

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Eva Bořecká

Kvalita života všeobecných sester a její prožívání v závislosti
na profesním směnném provozu

Olomouc 2023

vedoucí práce: PhDr. Hana Heiderová, Ph.D.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Eva Bořecká
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. Hana Heiderová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2023

Název práce:	Kvalita života všeobecných sester a její prožívání v závislosti na profesním směnném provozu
Název v angličtině:	The Quality of Life of General Nurses and Its Experience in Dependence on Professional Shift Work
Anotace práce:	<p>Tato diplomová práce se zabývá problematikou kvality života všeobecných sester a jejím prožíváním v závislosti na profesním směnném provozu. Ve výzkumné části byla uplatněna kvantitativní metoda šetření s využitím observačního deskriptivního výzkumného designu.</p> <p>S využitím standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, a to po souhlasu autorek české verze, byly sbírány odpovědi u souboru všeobecných sester, které vyplnily dotazník v online formě. Výzkumného šetření se zúčastnilo 571 respondentů. Odpovědi na jednotlivé položky byly popsány pomocí absolutních a relativních četností. Skóre čtyř domén dotazníku WHOQOL-BREF bylo popsáno pomocí popisných statistik, konkrétně minimum, maximum, aritmetický průměr a směrodatná odchylka. Pro ověření první a druhé hypotézy byl využit Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti. Pro ověření ostatních hypotéz byl použit Kruskal-Wallisův a Mann-Whitney test.</p>

Klíčová slova:	kvalita života, všeobecné sestry, standardizovaný dotazník, WHOQOL-BREF, směnný provoz
Anotace v angličtině:	<p>This diploma thesis deals with the quality of life of general nurses and their experience depending on professional shift work. In the research part, a quantitative research method was completed using an observational descriptive research design. Using the standardized WHOQOL-BREF questionnaire, after the consent of the authors of the Czech version, answers were collected from a group of general nurses who filled out the questionnaire in online form. 571 respondents took part in the research survey. Responses to individual items were described using absolute and relative frequencies.</p> <p>The scores of the four domains of the WHOQOL-BREF questionnaire were described using descriptive statistics, namely minimum, maximum, arithmetic mean and standard deviation. Pearson's chi-square test of independence was used to verify the first and second hypotheses. The Kruskal-Wallis and Mann-Whitney test was used to verify the other hypotheses.</p>
Klíčová slova v angličtině:	quality of life, general nurses, standardized questionnaire, WHOQOL-BREF, shift work
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1: Informovaný souhlas</p> <p>Příloha č. 2: Souhlas autorky české verze dotazníku s použitím</p> <p>Příloha č. 3: Dotazník WHOQOL-BREF (krátká verze)</p> <p>Příloha č. 4: Online podoba dotazníku</p>
Rozsah práce:	89 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 5. 4. 2023

Bc. Eva Bořecká

Poděkování

Děkuji vedoucí mé diplomové práce PhDr. Haně Heiderové, Ph.D., za její laskavý přístup, odborné vedení, vstřícnost a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat svojí rodině za podporu poskytovanou během mého studia.

OBSAH

1 ÚVOD HLAVNÍ CÍL.....	7
2 PŘEHLED AKTUÁLNÍHO STAVU PROBLEMATIKY	8
2.1. Kontrast ekonomie štěstí a emocionální dimenze kvality života.....	8
2.1.1. Elementy emocionální dimenze kvality života.....	10
2.1.2. Paradox štěstí v blahobytu moderní společnosti	11
2.2. Kvalita života v pojetí Světové zdravotnické organizace	16
2.3. Pracovní podmínky zdravotní sestry ve směnném provozu	17
2.4. Hlavní stresové faktory práce ve směnném provozu	18
2.4.1. Narušení biologických rytmů	19
2.4.2. Spánkový deficit.....	20
2.4.3. Psychická a fyzická zátěž	22
3 VÝZKUMNÁ ČÁST	25
3.1. Metodika zkoumání	25
3.2. Výsledky deskriptivního zpracování dat	32
3.3. Výsledky testování hypotéz.....	52
4 DISKUSE.....	67
4.1. Popis rešerše k vyhledání výzkumných studií	67
4.2. Text diskuse	71
5 SOUHRN A ZÁVĚR	76
Seznam použitých zdrojů	79
Seznam zkratk.....	85
Seznam příloh.....	86
Seznam grafů.....	87
Seznam tabulek.....	88
Přílohy	

1 ÚVOD A HLAVNÍ CÍL

Výkon povolání zdravotní (všeobecné) sestry bývá právem považován za fyzicky a psychicky velmi náročný druh profese. Počáteční entuziasmus každého absolventa zdravotní a ošetrovatelské propedeutiky obvykle vystřídá, po nástupu do klinické praxe, fáze jistého sebekritického přehodnocení jeho vlastních životních hodnot a vztahu k práci. Zdravotní sestra je během výkonu svého povolání vystavena emočnímu stresu, riziku onemocnění infekčními chorobami a spánkové deprivaci. Práce ve dvousměnném, či třisměnném provozu ovlivňuje biologický rytmus člověka a může mít negativní důsledky na lidské zdraví (Bartošíková, 2006).

Většina soudobých definic kvality života zohledňuje syntézu „vnějších“ (objektivních) a „vnitřních“ (subjektivních) faktorů. Kvalita života je prezentována spíše jako multidimenzionální hodnotový konstrukt (*multidimensional construct*), který musí brát v potaz vícerozměrný aspekt života společnosti a jedince, jakožto součásti vzájemně propojeného metasystému, jehož komponenty se obvykle redukuje na konkrétní fyzické, emoční, mentální, sociální, nebo environmentální prostředí. (Galloway, 2006)

Vzhledem k tomu, že autorka vykonává povolání porodní asistentky pracující ve dvousměnném provozu u lůžka, rozhodla se poznat názor zdravotních sester různých věkových kategorií, pracujících v jednosměnném, dvousměnném či třisměnném provozu na kvalitu života a její prožívání v souvislosti s touto profesí. Autorku zajímalo, proč dříve tolik ceněné zaměstnání, mající nemalou prestiž, zažívá nyní úpadek, projevující se nedostatkem zdravotních sester. Zda je možný vliv životního stylu, pracovních podmínek či finančního hodnocení oslovených respondentů na danou situaci v České republice a doufejme pouze dočasný nezájem vykonávat tuto profesi.

HLAVNÍ CÍL

Hlavním cílem bylo zjistit, zda má typ pracovního provozu vliv na kvalitu života dotazovaných všeobecných sester a její prožívání.

2 PŘEHLED AKTUÁLNÍHO STAVU PROBLEMATIKY

2.1. Kontrast ekonomie štěstí a emocionální dimenze kvality života

Problém stanovení faktorů měřitelnosti a definice kvality života (*quality of life*, dále QOL) začal být v sociálních vědách akcentován až s postupným růstem životní úrovně obyvatelstva, především pak od druhé poloviny 20. století (Hnilicová, 2005). Definitivní význam pojmu QOL ovšem prozatím nemá arbitrární definici. Podle Heřmanové se totiž jedná o specifický, interdisciplinární fenomén, na který jednotlivé obory (tj. sociologie, ekonomie, psychologie, medicína, filozofie či etika) vždy pohlíží prizmatem vlastního úhlu pohledu (Heřmanová, 2012).

Zatímco makroekonomické teorie zdůrazňují vliv ekonomických ukazatelů (spotřební koš, bohatství, nebo růst HDP) psychologizující pojetí QOL přičítá rozhodující vliv subjektivním faktorům prožitku individua (*subjective well-being*), tj. pocitům životní spokojenosti a štěstí vůbec. Kontrast mezi „emocionální dimenzí“ prožitku a neoklasickou teorií tzv. „ekonomie štěstí“ (*economics of happiness*) se pak pokoušejí překlenout různé holistické modely QOL. Jejich koncepty obvykle staví na syntéze vnějších (prostředí, ekonomie, společenské vztahy, dostupnost lékařské péče) a vnitřních faktorů (fyzické zdraví, emocionální vyváženost), na jejichž základě pak formulují tzv. kolektivní definice QOL.

Studie autorky S. Galloway (*Well-Being and Quality of Life: Measuring the Benefits of Culture and Sport*, 2006) např. uvádí, že kolem roku 2006 již bylo k dispozici nejméně sto různých definic týkající se QOL. Akademická databáze ProQuest evidovala k roku 2014 až kolem 1, 2 miliónu studií souvisejících s tematikou kvality života (Babinčák, 2014). Většina soudobých definic QOL přitom už zohledňuje syntézu „vnějších“ (objektivních) a „vnitřních“ (subjektivních) faktorů. Kvalita života je prezentována spíše jako multi-dimenzionální hodnotový konstrukt (*multidimensional construct*), který musí brát v potaz vícerozměrný aspekt života společnosti a jedince, jakožto součásti vzájemně propojeného metasystému, jehož komponenty se obvykle redukuje na konkrétní fyzické, emoční, mentální, sociální, nebo environmentální prostředí. Z přehledu definic QOL, které uvádí Galloway je evidentní jistý trend postupného posunu explanace QOL – a to směrem od více psychologizujících (subjektivních) pojetí, až k plnohodnotnému holistickému přístupu.

Můžeme citovat alespoň některé z uvedených definic v chronologickém pořadí jejich autorů (podle Galloway, 2006):

- LEHMAN, 1983: „*A subjective matter, reflected in a sense of global well-being.*“
- EMERSON, 1985: „*The satisfaction of an individual's values, goals and needs through the actualisation of their abilities or lifestyle.*“
- MEEBERG, 1993: „*Quality of life is a feeling of overall life satisfaction, as determined by the mentally alert individual whose life is being evaluated. Other people, preferably those from outside that person's living situation, must also agree that the individual's living conditions are not life-threatening and are adequate in meeting that individual's basic needs.*“
- JANSE, 2004: „*Quality of life is multidimensional in construct including physical, emotional, mental, social, and behavioural components.*“

V pojetí sociologie se zkoumání QOL rozšiřuje o tzv. sociální indikátory, které na rozdíl od ekonomických faktorů umožňují rozšíření výzkumu sociálních systémů o více subjektivní, přímo nepozorovatelná sociální fakta, tj. vlastnosti, nebo procesy probíhající v sociálních systémech. Takže, zatímco ekonomie v případě lidských potřeb odkazuje na rozhodující vliv materiální spotřeby, sociologii navíc zajímá i spokojenost dané society ve sféře duchovní, tj. nemateriální stránky života této společnosti (Janoušková, Maršák, 2008).

Z tuzemských autorů se teorií QOL podrobně zabývala např. Heřmanová, která ve své syntetické studii (*Koncepty, teorie a měření kvality života*, 2012) zpracovala přehled všech základních aspektů týkajících se konceptu QOL a to včetně případové studie empirického výzkumu QOL části obyvatelstva hlavního města Prahy. Její holistickou definici QOL cituji podle výše uvedené práce: „*kvalita života představuje reflexi objektivních environmentálních podmínek (vnějšího prostředí) a sebereflexi (vnitřního prostředí) člověka v kontextu kulturních, hodnotových, sociálních a prostorových (geografických) systémů a ve vztahu k individuálním motivacím, schopnostem, cílům a očekáváním* (ibid. s. 181).“

Veenhoven (*The study of life satisfaction*, 1996) redukoval výzkumné pole QOL na následující oblasti: 1) materiální bohatství měřitelné prostřednictvím HDP, 2) životní standart v rámci dané society, 3) bezpečnost osob, 4) osobní a politická svoboda, 5) sociální rovnost, 6) kulturní prostředí, 7) sociální klima, 8) populační tlak a 9) modernizace. Ve své pozdější studii (*The Four Quality of Life*, 2000) navrhl Veenhoven model tzv. „čtyř kvalit života“ (*fourfold matrix*), který umožňuje schematizaci teorií QOL. Výchozí matici tvoří

následující kvadranty: 1) vhodnost prostředí (*livability of the environment*), 2) životaschopnost jedince (*life-ability of the individual*), 3) užitečnost života (*external utility of life*) a 4) subjektivní hodnocení života (*inner appreciation of life*). Jednotlivé kvadranty matrice oddělují polaritu životních podmínek a individuálních predispozic, vzájemná dichotomie kvalit (vnitřní/vnější) a životních možností (očekávání/výsledky). Rozdíl vnitřních a vnějších kvalit tvoří protiklad mezi vnějším prostředím (environment a societa) a charakteristikami individua (např. fyzické a duševní zdraví). Rozdíl v polaritě životních možností spočívá v tom, že dobré podmínky pro život ještě nedeterminují i dobrou kvalitu života samotného. Model čtyř kvalit života, který vytvořil Veenhoven představuje poměrně elegantní schéma interpretace různých přístupů k teorii QOL. Jeho schéma převzala a publikovala např. Heřmanová (*Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*, 2012, s. 416).

2.1.1. Elementy emocionální dimenze kvality života

Emocionalita je výsadní doménou psychologie zaměřené na studium mentálních procesů a duševního zdraví. Podle názoru A. Damasia, předního vědce v oblasti výzkumu lidského mozku, lze veškeré projevy lidských emocí redukovat na úroveň neuronálně-biologických procesů v určitých částech mozkového kmene (Damasio, 2004). Z psychologického hlediska bývá emocionalita považována za element duševního zdraví a pohody (*well-being*). Podle Dienera (*Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators*) je subjektivní pocit pohody člověka odvozen z jeho kognitivního a emocionálního vyhodnocení vlastního života (Diener & Suh, 1997). Sociologii ovšem zajímá spíše to, jakým způsobem interakce emocí vlastně ovlivňuje sociální strukturu.

V odborné literatuře anglosaské provenience se pro emocionální dimenzi QOL již zcela etabloval pojem *subjective well-being* (SWB), či *psychological well-being* (PWB). Výchozí teze PWB zformuloval již Bradburn (*The Structure of Psychological Well-Being*, 1969). Podle jeho pojetí může být PWB v zásadě velmi obecně definována jakožto rovnováha mezi pozitivními a negativními emocemi. Pokud pozitivní emoce (*positive affect*) převažují nad negativními (*negative affect*), lze předpokládat i lepší kvalitu vnímání individuálního života. Negativní a pozitivní emoce reprezentují afektivní komponentu QOL, zatímco individuální spokojenost se životem a sociálními rolemi reprezentují komponent kognitivní.

Džuka (*Subjektívne hodnotenie kvality života: definícia, meranie a východiska*, 2012) považuje SWB a PWB za dva komplementárny konstrukty prístupu k subjektívnému aspektu QOL. V rámci teórie QOL pak rozlišuje čtyři aspekty prístupu k výzkumu těchto konstruktů. V prvním případě je kvalita života přímo ztotožňována s PWB, nebo SWB (Cummins et. al., 2003). Jiný přístup reprezentuje holisitická definice WHO, která kvalitu života definuje jako konstrukt multidimenzionální, tj. individuální percepce v kontextu kulturního, hodnotového systému v souladu s životními zájmy, očekáváním a standarty. Třetí interpretace považuje SWB za indikátor kvality života (Diener & Suh, 1997) a čtvrtý přístup interpretuje QOL zcela nezávisle na výzkumu SWB (Schumacher, Klaiberg, 2003).

Dimenze SWB může být tedy z hlediska psychologie, alespoň jak uvádí např. Hnilica (*Věk, pohlaví a kvalita života*, 2005), interpretována jako konstrukt vzájemně souvisejících komponentů, kterou tvoří jednak emocionální polarita (kladná, záporná), vlastní spokojenost (kognitivní aspekt dimenze SWB) s oblastí sociálních rolí a vztahů (spokojenost se životem, rodinou, prací atd.) a zdravotním stavem (kvalita spánku, fyzická zdatnost, atd.). Hnilica zde odkazuje na empirickou studii týkající se analýzy hodnocení SWB ve vztahu k pohlaví a věku u obyvatelstva hlavního města, provedenou v roce 2000 na vzorku 1080 respondentů. Konkluze jeho analýzy pak vedla k následujícím hypotézám: v porovnání SWB obou pohlaví vykazovali mladší muži obecně lepší kvalitu života než ženy stejného věku; ženatí muži a vdané ženy společně vykazovali lepší SWB, než svobodní jedinci. Značné rozdíly u obou pohlaví se pak týkaly vyhodnocení stenických emocí (energie, vitalita) – kde muži kupodivu uváděli kumulaci těchto emocí mezi 40. a 50. rokem života, poté pocit úplného vyčerpání a následně pocit vitality mezi 60. a 70. rokem života. U žen stenické emoce kulminovaly také kolem hranice jejich 40. roku věku, ale poté pocit vitality již konstantně klesá. Muži ovšem vykazovaly častější výskyt stenických emocí, než ženy. S narůstajícím věkem se u žen kvalita života výrazněji zhoršuje (ibid., s. 438).

2.1.2. Paradox štěstí v blahobytu moderní společnosti

Po nástupu ekonomické konjunktury v USA byl během sedmdesátých let minulého století proveden rozsáhlý sociologický průzkum respondentů zaměřený na interpretaci hodnocení jejich vlastního pocitu vnímání štěstí (*subjective well-being*). Prostřednictvím výzkumu měly být definovány subjektivní indikátory kvality života odlišující blahobytnou moderní společnosti (západního typu) a chudobu ekonomicky nerozvinutých států v jiných částech světa. V letech 1975–1997 byl podobný výzkum realizován také ve dvanácti státech sdružených v organizaci

OECD. Na čtyři sta tisíc respondentů mělo odpověď na otázku: „*Jak jste šťastní?*“ (Koukolík, 2014)

V rámci tradičního paradigmatu ekonomie štěstí vždy figurovala premisa souvislosti mezi růstem důchodu (životního standartu) a vyšším hodnocením subjektivního vnímání kvality života: tedy, že lidé s vyšším příjmem jsou šťastnější. Mají vlastně všechny bonusy spojené s ekonomickým blahobytem moderní společnosti (vyšší příjem, nad-výroba, nad-konzum, či státem garantovaná sociální a zdravotní péče o obyvatelstvo), vůbec zásadní vliv na vnímání kvality života obyvatelstva?

Richard Easterlin (*Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence*, 1974) zformuloval tezi podle níž nemá růst důchodu v čase zásadní vliv na štěstí člověka. Jakmile je dosaženo jisté úrovně uspokojení všech základních materiálních potřeb obyvatel v ekonomicky vyspělé společnosti (měřeno v HDP *per capita*), dochází k paradoxnímu útlumu pozorování subjektivně vnímaného prožitku štěstí. Z hlediska subjektivního vnímání kvality života není rozhodující veličinou ekonomický statut, ale spíše individuální kognitivní hodnocení a emoční prožívání života. Samozřejmě, některé základní premisy ekonomie růstu a životní úrovně zůstávají i nadále platné. Hraniční limitou třeba i nadále zůstává propad pod hranici chudoby (čáru bídy), která diferencuje odlišné podmínky životní úrovně jednotlivců, národů a států světa.

Richard G. Wilkson ve své studii (*Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, 1996) zase poukázal na jiný negativní aspekt moderní společnosti a to psychosociální stres. Tento jev souvisí s nerovnoměrnou distribucí příjmů, která vylučuje určité skupiny obyvatel na okraj společnosti (sociální exkluze). Tímto způsobem izolovaná skupina obyvatelstva trpí frustrujícími pocity deprese, zklamání, obav, strachu a nejistoty, které pak generují agresivní chování a pocit nepřátelství vůči etablovanému zbytku společnosti. Bohužel tento jev bývá běžnou realitou i v případě ekonomicky jinak vyspělých společností. Jedním z důvodů může být i to, že sociální kapitál nikdy není zcela rovnoměrně distribuován. Psychosociální stres je příčinou celkového zhoršení zdraví obyvatelstva a představuje spouštěč asociálních jevů jako např. kriminalita, drogová závislost, domácí násilí, sebevraždnost atd.

Na prokázanou korelaci souvislosti mezi růstem blahobytu a sebevraždností upozorňuje rovněž Mlčoch, který odkazuje na studii iniciovanou OSN (*Human Development Report*, UN, 1994). Země s nejvyšší paritou kupní síly HDP paradoxně počátkem devadesátých let vykazovaly poměrně vysoký počet sebevražd. Švýcarsko vykazovalo v této době až 4x vyšší sebevraždnost, než Česká Republika (Mlčoch, 2005).

Modus odcizení (*alienace*) individua ve společnosti orientované výhradně na individuální úspěch – „*více je vždy lépe*“ (*more is better*), byl již od konce 19. století předmětem analýzy sociální filozofie (marxismus, psychoanalýza, Frankfurtská škola). U moderního člověka typu *Homo consumens* totiž plně převládá modus vlastnění nad autenticitou bytí. Odcizený člověk ztrácí citový kontakt jak s ostatními lidmi, tak sám se sebou, tedy se svojí vlastní identitou. Smyslem jeho života se stává buď touha vlastnit produkt, nebo jen stále více konzumovat požitky a zábavu. Stává se závislým na předmětech, pocitech, prestiži a vlastním pohodlí. Seeman kupříkladu (*On The Meaning of Alienation*, 1959) zařadil mezi fundamentální aspekty odcizení bezmocnost (neprivilegovaných), nesmyslnost (pocit nesrozumitelnosti sociálním vztahům a vlastní nedostatečnosti), anomii (absence uznávaných norem) a izolaci (vyčlenění ze společnosti).

Jistým paradoxem života v blahobytu moderní společnosti tedy bylo poněkud nepříjemné zjištění, že akumulace bohatství vlastně nakonec nemusí zásadním způsobem ovlivnit lepší hodnocení subjektivního vnímání vlastní kvality života obyvatelstva. Pacione to nazývá paradoxem blahobytu (*Urban Environmental Quality and Human Wellbeing – a Social Geographical Perspective*, 2003). Podle Mlčocha je tomu tak proto, že naše subjektivní dimenze štěstí a spokojenosti (SWB) není ve všech ohledech determinována objektivními podmínkami QOL: „*ekonomie a štěstí spolu [sice] jistě [nějakým způsobem] souvisí, ale tyto souvislosti nejsou jednoduchou kauzalitou od ekonomie ke štěstí*“ (Mlčoch, 2005).

Bohatství nelze konzumovat ani v podmínkách rozvratu environmentu, který má negativní dopad na lidské zdraví a společnost jako celek. Bylo již prokázáno, že vlivem civilizační a průmyslové exploze došlo k narušení dosavadní ekologické rovnováhy (*Ecology as Factor of Quality of Life of the Population*, Yagudin, 2014). Život v toxickém prostředí přináší značně negativní důsledky na lidské zdraví a to jak v lokální, tak globální populaci. Industrializace sice přináší ekonomický rozvoj společnosti, ale zároveň představuje riziko environmentálního rozvratu s negativní zpětnou vazbou na celou lidskou společnost. Vztah ekonomie a životního prostředí reflektuje např. studie (*The science of well-being*) z roku 2002 od kolektivu autorů Huppert & Baylis & Keverne; dále pak Dasgupta (*Human well-being and the natural environment*, 2001) a Kasser (*The high price of materialism*, 2002). Koncept tzv. udržitelného rozvoje (*Sustainable Development Goals*) je v současnosti považován za zásadní program agendy OSN, která prostřednictvím organizace UNIDO (*United Nations Industrial Development Organization*) ve světě prosazuje harmonický soulad industrializace a životního prostředí.

