

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Denisa Píchová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Pedagogická fakulta  
Katedra výchovy ke zdraví

Analýza kvality života u dospělých žen ve věku 18 až 35 let pracujících na call centru  
s aspektem na psychosociální determinanty zdraví.

Bakalářská práce

Autor: Denisa Píchová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vojtová, PhD.

České Budějovice, květen 2012

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

The Analysis of Quality of Life in Adult Women at the Age 18-35 Years, Who Work at  
Call Center, with Focus on Psychosocial Aspects of Health.  
Bachelor Thesis

Author: Denisa Píchová

Study programme: Specialization in Education

Study branch: Health Education

Supervisor: Mgr. Petra Vojtová, PhD.

České Budějovice, May 2012

**Jméno a příjmení autora:** Denisa Píchová

**Název bakalářské práce:** Analýza kvality života u dospělých žen ve věku 18 až 35 let pracujících na call centru s aspektem na psychosociální determinanty zdraví.

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

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Petra Vojtová, PhD.

**Rok obhajoby bakalářské práce:** 2012

**Abstrakt:**

Tato bakalářská práce je zaměřená na analýzu kvality života žen pracujících na call centrech ve věku 18 až 35 let. Specifika této práce jsou směnný provoz a vysoké pracovní nasazení, psychická náročnost a časté stresové situace. Analýza kvality života se zaměřuje na psychickou a sociální oblast zdraví a cirkadiánní rytmy. V teoretické části rozvádím základní pojmy vyplývající z názvu práce, především jejich definice a význam. Následně v praktické části vyhodnocuji dotazník kvality života, který obsahuje otázky týkající se témat obsažených v teoretické části, a zjišťuji, jaká je kvalita života u skupiny 200 žen. Zvláště se soustředím na otázky ohledně pocitu vyhoření, celkový pocit spokojenosti a osobní pohody, a jestli má směnný provoz, ovšem bez nočních směn negativní vliv na cirkadiánní rytmy. Ke zjištění používám standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF (krátká verze) a dotazník na cirkadiánní rytmy. Cílem mého výzkumu je zjištění vlivu této specifické práce a míra negativních dopadů pracovní zátěže na celkovou kvalitu života. V závěrečné části jsou shrnuty výsledky výzkumu, kdy z analýzy vyplývá, že práce na call centru nemá významně negativní dopady na kvalitu života ani na cirkadiánní rytmy.

**Klíčová slova:** Kvalita Života, Ženy, Psychické a Sociální Determinanty, Zdraví, WHOQOL-BREF, Cirkadiánní Rytmy

**Name and Surname:** Denisa Píchová

**Title of Bachelor Thesis:** The Analysis of Quality of Life in Adult Women at the Age 18-35 Years, Who Work at Call Center, with Focus on Psychosocial Aspects of Health.

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

**Supervisor:** Mgr. Petra Vojtová, PhD.

**The year of presentation:** 2012

**Abstract:**

This bachelor thesis is focused on analysis of quality of life of women, who work at call centres at the age of 18-35 years. The specifics of that job are shift work and high work performance, psychical demands and frequent stress situations. The analysis of quality of life is focused on psychical and social elements of health and circadian rhythms. In theoretical part of the thesis I describe basic terms resulting from the name of the thesis, especially their definitions and their meaning. Subsequently, in practical part of the thesis, I evaluate a questionnaire of quality of life, which contains questions concerning the subjects mentioned in theoretical part and I find out what is quality of life of a group of 200 women. I especially concentrate on questions about burn out syndrom, general feeling of satisfaction and personal well-being and if shift work, without night shifts, has negative impact on circadian rhythms. For finding out I used standardised questionnaire WHOQOL-BREF (short version) and questionnaire of circadian rhythms. The goal of my thesis is finding out influence of this specific job and negative impacts of work demands on the total quality of life. In the final part I summarize the results of research, when the analysis shows the work at call centers doesn't significantly negatively impact on quality of life or circadian rhythms.

**Keywords:** Quality of Life, Women, Psychological and Social Aspects of Health, WHOQOL-BREF, Circadian Rhythms

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „Analýza kvality života u dospělých žen ve věku 18 až 35 let pracujících na call centru s aspektem na psychosociální determinanty zdraví.“ vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Petra Vojtová, PhD., pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích , dne 04.05.2012

Denisa Píchová

#### Poděkování:

Děkuji Mgr. Petře Vojtové, PhD., za odborné vedení, cenné rady a ochotu při vypracování bakalářské práce.

Dále děkuji manažerům call center rezidentního segmentu společnosti Telefónica za ochotu a pomoc s výzkumem v této bakalářské práci.

# Obsah

<b>1 ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>2 TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
2.1 KVALITA ŽIVOTA .....	11
2.1.1 Charakteristika kvality života.....	11
2.1.2 Pojetí kvality života.....	12
2.1.3 Měření kvality života.....	14
2.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ.....	15
2.2.1 Definice základních pojmů.....	15
2.2.2 Psychická osobní pohoda (Psychological well-being) .....	16
2.2.2.1 Charakteristika .....	16
2.2.2.2 Dimenze psychické pohody.....	16
2.2.2.3 Přístupy k chápání osobní pohody.....	18
2.2.2.4 Stres jako negativní faktor v subjektivní osobní pohodě.....	19
2.2.3 Sociální osobní pohoda (social well-being).....	22
2.2.3.1 Charakteristika .....	22
2.2.3.2 Dimenze sociální pohody .....	23
2.2.3.3 Sociální determinanty a negativní vlivy na sociální pohody.....	24
2.2.3.4 Sociální role ženy a konflikt těchto rolí .....	26
2.2.3.5 Šikana na pracovišti jako negativní faktor sociální pohody.....	27
2.3 CIRKADIÁNNÍ RYTMY .....	28
2.3.1 Charakteristika.....	28
2.3.2 Spánek .....	30
2.3.3 Desynchronizmus a poruchy spánku .....	31
2.3.4 Vliv směnného provozu na cirkadiánní rytmus.....	32
<b>3 PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>33</b>
3.1 CÍLE PRÁCE .....	33



3.2 ÚKOLY PRÁCE .....	33
3.3 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY .....	33
3.4 METODIKA.....	34
3.4.1 Charakteristika souboru.....	34
3.4.2 Použité metody .....	34
3.4.2.1 Metoda sekundární sběr dat.....	34
3.4.2.2 Dotazník WHOQOL BREF.....	34
3.4.2.3 Dotazník Cirkadiánní typologie .....	35
3.4.2.4 Statistické metody .....	35
3.4.3 Organizace praktického šetření .....	35
<b>4 VÝSLEDKY A DIDKUSE.....</b>	<b>37</b>
4.1 Výsledky a vyhodnocení dat dotazníků WHOQOL-BREF.....	37
4.2 Výsledky a vyhodnocení dat dotazníků CIRKADIÁNNÍ TYPOLOGIE.....	53
<b>5 ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>67</b>
<b>6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>69</b>
<b>7 SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>72</b>
<b>8 PŘÍLOHY</b>	

# 1 ÚVOD

*„Skutečně šťastný je ten, kdo připadá šťastný sobě, ne jiným.“*

*(latinské přísloví)*

Každý člověk, včetně mě, jistě hodnotí svůj život a sám si pokládá otázky- jak je spokojen se svým životem, zda má vše, co je k plnohodnotnému a spokojenému životu vše, co potřebuje. Všichni si přejeme mít na tyto otázky vždy kladné odpovědi, což by nám přineslo pocit spokojenosti. Mnohdy nám ale život přináší jisté konflikty, které nám kladou překážky k pocitu blaha a úplné spokojenosti. Jako například dělám práci, která mě baví, ale finanční ohodnocení nestačí k pokrytí mých potřeb. Nebo naopak moje práce je pro mě dostatečně finančně ohodnocena, ale přináší mi negativní stres a nedělám ji ráda. V souvislosti s tím mě mnohokrát napadlo, je spokojenější člověk, který má svou práci rád, ale není dostatečně finančně ohodnocená nebo naopak? Jaký vliv to má na jeho sociální vazby a vztahy s rodinou a přáteli? Tyto otázky mě napadly v souvislosti s mou vlastní prací- již několik let pracuji na různých call centrech, kde je práce velice stresující a psychicky náročná, často ve směnném provozu a s nulovou fyzickou zátěží. Na druhou stranu je to práce většinou dobře finančně ohodnocena a není k ní požadováno speciální vzdělání, mnohdy dokonce ani praxe. Většina zaměstnanců call center jsou ženy, často mladé ženy do věku 35 let. Mezi většinou těchto žen to není práce vysněná ani zvláště oblíbená vzhledem k psychické náročnosti, vysokému talku na výkon a velkému množství každodenního stresu. Jaká je tedy kvalita života žen zaměstnaných v call centrech? Je práce na tolik významným faktorem v životě, aby snížila kvalitu života a subjektivní pocit spokojenosti? Jsou finanční výdělků natolik důležité, že je díky tomu kvalita života nakonec lepší? Jak práce v různých směnách ovlivní jejich život, vztahy a sociální vazby? Jaký celkový vliv na jejich psychiku? Toto jsou otázky, které mě z osobního a profesního života velice zajímají a proto jsem se rozhodla vybrat si práci s tématem Zjištění kvality života žen pracujících na call centru ve věku 18-35 let s aspektem na psychosociální determinanty zdraví. Cílem mé práce je zjistit, jaká je kvalita života u těchto žen zvláště v psychické a sociální oblasti zdraví.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 KVALITA ŽIVOTA

#### 2.1.1 Charakteristika kvality života

Slovo kvalita by se zcela českým výrazem vyjádřila jako „jakost“ tedy ukazatel vlastností takových, které dělají objekt špatným, průměrným, dobrým či dokonce prvotřídním. Kvalitu je možné měřit u jednotlivce, u dvojic, u konkrétních vymezených skupin, u konkrétní části populace a celé populace. Pokud budeme měřit kvalitu života, budeme zkoumat, zda se jedinec, dvojice, skupina, populace má dobře- jestli je jakost odpovídající našim představám a cílům. Tyto cíle nám klade společnost, ve které žijeme, ale vždy si je mi sami můžeme upravit. Nicméně ve výzkumu budeme zkoumat kvalitu ve vztahu k všeobecné normě a následně subjektivní pocit osobní pohody (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

Charakteristika pojmu kvalita života se drobně liší autor od autora a samozřejmě i naše subjektivní vnímání tohoto pojmu se liší osoba od osoby. Nicméně všichni tento pojem vnímáme jako ukazatel osobní spokojenosti na základě zdraví, vztahů a ekonomického zázemí a spokojenost s prací nebo studiem. Termín Kvalita života je vykládán různě podle toho, v jakém kontextu o kvalitě života hovoříme a v rámci kterého oboru je na kvalitu života pohlíženo. Jinak bude vykládat tento pojem sociologie, která bude zkoumat rozdíly kvality v různých sociálních skupinách a tyto skupiny bude vzájemně porovnávat, psychologie se bude zabývat hlavně subjektivními pocity jedinců, vnímáním osobního štěstí jednotlivce se snahou změřit tyto pocity. Ekologie bude nahlížet na vztah člověka k životnímu prostředí a naopak, medicína se bude zabývat především fyzickým zdravím a prevencí nemocí. Nejfrekventovanější definice úzce souvisí s definicí zdraví dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation, dále jen WHO), kdy zdraví a tím pádem i kvalitu života nemůžeme chápat pouze jako absenci nemoci, ale jako celkový stav úplného fyzického, psychického a sociálního blaha. Zároveň je potřeba tuto definici doplnit o subjektivní vnímání postavení sama sebe ve světě a kulturních a sociálních poměrech prostředí, ve kterém žijeme (PAYNE, 2005).

Kvalitu života lze charakterizovat i samostatně bez souvislosti s nějakou nemocí, kdy vyjadřuje úroveň spokojenosti s naším životem, kdy zcela subjektivně vnímáme pocit vlastního tělesného zdraví, psychického stavu neboli duševní pohody, sociálního

postavení a celkové spokojenosti s vlastním životem – celé toto vnímání můžeme shrnout anglicky často používaný termín well-being. Well-being se dá vyložit jako osobní pohoda, kterou ovlivňují všechny aspekty našeho života a úroveň well-being významně ovlivňuje úroveň kvality života. Pocit osobní pohody může významně ovlivnit možnost postarat se o sebe, vlastní mobilita a schopnost ovlivňovat vlastní život (KEBZA, 2005).

### **2.1.2 Pojetí kvality života**

Kvalita života je závislá na několika složkách, stejně jako zdraví se nedá vymezit pouze na absenci nemoci. Dle WHO je zdraví stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody. Kvalita života se tedy skládá minimálně ze stejných složek jako zdraví. WHO Kvalitu života definuje jako vnímání vlastní pozice ve světě ve vztahu ke kultuře, ve které žije a žebříčku hodnot kontra jeho očekávané, nastavené cíle a obavy. Kvalita života je závislá na Fyzickém zdraví, psychickém stavu, osobním vyznání, sociálních vztazích a vztazích ke klíčovým oblastem životního prostředí (VAĎUROVÁ, 2005).

Složky kvality života se dají také rozdělit podle základních životních potřeb každého člověka na bytí, přílnutí a realizaci.

- Bytí (being) se dále dělí do tří oblastí na fyzické bytí, kam patří výživa, fyzické zdraví, hygiena, oblékání, ale také vzhled.

- Psychické bytí, kam řadíme myšlení, city, sebeuvědomění, sebekontrolu, sebeúctu a celkové psychické zdraví.

- Poslední neméně důležitou složkou bytí je duchovní bytí, které zastupuje v našem životě hodnoty morálku a víru.

- Přílnutí (beloing), myšleno přílnutí k prostředí a okolí se také dělí do tří oblastí na fyzické přílnutí, užší sociální přílnutí a přílnutí k širšímu sociálnímu prostředí. Fyzické přílnutí je na prostředí okolo nás jako domov, pracoviště škola a souvisí se základní potřebou bezpečí. Užší sociální přílnutí vychází z potřeby lásky sounáležitosti a jedná se o přílnutí k rodině, přátelům, spolupracovníkům, spolužákům nebo užší komunitě v našem okolí. Přílnutí k širšímu sociálnímu prostředí či komunitě je jakási spokojenost se systémem, ve kterém žijeme a víme, jaké vzdělání je dostupné, jaké můžeme čekat pracovní nabídky, zdravotní péči, jaký můžeme očekávat plat, jaké jsou možnosti rekreace a volnočasových aktivit, jaká je sociální péče apod.

- Realizace (becoming), což je míra dosažení našich osobních cílů, přání, nadějí a aspirací obsahuje subsložky praktické uskutečňování, relaxační aktivity a

uskutečňování růstu. Praktické uskutečňování jsou činnosti jako placené zaměstnání, domácí práce, volnočasové aktivity a začlenění do sociálního systému. Relaxační aktivity slouží a jsou takové činnosti, které odbourávají stres a pomáhají relaxovat. Uskutečňování růstu jsou všechny aktivity pomáhající k našemu rozvoji, tudíž zachování a rozvoj znalostí dovedností a adaptace. (PAYNE, 2005).

Psychologie nahlíží na kvalitu života jako na dosažení či nedosažení pocitu osobní pohody tzv. well-being. Pojem well-being hodnotí kvalitu života jako celek, je to stav dlouhodobého pocitu spokojenosti se svým vlastním životem. Pocit této osobní pohody by měl být měřen dvěma pohledy- kognitivní pohled na morální zásady a životní spokojenost a emoční pohled negativní a pozitivní. Stav osobní pohody musí být stálý a dlouhodobý v různých životních situacích. Stav osobní pohody se netýká jen psychické stránky života, ale prolíná se v duševní, tělesné a sociální dimenzi (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

Všechna pojetí kvality života vychází z naplnění základních potřeb lidského života a dá se říci, že vychází z pyramidy potřeb, kterou v roce 1943 definoval Abraham Harold Maslow. Jeho pyramida znázorňuje 5 základních lidských potřeb.

