aj. O postojových hodnotách tvrdí Frankl (2007), že je pro zdraví jedince výhodnější dávat přednost pozitivnímu přístupu k životu, a to i přes možná úskalí, kterými si jedinec prochází. Druhá nejvýše umístěná položka „potěšení ze života“ (otázka č.5), se střední hodnotou stanovenou na 3,98, úzce koreluje s položkou smysl života, jelikož člověk, který se života netěší, tak někdy velice obtížně hledá smysl života. Toto tvrzení platí obzvláště pokud se jedná o jedince, který trpí náchylností k depresím či úzkostným stavům. Na první pohled z grafu č.3 svou nízkou střední hodnotou 3,33 oproti ostatním položkám vyčnívá otázka č.7 – položka „soustředění“. Sedavá zaměstnání bývají často vykonávána u počítače, tím pádem na jedince působí tzv. „modré světlo“. Působením tohoto záření dochází k nižší produkci melatoninu, který ovlivňuje naše cykly bdělosti a spánku. Narušení těchto rytmů bývá často úrodnou půdou pro vznik psychiatrických a neurologických poruch, např. maniodepresivní psychóza. Toto téma popisuje internetový zdroj Maniodepresivní psychóza (2022), který jedince s touto psychózou charakterizuje mimo jiné i jako nesoustředěného. Kromě možného vlivu působení modrého světla na jedince může také značně působit faktor neustálého stresu ohledně plnění pracovní činnosti na úkor svého stravování. Taktéž jedinec může být vytrhován z rytmu své pracovní činnosti rušivými elementy na pracovištích – např. zvonění telefonu, hluk v okolí pracoviště, kontakt s kolegy, který vyžaduje jeho plnou pozornost a nemůže se tak soustředit na svou vykonávanou činnost.

V dotazníkové oblasti Sociální vztahy bylo zjištěno díky výpočtu středních hodnot odpovědí u všech 3 otázek, že tyto položky jsou pro respondenti ze zkoumaného souboru téměř na stejné úrovni. Avšak dle Dragomirecké & Bartoňové (2006) jsou vypovídající hodnoty u položek „sexuální život“ a „podpora přátel“ značně nevypovídající. U starších lidí má nižší vypovídající hodnotu otázka č.21 zkoumající subjektivní vnímání kvality sexuálního života jednotlivce. Naopak pro mladší zástupce populace bude mít menší váhu hodnota odpovědi u otázky č.22, jež se zabývá tím, jak jedinec vnímá míru podpory od jeho přátel. Berme opět v potaz zastoupení věkových skupin, kdy 33 respondentů je ve věkové skupině 40-49 a 36 respondentů ve věkovém

rozsahu 50–60 let. Průměrný respondent ze zkoumaného souboru tedy spíše bude s větší vahou přihlížet na to, jak odpovídá u otázky č.22.

Pro dotazníkovou oblast Prostředí došlo k zajímavému zjištění po porovnání středních transformovaného skóre zkoumaného souboru se středními hodnotami transformovaného skóre u populačního vzorku, na jenž se odkazují trojice Hawthorne, Herrman & Murphy (2006) a přisuzují mu hodnotu 75.1 se směrodatnou odchylkou 13. Dále se odkazují ve svém článku na článek Roberta A. Cumminse *On the trail of the gold standard for subjective well-being* (1995), kde na základě výsledků 16 nezávislých výzkumů stanovuje míru „životní spokojenosti“ jako $75 \pm 2,5\%$ maximální hodnoty na škále. U použitého dotazníku WHOQOL-BREF po přetransformování skóre na hodnoty od 0 do 100 by tomuto tvrzení odpovídalo skóre alespoň 72,5 bodu. Naměřená střední hodnota oblasti Prostředí 66,87 byla nejnižší ze všech oblastí, zatímco v populačním vzorku, na který se odkazují Hawthorne, Herrman & Murphy je tato hodnota nejvyšší ze všech oblastí.

7 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce je monitoring kvality života u osob v sedavých zaměstnáních, ve věku od 20 do 60 let. Předmětem šetření byl zkoumaný soubor čítající 100 respondentů (79 žen; 21 mužů).