Jiný aspekt dysfunkční společnosti moderního typu souvisí s fluktuací nabídky a poptávky na trhu práce (nezaměstnanost), nebo vůbec pracovními podmínkami zaměstnanců obecně. Práce má přitom zásadní význam pro pocit osobní realizace člověka a kvalita pracovního života musí být bezesporu zohledněna v každé teorii QOL. Na pomyslné stupnici životních priorit respondentů obvykle figuruje vztah k práci a zaměstnání (společně se zdravím a rodinou) jako jedna z nejvyšších hodnot. Měřitelnost subjektivních faktorů souvisejících s kvalitou pracovního života ovšem komplikuje specifčnost tohoto fenoménu, který svoji povahou zcela odpovídá subjektivnímu rozsahu dimenze SWB (Heřmanová, 2012).

Etablovaná studie Herzberga et al. (*The Motivation to Work*, 1959) navrhovala využít jako pomocné indikátory k měření míry spokojenosti zaměstnanců s výkonem práce tradiční kategorie (faktory) související s pracovním procesem, nebo výkonem povolání, jako jsou uznání, úspěch, povýšení, výše platu, kariérní růst atd. Na pracovní výkon zaměstnanců má vliv řada různých faktorů. Některé z nich ovšem motivují k vyšší spokojenosti (*satisfiers*), zatímco jiné lze považovat za obecně demoralizující, či de-motivující faktory (*frustrátory*), které generují nespokojenost (*dissatisfiers*) s prací. Pokud jsou v rámci pracovního procesu vnější podmínky (*hygiene factors*) nastaveny na konformní úroveň, zaměstnanec se soustředí na obsah své práce (vnitřní faktory). Vnější faktory jsou fundamentální – jejich absence vede téměř vždy k pocitu nespokojenosti s prací. Vnitřní faktory motivují k lepšímu výkonu práce. Do této skupiny můžeme subsumovat následující faktory: autonomii při volbě své práce, nebo pracovních metod, samostatné posuzování kvality práce, možnost vlastního pracovního tempa a řadu dalších. Všechny uvedené faktory podporují vnitřní motivaci (*Kick In The Ass*) a tím i uspokojení zaměstnance z výkonu práce. V klasickém procesu řízení (subordinace) zaměstnanec nemá takovou míru autonomie a tudíž ztrácí motivaci pro kariérní růst. Protože těžiště kontroly a hodnocení jeho vlastní práce fakticky leží vně dosahu jeho možností, ani sám neusiluje o jakékoliv zlepšení pracovních podmínek. Mezi faktory považované za zdroj nespokojenosti lze řadit např. vysoké pracovní tempo, rutinizaci pracovních úkonů a nutnost dodržovat stanovené termíny (plány práce). Herzberg, jak uvádí Nakonečný, důrazně rozlišil mezi spokojeností s vlastní prací a spokojeností s pracovním prostředím (*Sociální psychologie organizace*, 2005).

Ačkoliv byla Herzbergova teorie faktorů pracovní motivace v mnoha ohledech jistě poplatná době svého vzniku – do vzorku respondentů byla zahrnuta jen určitá povolání jako např. inženýři a účetní, lze výše uvedené faktory z prostředí pracovního procesu i nadále využívat jakožto obecné indikátory pro sociologický výzkum, nebo v rámci managementu.

Proto jsou součástí standardního dotazníku (*Working Conditions*) pro výzkum pracovních podmínek rovněž v členských zemích EU. Údaje získané prostřednictvím sběru dat vzorku respondentů provedeném v září roku 2000 agenturou STEM/MARK, vyhodnotil a publikoval Hnilica (*Povolání a kvalita života*, 2002).

Kvalita pracovního života a její vliv na chování zaměstnanců na pracovišti bývá hodně akcentována právě v teorii podnikového managementu, či jinak řečeno: byznysu zaměřeném na „přeměnu zdrojů na zisk a užitek“ (Malik, 2011). Werther & Davis (*Lidský faktor a personální management*, 1992) definují kvalitu pracovního života jako komplex motivačních činitelů, které zaměstnanci napomáhají k identifikaci s obchodními strategiemi, ovlivňují produktivitu jeho práce a tím přispívají k prosperitě podniku. Podle Dvořákové bývá nízká úroveň kvality pracovního života většinou spojována s určitými tělesnými a emočními problémy (únava, stres), souvisejícími buď s výkonem samotného povolání, nebo osobním životem mimo zaměstnání, dále s problémy na pracovišti, nebo problémy s produktivitou ve výrobě (Dvořáková, 2005).

V neziskovém sektoru, na rozdíl od podnikového managementu, nejsou ovšem tradiční motivační faktory, jako je např. generování zisku, v zásadě slučitelné s axiologickou stupnicí hodnot. Výzkum, který v této intenci provedla Legnerová (*Reprodukce lidského kapitálu, vzájemné vazby a souvislosti*) prokázal, že motivace pracovníků v segmentu sociálních služeb je více orientována na vnitřní hodnoty a obsah práce, kde v zásadě převažovala altruistická orientace nad externími hodnotami zisku a prospěchu (Legnerová, 2016).

Na možné nebezpečí plynoucí z nastavení profitizace systému zdravotní péče upozornila např. KŘÍŽOVÁ (*Medicína a zdravotnictví v postmoderní době*), která poukazuje na stávající trend pozvolné transformace lékařské profese a poskytování zdravotní péče na podnikatelské subjekty. Lékaři i zdravotnický personál již nechápují své povolání jako poslání a veřejnou službu a dávají přednost lukrativnější práci v systému soukromé zdravotní služby. Součástí lékařské role je stále více ekonomická a manažerská kompetence, legitimizuje se podnikání v medicínské praxi s důrazem na jistý aspekt elitářství v poskytování lékařské péče, která není dostupná všemu obyvatelstvu (Křížová, 2005).

McKinlay, který analyzoval podobný proces tohoto vývoje v USA již v osmdesátých letech minulého století (*Corporatization and the social transformation of doctoring*), pak přímo hovořil o nebezpečném vlivu souvisejícím s medicínsko-průmyslovým komplexem: „McKinlay upozorňuje na to, že odměna pro lékaře činí relativně čím dál tím menší díl spotřebovaných prostředků, ze kterých ukrájí dodavatelé léků, zdravotnické techniky a další

subdodavatelé služeb a produktů“ (Křížová, 2005, s. 443). Podle jeho analýzy došlo mezi léty 1963–1981 ve Spojených státech k rapidnímu nárůstu neklinických aktivit lékařů (až o + 45% administrativy), byrokratizaci a rozvoji toho, co nazýval jako „butiková medicína“ (*boutique medicine*), nebo neproduktivní kosmetické chirurgie (Křížová, 2005)

2.2. Kvalita života v pojetí Světové zdravotnické organizace

S růstem životní úrovně obyvatelstva souvisí i větší dostupnost zdravotní péče a obecně zlepšení celkové úrovně kvality fyzického a duševního zdraví. Fyzické zdraví bývá přitom považováno za jeden ze zásadních sociálních indikátorů kvality života společnosti. Definice pojmu „zdraví“ podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která je rovněž součástí první preambule její konstituce, hovoří o zdraví jako o: „*úplné tělesné, psychické a sociální pohodě*“ (*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*). Individuální zdraví tudíž nelze chápat jakožto pouhou absenci fyzické, nebo duševní „nemoci“, ale jako metasystém vzájemně propojených částí fyzické, psychické a sociální interakce (Kapr et al., 1991).

Koncept QOL začal být v medicíně důrazněji prosazován až v poslední dekádě minulého století. Kvalita života související se zdravím (*health related quality of life*) byla specifikována jako subjektivní pocit životní pohody (SWB) asociovaný s nemocí, úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. Sledování klinických ukazatelů úspěch či neúspěchu nasazené terapie nyní ještě rozšiřují také komplexní údaje o psychickém a fyzickém stavu pacienta, týkající se např. schopností jeho sebe-obsluhy, zvládání chůze a míry úzkosti, nebo únavy během medikace. Tento přístup je vyžadován zejména v případech terapie nevyléčitelně nemocných pacientů, pacientů s onkologickou diagnózou či psychiatrických pacientů (Hnilicová, 2005).

Jako standardní evaluační nástroj psychosomatického zdraví navrhla Světová zdravotnická organizace dotazník typu WHOQOL-100 (*Quality of Life Assessment*), nebo jeho zkrácenou verzi WHOQOL-BREF a WHOQOL-OLD (verze pro vyšší věk).

Dotazník WHO zohledňuje diagnostiku např. následujících zdravotních obtíží: bolest, deprese, únava, poruchy spánku, soustředění, neschopnost pohybu a další. Umožňuje srovnávání respondentů podle pohlaví, sociálních skupin či jiných sociodemografických znaků. Celková spokojenost se zdravím je vyhodnocována holistickým pojetím – nechybí zde ani dotazy týkající se třeba pocitu životní energie, či spokojenosti s tělesným vzhledem (Dragomirecká, 2006).

Paralelní evropská forma dotazníku (varianta EuroQOL, EQ-5D) je zaměřena výhradně na testování zdraví obyvatelstva a k vyhodnocování ekonomické efektivity zdravotního systému.

2.3. Pracovní podmínky zdravotní sestry ve směnném provozu

Výkon povolání zdravotní (všeobecné) sestry bývá právem považován za fyzicky a psychicky velmi náročný druh profese. Počáteční entuziasmus každého absolventa zdravotní a ošetrovatelské propedeutiky obvykle vystřídá, po nástupu do klinické praxe, fáze jistého sebekritického přehodnocení jeho vlastních životních hodnot a vztahu k práci. Riziko tzv. syndromu vyhoření vyplývá z dlouhodobé psychické a fyzické zátěže, konfrontace s lidským utrpením, vysokými nároky na zodpovědnost a správné rozhodování. Zdravotní sestra je během výkonu svého povolání vystavena emočnímu stresu, riziku onemocnění infekčními chorobami a spánkové deprivaci. Práce ve dvousměnném, či třisměnném provozu ovlivňuje biologický rytmus člověka a může mít negativní důsledky na lidské zdraví (Bartošíková, 2006).

Legislativní rámec pracovních podmínek zaměstnanců ve zdravotnictví definuje zákoník práce (zákon č. 262/2006 Sb.), který především upravuje zvláštní, ochranné postavení zaměstnance, bezpečné podmínky výkonu jeho práce, spravedlivé odměňování zaměstnance za řádný výkon práce v souladu se zájmy zaměstnavatele. Dvousměnný pracovní režim je definován jako proces střídání (směny) zaměstnanců během 24 hodin po sobě jdoucích. Ve třisměnném provozu se zaměstnanci střídají ve třech směnách, opět během 24 hodin po sobě jdoucích. Zajištění zdravotní péče nemocných osob ovšem vyžaduje nepřetržitý provoz, který zahrnuje výkon práce během 24 hodin denně, po sedm dnů v týdnu. Délka pracovní doby třisměnného a nepřetržitého režimu práce však nesmí překročit 37, 5 hodin *per septimanam*, přičemž v nepřetržitém provozu se (samozřejmě s ohledem na druh vykonávané práce) nejčastěji vyskytují 12 hodinové směny (Brůha, 2011).

Z pramenů veřejného práva vztahujícím se k právnímu rámci poskytování zdravotních služeb pak náleží následující předpisy: zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon č. 372/2011 Sb.), zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících

s poskytováním zdravotní péče (zákon č. 96/2004 Sb.). Tento zákon pak definuje zdravotnické povolání jako „*souhrn činností při poskytování zdravotní péče (...), zejména ošetrovatelské péče, péče v porodní asistenci, preventivní péče, diagnostické péče, léčebné péče, léčebně rehabilitační péče, paliativní péče, lékarenské péče a klinickofarmaceutické péče, neodkladné péče, anesteziologicko-resuscitační péče, posudkové péče a dispenzární péče*“ (Sbírka zákonů, zákon č. 96/2004 Sb., § 2 písmeno a).

Vyhláška č. 424/2004 Sb. definuje druhy výkonu práce všeobecné zdravotní sestry podle jejich odborné způsobilosti. Všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí, pracují kupříkladu na JIP a ARO a to ve velmi náročných podmínkách směnného provozu, který vyžaduje trvalá péče a monitorace hospitalizovaných pacientů u nichž hrozí selhání životních funkcí. Zdravotní sestra zde např. obsluhuje přístroje zajišťující životní podporu pacientů, monitoruje jejich aktuální fyziologické funkce, podle pokynů ošetřujícího lékaře obstarává výsledky laboratorních hodnot a vykonává řadu dalších činností.

Zdravotníci pracující na odděleních intenzivní péče by měli vykazovat alespoň následující osobnostní rysy: sebekritičnost, odolnost vůči zátěži, schopnost rychlého rozhodování, smysl pro týmovou práci, motivaci pro další sebevzdělávání a samozřejmě schopnost pro vnímání potřeb pacientů (Šeblová, 2009).

Fyzicky a psychicky náročná práce ovšem zahrnuje i zajištění ambulantní péče a lůžkové péče o hospitalizované pacienty s chronickým, nebo akutním onemocněním na standardních odděleních, často vyžadující i práci během nočních směn. Mimoto je třeba brát v úvahu také zajištění administrativní práce s lékařskou dokumentací. Sestry často pracují v časové tísní, ale mohou být vystaveny např. i konfliktním situacím s rodinnými příslušníky (Venglářová, 2011).

2.4. Hlavní stresové faktory práce ve směnném provozu

V odborné literatuře bývá mezi hlavní zátěžové faktory směnného provozu obvykle řazena špatná tolerance organismu související s narušením biologických rytmů a spánkový deficit při častém výkonu nočních směn, čili tzv. desynchronóza. Mezi dalšími determinanty bývá ještě uváděna psychická a fyzická zátěž (Nevšímalová, 2007).

Nerovnováha biologického rytmu může být přitom příčinou celé řady somatických potíží. Může se jednat o onemocnění trávicího systému (peptický vřed, průjem, zácpa, pálení žáhy), kardiovaskulární onemocnění (cévní mozkové příhody), vážené poruchy metabolismu

(diabetes, vyšší hladina cholesterolu) a nádorová onemocnění. Stresová zátěž organismu má samozřejmě negativní vliv také na psychiku a může být spouštěčem depresí a emocionálních změn nálad. Často se hovoří o tzv. syndromu vyhoření (*burn-out syndrom*). Jedná se o stav masivního vyčerpání, který doprovází celková emoční a kognitivní vyprahlost (Venglářová, 2011). Syndrom vyhoření zařadila WHO v květnu roku 2019 do Mezinárodní klasifikace nemocí.

2.4.1. Narušení biologických rytmů

V roce 2019 publikovala Mezinárodní společnost pro výzkum rakoviny (IRAC) v časopise *The Lancet Oncology* studii (*Carcinogenicity of night shift work*), která se zabývala důsledky narušení rytmu chronobiologie (tzv. cirkadiálního rytmu) během nočních pracovních směn a možnou karcinogenní souvislostí, konkrétně zvýšení rizika u rakoviny prsu. Experimentální evidence prokázala vznik maligních útvarů u laboratorních zvířat, nicméně klinická evidence neprokázala přímou, kauzální souvislost vzniku karcinomu u osob s dlouhodobou expozicí při výkonu noční práce. Z toho důvodu byla práce v nočních směnách prozatím klasifikována do skupiny původce pravděpodobné karcinogenity (*Group 2A carcinogen*).

Z hlediska fyziologie řídí denní a noční rytmus lidského těla endokrinní žláza mozku, tzv. epifýza, nervově spojená se sítnicí oka. Epifýza ovlivňuje biorytmy člověka prostřednictvím sekrece spánkového hormonu melatoninu, který ovlivňuje cirkadiální a cirkanuální biorytmy (spánek, bdění, činnost pohlavních žláz). Vrchol sekrece melatoninu ve fázi spánku nastává zhruba mezi třetí a čtvrtou hodinou ranní. Rytmus sekrece řídí cirkadiální hodiny v oblasti hypothalamu. Se zvyšujícím věkem se ovšem sekrece tohoto fenolového hormonu snižuje, což bývá často důvodem problémů s nespavostí (Schreiber, 2000).

Somatická rizika narušení biologických rytmů bývají přitom spojována např. se zvýšenou pravděpodobností obezity, gastrointestinálních potíží, kardiovaskulárních onemocnění, nebo vznikem rakoviny (Griffin, 2006). Kombinace únavy a nedostatku spánku ovšem může mít následkem celou řadu profesních selhání a chyb, např. vyšší pravděpodobnost dopravních nehod a pracovních úrazů vůbec. Tolerance na noční směny se snižuje s věkem a adaptabilita rapidně klesá zhruba kolem 50. roku věku. Minimalizaci možných rizik souvisejících s prací v nočních provozech má předcházet plánování rotace směn. Po nástupu do zaměstnání by měl být každý zaměstnanec poučen o rizicích práce ve směnném provozu. Během následujících měsíců by měl management vyhodnotit adaptabilitu zaměstnance prostřednictvím lékařských

vyšetření (Borzová, 2009). V zahraničí se rovněž využívají osobní dotazníky zaměřené na kvalitu spánku (Morinův spánkový dotazník, *Pittsburgh Sleep Quality Index*).

Zde je však třeba připomenout, že se jedná o ideální propozici, která je poměrně často v rozporu s praxí. Je známo, že management zdravotnických zařízení trpí nedostatkem lékařů a zdravotního personálu, nebo jsou naopak za účelem vyšších zisků záměrně snižovány počty zdravotního personálu. Jak např. uvádí GALATCH a kolektiv (*Effects of requested, forced and denied shift schedule change on work ability and health of nurses in Europe*), v osmi státech E.U. pracuje na nočních směnách více než 50 % všeobecných zdravotních sester. Jistě nepřekvapilo, že největší procentuální podíl zdravotnického personálu ve směnném provozu byl zaznamenán v východních zemích E.U. (Galatch at al., 2013).

2.4.2. Spánkový deficit

Přechodné poruchy usínání a celistvosti spánku, jak uvádí Nevšimalová (*Poruchy spánku a bdění*), vykazovalo 50–60 % osob, které v rámci svého zaměstnání vykonávalo noční práci ve směnném provozu (Nevšimalová, 2007). Deficit spánku se nejčastěji projevuje poruchami soustředění, problémy s krátkodobou pamětí, náladovostí a sníženou výkonností. Extrémním případem je pak chronická spánková deprivace. Tato porucha se projevuje jednak problémy s nespavostí (obtížné usínání a přerušovaný spánek), doprovázené symptomy jako např. třes rukou, zhoršení zrakových vjemů a poruchy orientace (Nevšimalová, 2007).

Vlivem směnného provozu na kvalitu spánku u zdravotního personálu se zabývala např. studie kolektivu autorů (*The Impact of Shift Work on Nurses' Quality of Sleep*) publikovaná v roce 2017 v periodiku zdravotnické výchovy THE ABNF JOURNAL (*The journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education*). Autoři shromáždili empirická data celkem 138 respondentů zdravotnického personálu, který pracoval ve směnném provozu. V interpretačním přístupu převzali teorii behaviorálního modelu na podporu zdraví od Noly Penderové (*Nola Pender's Health Promotion Model*). Jeho podstatou je mimo jiné též aktivní podpora zdraví u zdravotního personálu, který nemůže odvádět kvalitní práci ve stresovém prostředí: „*If nurses do not promote their own health needs, such as sleep quality, then they cannot effectively take care of patients*“ (ibid, s. 60). Korelace negativního vlivu spánkového deficitu, obzvláště během dvanáctihodinových směn, na kvalitu života zdravotního personálu byla jednoznačně prokázána. Procentuální podíl všech odpovědí na otázku zda-li výkon práce zdravotní sestry ovlivňuje jejich biologický rytmus spánku činil téměř 81, 75 %. Spánkový

deficit měl podle respondentů negativní vliv na jejich kvalitu života. Řada respondentů pak uváděla různé zdravotní potíže, např. bolesti hlavy, únava a stres.

Únava a nedostatek spánku velmi negativně ovlivňují jak fyzický, tak psychický stav zdravotního personálu a tím vlastně i efektivitu jejich výkonu. Akutní stresová únava výrazně snižuje psychomotorickou výkonnost, způsobuje zpomalení reakční doby, podrážděnost a neefektivní komunikaci. Tyto negativní vzorce chování mohou v zásadě ohrozit vlastní péči o pacienta. Ovlivňují však kvalitu života zdravotního personálu i mimo zaměstnání – třeba tím, že narušují jejich rodinné a partnerské vztahy (Owens at al., 2017).

Stejné závěry podporuje rovněž recentní studie (*Influence of Sleep Characteristic Changes on Nurses Quality of Life during Their Transition to Practice*) publikovaná v renomovaném periodiku *International Journal of Environmental Research and Public Health* (roč. 2022, 19, 573). Autoři vycházejí ze zkušeností z prostředí zdravotnického personálu v Jižní Koreji a vyhodnocují vliv směného provozu a spánkového deficitu u absolventů, kteří nastoupili do klinické praxe bezprostředně po ukončení svého studia. Upozorňují na obtíže související s adaptabilitou diplomovaných sester zejména při přechodu na práci během nočních směn (tzv. maladaptivní syndrom), které bývají nejčastějším spouštěčem psychického a fyzického stresu u čerstvých absolventů. Neschopnost přizpůsobení se nepravidelностям a změnám časových rytmů práce byla prokázána téměř u 20 % respondentů. Přechod do praxe totiž reprezentuje kritické období, které může vést u části zaměstnanců nakonec k rozhodnutí vzdát se výkonu tohoto náročného povolání. Během období prvních 3–6 měsíců od nástupu do zaměstnání by ze strany zaměstnavatele měla být poskytována patřičná podpora, jejíž individuální povahu může upravovat management, např. prostřednictvím důmyslnějšího plánování rotace směn, nebo edukační interakcí se zaměstnanci (Kyoungja & Youngjin, 2022).

Problematika spánkové deprivace byla poměrně často reflektována právě v zahraničních studiích asijské provenience. Číňané srovnávali rozdíl kvality spánku u zdravotních sester pracujících ve směnném provozu ihned po nástupu do zaměstnání a jejich starších kolegyně již pracujících ve směnném provozu po dobu minimálně šesti měsíců (*Influencing Factors for Sleep Quality Among Shift-working Nurses*). Kvalitu spánku vyhodnocovali na vzorku 487 respondentů a to prostřednictvím Pittsburghského spánkového dotazníku (PSQI). Spánková deprivace byla prokázána v podílu 72, 1 % respondentů, přičemž většinu z nich tvořila skupina pracovně starších sester (Zhang et al., 2016).