- Na první příčce jsou fyziologické potřeby, které nutně potřebujeme k přežití- potřeba dýchání, jídla, vody, spánku, regulace tělesné potřeby, tělesné integrity, potřeby vylučování, potřeba tělesné aktivity a potřeba pohlavního styku. Jsou to potřeby s nejvyšší prioritou a bez jejich naplnění, strádáme a nemůžeme se soustředit na naplňování jiných potřeb.

- Po naplnění tělesných potřeb na první příčce jsou na další příčce potřeby bezpečí a jistoty. Ve svém životě potřebujeme pocit jistoty zaměstnání, jistotu příjmů a přístupu ke zdrojům, jistotu fyzické bezpečnosti, morální jistoty, jistota rodiny a zdraví.

- Následně jsou na třetí příčce pyramidy sociální potřeby, které se skládají z citových vztahů. V životě potřebuje přátelství, partnerský vztah a rodinu.

- Čtvrtou příčku zatupuje potřeba poznání a úcty od okolí.

- Na nejvyšší příčce je potřeba seberealizace a sebetranscendence. Instinktivně máme potřebu naplnit své schopnosti a být tím nejlepším, čím můžeme být, to je seberealizace. Podle Maslowa jsou seberealizované osoby spontánní v tvorbě svých myšlenek, tvořiví, přijímají okolnosti života, zajímají se o řešení problémů svých i problémů druhých, váží si života a posuzují jiné lidi bez předsudků. Sebetranscendence

je duchovní potřeba a rozvíjíme jí vrcholnými zážitky a osobním růstem a naplněním (NAKONEČNÝ, 2004).

### **2.1.3 Měření kvality života**

Světová zdravotnická organizace čili WHO (World Health Organisation) vytvořila evaluační nástroj Dotazník kvality života WHOQOL-100 a zkrácenou verzi WHOQOL-BREF. Název je zkratkou slov World Health Organization Quality of Life Assessment= Světová zdravotnická organizace Hodnocení kvality života. Kvalitu života dnes WHO měří hlavně u onemocnění různých typů a nepříznivých životních okolností k hodnocení zdravotních a sociálních intervencí. Dotazník byl vytvořen patnácti výzkumnými centry tvořícími pracovní skupinu pro sestavení tohoto dotazníku. Českou verzi vytvořili Eva Dragomirecká a Jitka Bartoňová. Dotazník WHOQOL-100 se skládá ze sto otázek a jeho zkrácená verze WHOQOL-BREF má 26 položek. WHOQOL-100 se zaměřuje na 24 aspektů života rozdělených do šesti domén, které tvoří fyzické zdraví, prožívání úrovně nezávislosti, sociální vztahy, prostředí spiritualita a celková kvalita života. WHOQOL-BREF vychází z původní sto otázkové verze a otázky a položky jsou přejaty ve stejném znění. Jednotlivé položky jsou rozděleny do čtyř domén- fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí a dvou samostatných položek, které hodnotí kvalitu života a spokojenost se zdravím. Dotazníky slouží pro zkoumání kvality života pro populaci do 65 let, od vyššího věku WHOQOL-OLD. Dotazníky se používají k posouzení kvality života jedince jeho subjektivním pohledem. Dotazník je vyplněn dotazovaným samostatně nebo formou standardizovaných rozhovorů a následně slouží k regionálnímu či mezinárodnímu srovnání hodnocení kvality života skupin nebo populací. Délka zpracování dotazníku je různá u WHOQOL-100 je to přibližně 30 minut a u WHOQOL-BREF přibližně 15 minut, formou rozhovoru přibližně 20 minut. Dotazníky citlivě rozlišují mezi skupinami osob i pohlavím. Výhodou je, že netestují aktuální náladu, ale dlouhodobí stav kvality života. (ADIKTOLOGIE, 2012, online).

Pro zjištění kvality života při různých onemocněních existují různé typy nástrojů, většinou to jsou dotazníky. Například pro zjištění dopadu farmokoterapie se používá dotazník SF-36. Pro onkologicky nemocné pacienty byl vyvinut speciální dotazník EORTC QLQ-C30. Dalším typem dotazníku je SQUALA, který byl vytvořen pro psychiatricky nemocné pacienty, ale podle autora je použitelný i pro běžnou populaci (PAYNE, 2005).

## 2.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ

### 2.2.1 Definice základních pojmů

**Zdraví:** Jak už bylo zmíněno v části Kvalita života, definuje Světová zdravotnická organizace (WHO) zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody ne jen jako absenci nemoci nebo vady. Tato definice je správná, při posuzování zdraví a kvality nelze hledět jen na tělesnou kondici, ale podle této definice je 70%-95% lidí klasifikováno jako nezdraví (WIKIPEDIA, 2012, online).

**Determinanty:** Jsou klíčové faktory nebo rozhodující ukazatele, určující činitel, směrodatný. Pokud tedy hovoříme o determinantech zdraví, jsou to klíčové faktory zdraví (LINGEA, 2012, online).

**Psychika:** Jsou všechny duševní děje za celý život jedince. Je to také schopnost reflexe okolní reality senzomotoricky, což je přímá reakce na stav okolí, precepčně, což je chápání okolního světa a kognitivních procesů jimiž chápeme souvislosti a zákonitosti okolních jevů. Umožňuje učení, socializace a adaptaci na kulturní prostředí. Psychika shrnuje to, jak zpracováváme informace, duševní obsahy a funkce člověka. Procesy zpracování informací se dělí na vědomé a nevědomé. *Zážitky*, které si uvědomujeme a jejich sled je *prožívání* a tvoří vnitřní součást psychiky. Vnější tělesné projevy naší psychiky, které zaznamenává naše okolí, jsou *chování* a mohou se projevit i psychosomaticky jako změna krevního tlaku nebo tepové frekvence. Psychické procesy se dělí na kognitivní, emocionální a motivační procesy. Kognitivní procesy jsou myšlením, tvoří lidský rozum a zajišťují zpracování informací z okolí. Při emocionálních procesech vznikají emoce, city a prožitky. Motivační procesy udávají směr lidskému chování a jsou hnacím motorem našeho chování. Produktem všech psychických procesů jsou myšlenky a motivy, které mohou být v různém vztahu k realitě- v přímém vztahu prožívání, vzpomínka nebo fantazie. Tyto produkty psychiky jsou rychle proměnné na rozdíl od psychických stavů, které jsou trvalejšího rázu. Psychické stavy na subjektivní úrovni bývají dočasné jako dobrý či špatný psychický stav. Trvalé psychické stavy s relativně stálými podmínkami jsou charakterové vlastnosti (NAKONEČNÝ, 2004).

**Sociologie:** Je věda o chování jedince ve společnosti, zkoumá strukturu společnosti, mezilidskou interakci, sociální skupiny, společenský systém a fakta s tím souvisící (NAKONEČNÝ, 2009).

**Sociální zdraví:** Je definováno jako pohoda v rodině, pohoda ve vztazích v práci nebo ve škole, plnohodnotné mezilidské vztahy a sociální komunikace (LINGEA, 2012, online).

## **2.2.2 Psychická osobní pohoda (Psychological well-being)**

### **2.2.2.1 Charakteristika**

Psychická znamená duševní, well znamená dobře a being je odvozeno od sloves to be, což znamená být. Pokud tedy přeložíme, znamená to, že je nám duševně dobře (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

Osobní pohoda leží mezi současnou náladou a osobnostními rysy. Pohoda je utvářena naším osobním postojem a tím, jak hodnotíme odehrávající se děje a vztahy. Osobní pohodu je třeba odlišit od nálady, tím, že trvá delší časové období- dny nebo týdny. Naproti tomu nálada je aktuální stav trvající hodiny maximálně dny. Pokud se snažíme zkoumat osobní pohodu, je těžké rozlišit aktuální emoční složku a habituální osobnostní složku. Osobní pohoda je součástí výzkumu kvality života a reprezentuje subjektivně vnímanou část osobní pohody. Psychickou osobní pohodu na různých emočních a kognitivních úrovních utváří čtyři komponenty. Jsou to subjektivní pocit osobní pohody:

- self-esteem, což je sebeúcta
- self-efficacy nebo-li uplatnění sama sebe
- personal control, mastery, což v překladu znamená osobní zvládní

(KEBZA, 2005).

I Křivohlavý osobní pohodu charakterizuje jako dlouhotrvající emoční stav, který odráží celkovou spokojenost jedince s vlastním životem. Komponenty psychické osobní pohody jsou děleny na kognitivní- životní spokojenost v souladu s osobními a morálními zásadami, emoční- buď pozitivní, nebo negativní. Oba tyto komponenty jsou stabilní v čase bez ohledu na aktuální afekt nálady (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

### **2.2.2.2 Dimenze psychické pohody**

Psychickou pohodu můžeme rozdělit do šesti dimenzí:

- Sebepřijímání: kladný postoj k vlastní osobě, k vlastnímu životu a celkové existenci, nečiní nám problém přijímání široké škály aspektů žití s kladnými city k dosavadním dosaženým cílům.



- Osobní růst: pocit užitečnosti a stálého slibného rozvoje a schopnost přijetí nových zkušeností.

- Účel života: pocit smysluplnosti vlastního života, směřování k určitým cílům, přijetí životních přesvědčení, které dávají správný účel našemu bytí.

- Začlenění do života: Žijeme ve složitém prostředí a potřebujeme cítit vlastní kompetenci směru svého života, že jsme se svým životem začlenili tam, kde je využito našich schopností a své schopnosti a dovednosti můžeme rozvíjet v návaznosti na potřeby životního prostředí.

- Autonomie: samostatnost- schopnost samostatného jednání a sebehodnocení se v souvislosti s vlastními morálními hodnotami, řízení svých činů na základě vlastních úvah a rozhodnutí, případně se postavit proti nařízení, které odporuje našim přesvědčením.

- Sociální interakce: vztah k druhým lidem- vztahy (vřelé a důvěrné) hodnotíme jako uspokojivé, schopnost empatie a zájem o dobrý pocit ostatních, umění přijímat i dávat v mezilidském vztahu a schopnost intimity ve vztahu (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

Velice podobně dělí osobní pohodu i Kebza. Též definuje osobní pohodu podle C.D. Ryffové a C.L. Keysové (1995) do šesti dimenzí:

- Sebepřijetí: self acceptance je srozumění s různými složkami vlastní osobnosti a jejich kladné přijetí. Vyrovnání s dobrými i špatnými stránkami osobnosti a vyrovnání s vlastní minulostí.

- Pozitivní vztahy: s druhými lidmi- též definuje jako uspokojující plnohodnotné, se schopností empatie a zájmu o blaho druhých.

- Autonomie: samostatnost- nezávislost, sebeurčení a schopnost odolání tlakům okolí a zachování individuality nezávisle na očekávání druhých.

- Začlenění do života: environmental mastery je pocit, že zvládáme každodenní nároky, máme přehled o okolí a umíme využít okolí pro vlastní cíle a potřeby.

- Smysl života: purpose in life neboli cílesměrnost. Minulost i současnost je v souladu s našimi cíli.

- Osobní rozvoj: personal growth potřeba trvalého vývoje, otevřenost novému a vidění pozitivních změn na sobě samém oproti stagnaci a pocitu nudy (KEBZA, 2005).

### 2.2.2.3 Přístupy k chápání osobní pohody

Subjektivní pohodu můžeme chápat různým způsobem, existují však tři teorie, které se snaží vysvětlit, na základě čeho vzniká osobní spokojenost, tedy kdy je nám dobře (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

První z teorií je teorie životních cílů. Tato teorie vychází z myšlenky, že člověku je dobře, pokud má pro co žít. Naše jednání se zaměřuje na stavění cílů jejich dosahování. Při dosahování stanovených cílů se dostavuje pocit uspokojení a tím pádem i osobní pohody. Pokud základ této teorie popíšeme velice zjednodušeně, pak se dá říci, že pokud si vytyčíme cíl a postupně se nám daří cíle dosáhnout, máme pocit pohody. Pokud se ale nedaří cíle dosahovat nebo při plánovaném postupu dojde k odchylkám a vývoj situace není podle stanoveného plánu a tyto odchylky oddalují nebo znemožňují dosažení cíle, dochází ke vzniku a nárůstu negativních emocí, ale nemusí to zákonitě znamenat snížení pozitivních emocí. Pokud ale nedochází k naplnění cílů dlouhodobě, pak se tyto nenaplněné potřeby dosažení cílů mohou proměnit ve frustraci a pokud je to dlouhodobě, může dojít ke snížení pocitu osobní pohody. Přesto někdy negativní emoce nemusí znamenat snížení pocitu osobní pohody. Norman Bradburn provedl v roce 1969 experiment, dokazující, že máme v životě dvě stupnice emocí. Nemáme tedy jen jednu stupnici emocí, kdy by se emoce řadili od negativních k pozitivním, ale máme pro negativní a pro pozitivní emoce dvě stupnice samostatné. Takže pokud na jedné stupnici máme hodně pozitivních emocí, neznamená to, že máme pocit osobní pohody, pokud máme stejné nebo větší množství i negativních emocí a naopak. Dle této teorie je největším negativním vlivem na pocit osobní pohody rozpor mezi tím, jací bychom měli být podle našich stanovených ideálů sebe sama a tím, jací jsme ve skutečnosti. Subjektivní pocit pohody je do jisté míry je v určité míře stabilní, ale ovlivňují ho některé aktuální změny jako nemoc, úraz, ztráta zaměstnání, úmrtí v rodině, rozvod a podobně (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

Druhá teorie je teorie uspokojování životních potřeb. Řada psychologů poukazuje na důležitost základních životních potřeb, jejichž neuspokojení nebo uspokojení vede k pocitu životní (ne)pohody. Dlouhodobé neuspokojení životní potřeby nebo dokonce potřeb vede k frustraci a tím se snožuje pocit osobní pohody. Naproti tomu uspokojování životních potřeb vede k satisfakci a tím ke zvýšení osobní pohody. I tato teorie byla v pokusech prokázána jako správná, ovšem i zde určitá míra stálosti pocitu

osobní pohody, která se zvyšuje a snižuje na základě frustrace a satisfakce (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

Třetí teorie hovoří o biologických základech pocitu pohody. Tato teorie vychází z přesvědčení, že pocit osobní pohody je nám daný geneticky. Tato teorie byla zkoumána u jednovaječných dvojčat, která vyrůstala společně i odděleně. Bylo prokázáno, že do jisté míry je nám dáno geneticky, jak budeme vnímat svou osobní pohodu. Je to geneticky dáno temperamentem. Pokud má někdo charakterově více extrovertních vlastností, má sklony k vyšší míře osobní pohody. Naopak negativně působí na subjektivní pocit pohody charakter inklinující k neuroticismu. Podle této teorie můžeme tedy největší míru osobní pohody očekávat u lidí s temperamentem s extrovertními vlastnostmi a naopak nejnižší míru pohody můžeme očekávat u charakterově neurotických osob. Genetický vklad však není jediným činitelem, ovlivňujícím osobní pohodu. Důležitým faktorem je zde osobní přístup jedince k životu, sobě samému a svému okolí a jeho subjektivní vnímání světa a okolností. Pokud například měříme naději jako životní postoj, vyplívá z tohoto měření, že jsou dvě skupiny osob. Jedni se zaměřují v první řadě na to, co se jim kdy stalo pozitivního a druhí si jako první vybaví negativní zkušenosti. Osobní postoj v zásadě pesimistický nebo v zásadě optimistický velice výrazně ovlivňuje celkový pocit osobní pohody nebo výrazně tyto pocity zesílí (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

#### **2.2.2.4 Stres jako negativní faktor v subjektivní osobní pohodě**

Stres je v současné společnosti zcela běžným jevem a tak častí skloňovaným výrazem, že se stal názvem pro mnoho osobních i celospolečenských jevů. Z odborného výraz se stal výrazem denní potřeby a mírně se posunul i význam tohoto slova. Slovo stres se začalo v angličtině využívat na přelomu 14. a 15. století ve spojitosti se strastmi a těžkostmi, tísní a obtížnostmi. V 17. až 18. století se význam a použití tohoto slova posunul k vyjádření fyzikálního tlaku a napětí. V současné době se význam tohoto slova zčásti vrací k původnímu významu, ale zároveň ho chápeme jako tlak a napětí na člověka a to v tělesné i duševní rovině. V anglickém jazyce se používá i výraz „to stress“ k vyzdvižení důrazu situace (KEBZA, 2005).