V teoretické části bylo čerpáno z pramenů, jež byly podrobeny obsahové analýze literárních děl. Jednalo se o českou i zahraniční odbornou literaturu i běžně dostupné zdroje. Práce se zde nejprve zaměřuje na kvalitu života, její definice a popis činitelů ovlivňujících kvalitu života. V další kapitole, jež se věnuje sedavému zaměstnání práce udává příklady typických profesí spadajících do oblasti sedavých zaměstnání, popisuje pojem ergonomie pracovního místa, upozorňuje na možná rizika související s vykonáváním těchto profesí. Poslední kapitola popisující zdraví je zaměřena na pojmy determinanty ovlivňující zdraví, pojetí zdraví a složky zdraví.

Pro praktickou část byly stanoveny dva výzkumné předpoklady. Výzkumný předpoklad č.1 zněl: Zkoumaný soubor osob bude v dotazníkové oblasti Fyzické zdraví vykazovat nejnižší skóre ze všech sledovaných oblastí v dotazníku WHOQOL-BREF. Výzkumný předpoklad č.2 zněl: Ve zkoumaném souboru osob budou ženy v dotazníkové oblasti Fyzické zdraví dosahovat průměrně vyššího skóre než muži.

V praktické části proběhlo vyhodnocení dotazníkového šetření u zkoumaného souboru. Při dotazníkovém šetření bylo použité zkrácené verze standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF sestávající se z 26 otázek – 2 samostatných otázek a 24 otázek dále členěných do 4 oblastí na oblast fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí.

Ke zjištění, zda bude výzkumný předpoklad č.1 zamítnut či potvrzen byly pro jednotlivé oblasti u každého dotazníku sečteny hodnoty odpovědí a následně tak vytvořeno hrubé skóre, jež bylo za pomoci transformačních tabulek (příloha B) převedeno na transformované skóre. Po následném porovnání transformovaných skóre bylo patrné že oblast Fyzické zdraví nemá nejnižší skóre ze všech sledovaných oblastí v dotazníku WHOQOL-BREF a výzkumný předpoklad č.1 byl zamítnut.

Ke stanovení závěru u výzkumného předpokladu č.2 bylo třeba využít znalost výpočtu statistického testu (tzv. t-test), aby bylo zjištěno, zda rozdíl mezi střední hodnotou transformovaného skóre oblasti Fyzické zdraví zkoumaného souboru 100 osob a střední hodnotou transformovaného skóre oblasti Fyzické zdraví populačního vzorku je statisticky významný. Statisticky významný rozdíl mezi zkoumaným souborem a populačním vzorkem se nepotvrdil. Statistické testy byly provedeny pro stejnou oblast dotazníku i ve vztahu ženské a mužské části vůči populačnímu vzorku. V případě ženské

části zkoumaného souboru byl rozdíl statisticky významný. V případě mužské části zkoumaného souboru nebyl tento rozdíl statisticky významný. Následně došlo k porovnání středních hodnot transformovaného skóre oblasti žen a mužů uvnitř zkoumaného souboru. Tento výpočet nám pomohl určit, zda mezi oběma pohlavími je v oblasti Fyzické zdraví statisticky signifikantní rozdíl. Tento rozdíl se neprokázal a nemohli jsme tedy zamítnout nulovou hypotézu $H_0: x_z = x_m$, tudíž jsme tuto hypotézu potvrdili. Na základě tohoto statistické ověření byly poté porovnány střední hodnoty 79 žen a 21 mužů v oblasti Fyzické zdraví, kde muži dosahovaly většího skóre než ženská část zkoumaného souboru a výzkumný předpoklad č.2 byl tím pádem zamítnut.