Tuzemskou studii (*The impact of shift work on sleep and anxiety in general nurses*) na podobné téma publikovala VÉVODOVÁ a kolektiv v roce 2016. Výzkum zdravotnického personálu byl proveden u tří poskytovatelů lůžkové péče v Olomouckém kraji. Heuristický výběr zahrnoval skupinu sester stejného počtu pracujících v jednosměnném provozu a kombinované směně. K vyhodnocení zůstalo k dispozici celkem 121 dotazníků strukturovaných v poměru 65 sester pracujících v kombinované směně s průměrným věkem 38, 29 (SD = 9, 36) a délkou praxe 17, 57 let (SD = 8, 97), vůči 56 sester pracujících v jednosměnném provozu s průměrným věkem 40, 77 let (SD = 9, 44) a délkou praxe 20, 70 let (SD = 10, 05). Průměrná délka spánku u všeobecných sester v první kontrolní skupině byla vyhodnocena na 6, 49 hodin, ve druhé kontrolní skupině pak 6, 88 hodin. U kombinovaných směn byla prokázána vyšší míra poruch spánku a symptomů úzkosti, než u kontrolní skupiny pracující v ranních směních (Vévodová at al., 2016).

Nadměrná pracovní zátěž zdravotnického personálu se bohužel naplno projevila během pandemie onemocnění SARS-CoV-2. V rámci tuzemského výzkumu byla u zdravotnického personálu zaznamenán prudký nárůst stresových symptomů, konkrétně insomnie, úzkosti, deprese a anxiety (Horáček & Brunovský, 2021). Autoři čínské studie z roku 2020 (*A Study of Basic Needs and Psychological Wellbeing of Medical Workers in the Fever Clinic of a Tertiary General Hospital in Beijing during the COVID-19 Outbreak*) uvádí, že problémy se spánkem mělo až 30 % respondentů jejich zkoumaného vzorku (Chen & Liang, at al., 2020).

2.4.3. Psychická a fyzická zátěž

TUČEK rozlišuje tři základní formy psychické zátěže. Senzorickou zátěž související s činnostmi zatěžující smyslové orgány. Mentální zátěž, kterou indukují zvýšené požadavky na zpracování informací se zatížením kognitivních funkcí jako jsou např. pozornost, paměť, představivost, rozhodování a myšlení – někdy nazývané jako tzv. přetížení množstvím práce. Emoční zátěž indukují činnosti a situace vyvolávající afektivní odezvu (Tuček, 2005).

Povolání zdravotní sestry bylo vždy spojováno se značnou emoční zátěží, která vyplývá s každodenním střetáváním se s lidským utrpením a smrtí pacientů. Namáhavá fyzická pracovní zátěž samozřejmě může být jistý prekurzor psychické zátěže. Pokud druh vykonávané práce přesahuje fyzické možnosti a schopnosti jedince, pak nelze ani očekávat kvalitní efektivitu pracovního procesu a navíc hrozí riziko poškození zdraví zaměstnance (Tuček, 2005).

Syndrom vyhoření bývá důsledkem chronické emocionální zátěže doprovázené fyzickým vyčerpáním. Symptomy syndromu se mohou projevovat v rovině sociální např. apatií, nebo podrážděností vzhledem k nejbližšímu okolí a pracovnímu kolektivu, ztráty smyslu pracovní náplně a celkovým nezájmem o jakoukoliv sociální interakci. Somatické projevy syndromu se projevují jako bolesti hlavy, zad, břicha, poruchy krevního oběhu, časté infekce, výkyvy tělesné hmotnosti a problémy se spánkem (Venglářová, 2011).

Negativním vlivem vysoké fyzické a psychické pracovní zátěže na zdravotnický personál během nástupu koronavirové pandemie v Číně se zabývala řada tamních studií (Chen & Liang, at al., 2020). Zaměstnanci jedné z pekingských klinik (*Tertiary General Hospital in Beijing*) pracovali v izolovaných skupinách po dobu dvou až tří týdnů, než byli vystřídáni další skupinou. Před odchodem domů museli ovšem strávit ještě dva týdny karanténní izolace. Harmonogram pro zajištění nepřetržité služby zdravotních sester aplikoval střídání dvanáctihodinových směn a dvou čtyřhodinových s přestávkami. Během tohoto kritického období ošetřovali zaměstnanci kliniky až 200 pacientů denně. Zdravotnický personál pracoval pod značným psychickým a fyzickým stresem. Mezi stresory emoční zátěže u zdravotnického personálu byl nejčastěji uváděn strach o vlastní rodinu a dlouhodobé odloučení od rodiny. Veškerá komunikace s příbuznými byla možná jen prostřednictvím telefonátů, nebo videochatů. Hodně respondentů rovněž uvádělo stav úplného fyzického vyčerpání, bolesti hlavy, krku a ramen, časté močení, nebo kožní vyrážky (Chen & Liang, at al., 2020).

Během krizové fáze epidemie Číňané zřídili podpůrný tým psychologického poradenství (*psychological intervention medical team*), který poskytoval zdravotnickému personálu např. on-line psychologickou podporu, nebo skupinové terapie pro uvolnění stresu. Autoři studie publikované v periodiku THE LANCET PSYCHIATRY (*Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak*) přitom uvádí, že většina zdravotních sester v tomto období vykazovala symptomy fyzického vyčerpání a psychické tísně, konkrétně pak: vzrušivost, podrážděnost a neochotu odpočívat. Část zaměstnanců ovšem odmítala intervenci psychologů a uváděla, že potřebují především více odpočinku: „*Many staff mentioned that they did not need a psychologist, but needed more rest without interruption and enough protective supplies*“ (Chen & Liang & Li at al., 2020).

Jiná, původem srbská studie (*Mental health of medical personnel during the COVID-19 pandemic*), publikovaná v prosinci 2020 v periodiku BRAIN AND BEHAVIOR, byla rovněž zaměřena na vyhodnocení důsledků psychické a fyzické zátěže zdravotnického personálu

během koronavirové pandemie. Podle závěrů této studie byl ošetrovatelský personál během pandemie vystaven enormní míře fyzické a psychické zátěže, která zaměstnancům způsobila vyšší míru stresu, úzkosti a deprese (Antonijevic et al., 2020). Vliv pandemie na psychické a fyzické zdraví ošetrovatelů a lékařů bude jistě předmětem dalšího studia.

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část navazuje na předchozí kapitolu, která sumarizuje publikované poznatky ke zkoumané oblasti.

Hlavní cíl zkoumání:

Hlavním cílem zkoumání bylo zjistit, zda má typ pracovního provozu vliv na kvalitu života dotazovaných všeobecných sester a její prožívání.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda má typ pracovního provozu vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života všeobecných sester ze zkoumaného souboru.
2. Zjistit, zda má typ pracovního provozu všeobecných sester ze zkoumaného souboru vliv na jejich spokojenost se zdravím.
3. Zjistit, zda má typ pracovního provozu všeobecných sester ze zkoumaného souboru statisticky významný vliv na domény dotazníku kvality života (fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy, životní podmínky).
4. Zjistit, zda má věk všeobecných sester ze zkoumaného souboru statisticky významný vliv na domény dotazníku kvality života (fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy, životní podmínky).
5. Zjistit, zda má typ pracoviště statisticky významný vliv na domény dotazníku kvality života (fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy, životní podmínky) všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

3.1. Metodika zkoumání

Design výzkumné studie

Ve výzkumné části diplomové práce byla uplatněna kvantitativní metoda šetření. Využit byl observační deskriptivní výzkumný design. Limitace v provedení této studie jsou uvedeny jako součást kapitoly Diskuse.

Zkoumaný soubor

Zkoumání bylo realizováno u souboru 571 všeobecných sester. Výzkumu se zúčastnily všeobecné sestry, které dobrovolně vyplnily standardizovaný dotazník, čímž vyjádřily souhlas

se zařazením do studie na základně informovaného souhlasu. Tento informovaný souhlas byl uveden na začátku dotazníku a informoval respondenty o tom, že účast ve výzkumu je dobrovolná, v průběhu mohou kdykoliv odstoupit a že získané údaje budou vyhodnocovány a prezentovány anonymně. Informovaný souhlas seznámil respondenty s cílem výzkumu i charakterem dotazníku.

Kritéria zařazení osob do souboru

- Všeobecné sestry
- Souhlas s účastí na výzkumném šetření (viz příloha č. 1)
- Dobrovolnost zapojení se do výzkumné studie

Sběr dat byl realizován online formou. Dotazníky byly rozeslány do skupin všeobecných sester na Facebooku. Jednalo se o záměrný výběr respondentů, a to na podkladě výše uvedených kritérií.

Plánovaný versus reálný počet participantů

Dotazník byl rozeslán na sociální síť Facebook. Očekávání, že se dotazníkového šetření zúčastní alespoň 100 respondentů bylo několikanásobně překonáno. Překvapující byl enormní zájem o tuto problematiku. Příspěvek obsahující odkaz na dotazník byl několikrát okomentován všeobecnými sestrami, které uvítaly, že se mohou o své názory podělit. Reálný počet participantů tedy činil 571.

Uplatněná výzkumná metoda a nástroj ke sběru dat

Pro sběr dat byla uplatněna metoda dotazníkového šetření. Dotazník patří k poměrně často využívaným metodám, vzhledem k jeho rychlému a ekonomicky výhodnému sběru dat od širokého spektra respondentů. Písemné odpovědi jsou získány prostřednictvím písemného kladení otázek, které jsou předem připravené a pečlivě formulované (Chráška, 2016).

V této diplomové práci byl využit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF s písemným souhlasem autorky české verze Evy Dragomirecké. (viz příloha č. 2)

Popis a tvorba nástroje ke sběru dat

Standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF představuje zkrácenou formu dotazníku WHOQOL-100. Jedná se o nástroj, určený k měření kvality života skupin či populací. Umožňuje regionální i mezinárodní srovnávání nebo srovnávání skupin s různými

sociodemografickými charakteristikami. Podnět k vytvoření byl podán roku 1991 Odborem duševního zdraví Světové zdravotnické organizace. Mezi silné stránky dotazníku patří jeho komplexnost, vzhledem k tomu, že pokrývá mnoho škál kvality života, subjektivnost a kulturní relevance (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Dotazník WHOQOL-BREF se skládá z 26 položek a je rozdělen na dvě části. První část, tedy položky Q1 a Q2 hodnotí celkovou kvalitu života a zdravotní stav. V druhé části jsou obsaženy 4 domény: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. K měření kvality života dle zmiňovaného dotazníku je třeba spočítat průměrné hrubé skóre jednotlivých domén (jedná se o standardizované průměrné hodnoty položek, které přísluší každé doméně). Rozpětí hrubého doménového skóre je znázorněno čísly od 4 do 20. Z čehož 4 je minimum a 20 je maximum. Čím vyšší skóre v dané doméně je, tím je kvalita života vyšší (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Doména fyzické zdraví zahrnuje otázky číslo 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Tyto otázky se týkají denní aktivity, spánku, únavy, bolesti a závislosti na lékařské pomoci. Do domény prožívání jsou řazeny otázky 5, 6, 7, 11, 19, 26. Jedná se o otázky zabývající se sebeláskou, smyslem života, schopností soustředit se, radostí a existencí negativních pocitů. Doméně sociální zdraví odpovídají otázky 20, 21, 22, 8 a zkoumají hodnocení interpersonálních vztahů, úroveň bezpečí v denním životě a podporu přátel. Otázky s číslem 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25 spadají pod doménu prostředí a zabývají se hodnocením finančního aspektu, spokojenosti s prostředím v okolí bydliště, možností dopravy a dostupností lékařské péče (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Před realizací dotazníkového šetření bylo nutné prostudování Příručky pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace výše uvedených autorek. Součástí dotazníku je také část zabývající se sociodemografickými údaji. V této části byli respondenti dotazováni na výši dosaženého vzdělání, věk, pohlaví, rodinný stav, typ bydlení, zda mají možnost ovlivnit své služby, typ provozu a typ pracoviště.

Ověření využitelnosti nástroje pro zkoumaný soubor

Vzhledem k tomu, že pro tento výzkum byl využit standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace, nebylo provedeno ověření využitelnosti nástroje dle předem stanovených postupů. Dotazník byl však předložen skupině 5 všeobecných sester, které následně do zkoumaného souboru respondentů nebyly zahrnuty. S nimi byla prodiskutována první část dotazníku, zabývající se demografickými údaji. Oslovené zdravotní sestry shledaly

tuto část dotazníku zcela adekvátní, pouze bylo doporučeno, doplnit otázku, zda mají dotazovaní respondenti možnost ovlivnit své služby.

Organizace a lokace sběru dat

Před samotnou organizací výzkumu bylo důležité shromáždit potřebné poznatky z příručky pro českou verzi dotazníku WHOQOL-BREF autorem Dragomirecké a Bartoňové (2006).

Data byla shromažďována v období od ledna do února 2023.

Distribuce dotazníků proběhla online formou prostřednictvím internetového portálu <https://www.surveymonkey.com/cs/>. Data byla získávána autorkou diplomové práce, která rozeslala odkaz na dotazník na facebookové skupiny všeobecných sester. K odkazu byl přiložen krátký popis, který obsahoval představení, sdělení důvodu, proč je daný výzkum realizován a že vyplnění dotazníku zabere 5 – 10 minut.

Etické parametry studie

Vzhledem k tomu, že dotazníky byly rozeslány elektronickou formou, byl informovaný souhlas v úvodní části dotazníku. V něm byla autorka účastníkům výzkumu krátce představena, dále zde byly shrnuty informace o cíli a metodě výzkumu. Respondenti byli ujisti o anonymitě, o tom, že účast je zcela dobrovolná a v průběhu vyplňování dotazníku mohou kdykoliv odstoupit. Zároveň bylo účastníkům výzkumu sděleno, že vyplněním dotazníku vyjadřují souhlas s anonymním publikováním výsledků.

Pro sběr dat byl využit převzatý nástroj, konkrétně standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. Dotazník je součástí příručky pro českou verzi dotazníku WHOQOL-BREF autorem Dragomirecké a Bartoňové (2006). Žádost o souhlas s jeho využitím byla odeslána prostřednictvím e-mailu doktorce Evě Dragomirecké, která s odpovědí zároveň zaslala i elektronickou formu dotazníku. (viz příloha č. 3)

Postupy deskriptivního (popisného) zpracování získaných dat

Pro popis položek dotazníku byl využit software Excel. Odpovědi na jednotlivé položky byly popsány pomocí absolutních a relativních četností. Pro grafické znázornění bylo využito sloupcových grafů.

Skóre čtyř domén dotazníku WHOQOL-BREF bylo popsáno pomocí popisných statistik, konkrétně minimum, maximum, aritmetický průměr a směrodatná odchylka.

Tyto charakteristiky byly vypočteny v software STATISTICA 12. Pro statistické zpracování dat byly využity služby Mgr. Ivany Petříkové.

Ve výše uvedeném software byly také ověřeny statistickými testy stanovené hypotézy.

Formulace hypotéz ke statistickému testování

Cíl 1: Zjistit, zda má typ pracovního provozu vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Hypotéza 1

H0: Typ pracovního provozu nemá statisticky významný vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Cíl 2: Zjistit, zda má typ pracovního provozu všeobecných sester ze zkoumaného souboru vliv na jejich spokojenost se zdravím.

Hypotéza 2

H0: Typ pracovního provozu nemá statisticky významný vliv na spokojenost se zdravím všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na spokojenost se zdravím všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Cíl 3: Zjistit, zda má typ pracovního provozu sester ze zkoumaného souboru statisticky významný vliv na domény dotazníku kvality života (fyzické zdraví duševní zdraví, sociální vztahy, životní podmínky).

Hypotéza 3

H0: Typ pracovního provozu nemá statisticky významný vliv na fyzické zdraví sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na fyzické zdraví sester ze zkoumaného souboru.

Hypotéza 4

H0: Typ pracovního provozu nemá statisticky významný vliv na duševní zdraví sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na duševní zdraví sester ze zkoumaného souboru.

Hypotéza 5

H0: Typ pracovního provozu nemá statisticky významný vliv na sociální vztahy sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na sociální vztahy sester ze zkoumaného souboru.

Hypotéza 6

H0: Typ pracovního provozu nemá statisticky významný vliv na životní podmínky sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na životní podmínky sester ze zkoumaného souboru.

Cíl 4: Zjistit, zda má věk všeobecných sester ze zkoumaného souboru statisticky významný vliv na domény dotazníku kvality života (fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy, životní podmínky).

Hypotéza 7

H0: Věk nemá statisticky významný vliv na fyzické zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Věk má statisticky významný vliv na fyzické zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Hypotéza 8

H0: Věk nemá statisticky významný vliv na duševní zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Věk má statisticky významný vliv na duševní zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Hypotéza 9

H0: Věk nemá statisticky významný vliv na sociální vztahy všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Věk má statisticky významný vliv na sociální vztahy všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Hypotéza 10

H0: Věk nemá statisticky významný vliv na životní podmínky všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Věk má statisticky významný vliv na životní podmínky všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Cíl 5: Zjistit, zda má typ pracoviště statisticky významný vliv na domény dotazníku kvality života (fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy, životní podmínky).

Hypotéza 11

H0: Typ pracoviště nemá statisticky významný vliv na fyzické zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracoviště má statisticky významný vliv na fyzické zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Hypotéza 12

H0: Typ pracoviště nemá statisticky významný vliv na duševní zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracoviště má statisticky významný vliv na duševní zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Hypotéza 13

H0: Typ pracoviště nemá statisticky významný vliv na sociální vztahy všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracoviště má statisticky významný vliv na sociální vztahy všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Hypotéza 14

H0: Typ pracoviště nemá statisticky významný vliv na životní podmínky všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracoviště má statisticky významný vliv na životní podmínky všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Metody statistického testování hypotéz

Pro ověření první a druhé hypotézy byl využit Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti. Tento test zjišťuje, zda jsou dvě kategoriální veličiny stochasticky nezávislé. Podmínkou pro provedení testu je splnění podmínek dobré aproximace. To znamená, že 80 % očekávaných četností musí být vyšší než 5 a zbylých 20 % nesmí klesnout pod 1.

Pro ověření ostatních hypotéz byl použit Kruskal-Wallisův test. Tento test patří mezi neparametrické testy, které k výpočtům používají pořadí naměřených hodnot. Zjišťuje závislost mezi kardinální a kategoriální proměnnou o více než dvou obměnách, přičemž kardinální proměnná nesplňuje normální rozložení dat. Jde o obměnu analýzy rozptylu, která pracuje s normálně rozloženými daty. V případě, že je závislost dvou sledovaných

veličin potvrzena, používají se k nalezení dvojic variant kategoriální proměnné, mezi kterými existuje statisticky významná závislost, testy mnohonásobného porovnání p-hodnot. Jako grafické zobrazení statisticky významných rozdílů se používají krabicové grafy.

3.2 Výsledky deskriptivního zpracování dat

Tato kapitola obsahuje výsledky dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 571 respondentů. Závěry z výzkumného šetření jsou uvedeny v návaznosti na pořadí dotazníkových otázek.

Položky dotazníku byly vyhodnoceny pomocí absolutních a relativních četností. Ke grafickému zobrazení byly použity sloupcové grafy. Sociodemografické údaje jsou uvedeny ve dvou souborných tabulkách.

Skóre v jednotlivých doménách dotazníku WHOQOL-BREF je popsáno pomocí popisných statistik pro kardinální data - minimum, maximum, aritmetický průměr, směrodatná odchylka.

3.2.1 Sociodemografické údaje

Tabulka 1: Věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav

Pohlaví	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Žena	568	99,47
Muž	3	0,53
Celkem	571	100,00
Věk	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
18 - 30 let	177	31,00
31 - 50 let	284	49,74
50 a více	110	19,26
Celkem	571	100,00
Nejvyšší dosažené vzdělání	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Vysokoškolské Mgr.	35	6,13
Středoškolské s maturitou	259	45,36
Vysokoškolské Bc.	123	21,54
Vyšší odborné	154	26,97
Celkem	571	100,00

Rodinný stav	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Vdaná/ženatý	295	51,66
Svobodná(ý)	184	32,22
Registrované partnerství	2	0,35
Jiná forma vztahu	90	15,76
Celkem	571	100,00

Výzkumu se zúčastnily dle očekávání především ženy (n=568; 99,47 %). Muži jsou v souboru pouze 3 (0,53 %).

Nejvíce sester v souboru bylo ve věku 31 - 50 let (n=284; 49,74 %), nejméně ve věku 50 let a více (n=110; 19,26 %). Téměř třetina sester byla ve věku 18 - 30 let (n=177; 31 %).

Nejčastější nejvyšší vzdělání, kterého sestry ve výzkumném souboru dosáhly bylo středoškolské s maturitou (n=259; 45,36 %). Nejméně je ve výzkumném souboru sester s magisterským vzděláním (n=35; 6,13 %). Zhruba pětina sester má bakalářské vzdělání (n= 123; 21,54 %) a čtvrtina má vyšší odborné vzdělání (n=154; 26,97 %).

Dotazované sestry žijí nejčastěji v manželství (n=295; 51,66 %) a nejméně často v registrovaném partnerství (n=2; 0,35 %). Téměř třetina sester je svobodných (n=184; 32,22 %).

Tabulka 2: Typ bydlení, typ pracoviště, typ provozu, možnost ovlivnit své služby

Typ bydlení	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Vlastní	397	69,53
Nájemní	154	26,97
Ubytovna	6	1,05
Jiné	14	2,45
Celkem	571	100,00
Typ pracoviště	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Oddělení	472	82,66
Ambulanci	99	17,34
Celkem	571	100,00
Typ provozu	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Jednosměnný	96	16,81

Třísměnný	159	27,85
Dvousměnný	316	55,34
Celkem	571	100,00
Možnost ovlivnit své služby:	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Pouze někdy	332	58,14
Ne	68	11,91
Ano	171	29,95
Celkem	571	100,00

Další položka dotazníku zjišťovala typ bydlení dotazovaných sester. Zdravotní sestry žijí nejčastěji ve vlastním bydlení (n=397; 69,53 %) a nejméně často na ubytovně (n=6; 1,05 %). V nájemném typu bydlení žije zhruba čtvrtina sester (n=154; 26,97 %).

Výzkumný soubor tvořily především sestry na oddělení (n=472; 82,66 %). Dále se výzkumu zúčastnily sestry z ambulancí (n=99; 17,34 %).

Sestry, které se zúčastnily výzkumu pracují nejčastěji v dvousměnném provozu (n=316; 55,34 %). Druhou nejčetnější skupinu tvoří sestry pracující v třísměnném provozu (n=159; 27,85 %). Sester pracujících v jednosměnném provozu bylo nejméně (n=96; 16,81 %).