Výkladový slovník vysvětluje tento pojem jako reakci organismu na stresor, nebo také napětí, nápor, funkční stav, při reakci na mimořádné podmínky (SLOVNIK-CIZICH-SLOV-ABZ, 2012, online).

Stres je lékařsky možné definovat jako soubor tělesných a psychických reakcí na podnět, kterému je organismus vystaven a na základě prožitých nebo domnělých zkušeností a očekávání je vyhodnocen jako zátěž. Vyvolá obranné mechanismy, které pomohou organismu překonat danou situaci. Stres ale nemusí být jen negativní. Rozlišujeme *eustres*, který má negativní dopad na jedince například zlepšení a zvýšení výkonů a *distres*, který definuje jako nadměrnou zátěž, která může jedince poškodit psychicky i fyzicky a dokonce může vyvolat smrt (WIKIPEDIE, 2012, online).

Je potřeba také rozlišit stres od zátěže. Zátěž jsou kladené požadavky na organismus, které jsou přiměřené, a jsme schopni tyto požadavky zvládnout. Je to jev naopak pozitivní, bez něhož by pravděpodobně nedošlo k vývoji a rozvoji organismu. Pokud by totiž nebyly kladeny žádné požadavky, organismus by stagnoval. Stres je již nadměrná zátěž, čili požadavky, kterým již nemůžeme jednoduše vyhovět. Ke správnému rozvoji a zlepšení může dojít, pokud je zátěž o něco málo větší než naše možnosti, takové požadavky jsou stále ještě přiměřené a přispívají ke zlepšení. Stres je zátěž nadměrná, která má už negativní dopady na zdravá a osobní pohodu. Pokud je stres pouze nárazový a člověk ho vyřeší s pozitivním výsledkem a následuje přiměřená regenerace a odpočinek, nemusí mít stres negativní dopad na naše zdraví a psychiku. Záleží zde na časových intervalech a intenzitě výskytu těchto stresových situací. Pokud je stres již dlouhodobý bez pozitivního řešení a odbourání, vždy se stává negativním vlivem na lidské zdraví. Ve většině případů se negativní vliv stresu odrazí na organismu v místech, kde je oslaben geneticky nebo z předchozích poškození. Míra působení a dopadů stresu je zcela individuální nedá se paušalizovat vliv jednotlivých stresorů. Dopady stresu zesilují nebo tlumí ostatní faktory jako psychická odolnost jedince, imunitní systém, celkový životní styl, fyzická kondice, psychické rozpoložení i míra a kvalita sociálních vztahů. Všeobecně se dá říci, že na stresor reagujeme biologicky, psychicky, sociálně a behaviorálně (KEBZA, 2004).

Stresory (faktory působící na organismus jako stres) základně dělíme do 5 kategorií. Fyzikální, mezi které patří prudké světlo, nadměrné a hlasité zvuky, nepřiměřená teplota okolí. Psychické faktory jako například zodpovědnost- musím zaplatit účty, ale nemám dostatek peněz, práce a škola a s nimi spojený tlak na výsledky, frustrace nenaplněných očekávání vlastních i očekávání daných společností- vzhled, věk apod. Sociální stresory jako konflikty, nevěra, životní styl a návyky.

Traumatické stresory, které zásadně ovlivní naši psychiku jako válka, únos, přepadení, znásilnění, ztráta životní role a podobně (ŠVINGALOVÁ, 2006).

Důležitým momentem ve výzkumu stresu je jeho zvládnání tzv. coping, kontrola nad vývojem stresové situace nebo stress management. V psychologii zaujímá význačnou část, avšak univerzální řešení pro zvládnutí stresu je velice obtížné specifikovat. Proto se hledí hlavně na prevenci stresu a usměrnění prožitků a emocí souvisejících se stresovou situací a vyrovnání se s touto situací s korekcí vlastních obranných mechanismů. Stres nám pomůže zvládat pochopení stresové situace, změna našeho nastavení- pokud je to žádoucí tak změna motivace, snížení aspirací nebo naopak zvýšení kompetencí. Další možností je usměrňování emocí spojených se stresovou situací pomocí změn behaviorálních složek (různé rituály chování pomáhající ke zvládnutí stresové situace) a kognitivních složek (racionální přehodnocení situace) projevů stresu. Další velmi účinnou strategií zvládnání stresu je koncentrace na pozitivní emoce. Velice významný podíl na zvládnání stresu je moment kontroly. Pokud mohu situaci kontrolovat, je moje schopnost stres snášet výrazně vyšší. Ke zvládnutí stresu nám pomáhají různé zdroje (coping resources), které dělíme na extrapersonální a intrapersonální. Externí zdroje jsou například peníze a sociální opora. Interní zdroje jsou charakterové rysy a osobní kompetence. Pokud to zobecníme, můžeme definovat 3 způsoby vyrovnání se se stresem:

- Přizpůsobení podmínek vlastním možnostem
- Selektce vhodných osob pro dané úkoly a situace
- Cílené zvyšování resistance vůči stresu různými technikami

Aby byly postupy zvládnání stresu účinné, měly by splnit tři požadavky:

- Postup by měl snížit psychofyzickou aktivaci a tím snížit psychické a fyzické reakce na stresor, čímž se sníží pravděpodobnost psychosomatických následků
- Postup nesmí brzdit nebo znemožňovat realizaci životních cílů, snižovat aspirace ale naopak pomáhat k jejich dosažení
- Podstata postupu by měla být v souladu s životním stylem jedince a jeho osobností

Pokud jsme dlouhodobě vystaveni distresu a nejsme schopni ho zvládat a kompenzovat má negativní vliv na zdraví a osobní pohodu. Předpokladem změn organismu vlivem stresu je nadměrná produkce katecholaminů zejména adrenalinu, při jehož neobourání dochází k narušení homeostázi. Dochází pak zejména k poruchám

trávicího ústrojí, hypertenzi, migrén, poruchám menstruačního cyklu, snížení imunity organismu a mnoha dalším (KEBZA, 2005).

Psychologický důsledek dlouhotrvající přítomnosti stresorů, s nimiž neumíme pracovat je syndrom vyhoření tzv. burn out. Je to stav celkového psychického vyčerpání, který se projeví jako snížení poznávacích funkcí, motivace a emocí. Následkem je snížení výkonosti a změny především profesního chování. Původní nasazení, elán a chuť do činnosti se úplně vytratí právě vyčerpáním motivace. Jedná se aktuální závažný medicínský problém, protože tento syndrom výrazně ovlivňuje kvalitu života ve srovnatelné míře, jako nějaké psychické poruchy (KEBZA, 2005).

Syndrom vyhoření je důsledkem frustrace vzniklé rozporem mezi profesním očekáváním a profesní realitou. Syndrom nevznikne za krátké časové období a jeho průběh má několik fází:

- Předfáze: vysoké pracovní nasazení jednice, velká snaha o dosažení stanovených cílů, ale i přes veškeré úsilí přetrvává pocit nesplnitelnosti cílů.
- 1. fáze: pocit časového presu a časového nezvládnání, práce ztrácí pevný řád a systém
- 2. fáze: pocity úzkosti, nutkání neustále aktivity, jejímž výsledkem je zmatek a jiné neurotické symptomy.
- 3. fáze: potřeba něco dělat mizí a nastupuje pocit marnosti a zbytečnosti jednání, mizí motivace, zájem a nastupuje zklamání, únava, podrážděnost pokles výkonu poruchy paměti, poruchy spánku, neschopnost relaxace apod.

Jedinec trpící syndromem vyhoření je často emočně oploštěný, ztrácí zájem o vlastní rozvoj a seberealizaci, spokojí se stereotypem a jeho jediným cílem je vyhnout se problémům (ŠVINGALOVÁ, 2006).

## **2.2.3 Sociální osobní pohoda (social well-being)**

### **2.2.3.1 Charakteristika**

Sociální pohodu můžeme vnímat také jako sociální zdraví a je neodmyslitelnou a významnou složkou utvářející kvalitu života. Sociální zdraví můžeme chápat jako schopnost žít šťastně a schopnost učinit šťastnými druhé, což by nám samo o sobě mělo činit radost. Pokud toho chceme dosáhnout, musíme být schopni udržovat a rozvíjet zdravé vztahy s ostatními lidmi. Nezbytné je v tomto ohledu mít své místo ve

společnosti (social= společenský, společnost), pracovat pro společnost a na jejích hodnotách. Od společnosti brát, ale zároveň do ní přispívat ( JOGA.CZ, 2012, online).

Sociální zdraví se skládá z našich vztahů na úrovni mikrosystému, středního systému a makrosystému. Do mikrosystému patří vztahy uvnitř rodiny a s našimi nejbližšími jako je například náš partner. Proces socializace a utváření sociálního zdraví pokračuje ve škole, kde potkáváme spolužáky, učitele a následně v práci a během volnočasových aktivit. Skrze interakci s těmito lidmi poznáváme sami sebe, jak reagujeme ve společnosti a učíme se rozpoznávat rozdíly a podobnosti. Díky rozdílům ve společnosti poznáváme vlastní místo a rozvíjíme své sociální kompetence. Stejně důležitý je proces socializace na střední úrovni a úrovni makrosystému. Na těchto úrovních je nezbytné znát, mít a dodržovat lidská práva, která jsou klíčovým bodem v určení pravidel společnosti a zahrnují etický kodex pro chování k ostatním lidem. Lidská práva zahrnují respektování života, lidské důstojnosti, odlišností, ale také rovnost, svobodu a zodpovědnost. Na úrovni makrosystému je tedy nejdůležitějším dokumentem Listina základních lidských práv, které je ukotvena v ústavě České Republiky. Její pravidla se jako červená nit táhnou všemi úrovněmi mikro-mezo-makro systému. Sociální zdraví je tedy naše schopnost být šťastný a dělat šťastnými ostatní. Znamená to pro nás vytváření kontaktů a komunikace s ostatními lidmi, přebírat zodpovědnost, pracovat pro společnost, schopnost odpouštět, pěstovat zdravé vztahy a mít v harmonii duchovní část našeho já (VOJTOVÁ, 2010).

### **2.2.3.2 Dimenze sociální pohody**

Sociální psychologie se zabývá především třemi oblastmi a to sociální vnímání, sociální vlivy a sociálním jednáním. Do sociálního vnímání se zahrnuje vnímání vlastního já, součást našeho já v kontextu sociální identity, vnímání ostatních lidí v našem okolí, vnímání skupin, dále kognitivní disonance, sociální srovnávání, sebenaplňující se prorocství, postoje a jejich vývoj a změny, percepce sociální učení, socializace, předsudky a nálepkování. Mezi sociální vlivy patří například agresivita, přitažlivost, láska, altruismus, konformita a respekt k autoritám, odpovědnost, skupinová polarizace, násilí v médiích, efekt přihlížejícího aj. Sociální jednání nám charakterizují zejména pojmy jako skupinové procesy a chování, postoje, mezilidské vztahy jejich dynamika a kvalita, pluralitní ignorance, asertivita, kolektivní chování, sociální role, sociální lenivost, psychologie davu společenské normy a vzorce chování (NAKONEČNÝ, 2009).

Sociální antropologie zkoumá člověka v jeho kultuře a konkrétní společnosti. Popisuje společnosti, které jsou výtvořem určité skupiny lidí, snaží se je pochopit na úrovni jednotlivců a celé skupiny. Zabývá se tématy člověk a společnost v kontextu kultury a jeho socializace, sociální systémy, role a postavení, systém rodin a příbuzenských vztahů, nahlíží i na ekonomiku, ekonomii, hospodářský systém a směnu. Zabývá se i zvyky, rituály, společenským řádem a rozložením a fungováním moci ve společnosti (WIKIPEDIA, 2012, online).

### **2.2.3.3 Sociální determinanty a negativní vlivy na sociální pohody**

Pokud chceme zvýšit kvalitu života nebo ji alespoň změřit, musíme se zaměřit na všechny sociální determinanty zdraví- je to velice komplexní oblast zahrnující životní, pracovní, ekonomické podmínky a celkový životní styl. Tuto oblast je možné objektivně změřit na rozdíl od psychické či psychosociální pohody. Ekonomicko-sociální situace má totiž přímý vliv na lidské zdraví a i v bohatých zemích, mají méně majetní průměrně kratší délku života a horší zdravotní stav. Naše zdraví je tedy velice citlivé na sociální prostředí, ve kterém žijeme, a má tedy vliv na celkovou kvalitu života. Můžeme jmenovat deset sociálních determinantů zdraví:

- Sociální gradient- umístění na sociálním žebříčku. Čím níže je jedinec na sociálním žebříčku, tím je kratší průměrná délka života. Je prokázáno, že lidé se slabším socio-ekonomickým zázemím mají dvojnásobně zvýšené riziko vážného onemocnění a předčasného úmrtí. Neplatí to jen napříč společnostmi, ale i v jednotlivých společenských vrstvách a skupinách.
- Stres- dlouhodobé pocity úzkosti a nejistoty například nejistoty v zaměstnání, sociální vyloučení nebo jen izolace vedou ke stresu. Stres následně vede i k fyziologickým změnám jako hormonová nerovnováha a ostatní psychosomatické obtíže.
- Dětství- v dětství a před narozením vzniká základ celoživotního zdraví a pro jeho pevný základ je potřeba přiměřeně rychlý růst, dostatečná emoční podpora. V případě opaku jsou v dospělosti zhoršeny nebo oslabeny kognitivní, tělesné a emoční funkce jedince. V prenatálním období mohou negativně působit vlivy jako kouření a užívání omamných látek, nedostatečná nebo nesprávná výživa matky, přílišný stres nedostatek pohybu. Kojenecké zážitky ovlivňují pozdější schopnost navazovat a udržovat zdravé vztahy protože v tomto období emocionální a sensorické podněty programují pozdější reakce mozku. Zanedbání v tomto období může vést k nepřipravenosti na školní docházku.



- Sociální vyloučení- předčasná úmrtí a špatný zdravotní stav se téměř bez výjimky vyskytují u nejchudších a sociálně vyloučených skupin. Chudoba má přímý vliv na zdravotní stav a kvalitu života. I v nejbohatších zemích jsou jedinci trpící absolutní chudobou, což je stav naprostého nedostatku základních materiálních nezbytností. Tyto skupiny tvoří nezaměstnaní, invalidé, etnické menšiny, uprchlíci a bezdomovci. Největší pravděpodobnost předčasného úmrtí je u lidí žijících na ulici. Další skupinu tvoří lidé trpící relativní chudobou, kteří většinou nemají přístup k slušnému bydlení, vzdělání, dopravě apod. Jejich kvalita života je tímto značně snížena. Relativní chudobu vyjádříme jako život za příjem, který je nižší než 60% medián celostátních příjmů. Lidé patřící do této skupiny jsou často vyloučeni společností a je s nimi jednáno jako s méněcennými, což působí stres a negativní vliv na kvalitu života. Dalšími příčinami sociálního vyloučení je odlišnost jako jiná rasa, vyznání, nezaměstnanost, které společnost netoleruje.