8 POUŽITÉ ZDROJE

- Bačová, V. (2004). Kvalita života, hodnotové systémy v spoločnosti a sociálny kapitál. K vymedzeniu psychologických dimenzií kvality života. V J. Džuka, *Psychologické dimenzie kvality života* (stránky 9-16). Prešov, Slovensko: Prešovská univerzita.
- Bačuvčík, R. (2011). *Kultura jako faktor volného času: nákupní chování na trzích vybraných volnočasových aktivit 2010* (1. vyd.). Zlín: VERBUM Publishing s.r.o.
- Bengoa, R., Kwar, R., Key, P., Leatherman, S., & Saturno, P. (2006). *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Ženeva: World Health Organization Press.
- Bezpečnost práce*. (2021). Načteno z Bozp.cz: <https://www.bozp.cz/slovník-pojmu/ergonomie-pracoviste/>
- Bursová, M. (2005). *Kompenzační cvičení*. Praha: Grada Publishing Inc.
- Cummins, R. A. (Červen 1995). On the trail of the gold standard for subjective well-being. *Social Indicators Research*(35), stránky 179-200.
- Cummins, R. A. (Listopad 2003). Normative Life Satisfaction: Measurement Issues and a Homeostatic Model. *Social Indicators Research*(64), stránky 225-256. doi:10.1023/A:1024712527648
- Černoušek, M. (11. Prosinec 2017). *Chování prostorové*. Načteno z Sociologická encyklopedie: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Chovani_prostorove
- Čornaničová, R. (2004). Konceptualizácie kvality života v kontexte vzdelávania dospelých a sociálnej práce. *Kvalita života a rovnosť príležitostí - z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce* (stránky 27-37). Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove. Načteno z http://www.jozefmiko.sk/01_profesionalne_dispozicie/04_vedecke_konferencie/medzinar_konfer_atp/zbornik_z_vedeckej_konferencie.pdf
- Dispenzární péče*. (18. Leden 2021). Načteno z WikiSkripta: [https://www.wikiskripta.eu/w/Tuberkul%C3%B3za_\(pneumologie\)](https://www.wikiskripta.eu/w/Tuberkul%C3%B3za_(pneumologie))
- Dlouhodobá péče*. (2022). Načteno z Aktivity pro zdraví: <http://www.aktivityprozdravi.cz/pece-o-me/dlouhodobaba-pece/dlouhodobabonemocneni>
- Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. V E. Dragomirecká, & J. Bartoňová, *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace* (1. vyd., stránky 86-88). Praha: Psychiatrické centrum Praha.

- Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace* (1. vyd.). Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Frankl, V. E. (2007). *Psychoterapie a náboženství*. Brno: Cesta.
- Genom. (10. Listopad 2018). Načteno z WikiSkripta: <https://www.wikiskripta.eu/w/Genom>
- Gerstman, B. B. (2022). *T-table*. Načteno z San José State University: <https://www.sjsu.edu/faculty/gerstman/StatPrimer/t-table.pdf>
- Gilbertová, S., & Matoušek, O. (2002). *Ergonomie: optimalizace lidské činnosti* (1. vyd.). Praha: Grada Publishing Inc.
- Gosset, W. S. (1908). *Metoda testování hypotéz: t-test*. Načteno z Britannica: <https://www.britannica.com/science/Students-t-test>
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing Inc.
- Hawthorne, G., Herrman, H., & Murphy, B. (Květen 2006). Interpreting the WHOQOL-BREF: Preliminary population norms and effect sizes. *Social Indicators Research*(77), stránky 37-59. doi:10.1007/s11205-005-5552-1
- Chamoutová, K., & Chamoutová, H. (2006). *Duševní hygiena*. Praha: Česká zemědělská univerzita.
- Infekční onemocnění*. (2022). Načteno z Vitalion.cz: <https://nemoci.vitalion.cz/infekcni-onemocneni/>
- Kassin, S. (2007). *Psychologie*. Brno: Computer Press.
- Kebza, V., & Komárek, L. (2003). *Pohyb a relaxace*. Erasmus.
- Král, M. (2018). Poznatky ergonomie uplatňované v technické praxi. *Bezpečnost a hygiena práce*, stránky 26-32. Načteno z Znalostní systém prevence rizik v BOZP: <https://zsbozp.vubp.cz/pracovni-prostredi/ergonomie/547-poznatky-ergonomie-uplatnovane-v-technicke-praxi>
- Kremsa, Ž. (17. Únor 2020). *Smích jako lék pro tělo i pro duši*. Načteno z Institut funkční medicíny: <https://ifmv.cz/smich-jako-lek-pro-telo-i-pro-dusi/>
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví* (3. vyd.). Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres*. Praha: Grada Publishing Inc.
- Kunová, V. (2004). *Zdravá výživa*. Praha: Grada Publishing Inc.
- Lidmila, J. (2019). *Formální a obsahová analýza textu, rychlé čtení*. Načteno z Moravskoslezská vědecká knihovna v Ostravě: <https://www.msvk.cz/data/filemanager/source/studijn%c3%ad%20texty%20pro>