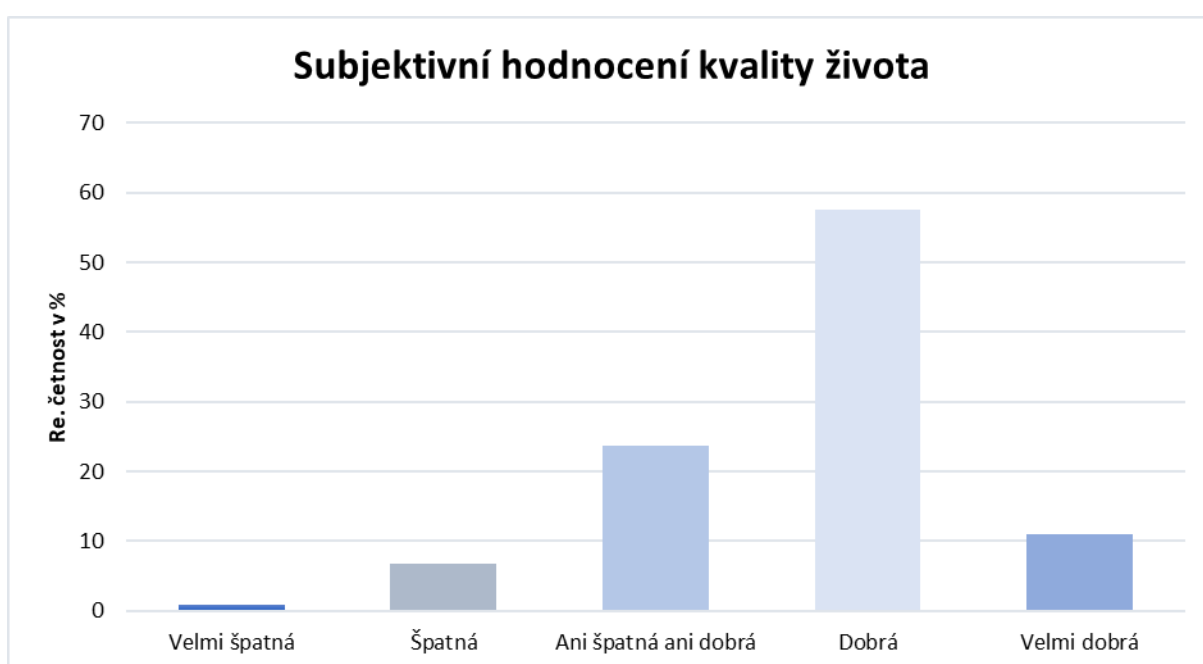
Další položka dotazníku zjišťovala, zda mají sestry možnost ovlivnit své služby. Většina dotazovaných sester má možnost ovlivnit své služby pouze někdy (n=332; 58,14 %). Téměř třetina sester má možnost své služby ovlivnit (n=171; 29,95 %) a pouze desetina tuto možnost nemá vůbec (n=68; 11,91 %).

3.2.2 Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF

První položka dotazníku zjišťuje subjektivní hodnocení kvality života. Většina sester ze zkoumaného souboru ji hodnotí jako dobrou (n=329; 57,62 %). Téměř čtvrtina sester hodnotí svou kvalitu života jako ani špatnou ani dobrou (n=135; 23,64 %). Zhruba desetina sester hodnotí svou kvalitu života jako velmi dobrou (n=63; 11,03 %). Ještě menší podíl sester hodnotí svou kvalitu života jako špatnou (n=39; 6,83 %) nebo velmi špatnou (n=5; 0,88 %).

Tabulka 3: Subjektivní hodnocení kvality života

Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Velmi špatná	5	0,88
Špatná	39	6,83
Ani špatná ani dobrá	135	23,64
Dobrá	329	57,62
Velmi dobrá	63	11,03
Celkem	571	100,00



Graf 1: Subjektivní hodnocení kvality života

Druhá položka dotazníku zjišťuje subjektivní hodnocení spokojenosti se zdravím. Polovina dotazovaných sester je se svým zdravím spokojena (n=288; 50,44 %). Čtvrtina sester zvolila odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a (n=146; 25,57 %). Zhruba pětina sester se svým zdravím není spokojena (n=108; 18,91 %) nebo je dokonce velmi nespokojen/a (n=5; 0,88 %). Velmi malý podíl sester je se svým zdravím velmi spokojen (n=24; 4,20 %).

Tabulka 4: Spokojenost se zdravím

Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Velmi nespokojen/a	5	0,88
Nespokojen/a	108	18,91
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	146	25,57
Spokojen/a	288	50,44
Velmi spokojen/a	24	4,20
Celkem	571	100,00



Graf 2: Spokojenost se zdravím

Na následující položky dotazníku bylo možné odpovědět pěti možnostmi - vůbec ne, trochu, středně, hodně a maximálně.

Na otázku *Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?* Dotazované sestry nejčastěji odpověděly *trochu* (n=208; 36,43 %). Druhá nejčastější odpověď byla *středně* (n=161; 28,20 %). Nejméně často odpověděly *maximálně* (n=3; 0,53 %).

Na otázku *Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?* Sestry nejčastěji odpověděly *trochu* (n=235; 41,16 %). Druhá nejčastější odpověď byla *vůbec ne* (n=233; 40,81 %). Nejméně často odpověděly *maximálně* (n=2; 0,35 %).

Na otázku *Jak moc Vás těší život?* Sestry nejčastěji odpověděly *hodně* (n=254; 44,48 %). Druhá nejčastější odpověď byla *středně* (n=191; 33,45 %). Nejméně často odpověděly *vůbec ne* (n=14; 2,45 %).

Na otázku *Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?* Dotazované sestry nejčastěji odpověděly *hodně* (n=247; 43,26 %). Druhá nejčastější odpověď byla *středně* (n=156; 27,32 %). Nejméně často odpověděly *vůbec ne* (n=10; 1,75 %).

Na otázku *Jak se dokážete soustředit?* Sestry nejčastěji odpověděly *středně* (n=256; 44,83 %). Druhá nejčastější odpověď byla *hodně* (n=227; 39,75 %). Nejméně často odpověděly *vůbec ne* (n=5; 0,88 %).

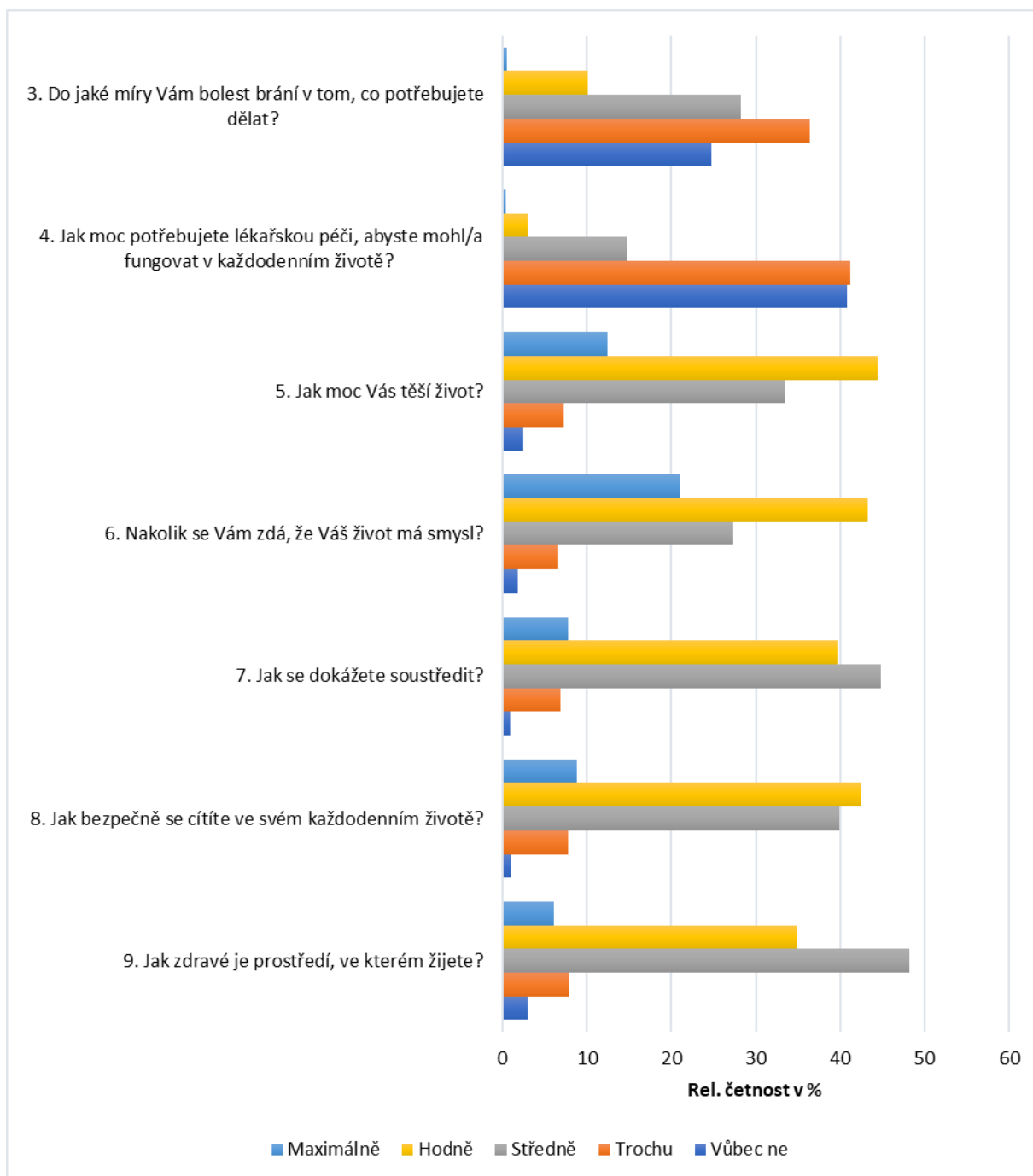
Na otázku *Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?* Sestry z dotazovaného souboru nejčastěji odpověděly *hodně* (n=243; 45,26 %). Druhá nejčastější odpověď byla *středně* (n=228; 39,93 %). Nejméně často odpověděly *vůbec ne* (n=6; 1,05 %).

Na otázku *Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?* Byla nejčastější odpověď *středně* (n=275; 48,16 %). Druhá nejčastější odpověď byla *hodně* (n=199; 34,85 %). Nejméně často sestry odpověděly *vůbec ne* (n=17; 2,98 %).

Tabulka 5: Hodnocení položek 3 - 9 dotazníku WHOQOL-BREF

	Vůbec ne		Trochu		Středně		Hodně		Maximálně	
	Abs. četnost	Rel. četnost (%)	Abs. četnost	Rel. četnost (%)	Abs. četnost	Rel. četnost (%)	Abs. četnost	Rel. četnost (%)	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	141	24,69	208	36,43	161	28,20	58	10,16	3	0,53
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	233	40,81	235	41,16	84	14,71	17	2,98	2	0,35
5. Jak moc Vás těší život?	14	2,45	41	7,18	191	33,45	254	44,48	71	12,43
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	10	1,75	38	6,65	156	27,32	247	43,26	120	21,02
7. Jak se dokážete soustředit?	5	0,88	39	6,83	256	44,83	227	39,75	44	7,71
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	6	1,05	44	7,71	228	39,93	243	42,56	50	8,76

9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	17	2,98	45	7,88	275	48,16	199	34,85	35	6,13
---	----	------	----	------	-----	-------	-----	-------	----	------



Graf 3: Hodnocení položek 3 - 9 dotazníku WHOQOL-BREF

Další položky dotazníku bylo možné ohodnotit jako vůbec ne, spíše ne, středně, většinou ano a zcela.

Z celkového počtu dotazovaných na otázku *Máte dost energie pro každodenní život?* Odpovědělo 180 sester *spíše ne* (n=180; 31,52 %). Druhá nejčastější odpověď byla *středně* (n=176; 30,82 %). Nejméně často odpověděly *zcela* (n=9; 1,58 %).

Na otázku *Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?* Dotazované sestry nejčastěji odpověděly *většinou ano* (n=264; 46,23 %). Druhá nejčastější odpověď byla *středně* (n=129; 22,59 %). Nejméně často odpověděly *vůbec ne* (n=31; 5,43 %).

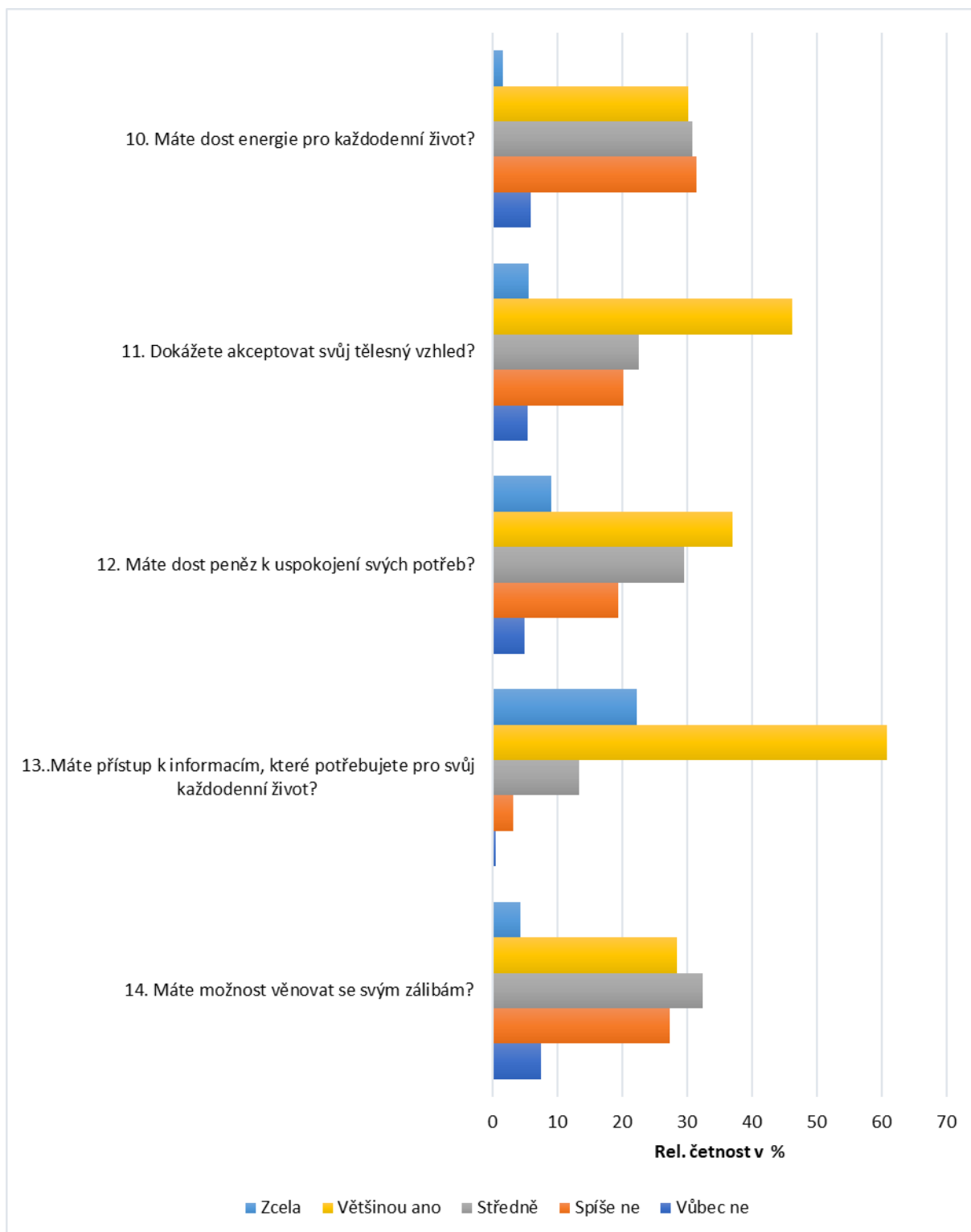
Na otázku *Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?* Byla nejčastější odpovědí *většinou ano* (n=211; 36,95 %). Druhá nejčastější odpověď byla *středně* (n=169; 29,60 %). Nejméně často sestry odpověděly *vůbec ne* (n=28; 4,90 %).

Zda mají všeobecné sestry ze zkoumaného souboru přístup k informacím, které potřebují pro svůj každodenní život, nejčastěji odpověděly *většinou ano* (n=347; 60,77 %). Druhá nejčastější odpověď byla *zcela* (n=127; 22,24 %). Nejméně často odpověděly *vůbec ne* (n=3; 0,53 %).

Celkem 185 dotazovaných sester zvolilo odpověď *středně* (n=185; 32,40 %) na otázku, *zda mají možnost věnovat se svým zálibám.* Druhá nejčastější odpověď byla *většinou ano* (n=162; 28,37 %). Nejméně často odpověděly *zcela* (n=25; 4,38 %).

Tabulka 6: Hodnocení položek 10 - 14 dotazníku WHOQOL-BREF

	Vůbec ne		Spíše ne		Středně		Většinou ano		Zcela	
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.
	četnos t	četnost (%)	četnos t	četnost t (%)	Četnos t	četnos t (%)	četnos t	četnos t (%)	četnos t	četnos t (%)
10. Máte dost energie pro každodenní život?	34	5,95	180	31,52	176	30,82	172	30,12	9	1,58
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	31	5,43	115	20,14	129	22,59	264	46,23	32	5,60
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	28	4,90	111	19,44	169	29,60	211	36,95	52	9,11
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	3	0,53	18	3,15	76	13,31	347	60,77	127	22,24
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	43	7,53	156	27,32	185	32,40	162	28,37	25	4,38



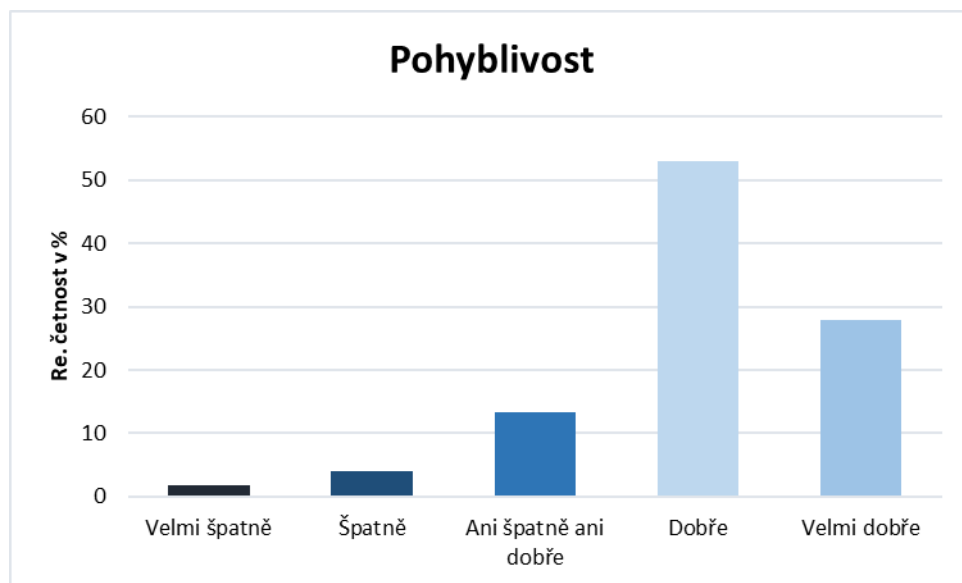
Graf 4: : Hodnocení položek 10 - 14 dotazníku WHOQOL-BREF

Následující položka dotazníku zjišťovala pohyblivost zdravotních sester.

Více než polovina sester z dotazovaného souboru se dokáže pohybovat dobře (n=303; 53,06 %). Více než čtvrtina z nich odpověděla, že se dokáže pohybovat dokonce velmi dobře (n=159; 27,85 %). Velmi špatně nebo špatně se pohybuje pouze 6 % dotázaných sester.

Tabulka 7: Pohyblivost

Jak se dokážete pohybovat?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Velmi špatně	10	1,75
Špatně	23	4,03
Ani špatně ani dobře	76	13,31
Dobře	303	53,06
Velmi dobře	159	27,85
Celkem	571	100,00



Graf 5: Pohyblivost

Další položky dotazníku bylo možné ohodnotit jako velmi nespokojen/a, nespokojen/a, ani spokojen/a ani nespokojen/a, spokojen/a, velmi spokojen/a.

Na otázku *Jak jste spokojen/a se svým spánkem?* Všeobecné sestry ze zkoumaného souboru nejčastěji odpověděly *nespokojen/a* (n=195; 34,15 %). Druhá nejčastější odpověď byla *spokojen/a* (n=146; 25,57 %). Odpověď *velmi nespokojen/a* zvolilo 65, tedy 11,38% sester. Nejméně často odpověděly *velmi spokojen/a* (n=30; 5,25 %).

Celkem 252 dotazovaných všeobecných sester odpovědělo, že jsou *spokojeny* (n=252; 44,13 %) se svou schopností provádět každodenní činnosti. Druhá nejčastější odpověď byla *ani spokojen/a ani nespokojen/a* (n=179; 31,35 %). Nejméně často odpověděly *velmi nespokojen/a* (n=11; 1,93 %).

Na otázku *Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?* Sestry nejčastěji odpověděly *spokojen/a* (n=381; 66,73 %). Druhá nejčastější odpověď byla *ani spokojen/a ani nespokojen/a* (n=105; 18,39 %). Odpověď *velmi spokojen/a* vybralo 59 respondentů, tedy 10,33 %. Nejméně často odpověděly *velmi nespokojen/a* (n=3; 0,53 %).

Zda jsou všeobecné sestry z dotazovaného souboru spokojeny samy se sebou nejčastěji odpověděly *spokojen/a* (n=239; 41,86 %). Druhá nejčastější odpověď byla *ani spokojen/a ani nespokojen/a* (n=191; 33,45 %). Odpověď *nespokojen/a* zvolilo 93 respondentů, tedy 16,29%. Nejméně často odpověděly *velmi nespokojen/a* (n=16; 2,80 %).

Celkem 257 z dotazovaných sester odpovědělo, že jsou se svými osobními vztahy *spokojeny* (n=257; 45,01 %), což představuje nejčastější odpověď. Druhá nejčastější odpověď byla *ani spokojen/a ani nespokojen/a* (n=120; 21,02 %). Méně častější byla odpověď *nespokojen/a* (n=77; 13,49). Nejméně často odpověděly *velmi nespokojen/a* (n=18; 3,15 %).

Na otázku *Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?* Dotazované sestry nejčastěji odpověděly *spokojen/a* (n=201; 35,20 %). Druhá nejčastější odpověď byla *ani spokojen/a ani nespokojen/a* (n=144; 25,22 %). Odpověď *nespokojen/a* zvolilo 97 respondentů, což představuje 16,99 %. Nejméně často odpověděly *velmi nespokojen/a* (n=53; 9,28 %).