- Práce- Kontrola nad vlastní prací a zaměstnáním vede ke spokojenosti. V opačném případě vede ke stresu a k syndromu vyhoření. Negativní vliv je také strach ze ztráty zaměstnání. Druh práce/nezaměstnanost zase vede k různému postavení na sociálním žebříčku. Ke zhoršení zdraví dochází v důsledku nemožnosti uplatnění svých schopností a rozhodovací pravomoci. Velice často se projevuje nízká kontrola nad vlastní prací bolestmi zad v oblasti bederní páteře, pracovní neschopností a kardiovaskulárními potížemi. Velice důležitým faktorem je pracovní nárok versus kontrola. Pokud jsou vysoké nároky a nízká kontrola, je to velice rizikové. Kompenzovat toto může sociální opora v práci. Zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění je způsobeno neadekvátní odměnou za vynaložené úsilí. Odměna není myšlena jen finanční ale i sebehodnocení a sociální statut.

- Nezaměstnanost- Nezaměstnanost všeobecně vede ke stresu, nemožnosti uplatnění se a seberealizace, sociálnímu vyloučení a případně až k chudobě. Pokud se nejedná o nezaměstnanost dobrovolnou, kdy je člověk ekonomicky zabezpečený je vždy negativním faktorem v kvalitě života.

- Sociální opora- Zdravé a kvalitní vztahy a s nimi spojená sociální opora zlepšují zdraví a mají pozitivní vliv na kvalitu života. Jsou důležitým zdrojem emocionálních a praktických prostředků. Každý člověk má potřebu patřit do společnosti a cítit lásku, což jim poskytuje komunikace a vzájemné závazky. Vztahy podněcují zdravé/nezdravé způsoby chování. Sociální opora musí být napříč sociální sítí i individuální.

- Závislosti- Sociální prostředí ovlivňuje z velké míry, jestli jedinec bude užívat alkohol, drogy nebo tabák. Užívání těchto látek následně přímo ovlivňuje zdraví jedince a jeho kvalitu života. Užívání těchto látek je reakce na sociální situaci nebo problém. Je to nevhodný způsob úniku od problému, ale ve skutečnosti problémy prohloubí.

- Výživa – Výživa má neoddiskutovatelný a přímý vliv na naše zdraví. Chybějící živiny ale i jejich nadbytek se odrazí na našem tělesném i duševním stavu. Lidé trpící chudobou, mají často potravin nedostatek. Lidé dlouhodobě ve stresu naopak zpravidla kompenzují jídlem frustrace. Pokud to přesáhne normu, může to vést třeba například k sociálnímu vyloučení a omezení některých aktivit, které přispívají k dobré kvalitě života.

- Doprava - způsob dopravy ovlivňuje počet nehod, podporu pohybu a dokonce sociálních vztahů. Záleží zde na způsobu dopravy, kdy jako vhodné považujeme jízdu na kole, chůzi a využití veřejné dopravy. Pravidelný pohyb snižuje riziko obezity, diabetu a depresí (KUČERA, 2005).

#### **2.2.3.4 Sociální role ženy a konflikt těchto rolí**

Ženy ve věku 18-35 let jsou v období takzvané rané dospělosti, kdy přechází ze sociální role studentky do sociální role dospělého jedince. Tato změna přináší, samostatnost, ekonomickou nezávislost, svobodu, práva, ale také omezení spojené s prací a zodpovědnost v zaměstnání a vůči společnosti. Sociální role dospělého a zaměstnaného člověka má větší prestiž, než předchozí status studenta. Zároveň se v tomto období začíná žena rozhodovat a většinou přijme roli manželky/partnerky a stejně tak zvažuje nebo přijímá roli matky. Sociální role ženy se ale výrazně změnila. Ženy tuto změnu vnímají spíše pozitivně jako rovnoprávnost obou pohlaví a projevuje se v oblastech zaměstnání, kde dnes ženy mají stejné ambice jako muži, v oblasti oblékání, kdy je zcela běžné, aby žena nosila kalhoty, a společnost se nad tím nijak nepozastavuje a je to pro nás přirozené. Tyto změny, ale přinášejí i mnohé konflikty sociálních rolí u jednotlivých žen (NAKONEČNÝ, 2009).

Velice častý je například konflikt mezi profesní rolí a rolí matky, kdy je žena nucena se vybrat jen jednu z těchto rolí, protože zaměstnavatel má často nároky na směnný provoz a v tomto má mladá matka překážky. Profesní role ženy je další potvrzení kompetencí a zvyšuje sociální status a je prostředkem pro zabezpečení rodiny, je-li to potřeba a je to jeden z ukazatelů rovnoprávnosti pohlaví. Často dochází ke zvládnutí

obou rolí- matky i pracující ve snaze o důkaz ještě větších kompetencí. V takovém případě je žena zodpovědná jak za chod a fungování rodiny, tak za své zaměstnání, což může být velice náročné. Postoje v tomto konfliktu rolí matky a zaměstnankyně jsou různé a všeobecně se dají shrnout do několika kategorií. Zaměstnání je ekonomická nutnost a jedná se tedy o doplnění role manželky a matky a to právě z ekonomických důvodů. Profesní role a role manželky a matky jsou stejně významné a žena tedy musí řešit otázku časové komplementarity a zvládnání obou rolí. Profesní role je významnější než role manželky a matky při čemž dochází často ke konfliktům na partnerském poli, pokud muž není schopen akceptovat roli otce na rodičovské dovolené nebo s primární zodpovědností za chod rodiny. Poslední varianta ale není častá, protože je v rozporu s biologickou potřebou a společenským standardem a očekáváním. V české společnosti má role matky vysokou prestiž, ale role ženy v domácnosti má prestiž naopak velice nízkou a proto mnoho žen v tomto věku prožívá vnitřní konflikt, když stojí před otázkou výběru těchto dvou rolí. Ve věku rané dospělosti je většinou nutné se rozhodnout, jestli žena přijme roli matky, protože je zde biologické omezení a nejde se rozhodnout kdykoli. Mnoho žen v tomto věku s rolí matky rovnou počítá a své první zaměstnání bere jen jako provizorium, než dojde k přerušení profesní role těhotenstvím a následnou mateřskou dovolenou (VÁGNEROVÁ, 1999).

### **2.2.3.5 Šikana na pracovišti jako negativní faktor sociální pohody**

Sociální pohoda a sociální podpora v práci je velice důležitým determinantem sociálního zdraví. Práce zabírá zhruba 1/3 našeho dne a proto výrazně ovlivňuje naše hodnocení kvality života. Nejvíce negativní vliv na tuto oblast má tzv. mobbing a bossing. Jedná se o dlouhodobou šikanu za strany spolupracovníků nebo nadřízených. V případě mobbingu se jedná o různé formy znepríjemňování života, agresivní chování, ponižující chování nebo sexuální obtěžování ze strany kolegů a to alespoň jedenkrát týdně po dobu více než šesti měsíců. Samotné slovo mobbing pochází z anglického mob, což v překladu znamená hromadně napadnout dotírat. Projevy mobbingu jsou různé jako například neustálé přerušování jedince, když chce něco říci a tím zamezení možnosti vyjádřit se, atak na sociální vztahy cestou ignorace jedince, ataky na úctu a vážnost jedince cestou pomluv, ponižování a rasových slovních útoků, až dokonce útoky, které poškozují zdraví, výhrůžky násilím, sexuální obtěžování. Mobbing probíhá v několika fázích (WIKIPEDIA, 2012, online).

První fází je neplánované chování, které začne prvními konflikty, schválnostmi, neinformováním a podobně. V druhé fázi se jednání stává plánované a systematické se záměrem poškodit jednice. Ve třetí fázi dochází k obviňování, pracovnímu přetěžování, záměrnému očerňování před vedením společnosti, což vede ke schvalování vedením dalšího přetěžování a jiného nepříjemného jednání. Ve čtvrté fázi často dochází ke zlomení osobnosti mobbovaného jednice, čímž dojde k projevům, které mu ze začátku byly vytýkány neoprávněně, tudíž se zaměstnavatel s touto situací většinou vypořádá například propuštěním (WIKIPEDIA, 2012, online).

Bossing je zvláštním druhem mobbingu, ale rozdíl je v tom, že šikanu způsobuje pracovník, který je nadřízeným mobbovaného. Ten svého podřízeného psychicky šikanuje a poškozuje před ostatními kolegy a tím může podněcovat k mobbingu. Dochází k znemožňování nebo znesnadňování práce a následné tresty za nedodržování pracovních úkonů. Důsledkem bossingu je zhoršení sociálních vztahů a atmosféry na pracovišti a zvyšuje kult osobnosti nadřízených. Za mobbing jsou považovány osobní útoky například formou arogantního chování, neschvalování dovolené, neoprávněná kritika, zadávání nepřiměřených úkolů nebo úkolů v nepřiměřeném množství, dále přehnaná kontrola docházky a plnění zadaných úkolů, přemíra poukazování a kritika drobných chyb, které jsou u ostatních přehlíženy. Nelze vynechat ani přemíra přesčasů, vyhrožování výpovědí, odebírání benefitů, ale i přivlastňování si práce a zásluh zaměstnance, dokonce i odcizování kancelářských potřeb a mnoho dalších (WIKIPEDIA, 2012, online).

## **2.3 CIRKADIÁNNÍ RYTMY**

### **2.3.1 Charakteristika**

Cirkadiánní rytmus je jedním ze základních biorytmů člověka. Rozladěním ostatních biorytmů může dojít k poruše cirkadiánního rytmu a naopak. Rytmy se navzájem liší délkou období a funkcí, kterou plní. Rozlišujeme:

- Ultradiánní rytmus: méně než 20 hodin, jedná se o rytmus aktivity některých orgánů a sekrece hormonů.
- Cirkadiánní rytmus: okolo 24 hodin, jedná se o biologický rytmus řídící spánek a bdění.
- Cirkaseptanní rytmus: trvá 7 dní, ovlivňuje krevní tenzi a ovlivňuje průběh některých onemocnění, z nichž můžeme jmenovat například astma.

- Cirkatrigintánní rytmus: trvá okolo 30 dní, je to rytmus kdy dochází k obnově kůže a podílí se na něm hormon melatonin, u žen je nejnižší produkce v době ovulace a naopak nejvyšší v době menstruace.

- Cirkanuální rytmus: trvá 1 rok, významně ovlivňuje obranyschopnost organismu, kdy nejsilnější imunitu máme v období léta a na jaře máme nejvyšší stupeň fyzických sil, tudíž se podílí na celkové kondici organismu, ženské plodnosti a náchylnost k nemocem (HARANTOVÁ, 2010).

Spánek je základní lidskou potřebou. Slouží pro regeneraci organismu pro budoucí fungování. Spánek přichází v různých cyklech. Někteří nemohou brzy usnout a tím pádem nemohu ráno brzy vstát. Naopak někteří mají tendenci usínat brzy a následně se brzy probudit. Pokud je schopnost usínání a probouzení narušena je to způsobeno poruchou cirkadiánních biologických hodin. Země se okolo slunce otočí za 24 hodin a tak je tedy dlouhý 24 hodin. Pokud jsou naše vnitřní cirkadiánní hodiny nastaveny správně, máme cyklus spánku aktivity dlouhý 24 hodni. Někdy ale dojde k poruše a osobní rytmus je nalezen jako na 25 hodin. V praxi to znamená, že navenek jsme přizpůsobeni 24 hodinovému cyklu, ale naše tělo dodržuje cyklus 25 hodin a tím nejsme schopni jít spát a vstát ve stanovenou hodnu. Další možnou příčinou cirkadiánních rytmů je nepravidelný režim. Pokud například pracujeme na směny, není možné chodit spát pravidelně, porušujeme rytmus a po čase to může způsobit spánkové poruchy v důsledku rozhození vnitřních hodin (CS.MINARTIKKEL, 2012, online).

Cirkadiánní rytmus je biologický cyklus, který se opakuje po 20 až 28 hodinách. Název pochází z latinského circa= přibližně a dies= den. Je součástí biorytmů, čili kolísání bdělosti a aktivity. Tyto rytmy jsou řízeny v hypotalamu na kříženích zrakových nervů a jsou propojeny se stínicí. Proto může dojít se synchronizací s tmou a světlem. Pokles denního světla u lidí vyvolává zvýšení produkce hormonu melatoninu, který je napomáhající spánku. Cirkadiánní rytmy se u jednotlivých lidí liší, a proto je obecně dělíme do dvou skupin na *skřivany* (aktivita je nejvyšší v ranních a dopoledních hodinách) a *sovy* (aktivita je nejvyšší v odpoledních a večerních hodinách) (HARANTOVÁ, 2010).

### 2.3.2 Spánek

Spánek je definován jako přirozený psychosomatický stav, kdy dochází ke snížení psychické a fyzické, zejména senzomotorické aktivity. Nejedná se ovšem o absolutní duševní a tělesnou pasivitu, protože při spánku probíhají některé mentální aktivity, jejichž nejvýraznějším projevem je snění. Spánek je důležitou potřebou z hlediska psychické i fyzické regenerace a nedostatek spánku vede ke snížení kognitivních funkcí, narušení normálních psychických dějů a fyzickému vyčerpání. Většina dospělých lidí potřebuje pro pocit svěžesti a odpočínutí osm hodin nepřerušovaného kvalitního spánku a pro zvýšení aktivity jim tedy zbývá 16 hodin. Potřeba je ale různá a někdo potřebuje devět až deset hodin spánku, jiným zejména starším lidem stačí k odpočinku například pět až šest hodin (PLHÁKOVÁ, 2004).

Spánek střídá stav bdělosti a doba přechodu mezi bdělostí a spánkem je usínání. Doba usínání je různá, zatímco u někoho se spánek dostaví téměř okamžitě po ulehnutí a to třeba i v denní hodinu a za světla, někdo potřebuje k usnutí tmou klid a trvá to déle. Proces průběhu usínání je ale u všech velice podobný- nejprve jsou velké tělesné pohyby a změny polohy těla, následně se prohlubuje dýchání a zavírají se oči a pak vstupujeme do takzvaného hypnagogického stavu, což se označuje jako dřímota nebo klímání. Ve fázi hypnagogie se se uvolňují svaly, což může být provázeno svalovými záškuby a křečemi. Po zklidnění a prohloubení dechu se zpomaluje i tepová frekvence a snižuje se krevní tlak i svalový tonus. Po usínání následuje samotný spánek, který se dělí do dvou střídajících se fází, které jsou popsány hlavně v souvislosti se změnami elektrické aktivity lidského mozku (PLHÁKOVÁ, 2004).