%20knihovna%20adky/2_Forma%20ad_a_obsahov%20anal%20bdza_Lidmila.pdf

- Linhart et. al. (1996). *Sociologický slovník II, P-Ž*. Praha: Karolinum.
- Magazín BezpečnostPráce.info, z.s. (13. Červen 2016). *Ergonomie počítačového pracoviště a zásady bezpečnosti práce na PC aneb jak předejít RSI syndromu*. Načteno z BezpečnostPráce.info: <https://www.bezpecnostprace.info/pracovni-urazy/ergonomie-pocitacoveho-pracoviste-a-zasady-bezpecnosti-prace-na-pc-aneb-jak-predejti-rsi-syndromu/>
- Maniodepresivní psychóza*. (2022). (MAFRA, a.s.) Načteno z Vitalion: <https://nemoci.vitalion.cz/maniodepresivni-psychoza/>
- Maslow, A. (2021). *Motivace a osobnost*. Praha: Portál.
- Maslowova pyramida potřeb*. (2019). Načteno z Psychologie fontů: <https://psychologiefontu.cz/vyber-fontu-v-kostce/>
- McCall, S. (1. Zář 1975). Quality of life. *Social Indicators Research*(2), stránky 229-248. doi:<https://doi.org/10.1007/BF00300538>
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. (2017). *Odborné skupiny*. Načteno z Národní soustava povolání: <https://nsp.cz/odborne-skupiny>
- Nemoc*. (2013). Načteno z WikiSofia: <https://wikisofia.cz/wiki/Nemoc>
- Nemocnice Jihlava. (24. Srpen 2017). *Faktory ovlivňující zdraví*. Načteno z Nemocnice Jihlava: <https://www.nemji.cz/faktory-ovlivnujici-zdravi/d-8208/p1=7079>
- Nešpor, K. (1998). *Uvolnění a s přehledem: relaxace a meditace pro moderního člověka*. Praha: Grada Publishing Inc.
- Nevšímalová, S., Růžička, E., & Tichý, J. (2002). *Neurologie* (1. vyd.). Praha: Galén.
- Nováková, I. (2011). *Zdravotní nauka 2. díl* (1. vyd.). Praha: Grada Publishing Inc.
- Novotný, K. (2000). *Slovník vybraných pojmů vztahujících se k hodnocení rizik podle § 132a odst. 3 zákoníku práce*. Rožnov pod Radhoštěm: Rožnovský vzdělávací servis.
- Odpocínek – lék na naši únavu*. (7. Únor 2015). Načteno z Celostnimediceina.cz: <https://www.celostnimediceina.cz/odpocinek-lek-na-nasi-unavu.htm>
- Ondrová, E. (30. Říjen 2017). *Pasivní a aktivní odpocínek*. Načteno z New Wave Service: <http://www.newwaveservice.cz/blog/2017/10/30/pasivni-a-aktivni-odpocinek>
- Paliativní péče*. (2022). Načteno z Centrum paliativní péče: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>
- Payne J. a kol. (2005). *Kvalita života a zdraví, 1. vydání*. Praha: TRITON.
- Pelcák, S. (2012). Duševní hygiena. *Psychologie v praxi–další vzdělávání zaměstnanců organizací poskytujících sociální služby, 2*.