Na otázku *Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?* Dotazované sestry nejčastěji odpověděly *spokojen/a* (n=302; 52,89 %). Druhá nejčastější odpověď byla *ani spokojen/a ani nespokojen/a* (n=136; 23,82 %). Nejméně často odpověděly *velmi nespokojen/a* (n=6; 1,05 %).

Zda jsou všeobecné sestry z dotazovaného souboru spokojeny s podmínkami v místě, kde žijí, nejčastěji odpověděly *spokojen/a* (n=301; 52,71 %). Druhá nejčastější odpověď byla *ani spokojen/a ani nespokojen/a* (n=125; 21,89 %). Nejméně často odpověděly *velmi nespokojen/a* (n=12; 2,10 %).

Na otázku *Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?* Sestry nejčastěji odpověděly *spokojen/a* (n=295; 51,66 %). Druhá nejčastější odpověď byla *ani spokojen/a*

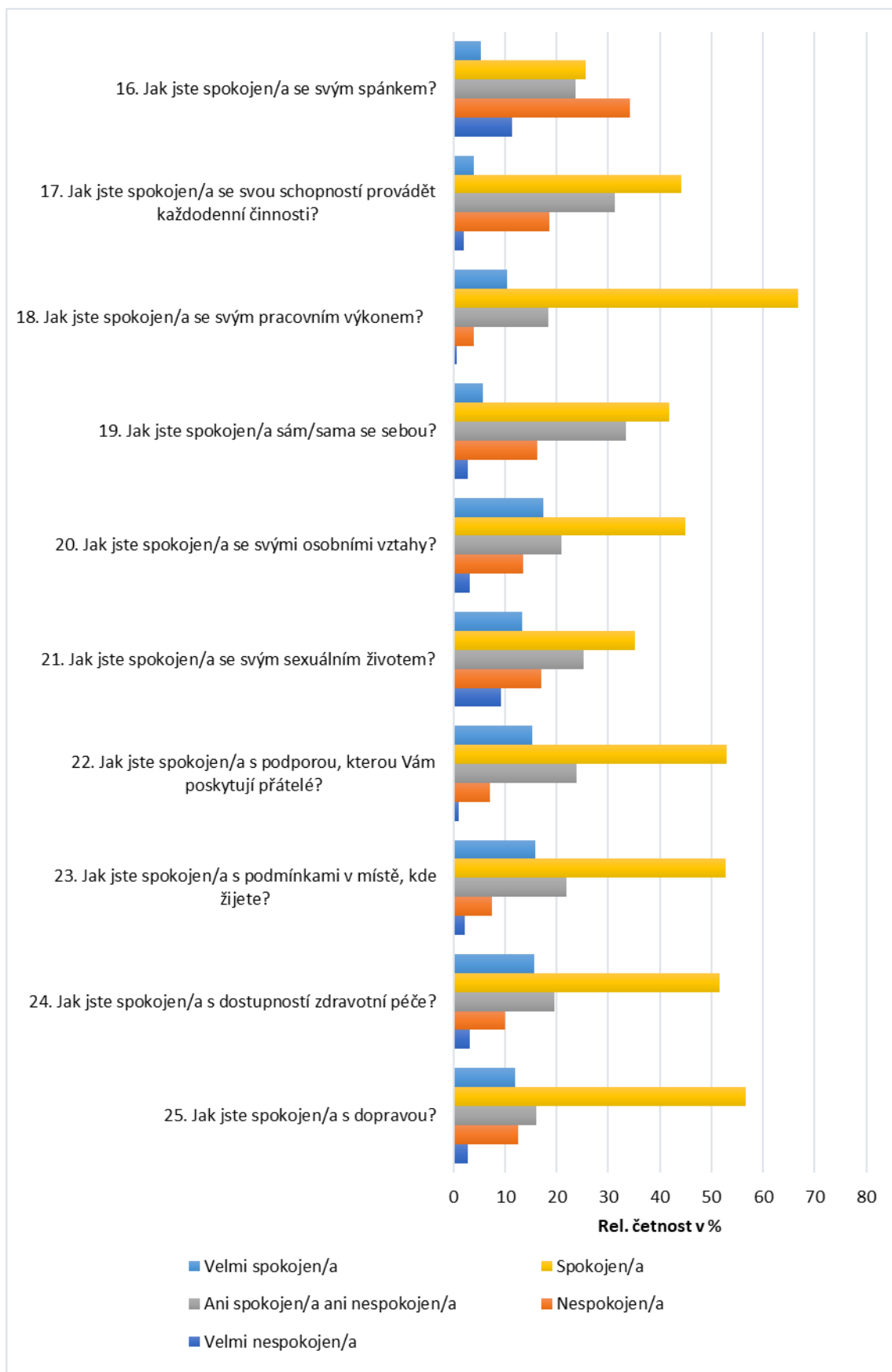
ani nespokojen/a (n=112; 19,61 %). Nejméně často odpověděly *velmi nespokojen/a* (n=18; 3,15 %).

Na otázku *Jak jste spokojen/a s dopravou?* Sestry nejčastěji odpověděly *spokojen/a* (n=324; 56,74 %). Druhá nejčastější odpověď byla *ani spokojen/a ani nespokojen/a* (n=92; 16,11 %). Nejméně často odpověděly *velmi nespokojen/a* (n=16; 2,80 %).

Tabulka 8: Hodnocení položek 16 - 25 dotazníku WHOQOL-BREF

	Velmi nespokojen/a		Nespokojen/a		Ani spokojen/a ani nespokojen/a		Spokojen/a		Velmi spokojen/a	
	Abs. četnos	Rel. četnos	Abs. četnos	Rel. četnos	Abs. četnos	Rel. četnos	Abs. četnos	Rel. četnos	Abs. četnos	Rel. četnos
	t	t (%)	t	t (%)	t	t (%)	t	t (%)	t	t (%)
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	65	11,38	195	34,15	135	23,64	146	25,57	30	5,25
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	11	1,93	106	18,56	179	31,35	252	44,13	23	4,03
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	3	0,53	23	4,03	105	18,39	381	66,73	59	10,33
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	16	2,80	93	16,29	191	33,45	239	41,86	32	5,60
20. Jak jste spokojen/a se	18	3,15	77	13,49	120	21,02	257	45,01	99	17,34

svými osobními vztahy?										
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	53	9,28	97	16,99	144	25,22	201	35,20	76	13,31
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	6	1,05	40	7,01	136	23,82	302	52,89	87	15,24
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	12	2,10	42	7,36	125	21,89	301	52,71	91	15,94
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	18	3,15	57	9,98	112	19,61	295	51,66	89	15,59
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	16	2,80	71	12,43	92	16,11	324	56,74	68	11,91



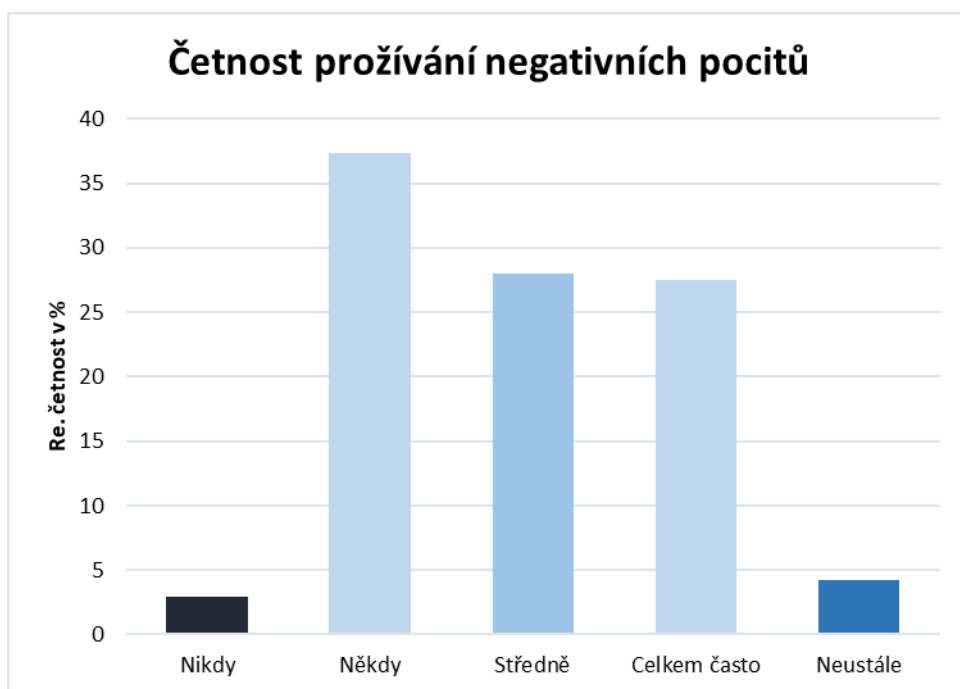
Graf 6: Hodnocení položek 16 - 25 dotazníku WHOQOL-BREF

Poslední položka dotazníku zjišťuje četnost prožívání negativních pocitů.

Nejčastěji dotazované sestry odpověděly, že negativní pocity prožívají jen *někdy* (n=213; 37,30 %). Velmi často volily i odpovědi *středně* (n=160; 27,02 %) a *celkem často* (n=157; 27,50 %). Méně vybíraly odpověď *neustále* (n=24; 4, 20%) a nejméně volily odpověď *nikdy* (n=17; 2,98 %)

Tabulka 9: Četnost prožívání negativních pocitů

Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	Abs. četnost	Rel. četnost (%)
Nikdy	17	2,98
Někdy	213	37,30
Středně	160	28,02
Celkem často	157	27,50
Neustále	24	4,20
Celkem	571	100,00



Tabulka 16: Četnost prožívání negativních pocitů

Dotazník WHOQOL-BREF tvoří čtyři domény - fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy a životní podmínky. Následující tabulka obsahuje popisné statistiky skóre jednotlivých domén.

Tabulka 10: Popisné statistiky čtyř domén dotazníku WHOQOL-BREF

Doména	Popisné statistiky				
	Počet	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Fyzické zdraví	571	14,15	6,86	20,00	2,38
Duševní zdraví	571	13,63	4,67	19,33	2,69
Sociální vztahy	571	14,14	4,00	20,00	3,22
Životní podmínky	571	14,04	6,00	19,50	2,30

Průměrné skóre je ve všech doménách dotazníku kvality života velmi podobné, okolo 14 bodů. Minimální skóre je nejnižší u domény sociálních vztahů (min=4,00) a duševního zdraví (min=4,67). Maximální skóre je nejvyšší u domény sociálních vztahů (max=20) a fyzického zdraví (max=20).

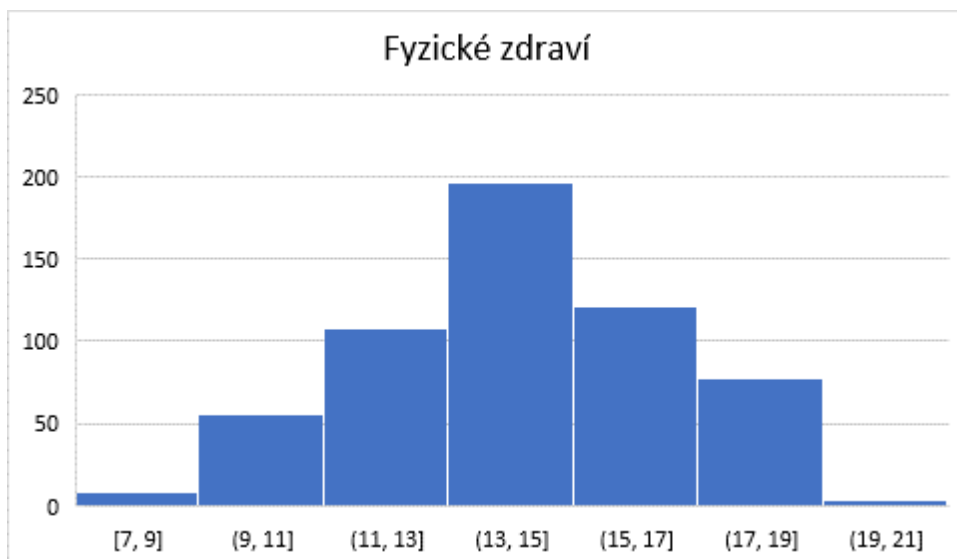
Rozložení dat se v jednotlivých doménách liší, což lze vidět na níže uvedených grafech.

Rozložení skóre domény *fyzického zdraví* je rovnoměrně rozloženo kolem průměru.

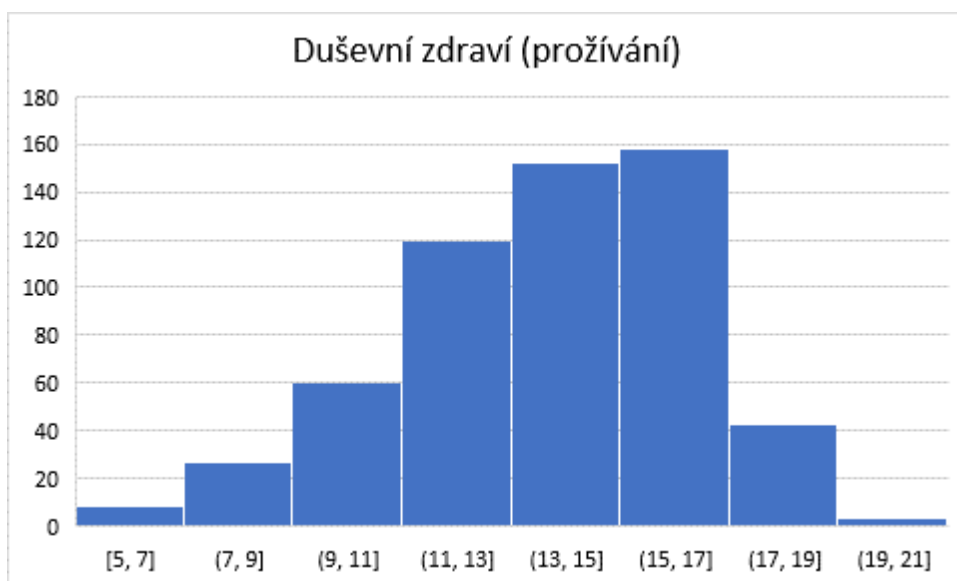
Rozložení skóre domény *duševního zdraví* je zešikmené doprava. Sestry v této doméně dosahovaly častěji vyššího skóre než nižšího.

Rozložení skóre domény *sociálních vztahů* je nerovnoměrné. V této doméně sestry získaly nejčastěji skóre 14 - 16 a potom 10 - 12.

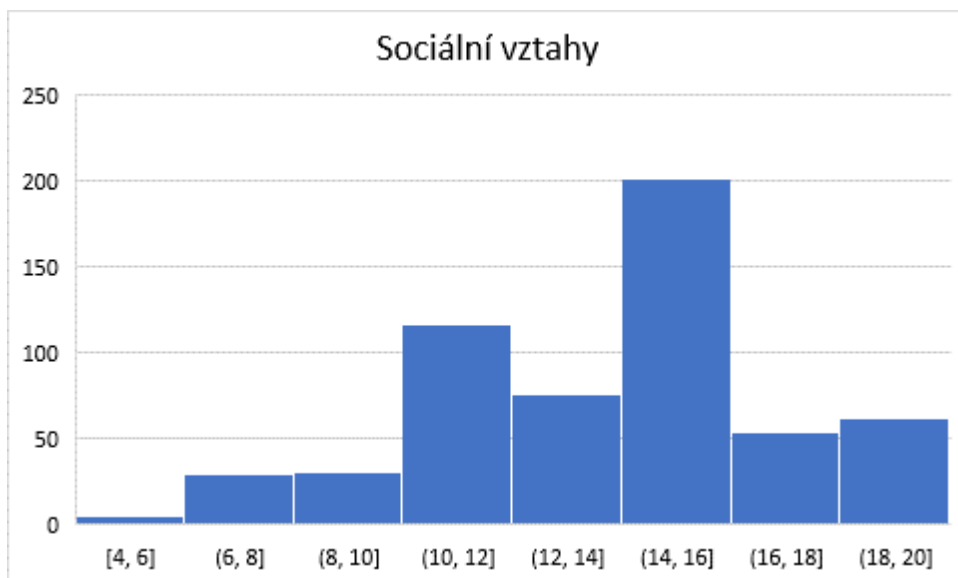
Rozložení skóre domény *životní podmínky* je rovnoměrně rozloženo kolem průměru.



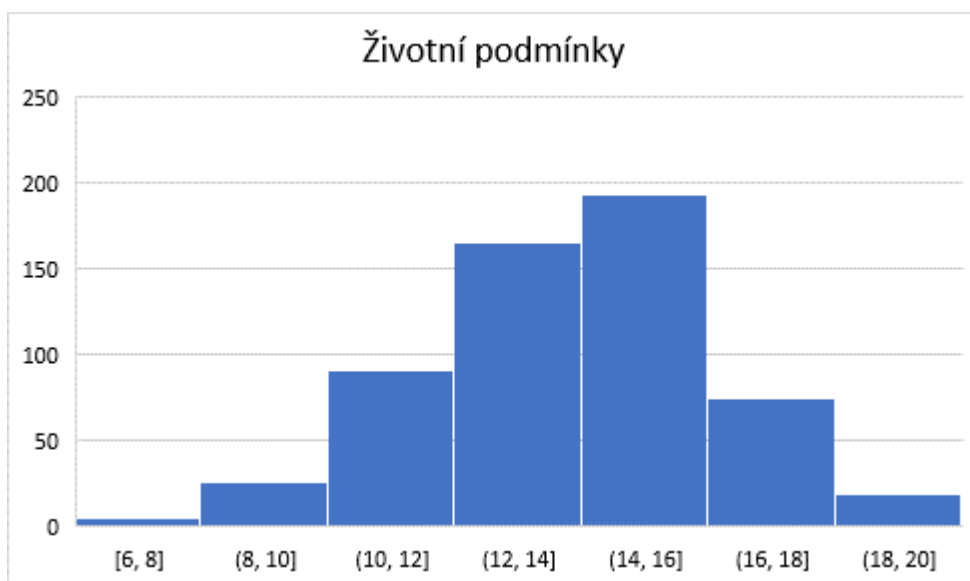
Graf 7: Histogram - fyzické zdraví



Graf 8: Histogram - duševní zdraví



Graf 9: Histogram - sociální vztahy



Graf 10: Histogram - životní podmínky

3.3. Výsledky testování hypotéz

Hypotéza 1

H0: Typ pracovního provozu nemá statisticky významný vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Hypotézu ověříme pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, který zjišťuje závislost dvou kategoriálních proměnných. Předpokladem pro tento test je splnění podmínek dobré aproximace. To znamená, že 80 % očekávaných četností musí být vyšší než 5 a zbylých 20 % nesmí klesnout pod 1. Test provedeme na hladině významnosti 0,05.

Tabulka 11: Kontingenční tabulka pozorovaných četností

Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	Typ provozu, v kterém pracujete:			
	Jednosměnný	Dvousměnný	Třisměnný	Celkem
Velmi špatná	0	4	1	5
%	0,00%	1,27%	0,63%	
Špatná	2	25	12	39
%	2,08%	7,91%	7,55%	
Ani dobrá, ani špatná	22	77	36	135
%	22,92%	24,37%	22,64%	
Dobrá	54	178	97	329
%	56,25%	56,33%	61,01%	
Velmi dobrá	18	32	13	63
%	18,75%	10,13%	8,18%	
Celkem	96	316	159	571

Sestry hodnotí kvalitu svého života nejčastěji jako dobrou bez ohledu na typ provozu, ve kterém pracují. Jako velmi dobrou vidí kvalitu života nejčastěji sestry pracující v jednosměnném provozu (18,75 %) a nejméně často sestry pracující ve třisměnném provozu (8,18 %). Jako špatnou vidí kvalitu života nejčastěji sestry pracující v dvousměnném a třisměnném provozu. V obou případech je to téměř 8 %.

Zda jsou rozdíly statisticky významné, zjistíme statistickým testem. Před jeho provedením musíme však první kategorii kvality života sloučit s druhou, protože obsahuje pouze 5 respondentů a nejsou tak splněny podmínky dobré aproximace.

Tabulka 12: Upravená kontingenční tabulka pozorovaných četností

Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	Typ provozu, v kterém pracujete:			
	Jednosměnný	Dvousměnný	Třisměnný	Celkem
Velmi špatná nebo špatná	2	29	13	44
%	2,08%	9,18%	8,18%	
Ani dobrá, ani špatná	22	77	36	135
%	22,92%	24,37%	22,64%	
Dobrá	54	178	97	329
%	56,25%	56,33%	61,01%	
Velmi dobrá	18	32	13	63
%	18,75%	10,13%	8,18%	
Celkem	96	316	159	571

Tabulka 13: Očekávané četnosti

Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	Typ provozu, v kterém pracujete:				p-hodnota
	Jednosměnný	Dvousměnný	Třisměnný	Celkem	
Velmi špatná nebo špatná	7,40	24,35	12,25	44,00	0,061
Ani dobrá, ani špatná	22,70	74,71	37,59	135,00	
Dobrá	55,31	182,07	91,61	329,00	
Velmi dobrá	10,59	34,87	17,54	63,00	
Celkem	96,00	316,00	159,00	571,00	

Všechny očekávané četnosti jsou vyšší než 5, podmínky dobré aproximace jsou tedy splněny.

Testové kritérium nabývá hodnoty 12,063 a p-hodnota je rovna 0,061. P-hodnota je vyšší než zvolená hladina významnosti, **nulovou hypotézu tedy nezamítáme. Nebylo potvrzeno, že má typ pracovního provozu statisticky významný vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života dotazovaných sester.**

Hypotéza 2

H0: Typ pracovního provozu nemá statisticky významný vliv na spokojenost se zdravím všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na spokojenost se zdravím všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Hypotézu ověříme opět pomocí Pearsonova chí-kvadrát testu nezávislosti, který zjišťuje závislost dvou kategoriálních proměnných. Test provedeme na hladině významnosti 0,05.

Tabulka 14: Kontingenční tabulka pozorovaných četností

Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	Typ provozu, v kterém pracujete:			
	Jednosměnný	Dvousměnný	Třisměnný	Celkem
Velmi nespokojen/a	0	3	2	5
%	0,00%	0,95%	1,26%	
Nespokojen/a	11	66	31	108
%	11,46%	20,89%	19,50%	
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	25	74	47	146
%	26,04%	23,42%	29,56%	
Spokojen/a	59	158	71	288
%	61,46%	50,00%	44,65%	
Velmi nespokojen/a	1	15	8	24
%	1,04%	4,75%	5,03%	
Celkem	96	316	159	571

Dotazované sestry jsou nejčastěji se svým zdravím spokojeny. U sester v jednosměnném provozu je to 61,46 %, u sester v dvousměnném provozu je to 50 % a u sester v třisměnném provozu je to 44,65 %. Větší rozdíl vidíme mezi sestrami dle typu provozu v hodnocení zdraví jako nespokojen/a. Nespokojeny jsou především sestry v dvousměnném a třisměnném

provozu. Před provedením Pearsonova chí-kvadrát testu musíme opět první kategorii kvality života sloučit s druhou, protože obsahuje pouze 5 respondentů a nejsou tak splněny podmínky dobré aproximace.