Fáze REM (*rapid eye movements*, česky rychlé pohyby očí) spánku je charakteristická rychlými očními pohyby pod víčky, což jí dalo i název, a předpokládá se, že je to fáze ve které se nám zdají sny. Přes to, že až 15% lidí tvrdí, že sny nemá, je prokázáno, že sny má každý, jen si je nepamatuje. Za noc máme 7 až 10 snů a pouze 20% jsou sny příjemné. Sny a REM fáze spánku mají výrazný význam v duševní hygieně a podílí se na obnově psychických a kognitivních sil. Kleitmen a Dement provedli experiment, kdy opakovaně budili pacienty právě v průběhu REM fáze spánku a ti následně vykazovali sníženou schopnost soustředění, zvýšenou podrážděnost a psychickou únavu. Tito pacienti další dny prodělávali mikrospánky, kdy se okamžitě dostavovala REM fáze a v průběhu noci se prodlužovala REM fáze spánku, takže lze předpokládat, že máme potřebu kompenzovat deficit REM spánku. Ostatní fáze se

nazývají non-REM-spánek (NREM) a předpokládá se, že tato fáze slouží převážně k regeneraci fyzických sil a jedná se o takzvaný hluboký spánek. Během noci jedinec projde čtyřmi fázemi hlubokého NREM spánku a až pěti fázemi REM spánku. Nakonec se člověk budí v poslední fázi REM spánku, která trvá až půl hodiny a člověk si může pamatovat sen z poslední REM fáze. Schopnost pamatovat si sny je individuální (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

### **2.3.3 Desynchronizmus a poruchy spánku**

Vlivem směnného provozu může dojít k poruše spánku zvané desynchronizmus nebo také pásmová nemoc. Je to porucha spánku vlivem rozladění biologických rytmů a příčinou bývá práce na směny nebo rychlá změna časových pásem při přeletu velkých vzdáleností. Projevy této poruchy jsou únava, dezorientace, nevolnost, bolesti hlavy, nespavost, dehydratace a nechutenství, podrážděnost, snížená pozornost a schopnost soustředění, podrážděnost, iracionální chování a podobně (PLHÁKOVÁ, 2004).

Další poruchou spánku, která je poměrně běžná, je nespavost. Projevuje se neschopností večer usnout nebo příliš brzké probuzení a nemožnost znovu usnout. Ve většině případů se jedná pouze o přechodný stav, způsobený těžkou životní situací, zátěžovými situacemi v uplynulém dni, vysoká mentální aktivita před spaním nebo nízká fyzická aktivita přes den. Nespavost také způsobuje přílišné pití kávy či používání jiných stimulačních látek. Dlouhodobou nespavost způsobují dlouhodobé potíže v oblasti rodiny, zdraví, finanční tíseň nebo pracovní zátěž a práce na směny. Pokud se stav stane chronickým, je vždy vhodné vyhledat odbornou pomoc. Nejjednodušším, ale ne nejvhodnějším způsobem léčby poruchy spánku, je léčba medikamenty. Nevhodné je to z několika důvodů, velice snadno si organismus vytvoří rezistenci a je potřeba neustále zvyšovat dávky a rychle se vytvoří závislost. Navíc spánek vyvolaný tímto způsobem není tak kvalitní jako přirozený spánek. Vhodnější řešení je tedy řešení problémů, které způsobují nespavost, takže řešení těžkých životních situací, adekvátní zátěž během dne a nízká aktivita večer před spaním. Celkem vhodné jsou uvolňující bylinkové čaje v přiměřeném množství a hodinu před spaním věnovat relaxaci (PLHÁKOVÁ, 2004).

#### **2.3.4 Vliv směnného provozu na cirkadiánní rytmus**

Lidé, kteří se v práci musí podřídít směnnému provozu, následně v noci spí více hodin, než lidé pracující v jednosměnném provozu. Pokud mají noční směnu a následně spí přes den, mnohem více vnímají rušivé denní zvuky, jako je křik dítěte, zvonění telefonu, projíždějící auto a podobně. Je u nich větší výskyt narušení spánku a bývají v práci více unavení a mají menší schopnost se soustředit a méně energie. Toto vše způsobeno tím, že se vnitřní biologické hodiny snaží člověka přes den vzbudit a tím je spánek přes den méně kvalitní. Jistým způsobem obelstít tyto vnitřní hodiny je možné pomocí umělého režimu světla a tmy. Pokud se pracovníci na noční směně vystaví alespoň po 4 hodiny silnému světlu, nehledě na to, že je umělé, nastaví tím své vnitřní hodiny na režim dne. Následně by měl spánek probíhat alespoň 8 hodin ve tmě, kterou je potřeba doma vytvořit například pomocí žaluzií a silných závěsů, čímž navodíme noční rytmus. Pokud bude během pracovních dní takto upraven rytmus, významně se tím sníží zdravotní rizika a dopady práce na noční směny (KASSIN, 2007).



## 3 PRAKTICKÁ ČÁST

### 3.1 CÍLE PRÁCE

Analýza kvality života u dospělých žen ve věku 18 až 35 let pracujících ve vybraných call centrech s aspektem na psychosociální determinanty zdraví. Zjištění vlivu zaměstnání na vnímání kvality života a cirkadiánní rytmy.

### 3.2 ÚKOLY PRÁCE

- Vyhledání literárních pramenů. Obsahová analýza české a zahraniční odborné knižní literatury a ověřených internetových zdrojů vztahující se k tématu.
- Na základě obsahové analýzy stanovit: klíčová slova,
- Definovat cíl práce a úkoly, cílovou skupinu, metodu: Standardizovaný WHOQOL BREF - krátká verze a dotazník Cirkadiánních rytmu.
- Provést dotazníkové šetření u dospělých žen ve věku 18 - 35 n = 200.
- Zpracovat a vyhodnotit získané výsledky.
- Provést prezentaci výsledků a diskusi nad výsledky výzkumu.
- Definovat závěry z provedeného výzkumu.
- Uvést osobní a společenský přínos výzkumu.

### 3.3 VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY

Výzkumný předpoklad č. 1: Předpokládám, že ženy ve věku 18 až 35 let pracující na call centru budou ve více než z 60% vypovídat, že mívají „*hodně*“ nebo „*maximálně*“ pocit vyhoření.

Výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládám, že ženy ve věku 18 až 35 let pracující na call centru budou ve více než z 70% vypovídat, že mají optimální sociální vztahy s kolegy v práci a budou uvádět, že jsou s těmito vztahy „*spokojeny*“ a „*velmi spokojeny*“.

Výzkumný předpoklad č. 3: Předpokládám, že ženy ve věku 18 až 35 let pracující na call centru budou ve více než z 50% vypovídat, že mají ve všedních dnech potíže s usínáním a to „*často*“ nebo „*vždy*“.

## **3.4 METODIKA**

### **3.4.1 Charakteristika souboru**

Cílová skupina tohoto výzkumu byla tvořena ženami ve věku 18 až 35 let pracujícími ve vybraných call centrech společnosti Telefónica lokalitách České Budějovice, Příbram, Ostrava a Ústí nad Labem. Průměrný věk respondentek je 27,9 let (viz graf č.1), 78% respondentek má středoškolské vzdělání s maturitou (viz graf č. 2) a 52% je svobodných (viz graf č. 3). Práce na call centru se vyznačuje vysokým pracovním nasazením, neustálým dohledem nad veškerými činnostmi zaměstnanců, tlakem na výsledky a práci v různých směnách od 8:00 do 20:00 bez nočního provozu, vyžaduje vysokou odolnost proti stresu, dobré komunikační dovednosti a komunikativnost, což jsou i vlastnosti, které se hodnotí při výběrových řízeních na tyto pozice. Skupinu tvořilo  $n = 200$  žen.

### **3.4.2 Použité metody**

#### **3.4.2.1 Metoda sekundární sběr dat**

V teoretické části jsem použila sekundární sběr dat. Analyzovala jsem dané téma a sepsala nejdůležitější poznatky v této oblasti. V analýze jsem se snažila prostudovat co nejširší dostupné množství informací k této problematice, převážně jsem čerpala z knih vydané v posledním desetiletí a relevantních internetových zdrojů.

#### **3.4.2.2 Dotazník WHOQOL BREF**

Pro praktickou část byla použita metoda dotazníku, což je explorativní způsob rychlého získání dat od mnoha respondentů najednou. V dotazníku jsou subjektivní výpovědi o pocitech, názorech a zájmech respondentů. Použila jsem upravený dotazník WHOQOL BREF – krátká verze (viz Příloha I. ), změny jsou uvedeny níže. Jedná se o výzkum kvantitativní. Dotazník WHOQOL BREF je sestaven z 26 otázek zkoumajících kvalitu života v různých oblastech, pocity respondentů, prožívání určitých stavů a schopností provádět některé činnosti. Tento dotazník slouží k hodnocení kvality života a je standardizován na českou populaci. Původní dotazník byl vytvořen WHO (DRAGOMIRECKÁ, PRAJSOVÁ, 2009). Mnou předkládaný dotazník byl doplněn o položky zjišťující demografické údaje - pohlaví, věk, rodinný stav. Pod vedením vedoucí práce, jsem v dotazníku změnila některé otázky s ohledem na psychosociální determinanty zdraví. Konkrétně byly změněny otázky:

Otázka č. 3- *Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?* Byla zaměněna za otázku- *Míváte v osobním životě nebo v práci pocit vyhoření?*

Otázka č. 4- *Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste v každodenním životě mohl/a fungovat?* Byla zaměněna za otázku- *Setkáváte se na pracovišti se šikanou ze strany kolegů?*

Otázka č. 5- *Jak moc Vás těší život?* Byla zaměněna za otázku- *Setkáváte se na pracovišti se šikanou ze strany nadřízených?*

Otázka č. 15- *Jak moc se dokážete pohybovat?* Byla zaměněna za otázku- *Udržujete vztahy se svými kolegy v práci i v době volna?*

Otázka č. 16- *Jak jste spokojen/a se svým spánkem?* Byla zaměněna za otázku- *Jak jste spokojena se svou prací?*

Otázka č. 21- *Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?* Byla zaměněna za otázku- *Jak hodnotíte vztahy se svými kolegy v práci?*

### **3.4.2.3 Dotazník Cirkadiánní typologie**

Druhá část dotazníku byly vybrané otázky týkající se cirkadiánních a diurnálních rytmů (viz Příloha I.). Tento dotazník obsahuje 22 vybraných otázek ohledně spánku, jeho významu pro respondenta a jeho kvality. Dotazník vychází z dotazníku CIT (cirkadiánní typologie) (HARADA, KREJČÍ, 2009). Předkládaný dotazník byl sloučen z upravených dotazníků WHOQOL BREF a CIT (viz Příloha I.).

### **3.4.2.4 Statistické metody**

Výsledky byly zpracovány statistickou metodou, kdy jsem sečetla četnost jednotlivých odpovědí u každé otázky a to metodou čárkování a počet konkrétních odpovědí u každé otázky jsem zapsala do záznamové tabulky (viz Příloha II.). Následně jsem data zpracovala a ze záznamové tabulky popisnou statistikou převedla do grafů, pomocí programu Microsoft Office Excel 2010. Grafy obsahují data v absolutních číslech nebo v procentech

### **3.4.3 Organizace praktického šetření**

Po předchozí domluvě s manažery vybraných call center byl výše uvedený dotazník e-mailem v elektronické podobě distribuován na respondentky. V mailu byly popsány podrobné instrukce k vyplnění dotazníku a na call centru v Českých Budějovicích jsem měla možnost osobně vysvětlit význam a průběh dotazníkového

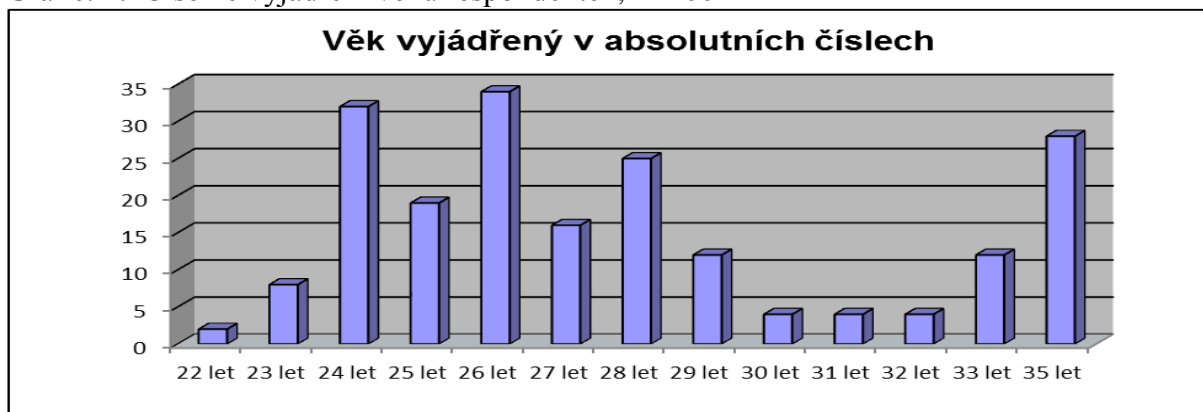
šetření. V lokalitách Ostrava, Ústí nad Labem a Příbram jsem toto vysvětlovala zprostředkovaně přes vedoucí oddělení telefonicky. Mým cílem bylo získat alespoň  $n=200$  vyplněných dotazníků. Vzhledem k časové náročnosti dotazníku jsem počítala se nízkou návratností, a proto jsem oslovila cca 800 zaměstnanců call center. Dotazníků se vrátilo  $n=248$ , z čehož  $n=28$  dotazníků vyplnili muži nebo ženy starší 35 let, a proto byly z výzkumu vyřazeny,  $n=14$  dotazníků bylo nesprávně vyplněných a také byly vyřazeny. Ze zbylých  $n=206$  dotazníků bylo náhodným výběrem  $n=6$  vyřazeno, aby bylo docíleno přesného čísla  $n=200$  vyplněných dotazníků. Data z dotazníků jsem zapisovala do záznamové tabulky (viz Příloha II. ) a z této jsem následně vyhotovila grafy a výsledky analýzy a vyvodila závěry pro diskusi.

## 4 VÝSLEDKY A DIDKUSE

### 4.1 Výsledky a vyhodnocení dat dotazníků WHOQOL-BREF

Dotazníky kvality života vyplnilo n=200 respondentek. Při prezentaci výsledků jsem použila sloupcové grafy vyjádřené absolutními čísly, výsledky jsem uvedla v absolutních číslech a procentech.

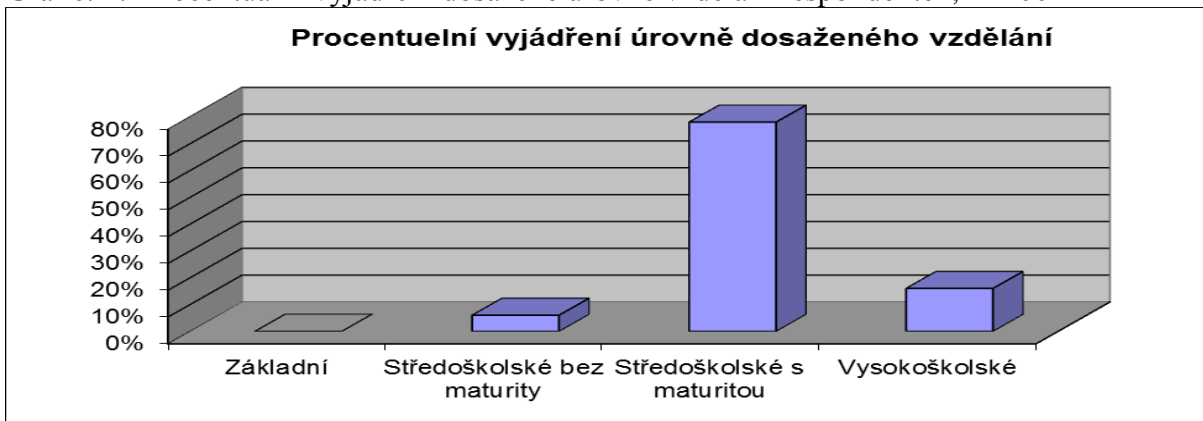
Graf č. 1: Číselné vyjádření věku respondentek, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Nejnižší věk byl 22 let a to konkrétně 2 (1%) což je zároveň nejmenší počet žen v konkrétním věku, největší zastoupení měl věk 26 let a to 34 (17%), a průměrný věk skupiny je 27,9 let, viz graf č. 1.