- Placebo*. (18. Říjen 2020). Načteno z WikiSkripta:
<https://www.wikiskripta.eu/w/Placebo>
- Postman, N. (2010). *Ubavit se k smrti: veřejná komunikace ve věku zábavy* (2. opravené. vyd.). Praha: Mladá fronta.
- Psychosomaticky podmíněné onemocnění*. (2022). Načteno z Psycholog Praha:
<https://psycholog-praha.cz/klasifikace-dusevnych-poruch/psychosomaticky-podminene-onemocneni>
- Rankin, L. (2014). *Mysl je mocný lékař*. Brno: Jota.
- Schopenhauer, A. (1997). *Aforismy k životní moudrosti*. (M. Váňa, Překl.) Pelhřimov: Nová tiskárna Pelhřimov.
- Straszewski, D. (2022). *Co je to ergonomie?* Načteno z Profim:
<https://www.profim.cz/ergonomie/co-je-to-ergonomie>
- Světová zdravotnická organizace - Odbor duševního zdraví a závislostí - Léčba závislostí na návykových látkách. (2016). Manuál postupu pro evaluaci výsledku. *WHO: Studie substituční terapie závislosti na opioidech a HIV/AIDS*, 19-21. Načteno z Docplayer.cz: <https://docplayer.cz/1022876-Who-studie-substitutni-terapie-zavislosti-na-opioidech-a-hiv-aids.html>
- Světová zdravotnická organizace - Odbor duševního zdraví a závislostí - Léčba závislostí na návykových látkách. (2016). Transformační tabulka pro převod hrubého skóre na transformovaného skóre WHOQOL-BREF. *WHO: Studie substituční terapie závislosti na opioidech a HIV/AIDS*, 21. Načteno z <https://docplayer.cz/1022876-Who-studie-substitutni-terapie-zavislosti-na-opioidech-a-hiv-aids.html>
- Světová zdravotnická organizace. (7. Duben 1948). Definice zdraví. Ženeva, Švýcarsko.
- Szyk, B., & Szczepanek, A. (2022). *p-value calculator*. (Omni Calculator sp. z o.o.) Načteno z Omni Calculator: <https://www.omnicalculator.com/statistics/p-value>
- Šilhánová, H. (11. Prosinec 2017). *Prostředí sociální*. Načteno z Sociologická encyklopedie: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Prost%C5%99edi_socialni
- Šimek, M. (26. Červen 2015). *Co je BOZP? Definice, cíle, legislativa a principy*. Načteno z Bozpcz: <https://www.bozpcz/aktuality/co-je-bozp/>
- Tancerová, T. (2020). *Nadměrný příjem LDL cholesterolu může končit infarktem i mrtvicí. Jak jej snížit?* Načteno z zdraví.euro.cz: <https://zdravi.euro.cz/leky/ldl-cholesterol-hodnoty/>
- Uzel, R. (2006). *Sexuální výchova*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.

- Vnitřní prostředí.* (6. Říjen 2019). Načteno z WikiSkripta:
[https://www.wikiskripta.eu/w/Vnit%C5%99n%C3%AD_prost%C5%99ed%C3%AD_\(pediatrie\)](https://www.wikiskripta.eu/w/Vnit%C5%99n%C3%AD_prost%C5%99ed%C3%AD_(pediatrie))
- Vše na téma: Duchovní zdraví a spiritualita.* (2022). Načteno z Rehabilitace.info - magazín o zdraví: <https://www.rehabilitace.info/tag/duchovni-zdravi-spiritualita/>
- WHO. (1951). *Expert committee on mental health - report on the second session.* Geneva: World Health Organization. Načteno z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14828857/>
- Základní složky potravy.* (2022). Načteno z MTE: <https://www.mte.cz/stravovani/zakladni-slozky-potravy>
- Zubíková, Z., & Drábová, R. (2007). *Společenské vědy v kostce pro SŠ.* Praha: Fragment.
- 10 důvodů, proč jíst čokoládu pro zdraví.* (2022). Načteno z Le Chocolat: <https://www.lechocolat.cz/o-cokolade/proc-jist-cokoladu-pro-zdravi/>
- 11 důvodů proč jíst banány každý den.* (22. Duben 2021). Načteno z Brainmarket.cz: <https://www.brainmarket.cz/nase-novinky/bananove-chipsy/>
- 13 tipů, čím si ochutit kvalitní sypaný čaj.* (29. Srpen 2016). Načteno z Manu tea: <https://www.manutea.cz/13-tipu-cim-si-ochutit-kvalitni-sypany-caj-x31199>
- 15 profesí, které (ne)prospívají zdraví.* (2021). Načteno z Kardiochirurgie.cz: <https://www.kardiochirurgie.cz/novinky/15-profesi-ktere-ne-prospivaji-zdravi-707>