Tabulka 15: Upravená kontingenční tabulka pozorovaných četností

Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	Typ provozu, v kterém pracujete:			
	Jednosměnný	Dvousměnný	Třisměnný	Celkem
Velmi nespokojen/a nebo nespokojen/a	11	69	33	113
%	11,46%	21,84%	20,75%	
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	25	74	47	146
%	26,04%	23,42%	29,56%	
Spokojen/a	59	158	71	288
%	61,46%	50,00%	44,65%	
Velmi spokojen/a	1	15	8	24
%	1,04%	4,75%	5,03%	
Celkem	96	316	159	571

Tabulka 16: Očekávané četnosti

Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	Typ provozu, v kterém pracujete:				p-hodnota
	Jednosměnný	Dvousměnný	Třisměnný	Celkem	
Velmi nespokojen/a nebo nespokojen/a	19,00	62,54	31,47	113,00	0,066
Ani spokojen/a ani nespokojen/a	24,55	80,80	40,65	146,00	
Spokojen/a	48,42	159,38	80,20	288,00	
Velmi spokojen/a	4,04	13,28	6,68	24,00	
Celkem	96,00	316,00	159,00	571,00	

Všechny očekávané četnosti kromě jedné jsou vyšší než 5, podmínky dobré aproximace jsou tedy splněny.

Testové kritérium nabývá hodnoty 11,824 a p-hodnota je rovna 0,066. P-hodnota je vyšší než zvolená hladina významnosti, **nulovou hypotézu tedy nezamítáme. Nebylo potvrzeno, že má typ pracovního provozu statisticky významný vliv na spokojenost se zdravím všeobecných sester ze zkoumaného souboru.**

Následující hypotézy ověříme pomocí neparametrického Kruskal-Wallisova testu, který zjišťuje závislost jedné kardinální proměnné (skóre domény - fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy, životní podmínky) a jedné kategoriální proměnné o více než dvou obměnách (typ provozu) za podmínky nesplnění normálního rozložení kardinální proměnné ve skupinách dle kategoriální proměnné. Neparametrické testy jsou založeny na pořadí hodnot.

Na základě Shapiro-Wilkova testu normality bylo zjištěno, že vždy jeden nebo dva typy provozu nesplňují normální rozložení skóre dané domény kvality života.

Testy provedeme na hladině významnosti 0,05.

Hypotéza 3

H0: Typ pracovního provozu nemá statisticky významný vliv na fyzické zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na fyzické zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Tabulka 17: Výsledek Kruskal-Wallisova testu

Závislá: Fyzické zdraví	Kruskal-Wallisova ANOVA		
	Nezávislá proměnná : Typ provozu, v kterém pracujete Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=571) = 14,380$ $p = 0,0008$		
	Počet	Součet pořadí	Průměrná pořadí
Jednosměnný	96	33026,00	344,02
Dvousměnný	316	86355,00	273,28
Třisměnný	159	43925,00	276,26

Dle průměrného pořadí dosahují nejvyššího skóre fyzického zdraví sestry v jednosměnném provozu. Skóre fyzického zdraví u sester pracujících ve dvousměnném či třisměnném provozu je srovnatelné.

Testové kritérium nabývá hodnoty 14,380 a p-hodnota je rovna 0,0008. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti, **nulovou hypotézu tedy zamítáme. Podařilo se potvrdit, že typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na fyzické zdraví dotazovaných sester.**

Které typy provozů se liší zjistíme testy mnohonásobného porovnávání p-hodnot.

Tabulka 18: Výsledky vícenásobného porovnání p-hodnot

Závislá: Fyzické zdraví	Vícenásobné porovnání p-hodnot; Fyzické zdraví		
	Jednosměnný (R:344,02)	Třisměnný (R:276,26)	Dvousměnný (R:273,28)
Jednosměnný		0,004	0,001
Třisměnný			1,000
Dvousměnný			

Testy mnohonásobného porovnávání potvrdily, že dotazované sestry v jednosměnném provozu se cítí statisticky významně častěji fyzicky lépe než dotazované sestry ve dvousměnném nebo třisměnném provozu.

Hypotéza 4

H0: Typ pracovního provozu nemá statisticky významný vliv na duševní zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na duševní zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Tabulka 19: Výsledek Kruskal-Wallisova testu

Závislá: Duševní zdraví	Kruskal-Wallisova ANOVA		
	Nezávislá proměnná : Typ provozu, v kterém pracujete Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=571) = 9,010$ p = 0,011		
	Počet	Součet pořadí	Průměrná pořadí
Jednosměnný	96	30011,00	312,61

Dvousměnný	316	84537,50	267,52
Třisměnný	159	48757,50	306,65

Dle průměrného pořadí dosahují nejvyššího skóre duševního zdraví sestry v jednosměnném provozu a nejhůře sestry ve dvouměnném provozu.

Testové kritérium nabývá hodnoty 9,010 a p-hodnota je rovna 0,011. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti, **nulovou hypotézu tedy zamítáme. Podařilo se potvrdit, že typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na duševní zdraví dotazovaných sester.**

Které typy provozů se liší zjistíme testy mnohonásobného porovnávání p-hodnot.

Tabulka 20: Výsledky vícenásobného porovnání p-hodnot

Závislá: Duševní zdraví	Vícenásobné porovnání p-hodnot; Duševní zdraví		
	Jednosměnný (R:312,61)	Dvousměnný (R:267,52)	Třisměnný (R:306,65)
Jednosměnný		0,057	1,000
Dvousměnný			0,044
Třisměnný			

Testy mnohonásobného porovnávání potvrdily, že dotazované sestry ve dvouměnném provozu vykazují statisticky významně horší duševní zdraví než sestry v provozu třisměnném.

Hypotéza 5

H0: Typ pracovního provozu nemá statisticky významný vliv na sociální vztahy všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na sociální vztahy všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Tabulka 21: Výsledek Kruskal-Wallisova testu

Závislá: Sociální vztahy	Kruskal-Wallisova ANOVA		
	Nezávislá proměnná : Typ provozu, v kterém pracujete: Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=571) = 2,508$ $p = 0,285$		
	Počet	Součet pořadí	Průměrná pořadí
Jednosměnný	96	29379,50	306,04
Dvousměnný	316	90575,00	286,63
Třisměnný	159	43351,50	272,65

Dle průměrného pořadí dosahují nejvyššího skóre v sociálních vztazích sestry v jednosměnném provozu a nejhůře sestry ve třisměnném provozu.

Testové kritérium nabývá hodnoty 2,508 a p-hodnota je rovna 0,285. P-hodnota je vyšší než zvolená hladina významnosti, **nulovou hypotézu tedy nezamítáme. Nepodařilo se potvrdit, že typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na sociální vztahy všeobecných sester ze zkoumaného souboru.**

Hypotéza 6

H0: Typ pracovního provozu nemá statisticky významný vliv na životní podmínky všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na životní podmínky všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Tabulka 22: Výsledek Kruskal-Wallisova testu

Závislá: Životní podmínky	Kruskal-Wallisova ANOVA		
	Nezávislá proměnná : Typ provozu, v kterém pracujete Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=571) = 1,566$ $p = 0,457$		
	Počet	Součet pořadí	Průměrná pořadí
Jednosměnný	96	29164,00	303,79
Dvousměnný	316	88450,50	279,91
Třisměnný	159	45691,50	287,37

Dle průměrného pořadí dosahují nejvyššího skóre v životních podmínkách sestry v jednosměnném provozu a nejhůře sestry ve dvousměnném provozu.

Testové kritérium nabývá hodnoty 1,566 a p-hodnota je rovna 0,457. P-hodnota je vyšší než zvolená hladina významnosti, **nulovou hypotézu tedy nezamítáme. Nepodařilo se potvrdit, že typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na životní podmínky dotazovaných sester.**

Hypotéza 7

H0: Věk nemá statisticky významný vliv na fyzické zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Věk má statisticky významný vliv na fyzické zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Tabulka 23: Výsledek Kruskal-Wallisova testu

Závislá: Fyzické zdraví	Kruskal-Wallisova ANOVA založ. na poř.; Fyzické zdraví Nezávislá (grupovací) proměnná : Věk Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=571) = 1,086$ $p = 0,581$		
	Počet	Součet pořadí	Průměrná pořadí
18 - 30 let	177	52380,50	295,94
31 - 50 let	284	79387,50	279,53
50 a více	110	31538,00	286,71

Dle průměrného pořadí dosahují nejvyššího skóre fyzického zdraví sestry ve věku 18 - 30 let a nejnižšího skóre sestry ve věku 31 - 50 let.

Testové kritérium nabývá hodnoty 1,086 a p-hodnota je rovna 0,581. P-hodnota je vyšší než zvolená hladina významnosti, **nulovou hypotézu tedy nezamítáme. Nepodařilo se potvrdit, že má věk statisticky významný vliv na fyzické zdraví dotazovaných sester.**

Hypotéza 8

H0: Věk nemá statisticky významný vliv na duševní zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Věk má statisticky významný vliv na duševní zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Tabulka 24: Výsledek Kruskal-Wallisova testu

Závislá: Duševní zdraví	Kruskal-Wallisova ANOVA založ. na poř.; Duševní zdraví Nezávislá (grupovací) proměnná : Věk Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=571) = 22,815$ $p = 0,000$		
	Počet	Součet pořadí	Průměrná pořadí
18 - 30 let	177	42788,50	241,74
31 - 50 let	284	83855,50	295,27
50 a více	110	36662,00	333,29

Dle průměrného pořadí dosahují nejvyššího skóre duševního zdraví dotazované sestry ve věku 50 a více let a nejnižšího skóre sestry ve věku 18 - 30 let.

Testové kritérium nabývá hodnoty 22,815 a p-hodnota je menší než 0,001. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti, **nulovou hypotézu tedy zamítáme. Podařilo se potvrdit, že má věk statisticky významný vliv na duševní zdraví dotazovaných sester.** Které věkové kategorie se liší zjistíme testy mnohonásobného porovnávání p-hodnot.

Tabulka 25: Výsledky vícenásobného porovnání p-hodnot

Závislá: Duševní zdraví	Vícenásobné porovnání p hodnot; Duševní zdraví		
	18 - 30 let (R:241,74)	31 - 50 let (R:295,27)	50 a více (R:333,29)
18 - 30 let		0,002	0,120
31 - 50 let	0,002		0,00001
50 a více	0,120	0,00001	

Testy mnohonásobného porovnávání p-hodnot potvrdily, že dotazované sestry ve věku 18 - 30 let dosahují významně horšího skóre v duševním zdraví než sestry ve starším věku.

Hypotéza 9

H0: Věk nemá statisticky významný vliv na sociální vztahy všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Věk má statisticky významný vliv na sociální vztahy všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Tabulka 26: Výsledek Kruskal-Wallisova testu

Závislá: Sociální vztahy	Kruskal-Wallisova ANOVA založ. na poř.; Sociální vztahy Nezávislá (grupovací) proměnná : Věk Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=571) = 4,353$ $p = 0,113$		
	Počet	Součet pořadí	Průměrná pořadí
18 - 30 let	177	53675,50	303,25
31 - 50 let	284	77243,50	271,98
50 a více	110	32387,00	294,43

Dle průměrného pořadí dosahují nejvyššího skóre v sociálních vztazích sestry ve věku 18 - 30 let a nejnižšího skóre sestry ve věku 31 - 50 let.

Testové kritérium nabývá hodnoty 4,353 a p-hodnota je rovna 0,113. P-hodnota je vyšší než zvolená hladina významnosti, **nulovou hypotézu tedy nezamítáme. Nepodařilo se potvrdit, že má věk statisticky významný vliv na sociální vztahy dotazovaných sester.**

Hypotéza 10

H0: Věk nemá statisticky významný vliv na životní podmínky všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Věk má statisticky významný vliv na životní podmínky všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Tabulka 27: Výsledek Kruskal-Wallisova testu

Závislá: Životní podmínky	Kruskal-Wallisova ANOVA založ. na poř.; Životní podmínky Nezávislá (grupovací) proměnná : Věk Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=571) = 6,720$ $p = 0,035$		
	Počet	Součet pořadí	Průměrná pořadí
18 - 30 let	177	52015,00	293,87
31 - 50 let	284	76590,50	269,68
50 a více	110	34700,50	315,46

Dle průměrného pořadí dosahují nejvyššího skóre v životních podmínkách sestry ve věku 50 a více let a nejnižšího skóre sestry ve věku 31 - 50 let.

Testové kritérium nabývá hodnoty 6,720 a p-hodnota je rovna 0,035. P-hodnota je nižší než zvolená hladina významnosti, **nulovou hypotézu tedy zamítáme. Podařilo se potvrdit, že má věk statisticky významný vliv na životní podmínky dotazovaných sester.** Které věkové kategorie se liší zjistíme testy mnohonásobného porovnávání p-hodnot.

Tabulka 28: Testy mnohonásobného porovnávání p-hodnot.

Závislá: Životní podmínky	Vícenásobné porovnání p hodnot; Životní podmínky		
	18 - 30 let (R:293,87)	31 - 50 let (R:269,68)	50 a více (R:315,46)
18 - 30 let		0,377	0,040
31 - 50 let	0,377		0,843
50 a více	0,040	0,843	

Testy mnohonásobného porovnávání p-hodnot potvrdily, že dotazované sestry ve věku 18 - 30 let dosahují významně horšího skóre v životních podmínkách než sestry ve věku nad 50 let.

Hypotézu zjišťující poslední cíl ověříme pomocí neparametrického Mann-Whitney U testu, který ověřuje nezávislost jedné kardinální proměnné nesplňující normální rozložení (skóre v doménách kvality života) a jedné kategoriální proměnné o dvou obměnách (typ pracoviště). Normální rozložení bylo ověřeno Shapiro-Wilkovým testem.

Hypotéza 11

H0: Typ pracoviště nemá statisticky významný vliv na fyzické zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracoviště má statisticky významný vliv na fyzické zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Tabulka 29: Výsledek Mann-Whitney testu

Doména	Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Oddělení					
	Průměrná pořadí (Oddělení)	Průměrná pořadí (Ambulanci)	Z	p-hodnota	Počet (Oddělení)	Počet (Ambulanci)
Fyzické zdraví	276,7	330,3	-2,94	0,003	472	99

P-hodnota testu je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. U domény fyzického zdraví se potvrdil rozdíl mezi sestrami pracujícími na ambulanci a na oddělení. **Dle průměrného pořadí dosahují lepšího fyzického zdraví dotazované sestry na ambulanci.**

Hypotéza 12

H0: Typ pracoviště nemá statisticky významný vliv na duševní zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracoviště má statisticky významný vliv na duševní zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Tabulka 30: Výsledek Mann-Whitney testu

Doména	Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Oddělení					
	Průměrná pořadí (Oddělení)	Průměrná pořadí (Ambulanci)	Z	p-hodnota	Počet (Oddělení)	Počet (Ambulanci)
Duševní zdraví	281,9	305,5	-1,293	0,196	472	99

P-hodnota testu je vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. U domény duševního zdraví se nepotvrdil rozdíl mezi sestrami pracujícími na ambulanci a na oddělení.

Hypotéza 13

H0: Typ pracoviště nemá statisticky významný vliv na sociální vztahy všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracoviště má statisticky významný vliv na sociální vztahy všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Tabulka 31: Výsledek Mann-Whitney testu

Doména	Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Oddělení					
	Průměrná pořadí (Oddělení)	Průměrná pořadí (Ambulanci)	Z	p-hodnota	Počet (Oddělení)	Počet (Ambulanci)
Sociální vztahy	280,9	310,3	-1,609	0,108	472	99

P-hodnota testu je vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. U domény sociálních vztahů se nepotvrdil rozdíl mezi dotazovanými sestrami pracujícími na ambulanci a na oddělení.

Hypotéza 14

H0: Typ pracoviště nemá statisticky významný vliv na životní podmínky všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

H1: Typ pracoviště má statisticky významný vliv na životní podmínky všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Tabulka 32: Výsledek Mann-Whitney testu

Doména	Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Oddělení					
	Průměrná pořadí (Oddělení)	Průměrná pořadí (Ambulanci)	Z	p-hodnota	Počet (Oddělení)	Počet (Ambulanci)
Životní podmínky	282,8	301,4	-1,02	0,308	472	99

P-hodnota testu je vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. U domény životních podmínek se nepotvrdil rozdíl mezi dotazovanými sestrami pracujícími na ambulanci a na oddělení.

Tabulka 33: Výsledek Mann-Whitneyův U Testu (pro domény fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy, životní podmínky)

Doména	Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Oddělení					
	Průměrná pořadí (Oddělení)	Průměrná pořadí (Ambulanci)	Z	p-hodnota	Počet (Oddělení)	Počet (Ambulanci)
Fyzické zdraví	276,7	330,3	-2,940	0,003	472	99
Duševní zdraví	281,9	305,5	-1,293	0,196	472	99
Sociální vztahy	280,9	310,3	-1,609	0,108	472	99
Životní podmínky	282,8	301,4	-1,020	0,308	472	99

P-hodnota testu je nižší než zvolená hladina významnosti 0,05 pouze pro doménu fyzického zdraví. U této domény se potvrdil rozdíl mezi sestrami pracujícími na ambulanci a na oddělení. **Dle průměrného pořadí dosahují lepšího fyzického zdraví sestry pracující na ambulanci.**

4 DISKUSE

4.1 Popis rešerše k vyhledání výzkumných studií

Pro realizaci rešeršní činnosti byl využit postup s použitím primárních komponent: P (participant), I (intervence), O (outcome) s pomocí nichž byly zformulovány dvě rešeršní otázky (RO1 a RO2). Jednotlivé kroky celého postupu tvorby rešeršní otázky jsou uvedeny níže v tabulkách číslo 34 a 35. Klíčová slova byla rozšířena o synonyma a příbuzné pojmy. Tento proces byl poté proveden i v anglickém jazyce. Relevantní zdroje byly vyhledány pomocí Portálu elektronických zdrojů Univerzity Palackého v Olomouci, který umožnil přístup do databází ProQuest a Ovid. Následně byla literární rešerše provedena i prostřednictvím vyhledávače Google Scholar. Z vyhledaných textů byly vyloučeny práce bakalářské, diplomové, závěrečné, kvalifikační a byly stanoveny tato kritéria: publikační období od roku 2013 do roku 2023, jazyk český a anglický, plný text, recenzované.

Česká formulace CÍLENÉ rešeršní otázky (RO1): Jaké jsou dostupné studie o kvalitě života (O) všeobecných sester (P) pracujících ve směnném provozu (I)?

Česká formulace CÍLENÉ rešeršní otázky (RO2): Jaké jsou dostupné studie o kvalitě života (O) všeobecných sester (P) zjišťované standardizovaným dotazníkem WHOQOL-BREF (I)?

Anglická formulace CÍLENÉ rešeršní otázky (RO1): What are the available studies on the quality of life (O) of general nurses (P) working in shift work (I)?

Anglická formulace CÍLENÉ rešeršní otázky (RO2): What are the available studies on the quality of life (O) of general nurses (P) surveyed by the standardized WHOQOL-BREF questionnaire (I)?

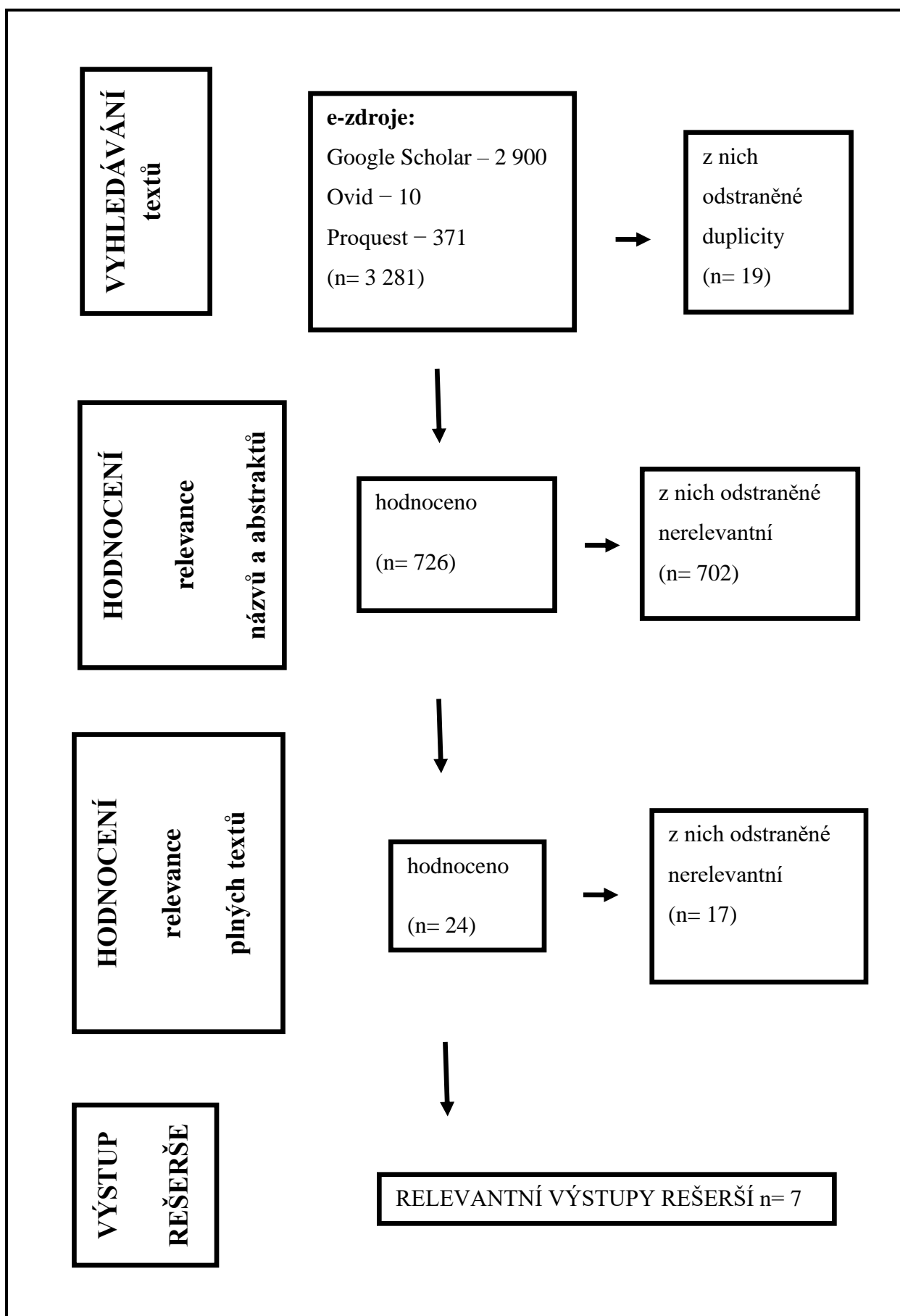
Odborná literatura, která byla následně použita pro tvorbu DISKUSE diplomové práce. Byla vyhledána literární rešerši v období března 2023.