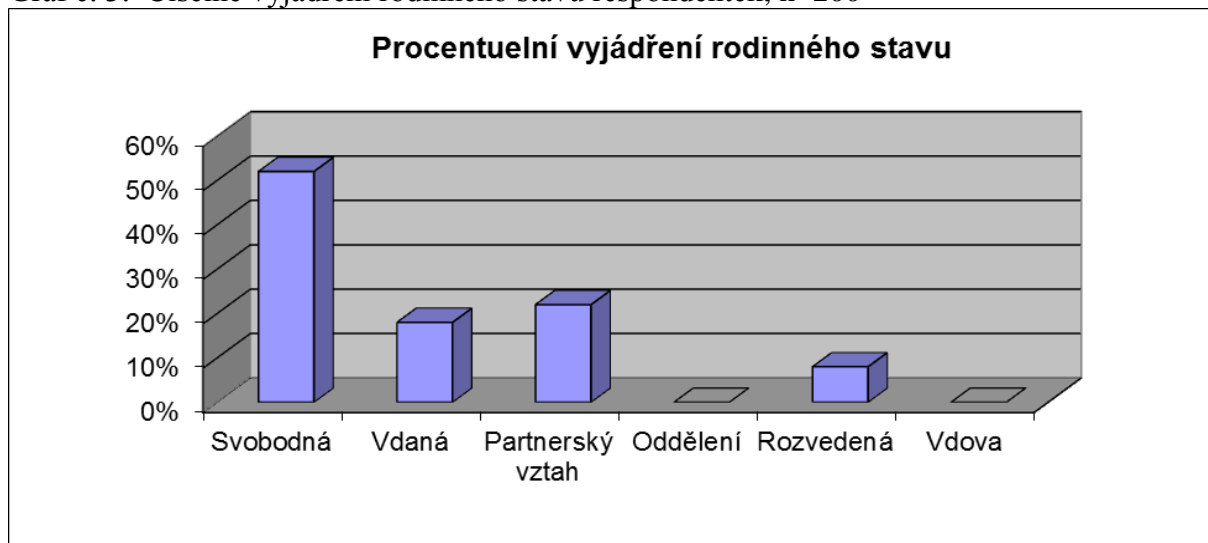
Graf č. 2: Procentuální vyjádření dosažené úrovně vzdělání respondentek, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku jaké je nejvyšší dosažené vzdělání odpovědělo 0 (0%) dotazovaných „základní vzdělání“, 12 (6%) dotazovaných „středoškolské bez maturity“, 156 (78%) „středoškolské s maturitou“ a 32 (16%) „vysokoškolské vzdělání“, viz graf č. 2.

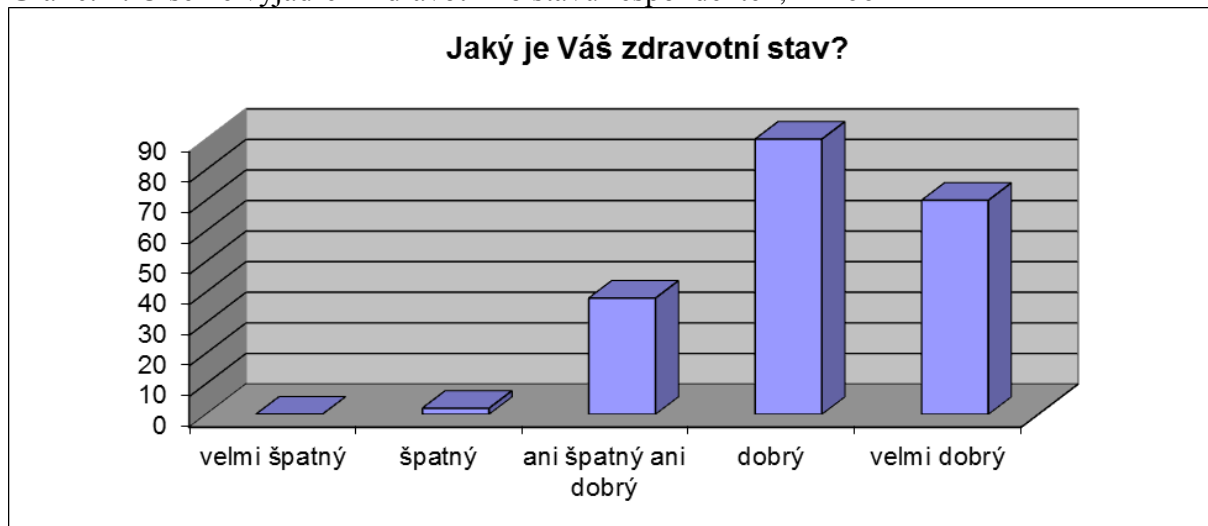
Graf č. 3: Číselné vyjádření rodinného stavu respondentek, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku jaký je aktuální rodinný stav odpovědělo 104 (52%) dotazovaných „svobodná“, 36 (18%) dotazovaných „vdaná“, 44 (22%) „žiji v partnerském svazku jako bych byla vdaná“, 0 (0%) „žiji odděleně“, 16 (8%) „rozvedená“ a 0 (0%) „vdova“, viz graf č. 2.

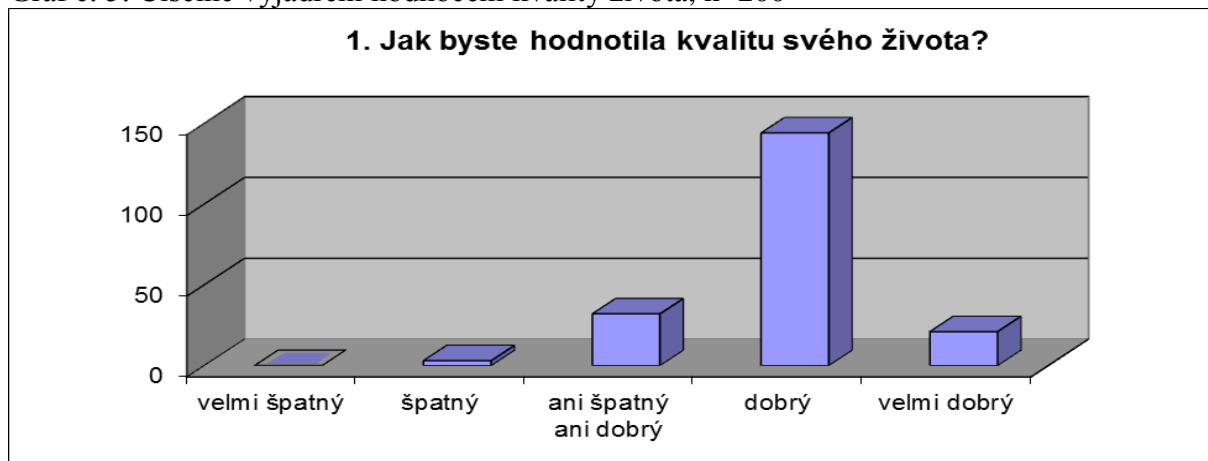
Graf č. 4: Číselné vyjádření zdravotního stavu respondentek, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku jaký je Váš zdravotní stav odpovědělo 0 (0%) dotazovaných „velmi špatný“, 2 (1%) dotazovaných „špatný“, 38 (16%) „ani špatný ani dobrý“, 90 (45%) „dobrá“, 70 (35%) „velmi dobrý“, viz graf č. 4.

Graf č. 5: Číselné vyjádření hodnocení kvality života, n=200

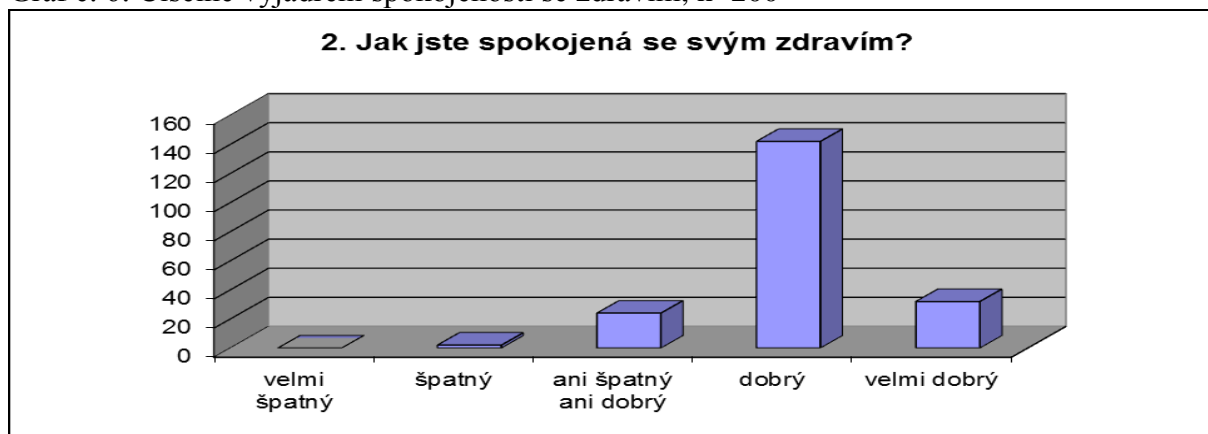


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak byste hodnotila kvalitu svého života, odpovědělo 0 (0%) dotazovaných „velmi špatný“, 3 (1,5%) dotazovaných „špatný“, 32 (16%) „ani špatný ani dobrý“, 144 (72%) „dobrá“, 21 (10,5%) „velmi dobrý“, viz graf č. 5.

Celkem hodnotí svou kvalitu života 165 respondentek pozitivně. Všeobecné hodnocení kvality života je subjektivní názor na náš život, kdy většinou porovnáváme životní standard a aspekty našeho života ve vztahu k našemu hodnotovému žebříčku a společenským normám (KŘIVOHLAVÝ, 2004)

Graf č. 6: Číselné vyjádření spokojenosti se zdravím, n=200

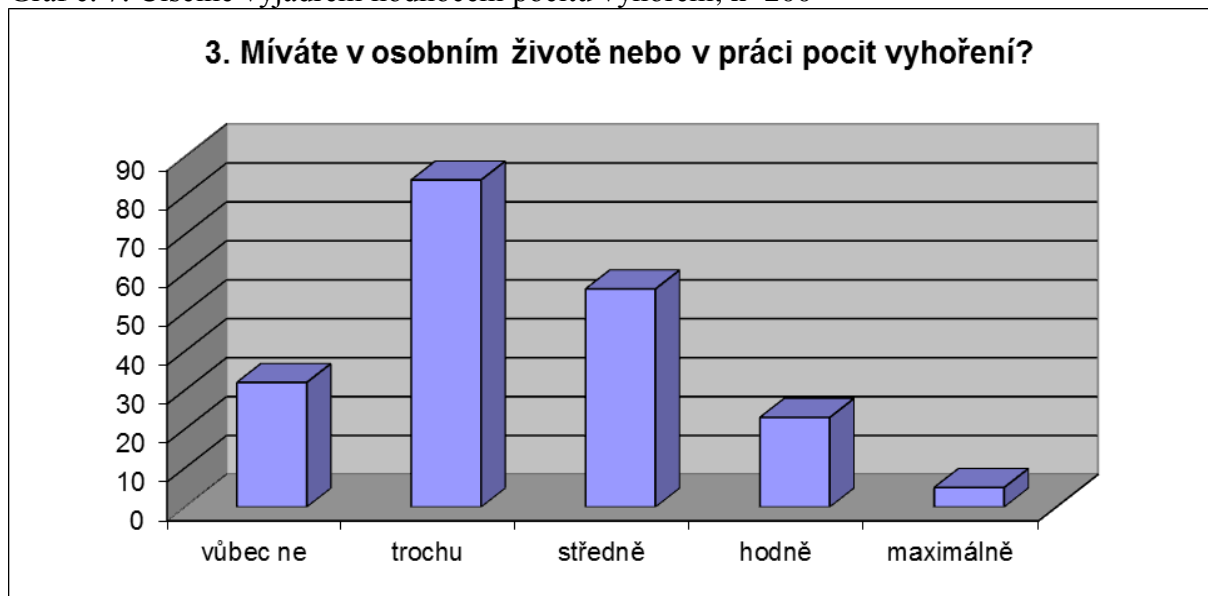


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak jste spokojená se svým zdravím, odpovědělo 0 (0%) dotazovaných „velmi špatný“, 2 (1%) dotazovaných „špatný“, 24 (12%) „ani špatný ani dobrý“, 142 (71%) „dobrá“, 32 (16%) „velmi dobrý“, viz graf č. 6.

Tento výsledek koresponduje s grafem č. 4, kdy 80% respondentek také uvedlo, že jejich zdravotní stav je dobrý nebo velmi dobrý.

Graf č. 7: Číselné vyjádření hodnocení pocitu vyhoření, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku míváte v osobním životě nebo v práci pocit vyhoření odpovědělo 32 (16%) dotazovaných „vůbec ne“, 84 (42%) dotazovaných „trochu“, 56 (28%) „středně“, 23 (11,5%) „hodně“, 5 (2,5%) „maximálně“, viz graf č. 7.

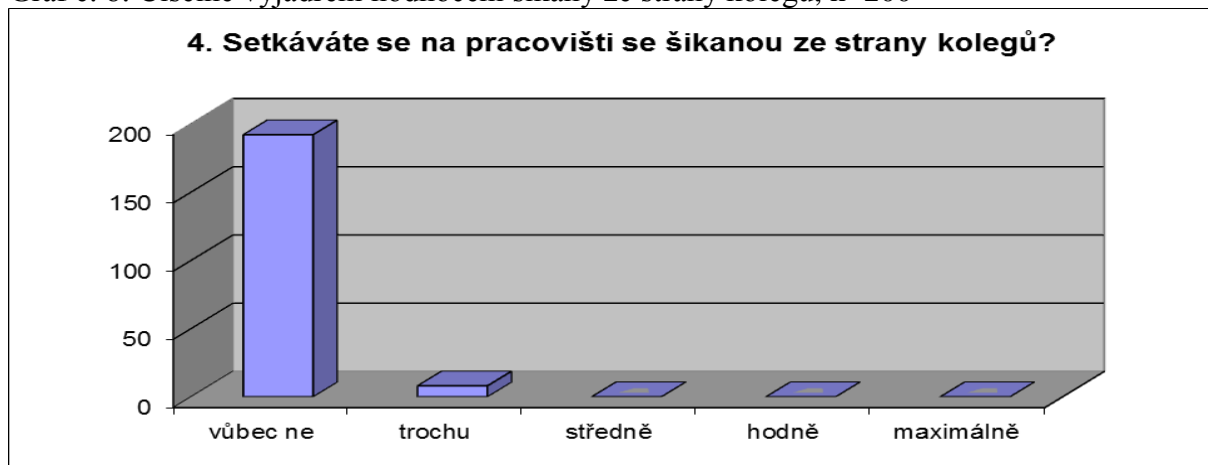
Tato otázka byla zaměřena na Výzkumný předpoklad č. 1: *Předpokládám, že ženy ve věku 18 až 35 let pracující na call centru budou ve více než z 60% vypovídat, že mívají „hodně“ nebo „maximálně“ pocit vyhoření.*

Jak ukazuje graf č. 7, silný pocit vyhoření vykazuje 14% respondentek, zbývajících 84% vypovídá, že pociťuje vyhoření pouze středně a méně. Na základě těchto výsledků mohu konstatovat, že se výzkumný předpoklad č. 1 nepotvrdil.