9 SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Graf č.1: Pohlaví respondentů [n=100]

Graf č.2: Střední hodnota položek v oblasti Fyzické zdraví [n=100]

Graf č.3: Střední hodnota položek v oblasti Prožívání [n=100]

Graf č.4: Střední hodnota položek v oblasti Sociální vztahy [n=100]

Graf č.5: Střední hodnota položek v oblasti Prostředí [n=100]

Graf č.6: Střední hodnota transformovaných skóru u oblastí dotazníku WHOQOL-BREF [n=100]

Graf č.7: Vyznačení kritických mezí, oboru přijetí a oboru nepřijetí

Graf č.8: Střední hodnoty transformovaných skóru žen a mužů

Tabulka č.1: Přehled respondentů na jednotlivých pracovištích [n=100]

Tabulka č.2: Počet respondentů v jednotlivých věkových skupinách [n=100]

Tabulka č.3: Samostatné položky dotazníku WHOQOL-BREF [n=100]

Tabulka č.4: Přehled položek dotazníku WHOQOL-BREF v oblasti Fyzické zdraví [n=100]

Tabulka č.5: Přehled položek dotazníku WHOQOL-BREF v oblasti Prožívání [n=100]

Tabulka č.6: Přehled položek dotazníku WHOQOL-BREF v oblasti Sociální vztahy [n=100]

Tabulka č.7: Přehled položek dotazníku WHOQOL-BREF v oblasti Prostředí [n=100]

Tabulka č.8: Střední hodnota položek v oblasti Fyzické zdraví [n=100]

Tabulka č.9: Střední hodnota položek v oblasti Prožívání [n=100]

Tabulka č.10: Střední hodnota položek v oblasti Sociální vztahy [n=100]

Tabulka č.11: Střední hodnota položek v oblasti Prostředí [n=100]

10 PŘÍLOHY

10.1 Příloha A: Dotazník kvality života WHOQOL-BREF

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA (WHOQOL-BREF)

Následující otázky se ptají na to, jak jste vnímal/a kvalitu svého života, zdraví a jiných oblastí Vašeho života. Přečtu Vám jednotlivé otázky spolu s možnostmi odpovědí. Vyberte prosím **odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější**. Pokud si nejste jistá/ý, jak na otázku odpovědět, obvykle je nejlepší ta odpověď, která Vás napadne jako první.

Myslete prosím na své zásady, očekávání, potěšení a zájmy. Prosím, abyste přemýšleli o svém životě za poslední měsíc.

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

		Velmi nespokojený/ á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/ á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
2	Jak spokojený/á jste se svým zdravím?	1	2	3	4	5

Následující otázky se ptají na to, do jaké míry jste v posledních 4 týdnech zažil/a/pocítil/a některé situace.

		Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
3	Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?	5	4	3	2	1
4	Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?	5	4	3	2	1
5	Jak moc Vás baví život?	1	2	3	4	5
6	Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?	1	2	3	4	5

		Vůbec ne	Málo	Přiměřeně	Velmi	V obrovské míře
7	Jak dobře jste schopen/a se soustředit?	1	2	3	4	5
8	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9	Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky se vás ptají na to, do jaké míry jste v posledních čtyřech týdnech zažíval/a nebo byl/a schopen/a dělat určité věci.