Tabulka 34: Primární hesla s příbuznými pojmy v českém jazyce

Primární komponenty RO v CZ	primární komponenty RO v CZ se synonymy nebo příbuznými pojmy
P: Všeobecná sestra	P: Všeobecná sestra OR nelékařský zdravotnický pracovník OR zdravotník
I: standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF I: směnný provoz	I: standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF OR dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace OR WHOQOL-BREF I: směnný provoz OR směny
O: kvalita života	O: kvalita života OR úroveň života OR životní styl

Tabulka 35: Primární hesla s příbuznými pojmy v anglickém jazyce

primární komponenty RO v Engl.	primární komponenty RO v Engl se synonymy nebo příbuznými pojmy
P: nurse	P: General nurse OR nurse OR non-medical health worker OR paramedic
I: Questionnaire WHOQOL-BREF I: shiftwork	I: Questionnaire WHOQOL-BREF OR World Health Organization Quality of Life Questionnaire OR WHOQOL-BREF I: shiftwork OR shifts
O: quality of life	O: quality of life OR standard of living OR lifestyle



Obrázek 1: postupový diagram rešerše

1. ABBES, A., et al, Assessing the Health-Related Quality of Life of Nurses: A Study in Hedi Chacker Hospital. *European Psychiatry*, [online]. 2021, 04, vol. 64, pp. S398 [cit. 2023-03-03]. Coronavirus Research Database; ProQuest Central. ISSN 09249338. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2560885036/173ACB99AFAC41E5PQ/1?accountid=16730>
2. BARTOSIEWICZ, A., et al, Focus on Polish Nurses' Health Condition: A Cross-Sectional Study. *PeerJ*, [online]. Mar 21 2022, [cit. 2023-03-03]. Coronavirus Research Database; ProQuest Central. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2641201631/EBBA35B6E25F425BPQ/1?accountid=16730>
3. GARZARO, G., et al, Physical Health and Work Ability among Healthcare Workers. A Cross-Sectional Study. *Nursing Reports*, [online]. 2022, vol. 12, no. 2, pp. 259 [cit. 2023-03-05]. ProQuest Central. ISSN 2039439X. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2679792290/AF984013E044201PQ/1?accountid=16730>
4. ORSZULAK, N., et al, Nurses' Quality of Life and Healthy Behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. [online]. 2022, 19, no. 19, pp. 12927, [cit. 2023-03-03]. ProQuest Central. ISSN 1661-7827. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2724249383/C7D4B2EF173C46CFPQ/1?accountid=16730>
5. Paola Ferri, Matteo Guadi, Luigi Marcheselli, Sara Balduzzi, Daniela Magnani & Rosaria Di Lorenzo. The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts, *Risk Management and Healthcare Policy*, [online]. 2016, 9:, 203-211, [cit. 2023-03-04]. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2229450880/A18ABEC830344BF5PQ/1?accountid=16730>
6. ROSKODEN, F.C., et al, Physical Activity, Energy Expenditure, Nutritional Habits, Quality of Sleep and Stress Levels in Shift-Working Health Care Personnel. [online]. 2017, *PLoS One*, 01, vol. 12, no. 1, [cit. 2023-03-07]. ProQuest Central. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/1858089369/918041B757574372PQ/1?accountid=16730>

7. TSARAS, K., et al, Predicting Factors of Depression and Anxiety in Mental Health Nurses: A Quantitative Cross-Sectional Study. Medical Archives, [online]. 2018, vol. 72, no. 1, pp. 62-67 [cit. 2023-03-04]. ProQuest Central. ISSN 0350199X. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2091220599/B96C1F3141D8430APQ/1?accountid=16730>

4.2 Text diskuse

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit kvalitu života dotazovaných všeobecných sester a její prožívání v závislosti na profesním směnném provozu. Snahou bylo oslovit co nejvyšší počet respondentů, proto byl výzkum realizován online formou, aby se dotazník dostal k co nevyššímu možnému vzorku všeobecných sester z celé České republiky. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 571 všeobecných sester. Dotazníkového šetření se zúčastnili pouze 3 muži, kteří vykonávají tuto profesi. Pro další výzkum by mohlo být zajímavé porovnat názory obou pohlaví, vzhledem k tomu, že toto povolání vykonávají především ženy, najít dostatečný počet mužů pracujících jako všeobecná sestra by mohlo být obtížné.

K hlavnímu cíli bylo stanoveno 5 dílčích cílů a k nim vypracováno odpovídající množství hypotéz.

První dílčí cíl měl za úkol zjistit, zda má typ pracovního provozu vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života všeobecných sester ze zkoumaného souboru. Hypotézou, která byla přidělena k tomuto cíli nebylo potvrzeno, že má typ pracovního provozu statisticky významný vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života daného vzorku respondentů. Tomuto dílčímu cíli však odpovídá otázka z dotazníku číslo 1 (*Jak by jste hodnotil/a kvalitu svého života?*). Sestry ze zkoumaného souboru hodnotily kvalitu svého života nejčastěji jako dobrou bez ohledu na typ provozu ve kterém pracují. Jako velmi dobrou hodnotily kvalitu života nejčastěji sestry pracující v jednosměnném provozu (18,75 %) a nejméně často sestry pracující ve třisměnném provozu (8,18 %). Jako špatnou hodnotily kvalitu života nejčastěji sestry pracující v dvousměnném a třisměnném provozu. Autoři Orszulak et al. (Nurses' Quality of Life and Healthy Behaviors, 2022) ve své výzkumné studii, která se zabývala kvalitou života souboru 312 zdravotních sester v Polsku zjistili, že jejich respondenti hodnotí svoji kvalitu života jako dobrou až průměrnou. Tito autoři tedy dospěli ke stejnému zjištění.

Druhému dílčímu cíli, tedy zda má typ pracovního provozu vliv na spokojenost se zdravím u zkoumaného souboru, odpovídá druhá hypotéza, která rovněž nebyla potvrzena. K danému

dílčímu cíli náleží otázka z dotazníku číslo 2 (*Jak jste spokojen/a se svým zdravím?*). Na tuto otázku odpověděla polovina dotazovaných sester, že je se svým zdravím spokojena. Čtvrtina sester zvolila odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a. Výše uvedený autor Orszulak et al. (Nurses' Quality of Life and Healthy Behaviors, 2022) ve své výzkumné studii uvedl, že jejich účastníci zhodnotili svůj zdravotní stav mezi uspokojivým a průměrným. Rovněž autoři Abbas et al. (Assessing the Health-Related Quality of Life of Nurses, 2021) kteří provedli výzkumnou studii v Hedi Chaker Hospital u souboru všeobecných sester za pomoci dotazníku WHOQOL-BREF uvádí, že většina z jejich dotazovaných respondentů považovala svou kvalitu života za dobrou nebo velmi dobrou (46,7 %) a byla spokojena nebo velmi spokojena se svým zdravím (48,4 %).

Následující dílčí cíl zjišťoval, zda má typ pracovního provozu statisticky významný vliv na domény dotazníku kvality života (fyzické zdraví duševní zdraví, sociální vztahy, životní podmínky). K němu byly vypracovány 4 hypotézy, konkrétně se jedná o hypotézy číslo 3, 4, 5 a 6. Z výše uvedeného bylo zjištěno, že typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na fyzické zdraví sester. Rovněž bylo potvrzeno, že dotazované sestry v jednosměnném provozu se cítí statisticky významně častěji fyzicky lépe než sestry ve dvousměnném nebo třisměnném provozu. Po vyhodnocení hypotézy číslo 4 byl vytvořen závěr, že typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na duševní zdraví dotazovaných všeobecných sester. Dle výsledků této diplomové práce sestry ve dvousměnném provozu vykazují statisticky významně horší duševní zdraví než sestry v provozu třisměnném.

Výzkumná studie realizována roku 2015 v Itálii autorů Paola Ferri , Matteo Guadi, Luigi Marcheselli, Sara Balduzzi, Daniela Magnani & Rosaria Di Lorenzo (The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts, 2016), která byla provedena u souboru 213 zdravotních sester pracujících ve směnném provozu a 65 v denních směnách. Přispěla ke zdůraznění toho, že práce ve směnném provozu může být stresovým faktorem s dopadem na zdraví a pohodu pracovníků, zejména na spokojenost s prací, kvalitu a množství spánku, psychické a kardiovaskulární problémy, které často vyvolávají chronickou únavu. Všeobecné sestry pracující ve směnném provozu dle výsledků zmíněné výzkumné studie statisticky významným způsobem uváděly nejnižší průměrné skóre v položkách spokojenost s prací, kvalitou a kvantitou spánku, s častějšími chronickými únavovými, psychologickými a kardiovaskulárními problémy ve srovnání s pracovníky na denní směny.

Čtvrtý dílčí cíl zjišťuje, zda má věk všeobecných sester ze zkoumaného souboru statisticky významný vliv na domény dotazníku kvality života (fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální

vztahy, životní podmínky). Ze 4 hypotéz, které náleží tomuto cíli, byly potvrzeny 2. Konkrétně hypotézy číslo 8 a 10.

Ačkoli v této diplomové práci nebylo potvrzeno, že má věk dotazovaných všeobecných sester vliv na jejich kvalitu života v doméně fyzické zdraví, výzkumná studie autorky Bartosiewicz et al. (Focus on Polish Nurses' Health Condition: A Cross-Sectional Study, 2022) provedena u dvou věkových skupin polských sester (méně než padesát a více než padesát let) ve svých výsledcích uvádí znepokojivé výsledky týkající se sester ve skupině starší padesáti let. Na základě jejich výzkumných aktivit bylo zjištěno, že většina respondentů starších 50 let byly zdravotní sestry se zvýšeným celkovým cholesterolem (79,3 %), zvýšeným LDL cholesterolem (72,8 %). Ve skupině starších všeobecných sester, které se zúčastnily jejich výzkumu mělo 42,4 % hypertenzi. Dle jejich zjištění je průměrná délka života zdravotních sester podstatně kratší než průměrná délka života žen nepracujících ve zdravotnictví, což také naznačuje mnohem horší zdravotní stav této profesní skupiny. V závěru své výzkumné studie uvádějí zajímavý fakt, o kterém by však bylo možné diskutovat. Zmiňují, že ačkoli sestry mají dostatečné znalosti v oblasti prevence a podpory zdraví, často dochází k nesouladu při provádění těchto činností ve vztahu k sobě samým.

Stejnou problematikou se zabývali i autoři Garzaro et al. (Physical Activity, Energy Expenditure, Nutritional Habits, Quality of Sleep and Stress Levels in Shift-Working Health Care Personnel, 2022), kteří provedli výzkumnou studii u souboru 220 zdravotnických pracovníků. Jejich závěry potvrzují, že stárnutí zvyšuje prevalenci chronických onemocnění, konkrétně muskuloskeletárních a kardiovaskulárních poruch u starších pracovníků a to zejména po dosažení věku 55 let.

Čtvrtému dílčímu cíli odpovídá hypotéza číslo 8, která byla potvrzena. Bylo potvrzeno, že věk má statisticky významný vliv na duševní zdraví dotazovaných sester. Dle výsledků dotazované sestry ve věku 18 - 30 let dosahují významně horšího skóre v oblasti duševního zdraví než sestry ve starším věku. Výstup této hypotézy však nekoresponduje s výsledky autorů Tsaras et al. (Predicting Factors of Depression and Anxiety in Mental Health Nurses: A Quantitative Cross-Sectional Study, 2018) provedené u vzorku 110 všeobecných sester pracujících v řeckých psychiatrických nemocnicích. Ve své studii uvádí existenci vztahu mezi depresí a věkem, rodinným stavem, vzděláním. Výsledky dané studie říkají, že za každý rok věku v praxi se riziko deprese u dotazovaných všeobecných sester zvyšuje o 13%. Při rozšířené pracovní zkušenosti o 16%. Oproti tomu již zmíněná studie autora Orszulak et al. (Nurses' Quality of Life and Healthy Behaviors, 2022) ve svých výsledcích uvádí zjištění, že mezi věkem a kvalitou života u souboru jejich respondentů neexistuje významný vztah.

Hypotézou číslo 10 bylo potvrzeno, že věk má statisticky významný vliv na životní podmínky dotazovaných sester. Všeobecné sestry ve věku 18 - 30 let dosahují významně horšího skóre v životních podmínkách než sestry ve věku nad 50 let. Vzhledem k tomu, že v mnoha zdravotnických zařízeních je zaveden tabulkový plat, jsou mladší sestry za svoji práci méně finančně ohodnoceny. Plat narůstá s délkou praxe. Tento aspekt lze považovat za důvod, proč všeobecné sestry z dotazovaného souboru v začátcích praxe považují své životní podmínky jako méně kvalitní oproti starším zdravotním sestřám.

Poslední dílčí cíl se zabýval tím, zda má typ pracoviště statisticky významný vliv na domény dotazníku kvality života (fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy, životní podmínky) všeobecných sester ze zkoumaného souboru. K němu byl vytvořen soubor 4 hypotéz, konkrétně hypotézy číslo 11, 12, 13, 14. Ověřením jmenovaných hypotéz byl vytvořen závěr, že u domény fyzického zdraví se potvrdil rozdíl mezi sestrami pracujícími na ambulanci a na oddělení. Dle průměrného pořadí dosahují lepšího fyzického zdraví dotazované sestry na ambulanci ve srovnání se sestrami na oddělení. Podobnou problematikou se zabývali také autoři Roskoden et al. (Physical Activity, Energy Expenditure, Nutritional Habits, Quality of Sleep and Stress Levels in Shift-Working Health Care Personnel, 2017) v prospektivní kohortové studii provedené u souboru 46 zdravotníků pracujících v Německu. Soubor dané studie se skládal z 23 respondentů pracujících na směny a 23 pracujících v ranních směnách. Předmětem zkoumání byla fyzická aktivita, kvalita spánku, metabolická aktivita a úroveň stresu u zdravotnických pracovníků z obou skupin. Hodnocením stresu dotazníkem Trier Inventory for Chronical stress byla potvrzena výrazně vyšší úroveň sociálního přetížení v pracovní skupině na směnách. Navíc byli částečně náchylnější k duševnímu stresu. Při analýze střední fyzické aktivity během pracovní doby však byli jedinci pracující na směny významně aktivnější než pracovníci bez směny. Jednotlivci pracující na směny častěji uváděli zhoršenou kvalitu spánku. Celkový příjem energie (v kcal) byl podobný mezi směnou a nesměnou pracovní skupinou. Snížený metabolismus byl pozorován u nesměnné ošetrovatelské podskupiny.

Limitace výzkumné studie

Limitace výzkumné studie je spatřována především ve využití online dotazníku. Konkrétně jde o hůře kontrolovatelný vzorek respondentů. Problémem může být složitě reflektovaná reprezentativnost dat, tedy kontrola nad tím, kdo odpovídá. Dotazník byl sice zveřejněn

ve skupině osob s danou pracovní náplní, ovšem, zda se šetření zúčastnily skutečně pouze všeobecné sestry je zcela nezjistitelné.

Možnost, že by se výzkumu zúčastnila osoba nevykonávající danou profesi se však nepředpokládá, vzhledem k tomu, že byl dotazník zveřejněn v uzavřené skupině podléhající schválení.

Limitací této výzkumné studie může být i možnost, vymyšlených odpovědí. Pravděpodobnost je však rovněž velmi nízká, vzhledem k pracovnímu zaměření dané skupiny.

Protože byl využit standardizovaný dotazník, je možnost nesprávné formulace otázky eliminována. Jedna z možností limitace daného výzkumu je kladení sugestivních otázek, kdy je respondentovi vnucena, či vsugerována odpověď s omezeným rámcem možností. Například možnosti odpovědí pouze: „maximálně, hodně, středně, trochu, vůbec ne“, bez možnosti otevřené odpovědi a tím vyjádření vlastního názoru.

Dále je dotazníkové šetření a jím získaná data od respondentů limitováno aktuálním naladěním zúčastněných například únavou, náladou či zdravotním stavem. Psychický stav, korespondující s množstvím odsloužených směn, v závislosti na aktuálním nedostatku zdravotnického personálu.

Situace, kdy je na trhu práce nedostatek všeobecných sester, vede k únavě a vyčerpání. Oslovené subjekty mohou být tímto ovlivněny, čímž se uchylují spíše k negativním odpovědím.

5 SOUHRN A ZÁVĚR

Souhrn

Tato diplomová práce se zabývala posouzením kvality života všeobecných sester a jejím prožíváním v závislosti na profesním směnném provozu. K tomuto hlavnímu cíli bylo vytvořeno 5 dílčích cílů a k němu odpovídající množství hypotéz. V rámci teoretické části byla zpracována témata zabývající se aspekty kvality života a životního styku všeobecných sester. Empirická část diplomové práce obsahuje kvantitativní metodu s využitím dotazníkového šetření.

Standardizované dotazníky WHOQOL-BREF v online formě byly odeslány do skupiny všeobecných sester na sociální síti. Výzkumného šetření se zúčastnilo 571 všeobecných sester. Odpovědi na jednotlivé položky byly popsány pomocí absolutních a relativních četností. Skóre čtyř domén dotazníku WHOQOL-BREF bylo popsáno pomocí popisných statistik, konkrétně minimum, maximum, aritmetický průměr a směrodatná odchylka. Pro ověření první a druhé hypotézy byl využit Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti. Pro ověření ostatních hypotéz byl použit Kruskal-Wallisův a Mann-Whitney test.

První dílčí cíl měl za úkol zjistit, zda má typ pracovního provozu vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života všeobecných sester ze zkoumaného souboru. K tomuto cíli náleží první otázka z dotazníku. Dotazované sestry hodnotí kvalitu svého života nejčastěji jako dobrou bez ohledu na typ provozu, ve kterém pracují. Jako velmi dobrou vidí kvalitu života nejčastěji sestry pracující v jednosměnném provozu (18,75 %) a nejméně často sestry pracující ve třisměnném provozu (8,18 %). Jako špatnou vidí kvalitu života nejčastěji sestry pracující v dvousměnném a třisměnném provozu. Na základě testování hypotézy vytvořené pro tento cíl nebylo potvrzeno, že má typ pracovního provozu statisticky významný vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života dotazovaných sester.

Druhý dílčí cíl zjišťoval, zda má typ pracovního provozu všeobecných sester ze zkoumaného souboru vliv na jejich spokojenost se zdravím. Tomuto cíli náležela druhá položka dotazníku. Dle odpovědí na tuto otázku je polovina dotazovaných sester se svým zdravím spokojena (50,44 %). Čtvrtina sester zvolilo odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a (25,57 %). Rovněž druhá hypotéza potvrzena nebyla. Nebylo potvrzeno, že má typ pracovního provozu statisticky významný vliv na spokojenost se zdravím všeobecných sester ze zkoumaného souboru.

Třetí dílčí cíl se zabýval tím, zda má typ pracovního provozu všeobecných sester ze zkoumaného souboru statisticky významný vliv na domény dotazníku kvality života

(fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy, životní podmínky). Tomuto cíli náležely 4 hypotézy. Díky nim bylo potvrzeno, že typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na fyzické zdraví dotazovaných sester. Dotazované sestry v jednosměnném provozu se cítí statisticky významně častěji fyzicky lépe než dotazované sestry ve dvousměnném nebo třisměnném provozu. Dále bylo potvrzeno, že typ pracovního provozu má statisticky významný vliv na duševní zdraví dotazovaných sester. Dotazované sestry ve dvousměnném provozu vykazují statisticky významně horší duševní zdraví než sestry v provozu třisměnném.

Čtvrtý dílčí cíl zjišťoval, zda má věk všeobecných sester ze zkoumaného souboru statisticky významný vliv na domény dotazníku kvality života (fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy, životní podmínky). Testováním hypotéz náležejících tomuto cíli bylo zjištěno, že věk má statisticky významný vliv na duševní zdraví dotazovaných sester. Dotazované sestry ve věku 18 - 30 let dosahují významně horšího skóre v duševním zdraví než sestry ve starším věku. Dále bylo potvrzeno, že má věk statisticky významný vliv na životní podmínky dotazovaných sester. Dotazované sestry ve věku 18 - 30 let dosahují významně horšího skóre v životních podmínkách než sestry ve věku nad 50 let.

Pátý dílčí cíl měl za úkol zjistit, zda má typ pracoviště statisticky významný vliv na domény dotazníku kvality života (fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy, životní podmínky) všeobecných sester ze zkoumaného souboru. Rovněž k tomuto cíli byly vytvořeny 4 hypotézy, svým zaměřením odpovídající doménám dotazníku. Byl vytvořen závěr, že lepšího fyzického zdraví dosahují dotazované sestry na ambulanci. V jiných doménách dotazníku nebyl potvrzen rozdíl mezi dotazovanými sestrami pracujícími na ambulanci a na oddělení.

Pro tvorbu textu diskuse byly vyhledány relevantní výzkumné studie, zabývající se stejným předmětem zkoumání. Výzkumná studie autora Orszulak et al. (Nurses' Quality of Life and Healthy Behaviors, 2022), která se zabývala kvalitou života souboru 312 zdravotních sester pracujících v polských nemocnicích využila jako jeden z nástrojů ke sběru dat stejný dotazník jako byl použit v této diplomové práci. V souladu s jejich výsledky jsou výstupy z otázek číslo 1 a 2, které se zabývaly subjektivním hodnocením kvality života a spokojeností se svým zdravím. Na základě odpovědí na první otázku byl vytvořen závěr, že sestry ze zkoumaného souboru hodnotily kvalitu svého života nejčastěji jako dobrou, bez ohledu na typ provozu ve kterém pracují. Na druhou otázku z dotazníku odpověděla polovina dotazovaných sester, že je se svým zdravím spokojena. Čtvrtina sester zvolila odpověď ani spokojen/a ani nespokojen/a. Výsledky zmíněné studie uvádí, že respondenti, kteří se zúčastnili jejich výzkumné studie hodnotili svoji kvalitu života mezi dobrou

a průměrnou. Svůj zdravotní stav hodnotili jako uspokojivý nebo průměrný. Dále ve svých výsledcích uvádí zjištění, že mezi věkem a kvalitou života u souboru jejich respondentů neexistuje významný vztah. V této diplomové práci však bylo potvrzeno, že věk má statisticky významný vliv na duševní zdraví a životní podmínky dotazovaných sester.