Přesto, že syndrom vyhoření není pociťován ve větším počtu respondentek silně, je zde rozhodně velký prostor pro prevenci, protože převážná většina dotazovaných pociťuje vyhoření trochu nebo středně. Projevuje se zde pracovní stres a nedostatečné uznání jedince a ne perspektiva pracovního posunu na této pozici. Tato příčina je běžná u většiny pracovních pozic, kdy je na stejné pracovní pozici větší počet zaměstnanců a tím se vytrácí ocenění jedince (ŠVINGALOVÁ, 2006).



Graf č. 8: Číselné vyjádření hodnocení šikany ze strany kolegů, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, setkáváte se se šikanou ze strany kolegů odpovědělo 192 (96%) dotazovaných „vůbec ne“, 8 (4%) dotazovaných „trochu“, 0 (0%) „středně“, 0 (0%) „hodně“, 0 (0%) „maximálně“, viz graf č. 8.

Je velice pozitivní zjištění, že se v rámci kolegiálních vztahů prakticky vůbec nevyskytuje šikana tzv. mobbing, což potvrzuje dobré sociální vztahy na pracovišti. Tato otázka patří do sociálních aspektů zdraví.

Graf č. 9: Číselné vyjádření hodnocení šikany ze strany nadřízených, n=200

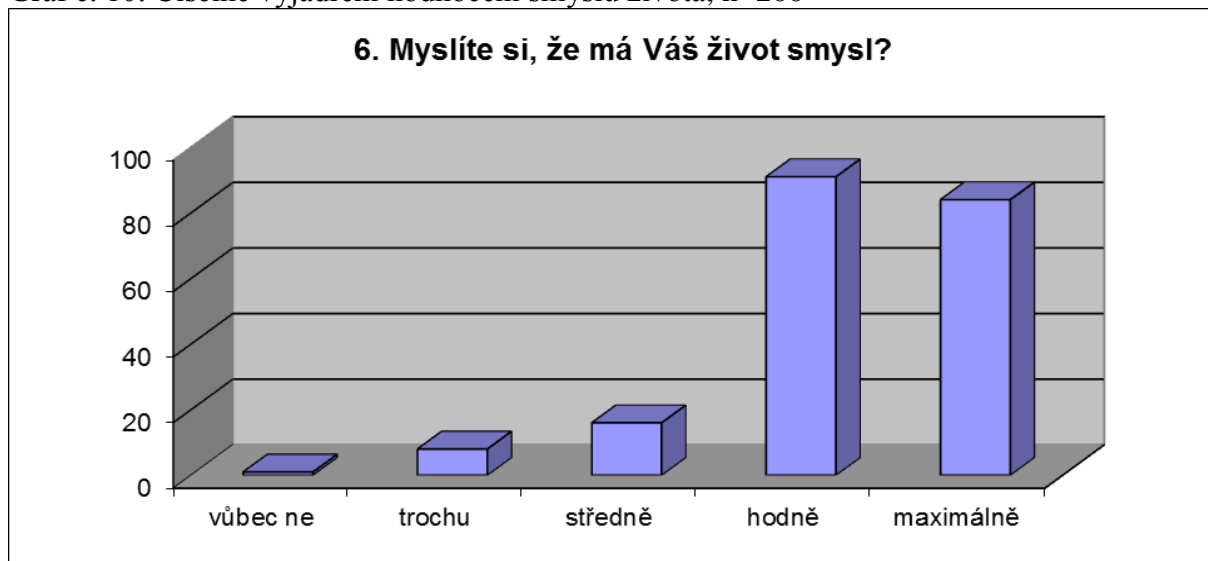


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku setkáváte se se šikanou ze strany nadřízených odpovědělo 165 (82,5%) dotazovaných „vůbec ne“, 35 (17,5%) dotazovaných „trochu“, 0 (0%) „středně“, 0 (0%) „hodně“, 0 (0%) „maximálně“, viz graf č. 9.

Bossing se u této probandy vyskytuje také minimálně, nicméně někteří mohou vnímat pracovní požadavky jako mírnou šikanu, což ukazuje tato otázka.

Graf č. 10: Číselné vyjádření hodnocení smyslu života, n=200

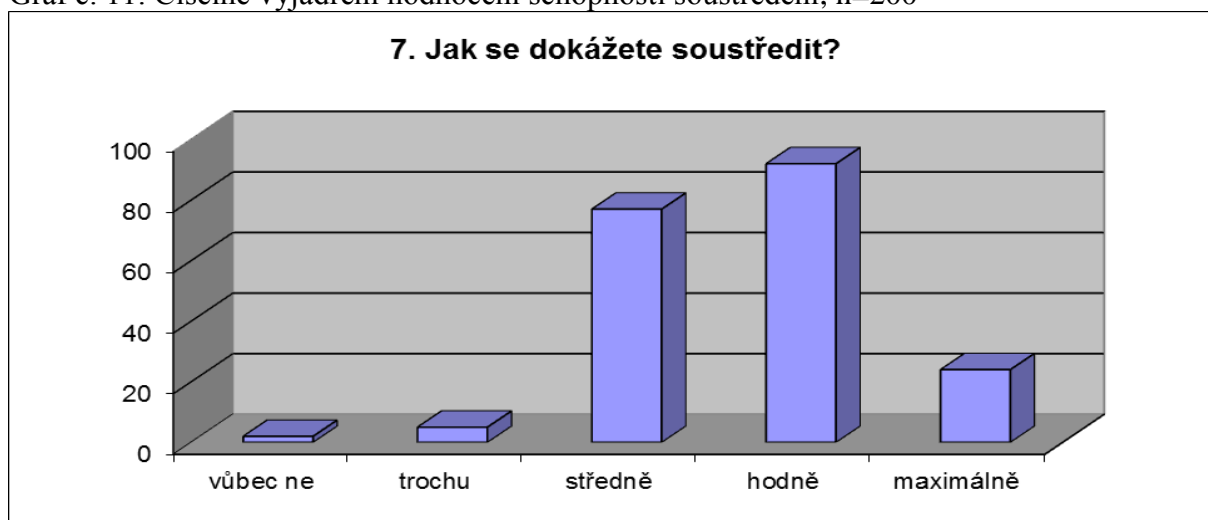


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku myslíte, že má Váš život smysl odpovědělo 1 (0,5%) dotazovaných „vůbec ne“, 8 (4%) dotazovaných „trochu“, 16 (8%) „středně“, 91 (45,5%) „hodně“, 84 (42%) „maximálně“, viz graf č. 10.

Pocit životního smyslu nebo také účelu života je důležitým determinantem v psychické osobní pohodě a v celkovém hodnocení kvality (viz kapitola 2.2.2.2 Dimenze psychické pohody, str. 16).

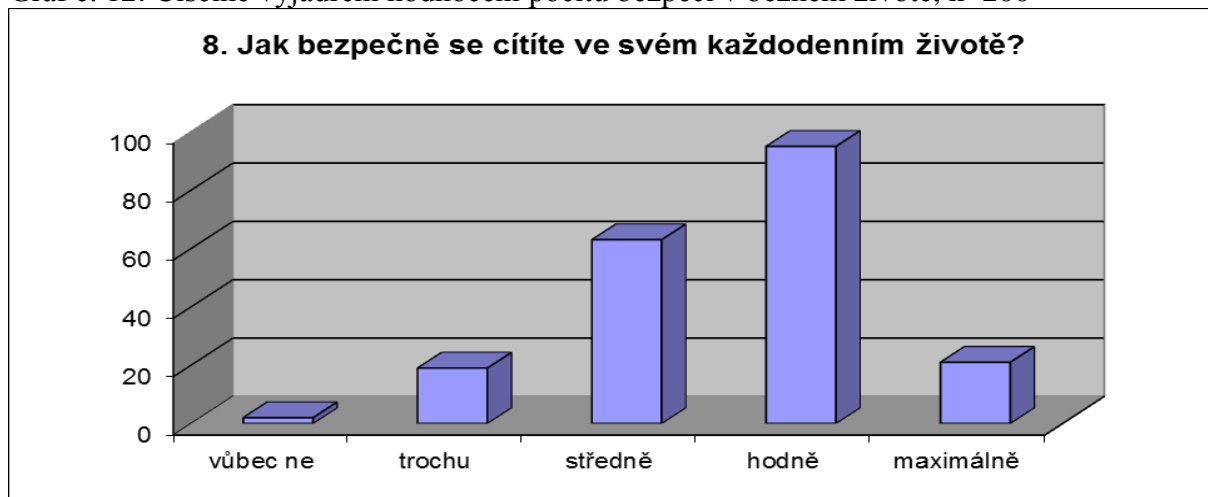
Graf č. 11: Číselné vyjádření hodnocení schopnosti soustředění, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak se dokážete soustředit, odpovědělo 2 (1%) dotazovaných „vůbec ne“, 5 (2,5%) dotazovaných „trochu“, 77 (38,5%) „středně“, 92 (46%) „hodně“, 24 (12%) „maximálně“, viz graf č. 11.

Graf č. 12: Číselné vyjádření hodnocení pocitu bezpečí v běžném životě, n=200

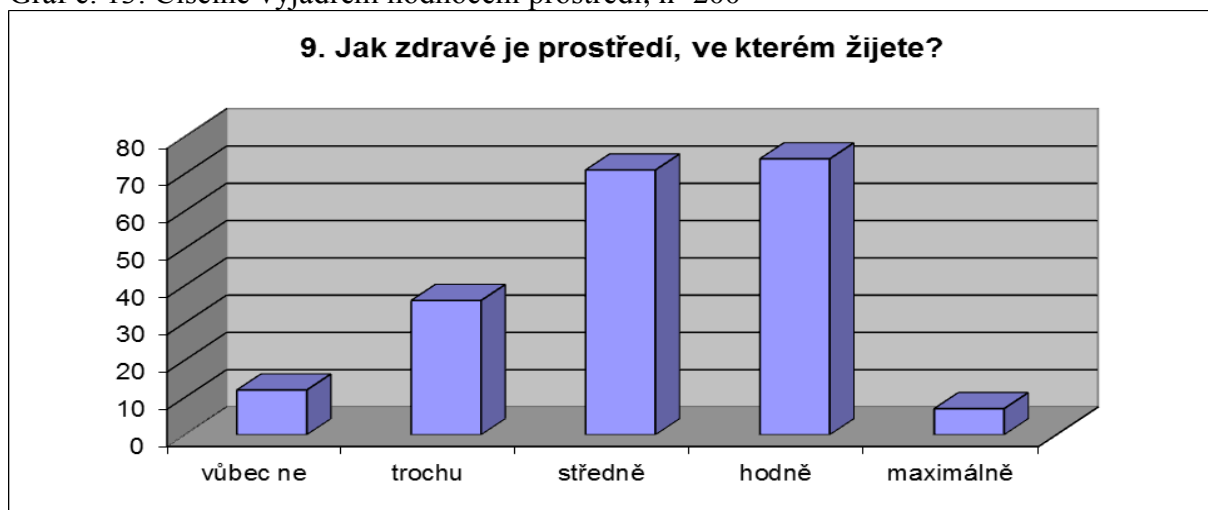


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě, odpovědělo 2 (1%) dotazovaných „vůbec ne“, 19 (9,5%) dotazovaných „trochu“, 63 (31,5%) „středně“, 95 (47,5%) „hodně“, 21 (10,5%) „maximálně“, viz graf č. 12.

Pocit bezpečí je základní lidskou potřebou a nedostatečný pocit bezpečí je způsoben nestabilitou, stresem, finanční nejistotou a může mít silné psychosomatické důsledky. Zároveň je velmi významně ovlivňuje kvalitu spánku a může být příčinou spánkových poruch (NAKONEČNÝ, 2004).

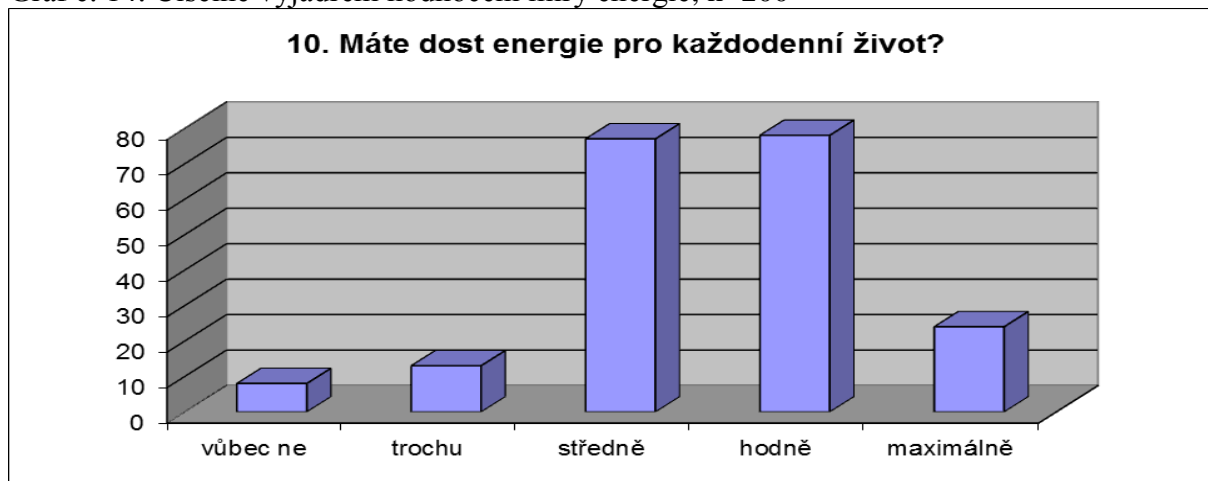
Graf č. 13: Číselné vyjádření hodnocení prostředí, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak zdravé je prostředí, kde žijete, odpovědělo 12 (6%) dotazovaných „vůbec ne“, 36 (18%) dotazovaných „trochu“, 71 (35,5%) „středně“, 74 (37%) „hodně“, 7 (3,5%) „maximálně“, viz graf č. 13.

Graf č. 14: Číselné vyjádření hodnocení míry energie, n=200

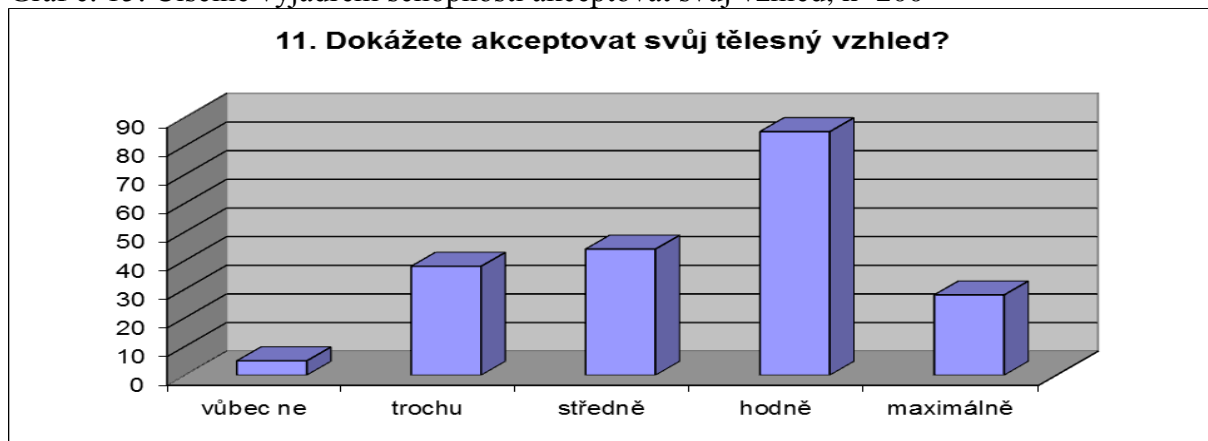


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, máte dostatek energie pro každodenní život, odpovědělo 8 (6%) dotazovaných „vůbec ne“, 13 (6,5%) dotazovaných „trochu“, 77 (38,5%) „středně“, 78 (39%) „hodně“, 24 (12%) „maximálně“, viz graf č. 14.