		Vůbec ne	Málo	Přiměřeně	Většinou	Naprosto
10	Máte dost energie pro běžný život?	1	2	3	4	5
11	Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?	1	2	3	4	5
12	Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?	1	2	3	4	5
13	Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14	Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?	1	2	3	4	5

		Velmi špatně	Špatně	Ani špatně ani dobře	Dobře	Velmi dobře
15	Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?	1	2	3	4	5

		Velmi nespokojený/ á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/ á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
16	Jak spokojený/á jste se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17	Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?	1	2	3	4	5

18	Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?	1	2	3	4	5
19	Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?	1	2	3	4	5

20	Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21	Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22	Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?	1	2	3	4	5
23	Jak spokojený/á jste se svým bydlením?	1	2	3	4	5
24	Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25	Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?	1	2	3	4	5

Následující otázka se zajímá o to, jak často jste pociťoval/a nebo zažívala určité věci/pocity v posledních čtyřech týdnech.

		Nikdy	Zřídka	Celkem často	Velmi často	Stále
26	Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?	5	4	3	2	1

Máte nějaké připomínky/chcete ještě k hodnocení něco říci?

10.2 Příloha B: Transformační tabulky a t-tabulka

Následující tabulka slouží pro vyhodnocení jednotlivých oblastí dotazníku.

		Rovnice pro vypočtení skóre v jednotlivých částech/oblastech	Hrubé skóre	Transformované skóre*	
				4-20	0-100
27	Oblast 1	Q3 + Q4 + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18 □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	a. =	b:	c:
28	Oblast 2	Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + Q26 □ + □ + □ + □ + □ + □	a. =	b:	c:
29	Oblast 3	Q20 + Q21 + Q22 □ + □ + □	a. =	b:	c:
30	Oblast 4	Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25 □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	a. =	b:	c:

**Transformační tabulka
pro převod hrubého skóre na transformované skóre WHOQOL-BREF**

Oblast 1			Oblast 2			Oblast 3			Oblast 4		
Hrubé skóre	Transform. skóre		Hrubé skóre	Transform. skóre		Hrubé skóre	Transform. skóre		Hrubé skóre	Transform. Skóre	
	4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100
7	4	0	6	4	0	3	4	0	8	4	0
8	5	6	7	5	6	4	5	6	9	5	6
9	5	6	8	5	6	5	7	19	10	5	6
10	6	13	9	6	13	6	8	25	11	6	13
11	6	13	10	7	19	7	9	31	12	6	13
12	7	19	11	7	19	8	11	44	13	7	19
13	7	19	12	8	25	9	12	50	14	7	19
14	8	25	13	9	31	10	13	56	15	8	25
15	9	31	14	9	31	11	15	69	16	8	25
16	9	31	15	10	38	12	16	75	17	9	31
17	10	38	16	11	44	13	17	81	18	9	31
18	10	38	17	11	44	14	19	94	19	10	38
19	11	44	18	12	50	15	20	100	20	10	38
20	11	44	19	13	56				21	11	44
21	12	50	20	13	56				22	11	44
22	13	56	21	14	63				23	12	50
23	13	56	22	15	69				24	12	50
24	14	63	23	15	69				25	13	56
25	14	63	24	16	75				26	13	56
26	15	69	25	17	81				27	14	63
27	15	69	26	17	81				28	14	63
28	16	75	27	18	88				29	15	69
29	17	81	28	19	94				30	15	69
30	17	81	29	19	94				31	16	75
31	18	88	30	20	100				32	16	75
32	18	88							33	17	81
33	19	94							34	17	81
34	19	94							35	18	88
35	20	100							36	18	88
									37	19	94
									38	19	94
									39	20	100
									40	20	100