Závěr

Povolání zdravotní sestry je psychicky i fyzicky náročné, obzvláště pokud se jedná o práci na směny, především u lůžka. Je nesporné, že zdravotní stav a duševní pohoda či nepohoda má bezprostřední vliv na pacienta a kvalitu ošetrovatelské péče. Zdravotní sestry často čelí problémům na pracovišti, jako je nedostatek zaměstnanců, dlouhá pracovní doba, a velká pracovní zátěž. Nátlak vyvíjený na sestry, zodpovědné za zdraví a život pacientů má za následek snížení duševního a fyzického zdraví ošetrovatelského personálu a snížení účinnosti při poskytování pečovatelských služeb pacientům.

V této práci bylo potvrzeno, že typ pracovního provozu má vliv na fyzické i duševní zdraví všeobecných sester ze zkoumaného souboru. Ty často slouží desítky přesčasových hodin z důvodu nedostatku zdravotnického personálu. Vzdělávací systém, který nedovoluje po absolvování středoškolského studia pracovat bez odborného dohledu, může být důvod, proč mnoho praktických sester nenastoupí do zdravotnických zařízení. Pro práci bez odborného dohledu je nutné vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání.

Překvapujícím zjištěním bylo, že dotazované sestry ve věku 18 - 30 let dosahují významně horšího skóre v doméně duševního zdraví a v životních podmínkách než sestry ve věku nad 50 let. Příčinou může být nastavení systému tabulkových platů, kdy se výše platu odvíjí od počtu odpracovaných let.

Vzhledem k tomu, že tohoto výzkumného šetření se zúčastnily dle předpokladu především ženy, pro další výzkumné aktivity by bylo zajímavé porovnat odpovědi mužů a žen, a tím zjistit vliv směnného provozu na jednotlivá pohlaví.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ABBES, A., et al, Assessing the Health-Related Quality of Life of Nurses: A Study in Hedi Chacker Hospital. *European Psychiatry*, [online]. 2021, 04, vol. 64, pp. S398
Coronavirus Research Database; ProQuest Central. ISSN 09249338. Dostupné z:
<https://www.proquest.com/docview/2560885036/173ACB99AFAC41E5PQ/1?accountid=16730>
2. BABINČÁK, P., Kritéria pre meranie kvality života v psychológii a ich aplikácia prostredníctvom rozdielového modelu kvality života. *Psychologie pro praxi* [online]. 2018, Vol 53 No 2. ISSN: 1803-8670. Dostupné z:
https://karolinum.cz/data/clanek/960/PPP_1-2_2014_07_Babincak.pdf
3. BARTOSIEWICZ, A., et al, 2022. Focus on Polish Nurses' Health Condition: A Cross-Sectional Study. [online]. 2022, PeerJ, Mar 21 Coronavirus Research Database; ProQuest Central. Dostupné z:
<https://www.proquest.com/docview/2641201631/EBBA35B6E25F425BPQ/1?accountid=16730>
4. BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry, Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 86 s., 1. vyd., ISBN 8070134399
5. BRADBURN, N.M. The Structure of Psychological Well-Being. Chicago, Ill.: Aldine Publishing Co., [online]. 1969. Dostupné z: [\[PDF\] The structure of psychological well-being | Semantic Scholar](#)
6. BORZOVÁ, C. Nespavost a jiné poruchy spánku. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2978-7.
7. BRŮHA, D., PROŠKOVÁ, E., 2011, Zdravotnická povolání, Praha: Wolters Kluwer, 559 s., 1. vyd., ISBN 978-80-7357-661-5
8. CAO, J., et al, A Study of Basic Needs and Psychological Wellbeing of Medical Workers in the Fever Clinic of a Tertiary General Hospital in Beijing during the COVID-19 Outbreak. *Psychother Psychosom.* [online]. 2020. doi: 10.1159/000507453
Dostupné z: [A Study of Basic Needs and Psychological Wellbeing of Medical Workers in the Fever Clinic of a Tertiary General Hospital in Beijing during the COVID-19 Outbreak - PubMed \(nih.gov\)](#)
9. DAMASIO, A. R. Emotions and Feelings: A Neurobiological Perspective. In A. S. R. Manstead, *Feelings and emotions: The Amsterdam symposium* Cambridge University

- Press. [online]. 2004 Dostupné z: [Emotions and Feelings: A Neurobiological Perspective. \(apa.org\)](#)
10. DASGUPTA P., Human Well-Being and the Natural Environment, Oxford Academic, [online]. 2001 Dostupné z: <https://academic.oup.com/book/2305?login=false>
 11. DIENER, E., SUH, E. Measuring quality of LIFE: ECONOMIC, SOCIAL, AND SUBJECTIVE INDICATORS. Social Indicators Research 40 [online]. 1997. Dostupné z: [MEASURING QUALITY OF LIFE: ECONOMIC, SOCIAL, AND SUBJECTIVE INDICATORS | SpringerLink](#)
 12. DRAGOMIRECKÁ, E. a PRAJSOVÁ-BARTOŇOVÁ J., 2006. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum. 88 s. ISBN 80-85121-82-4.
 13. DVOŘÁKOVÁ, V., a kol. 2005. Komparace politických systémů I: pro studium na VŠE Praha, Praha: Oeconomica,
 14. DŽUKA J., SUBJEKTÍVNE HODNOTENIE KVALITY ŽIVOTA: DEFINÍCIA, MERANIE A VÝCHODISKÁ DALŠIEHO VÝSKUMU. Ceskoslovenska Psychologie, vol. 56, no. 2, pp. 148-156 [online]. 2012. ProQuest Central. ISSN 0009062X. Dostupné z: [SUBJEKTÍVNE HODNOTENIE KVALITY ŽIVOTA: DEFINÍCIA, MERANIE A VÝCHODISKÁ DALŠIEHO VÝSKUMU - ProQuest](#)
 15. EASTERLIN R., Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence, Nations and Households in Economic Growth, [online]. 1974. ISBN 9780122050503, Dostupné z: [Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence - ScienceDirect](#)
 16. FERRI P., et al, The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts, Risk Management and Healthcare Policy, [online]. 9:, 203-211, Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2229450880/A18ABEC830344BF5PQ/1?accountid=16730>
 17. GALATCH, at al., Effects of requested, forced and denied shift schedule change on work ability and health of nurses in Europe -Results from the European NEXT-Study, 2013. 1137, Dostupné z: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1137>
 18. GALLOWAY, S. & BELL, D. & HAMILTON, C. & SCULLION, A.C., 2006. Well-being and quality of life: Measuring the benefits of culture and sport: A literature

- review and thinkpiece. Scottish Executive Social Research, [online]. Dostupné z: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=af420991e29197183899332796527ee51c36da7f>
19. GARZARO, G., et al, Physical Health and Work Ability among Healthcare Workers. A Cross-Sectional Study. Nursing Reports, [online]. 2022, vol. 12, no. 2, pp. 259 ProQuest Central. ISSN 2039439X. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2679792290/AF984013E044201PQ/1?accountid=16730>
 20. GRIFFIN, R. Shift work linked to organ disease. American journal of epidemiology, [online]. 2006. Dostupné z: [Shift Work Linked To Organ Disease, Study Suggests -- ScienceDaily](#)
 21. HERZBERG, F. The Motivation to Work. New York: John Wiley & Sons, [online]. 1959. Dostupné z: [\[PDF\] The motivation to work | Semantic Scholar](#)
 22. HEŘMANOVÁ, E. 2012. Koncepty, teorie a měření kvality života. Praha: Sociologické nakladatelství. 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0
 23. HNILICA, K. Věk, pohlaví a kvalita života. In Payne, J. a kol. Kvalita života a zdraví. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s ISBN 80-7254-657-0.
 24. HNILICA, K. Povolání a kvalita života. In PAYNE, J. a kol. Kvalita života a zdraví, Praha: Triton, 2005, s. 395–414. ISBN 80-7254-657-0.
 25. HNILICOVÁ, H. 2005. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In Payne, J. a kol. Kvalita života a zdraví. 1.vyd. Praha: Triton, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
 26. HORÁČEK, J., BRUNOVSKÝ, M. Role psychiatrie v podpoře duševního zdraví zdravotníků během pandemie Covid-19. Česká a slovenská psychiatrie, 117, [online]. 2021, s. 109–110. Dostupné z: [Role psychiatrie v podpoře duševního zdraví zdravotníků během pandemie covid-19 | Ceska a Slovenska Psychiatrie; 117\(3\):109-110, 2021. | Scopus \(bvsalud.org\)](#)
 27. HUPPERT F., & BAYLIS N. & KEVRENE B., The Science of Well-Being. [online]. 2012, ISBN: 9780198567523. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/296919294_The_Science_of_Well-Being
 28. CHEN, Q., et al, Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry. Erratum in: Lancet Psychiatry. [online]. 2020. Dostupné z: [Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak - PubMed \(nih.gov\)](#)

29. CHRÁSKA, Miroslav. 2016. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.
30. JANOUŠKOVÁ, S., MARŠÁK, J. Indikátory kvality vzdělávání. Pedagogika, roč. LVIII, 2008, s. 315–326.
31. KAPR, J., 1991. Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), Sociologické pojmosloví, sv. 1. ISBN 80-901059-1-2.
32. KIM, K., LEE, Y., Influence of Sleep Characteristic Changes on Nurses' Quality of Life during Their Transition to Practice: A Prospective Cohort Study. Int J Environ Res Public Health, [online]. 2022, Dostupné z: [Influence of Sleep Characteristic Changes on Nurses' Quality of Life during Their Transition to Practice: A Prospective Cohort Study - PMC \(nih.gov\)](#)
33. KOUKOLÍK, F. 2014 Mozek a jeho duše, Praha: Galen, 464 s. ISBN 978-80-7492-069-1
34. KYOUNGJA, K., YOUNGJIN, L., Influence of sleep characteristic changes on Nurses Quality of life during their transition to practice: A prospective cohort study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19, 573, [online]. 2022. Dostupné z: [IJERPH | Free Full-Text | Influence of Sleep Characteristic Changes on Nurses' Quality of Life during Their Transition to Practice: A Prospective Cohort Study \(mdpi.com\)](#)
35. KŘÍŽOVÁ, E., 2005. Medicína a zdravotnictví v postmoderní době. In PAYNE, Jan a kolektiv. Kvalita života a zdraví, Praha: Triton, ISBN 80-7254-657-0.
36. LEGNEROVÁ, Kateřina. Vedení generace Y. Sborník příspěvků RELIK, 2014, s. 282–291
37. MALIK, N. A Study on Occupational Stress Experienced by Private and Public Bank Employees in Quetta City. African Journal of Business Management, [online]. 2011, 5, s. 3063–3070. Dostupné z: [\[PDF\] A study on occupational stress experienced by private and public banks employees in Quetta City | Semantic Scholar](#)
38. MLČOCH, Lubomír. Ekonomie a štěstí: proč více někdy není lépe. Politická ekonomie, roč. 2007, s. 147–163.
39. NAKONEČNÝ, M., 2005. Sociální psychologie organizace, 1. vyd., Praha: Grada, 225 s. ISBN 802470577X
40. NEVŠÍMALOVÁ, S., ŠONKA, K., et al., 2007. PORUCHY SPÁNKU A BDĚNÍ, 2. vyd., Praha: Galén, 345 s., ISBN 9788072625000

41. ORSZULAK, N., et al, Nurses' Quality of Life and Healthy Behaviors. International Journal of Environmental Research and Public Health, [online]. 2022, vol. 19, no. 19, pp. 12927 ProQuest Central. ISSN 1661-7827. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2724249383/C7D4B2EF173C46CFPQ/1?accountid=16730>
42. OWENS, B., et al, The Impact of Shift Work on Nurses' Quality of Sleep., Association of Black Nursing Faculty Foundation Journal (ABNFF) . [online]. 2017, Vol. 28., Dostupné z: [EBSCOhost | 125076515 | The Impact of Shift Work on Nurses' Quality of Sleep.](https://www.proquest.com/docview/2724249383/C7D4B2EF173C46CFPQ/1?accountid=16730)
43. PACIONE, M., Urban environmental quality and human wellbeing—a social geographical perspective, Landscape and Urban Planning, [online]. 2003, ISSN 0169-2046, Dostupné z: [Urban environmental quality and human wellbeing—a social geographical perspective - ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0169204603000000)
44. SCHREIBER, V., 2000. Lidský stres, 2. vyd., Praha: Academia, 106 s, ISBN 80-200-0240-5
45. SEEMAN, M. On The Meaning of Alienation. American Sociological Review, 24, 783-791. [online]. 1959. Dostupné z: [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1727203](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1727203)
46. SCHUMACHER, J., KLAIBERG, A. & BRÄHLER, E. (Hrsg.). Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität, Göttingen, [online]. 2003. Dostupné z: [Schumacher, J., Klaiberg, A., & Brhler, E. \(2003\). Diagnostische Verfahren zur Lebensqualitt und Wohlbefinden. Gttingen Hogrefe. - References - Scientific Research Publishing \(scirp.org\)](https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1727203)
47. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. a kol., 2009. Urgentní medicína v klinické praxi lékaře. Praha: Grada, ISBN 978-80-271-2145-8
48. TSARAS, K., et al, Predicting Factors of Depression and Anxiety in Mental Health Nurses: A Quantitative Cross-Sectional Study. Medical Archives, [online]. 2018. vol. 72, no. 1, pp. 62-67 ProQuest Central. ISSN 0350199X. Dostupné z: <https://www.proquest.com/docview/2091220599/B96C1F3141D8430APQ/1?accountid=16730>
49. TUČEK, M., et al, 2005. Pracovní lékařství - příručka s doporučenými standardy. Praha: Grada, 327 s., ISBN 80-247-0927-9

50. VEENHOVEN, R. The study of life-satisfaction. Department of Sociology [online]. 1996. ISBN 978-963-463-081-4 Dostupné z: <https://repub.eur.nl/pub/16311/>
51. VEENHOVEN, R. The Four Qualities of Life: Ordering Concepts and Measures of the Good Life. Journal of Happiness [online]. 2000. vol 1, pp 1-39 ISBN 92-808-1130-4. Dostupné z: [\(PDF\) The Four Qualities of Life \(researchgate.net\)](#)
52. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. Sestry v nouzi, Praha:Grada, 1. vyd., 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2
53. VÉVODOVÁ, Š., et al, The impact of shift work on sleep and anxiety in general nurses. Pracovní Lékarství [online]. 2016, Vol. 68 Dostupné z: [EBSCOhost | 120607622 | The impact of shift work on sleep and anxiety in general nurses.](#)
54. WILKINSON, G. Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality, Sociology of Health & Illness. [online]. 1996. ISBN 9780203421680. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/229768108_Unhealthy_Societies_the_Afflictions_of_Inequality_Book
55. ROSKODEN, F. C., et al, Physical Activity, Energy Expenditure, Nutritional Habits, Quality of Sleep and Stress Levels in Shift-Working Health Care Personnel. [online]. 2017. PLoS One, 01, vol. 12, no. 1 ProQuest Central. Dostupné na: <https://www.proquest.com/docview/1858089369/918041B757574372PQ/1?accountid=16730>
56. YAGUDIN R., et al, Ecology as Factor of Quality of Life of the Population, Procedia Economics and Finance. [online]. 2014. vol. 15, ISSN 2212-5671, Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212567114006297>
57. WERTHER & DAVIS, 1992., Lidský faktor a personální management, Praha: Victoria publishing, 1. vyd., 611s., ISBN 80-85605-04-X
58. ZHANG, L., et al, Influencing Factors for Sleep Quality Among Shift-working Nurses: A Cross-Sectional Study in China Using 3-factor Pittsburgh Sleep Quality Index, Asian Nursing Research, [online]. 2016. vol. 10 ISSN 1976-1317, Dostupné z: [Influencing Factors for Sleep Quality Among Shift-working Nurses: A Cross-Sectional Study in China Using 3-factor Pittsburgh Sleep Quality Index - ScienceDirect](#)

Seznam zkratek

HDP – hrubý domácí produkt

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development

OSN – Organizace spojených národů

PWB – psychological well-being

QOL – quality of life

SWB – subjective well-being

UNIDO – United Nations Industrial Development Organisation

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

WHOQOL-100 – The World Health Organization Quality of life (dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace)

WHOQOL-BREF – zkrácená verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace

WHOQOL-OLD – verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace pro vyšší věk

Seznam příloh

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Souhlas autorky české verze dotazníku s použitím

Příloha č. 3: Dotazník WHOQOL-BREF (krátká verze)

Příloha č. 4: Online podoba dotazníku

Seznam grafů

Graf 11: Subjektivní hodnocení kvality života

Graf 12: Spokojenost se zdravím

Graf 13: Hodnocení položek 3 - 9 dotazníku WHOQOL-BREF

Graf 14: : Hodnocení položek 10 - 14 dotazníku WHOQOL-BREF

Graf 15: Pohyblivost

Graf 16: Hodnocení položek 16 - 25 dotazníku WHOQOL-BREF

Graf 17: Histogram - fyzické zdraví

Graf 18: Histogram - duševní zdraví

Graf 19: Histogram - sociální vztahy

Graf 20: Histogram - životní podmínky

Seznam tabulek

- Tabulka 34: Věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav
- Tabulka 35: Typ bydlení, typ pracoviště, typ provozu, možnost ovlivnit své služby
- Tabulka 36: Subjektivní hodnocení kvality života
- Tabulka 37: Spokojenost se zdravím
- Tabulka 38: Hodnocení položek 3 - 9 dotazníku WHOQOL-BREF
- Tabulka 39: Hodnocení položek 10 - 14 dotazníku WHOQOL-BREF
- Tabulka 40: Pohyblivost
- Tabulka 41: Hodnocení položek 16 - 25 dotazníku WHOQOL-BREF
- Tabulka 42: Četnost prožívání negativních pocitů
- Tabulka 43: Popisné statistiky čtyř domén dotazníku WHOQOL-BREF
- Tabulka 44: Kontingenční tabulka pozorovaných četností
- Tabulka 45: Upravená kontingenční tabulka pozorovaných četností
- Tabulka 46: Očekávané četnosti
- Tabulka 47: Kontingenční tabulka pozorovaných četností
- Tabulka 48: Upravená kontingenční tabulka pozorovaných četností
- Tabulka 49: Očekávané četnosti
- Tabulka 50: Výsledek Kruskal-Wallisova testu
- Tabulka 51: Výsledky vícenásobného porovnání p-hodnot
- Tabulka 52: Výsledek Kruskal-Wallisova testu
- Tabulka 53: Výsledky vícenásobného porovnání p-hodnot
- Tabulka 54: Výsledek Kruskal-Wallisova testu
- Tabulka 55: Výsledek Kruskal-Wallisova testu
- Tabulka 56: Výsledek Kruskal-Wallisova testu
- Tabulka 57: Výsledek Kruskal-Wallisova testu
- Tabulka 58: Výsledek Kruskal-Wallisova testu
- Tabulka 59: Výsledky vícenásobného porovnání p-hodnot
- Tabulka 60: Výsledek Kruskal-Wallisova testu
- Tabulka 27: Výsledek Kruskal-Wallisova testu
- Tabulka 61: Testy mnohonásobného porovnávání p-hodnot.
- Tabulka 62: Výsledek Mann-Whitney testu
- Tabulka 63: Výsledek Mann-Whitney testu
- Tabulka 31: Výsledek Mann-Whitney testu

Tabulka 32: Výsledek Mann-Whitney testu

Tabulka 64: Výsledek Mann-Whitney testu (pro domény fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy, životní podmínky)

Tabulka 34: Primární hesla s příbuznými pojmy v českém jazyce

Tabulka 35: Primární hesla s příbuznými pojmy v anglickém jazyce

Přílohy

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Vážený kolegové,

jmenuji se Eva Bořecká a jsem studentka oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. V souladu se zásadami etiky výzkumu Vás prosím o zapojení se do studie, jejíž výsledky budou součástí mé diplomové práce s názvem „Kvalita života všeobecných sester a její prožívání v závislosti na profesním směnném provozu”

Účast v tomto výzkumu je dobrovolná a v průběhu realizace můžete kdykoliv odstoupit. Údaje získané dotazníkem nebudou uváděny ve spojitosti s Vaší osobou. Budou vyhodnocovány a prezentovány anonymně**.

Cílem výzkumu je zjistit informace o kvalitě života všeobecných sester ve směnném provozu. Výzkumnou metodou je dotazníkové šetření. Dotazník WHOQOL-BREF je standardizovaný, jeho vyplnění Vám zabere minimum času.

Pokud dotazník vyplníte, vyslovujete též souhlas s tím, že se studie zúčastníte a potvrzujete, že jste dostatečně informován/a o podstatě a cíli studie. Zároveň souhlasíte s tím, že výsledky mohou být anonymně publikovány.

Velice Vám děkuji za spolupráci, za Váš čas a ochotu.

Bc. Eva Bořecká

Příloha č. 2: Souhlas autorky české verze dotazníku s použitím



Dragomirecká, Eva Eva.Dragomirecka@ff.cuni.cz

2. 1. 2023, 14:22

Komu: eva.borecka11@seznam.cz

[Přejít na přílohy](#)

✉ RE: Objednávka české verze dotazníku WHOQOL



Dobrý den, vážená kolegyně,
zřejmě jsem vám ještě neodpověděla – příkládám elektronickou verzi dotazníku.

Srdečně zdravím,
ED

PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.
Katedra psychologie
Filozofická fakulta
Univerzita Karlova
Celetná 20
116 42 Praha 1

E: eva.dragomirecka@ff.cuni.cz
M: 604 83 63 14

From: eva.borecka11@seznam.cz <eva.borecka11@seznam.cz>

Sent: Sunday, December 18, 2022 2:57 PM

Sent: Sunday, December 18, 2022 2:57 PM

To: dragomirecka@pcp.lf3.cuni.cz; edragomirecka@seznam.cz

Subject: Objednávka české verze dotazníku WHOQOL

Dobrý den, paní doktorko.
Ráda bych, s Vaším svolením, použila českou verzi dotazníku WHOQOL-BREF ve své diplomové práci.
Jmenuji se Eva Bořecká a studuji na Univerzitě Palackého v Olomouci. Dotazník WHOQOL-BREF by byl použit pro můj výzkum v diplomové práci s názvem Kvalita života všeobecných sester a její prožívání v závislosti na profesním směnném provozu.

Předem Vám velice děkuji za čas, který mi věnujete.
S pozdravem
Eva Bořecká

KVALITA ŽIVOTA

DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

spokojen/a sám/sama se sebou?					
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

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

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

Příloha č. 4: Online podoba dotazníku

9. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?*

Vyberte jednu odpověď


Velmi špatná

Špatná

Ani špatná ani dobrá

Dobrá

Velmi dobrá

Powered by  **survio** < >

[Vytvořit dotazník zdarma](#)

10. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?*

Vyberte jednu odpověď


Velmi nespokojen/a

Nespokojen/a

Ani spokojen/a ani nespokojen/a

Spokojen/a

Velmi spokojen/a

Powered by  **survio** < >

[Vytvořit dotazník zdarma](#)