Kumulovaná pravděpodobnost	<i>t</i> .50	<i>t</i> .75	<i>t</i> .80	<i>t</i> .85	<i>t</i> .90	<i>t</i> .95	<i>t</i> .975	<i>t</i> .99	<i>t</i> .995	<i>t</i> .999	<i>t</i> .9995
1stranný	0.50	0.25	0.20	0.15	0.10	0.05	0.025	0.01	0.005	0.001	0.0005
2stranný	1.00	0.50	0.40	0.30	0.20	0.10	0.05	0.02	0.01	0.002	0.001
sv											
1	0.000	1.000	1.376	1.963	3.078	6.314	12.71	31.82	63.66	318.31	636.62
2	0.000	0.816	1.061	1.386	1.886	2.920	4.303	6.965	9.925	22.327	31.599
3	0.000	0.765	0.978	1.250	1.638	2.353	3.182	4.541	5.841	10.215	12.924
4	0.000	0.741	0.941	1.190	1.533	2.132	2.776	3.747	4.604	7.173	8.610
5	0.000	0.727	0.920	1.156	1.476	2.015	2.571	3.365	4.032	5.893	6.869
6	0.000	0.718	0.906	1.134	1.440	1.943	2.447	3.143	3.707	5.208	5.959
7	0.000	0.711	0.896	1.119	1.415	1.895	2.365	2.998	3.499	4.785	5.408
8	0.000	0.706	0.889	1.108	1.397	1.860	2.306	2.896	3.355	4.501	5.041
9	0.000	0.703	0.883	1.100	1.383	1.833	2.262	2.821	3.250	4.297	4.781
10	0.000	0.700	0.879	1.093	1.372	1.812	2.228	2.764	3.169	4.144	4.587
11	0.000	0.697	0.876	1.088	1.363	1.796	2.201	2.718	3.106	4.025	4.437
12	0.000	0.695	0.873	1.083	1.356	1.782	2.179	2.681	3.055	3.930	4.318
13	0.000	0.694	0.870	1.079	1.350	1.771	2.160	2.650	3.012	3.852	4.221
14	0.000	0.692	0.868	1.076	1.345	1.761	2.145	2.624	2.977	3.787	4.140
15	0.000	0.691	0.866	1.074	1.341	1.753	2.131	2.602	2.947	3.733	4.073
16	0.000	0.690	0.865	1.071	1.337	1.746	2.120	2.583	2.921	3.686	4.015
17	0.000	0.689	0.863	1.069	1.333	1.740	2.110	2.567	2.898	3.646	3.965
18	0.000	0.688	0.862	1.067	1.330	1.734	2.101	2.552	2.878	3.610	3.922
19	0.000	0.688	0.861	1.066	1.328	1.729	2.093	2.539	2.861	3.579	3.883
20	0.000	0.687	0.860	1.064	1.325	1.725	2.086	2.528	2.845	3.552	3.850
21	0.000	0.686	0.859	1.063	1.323	1.721	2.080	2.518	2.831	3.527	3.819
22	0.000	0.686	0.858	1.061	1.321	1.717	2.074	2.508	2.819	3.505	3.792
23	0.000	0.685	0.858	1.060	1.319	1.714	2.069	2.500	2.807	3.485	3.768
24	0.000	0.685	0.857	1.059	1.318	1.711	2.064	2.492	2.797	3.467	3.745
25	0.000	0.684	0.856	1.058	1.316	1.708	2.060	2.485	2.787	3.450	3.725
26	0.000	0.684	0.856	1.058	1.315	1.706	2.056	2.479	2.779	3.435	3.707
27	0.000	0.684	0.855	1.057	1.314	1.703	2.052	2.473	2.771	3.421	3.690
28	0.000	0.683	0.855	1.056	1.313	1.701	2.048	2.467	2.763	3.408	3.674
29	0.000	0.683	0.854	1.055	1.311	1.699	2.045	2.462	2.756	3.396	3.659
30	0.000	0.683	0.854	1.055	1.310	1.697	2.042	2.457	2.750	3.385	3.646
40	0.000	0.681	0.851	1.050	1.303	1.684	2.021	2.423	2.704	3.307	3.551
60	0.000	0.679	0.848	1.045	1.296	1.671	2.000	2.390	2.660	3.232	3.460
80	0.000	0.678	0.846	1.043	1.292	1.664	1.990	2.374	2.639	3.195	3.416
100	0.000	0.677	0.845	1.042	1.290	1.660	1.984	2.364	2.626	3.174	3.390
1000	0.000	0.675	0.842	1.037	1.282	1.646	1.962	2.330	2.581	3.098	3.300
Z	0.000	0.674	0.842	1.036	1.282	1.645	1.960	2.326	2.576	3.090	3.291
	0%	50%	60%	70%	80%	90%	95%	98%	99%	99.8%	99.9%
	Hladina významnosti										

10.3 Příloha C: Maslowova pyramida potřeb