Pocit (ne)dostatku energie může vycházet ze stravovacích návyků, spánkových rytmů, ale také souvisí se stavem naší psychické pohody a pocitem vyhoření. Pokud se cítíme dobře, tak máme energie dostatek a naopak (NAKONEČNÝ, 2004).

Graf č. 15: Číselné vyjádření schopnosti akceptovat svůj vzhled, n=200

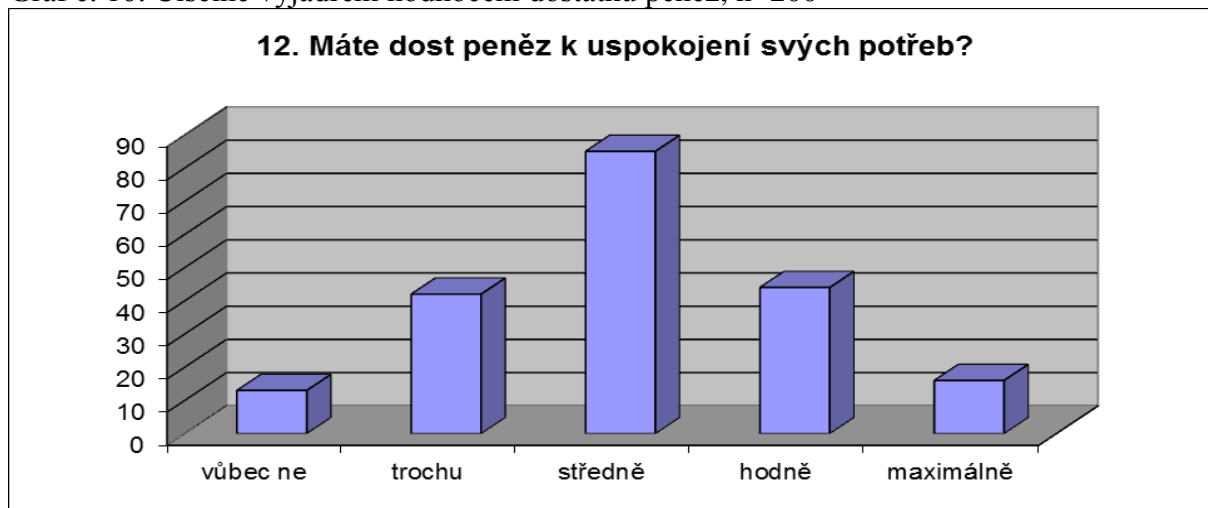


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled, odpovědělo 5 (2,5%) dotazovaných „vůbec ne“, 38 (19%) dotazovaných „trochu“, 44 (22%) „středně“, 85 (42,5%) „hodně“, 28 (14%) „maximálně“, viz graf č. 15.

Schopnost akceptovat svůj vlastní vzhled je důležitou součástí psychické osobní pohody, zároveň vypovídá o naší psychické vyrovnanosti (2.2.2.1 Charakteristika, str. 16).

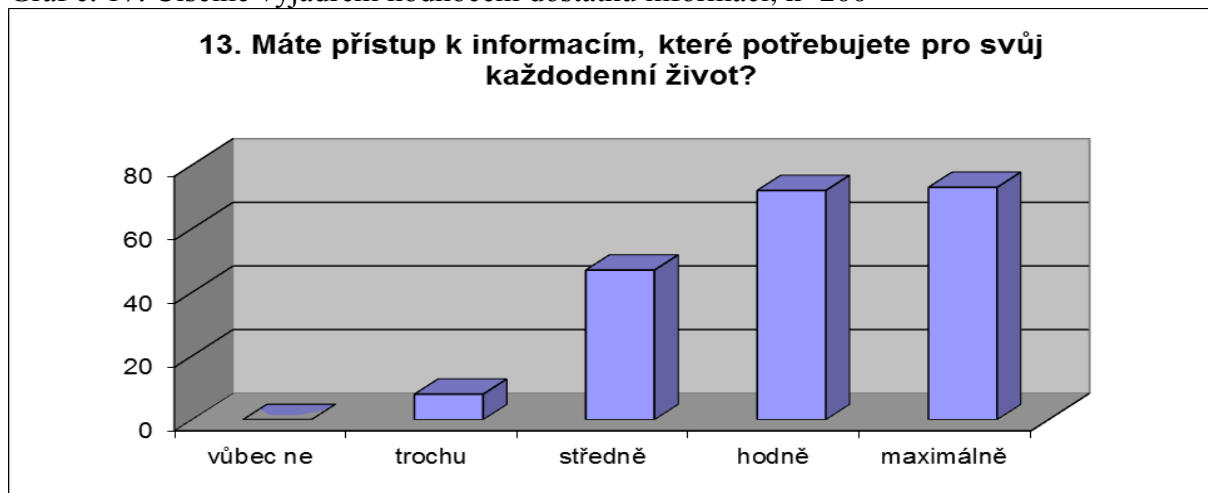
Graf č. 16: Číselné vyjádření hodnocení dostatku peněz, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, máte dostatek peněz k uspokojení svých potřeb, odpovědělo 13 (6,5%) dotazovaných „vůbec ne“, 42 (21%) dotazovaných „trochu“, 85 (42,5%) „středně“, 44 (22%) „hodně“, 16 (8%) „maximálně“, viz graf č. 16.

Graf č. 17: Číselné vyjádření hodnocení dostatku informací, n=200

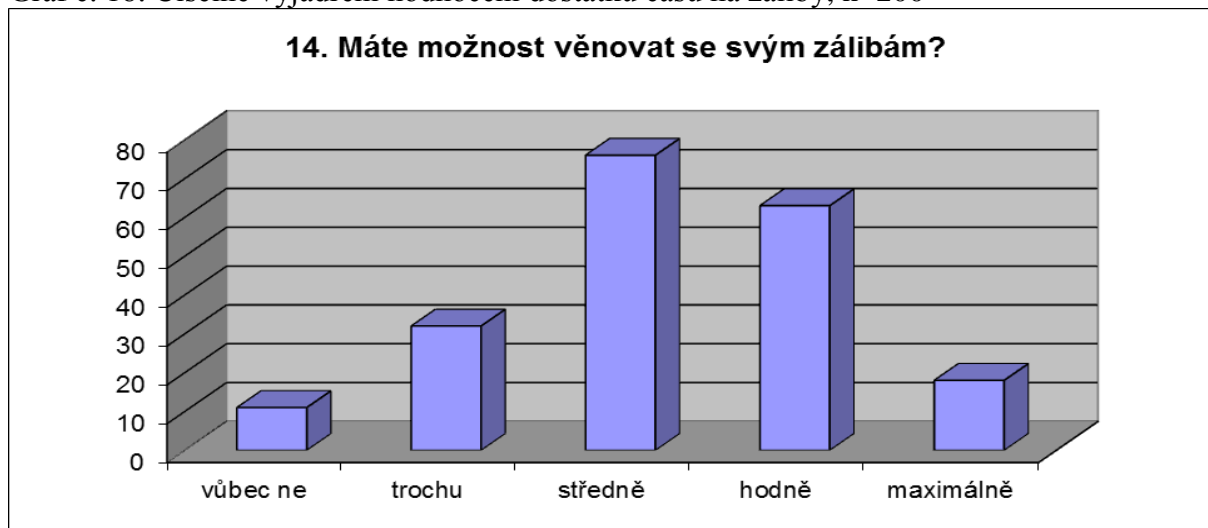


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, máte dostatek informací, které potřebujete pro svůj každodenní život, odpovědělo 0 (0%) dotazovaných „vůbec ne“, 8 (4%) dotazovaných „trochu“, 47 (23,5%) „středně“, 72 (36%) „hodně“, 73 (35,5%) „maximálně“, viz graf č. 17.

Výsledky Grafu číslo 16. a grafu č. 17 lze zhodnotit jako pozitivní a řadí se do kategorie sociálních determinantů, které následně ovlivňují další stránky kvality života. Nedostatek financí nebo informací způsobuje stres a negativně ovlivňuje sociální vztahy a snižuje sociální gradient (KUČERA, 2005)

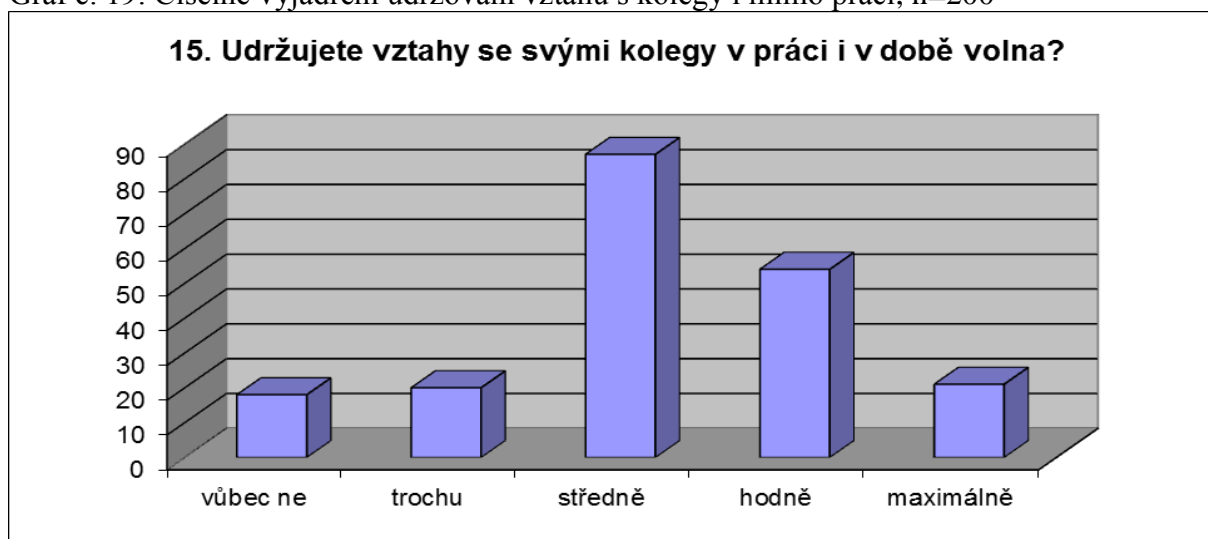
Graf č. 18: Číselné vyjádření hodnocení dostatku času na záliby, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, máte dostatek času věnovat se svým zálibám, odpovědělo 11 (5,5%) dotazovaných „vůbec ne“, 32 (16%) dotazovaných „trochu“, 76 (38%) „středně“, 63 (31,5%) „hodně“, 18 (9%) „maximálně“, viz graf č. 18.

Graf č. 19: Číselné vyjádření udržování vztahů s kolegy i mimo práci, n=200

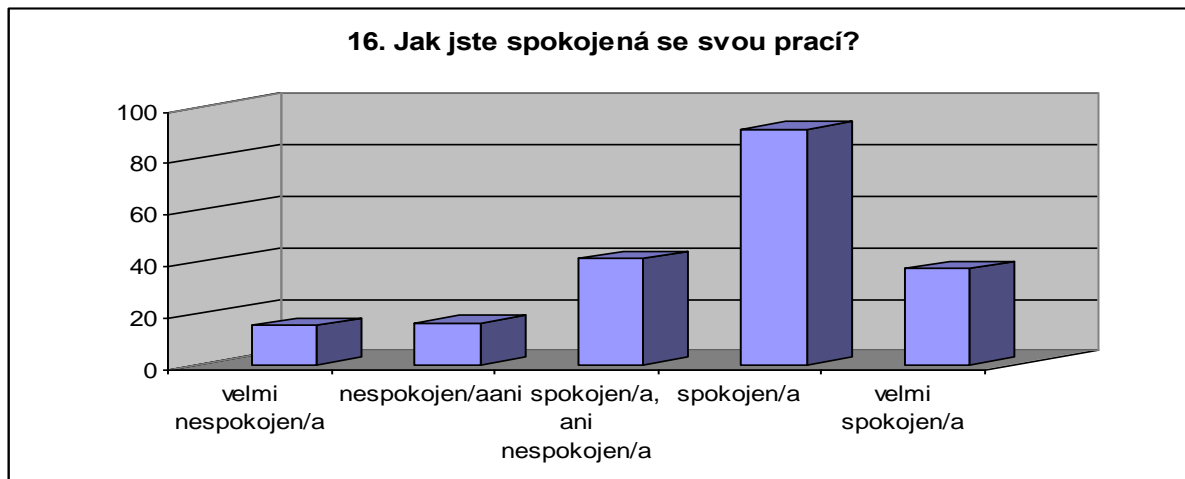


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, udržujete vztahy se svými kolegy v práci i v době volna, odpovědělo 18 (9%) dotazovaných „vůbec ne“, 20 (10%) dotazovaných „trochu“, 87 (43,5%) „středně“, 54 (27%) „hodně“, 21 (10,5%) „maximálně“, viz graf č. 19.

Výsledky této otázky, stejně jako otázky č. 4 (viz graf č. 8) a otázky č. 21 (graf č. 25) ukazují na dobré vztahy a úzké sociální vazby mezi respondentkami, což v sociální složce kvality života hraje pozitivní roli.

Graf č. 20: Číselné vyjádření hodnocení spokojenosti s prací, n=200

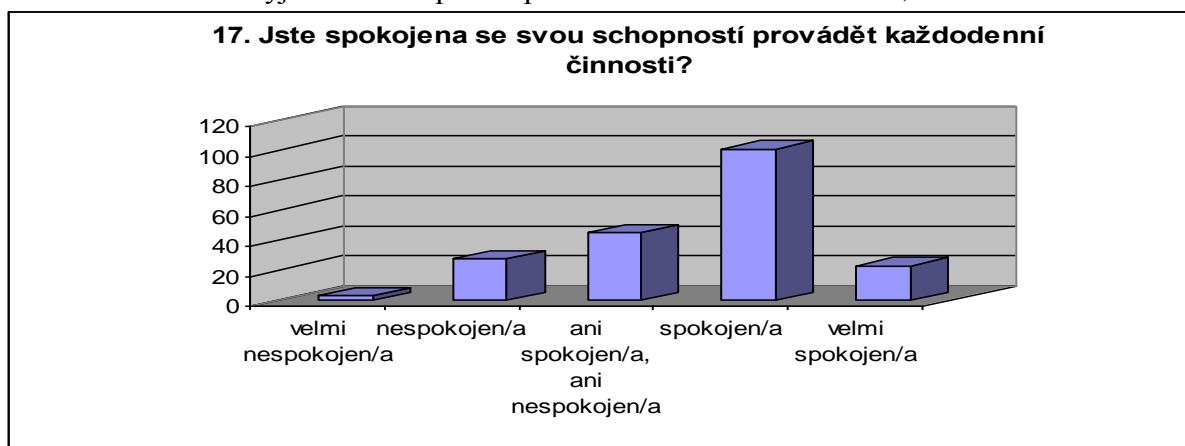


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak jste spokojená se svou prací, odpovědělo 15 (7,5%) dotazovaných „velmi nespokojená“, 16 (8%) dotazovaných „nespokojená“, 41 (20,5%) „ani spokojená ani nespokojená“, 91 (45,5%) „spokojená“, 37 (33,5%) „velmi spokojená“, viz graf č. 20.

Jak uvádí Kučera, spokojenost s prací způsobuje kontrola nad vlastní prací a v opačném případě nízká kontrola vede ke stresu až k vyhoření. Spokojenost s prací způsobuje také sociální opora na pracovišti a sociální statut (KUČERA, 2005)

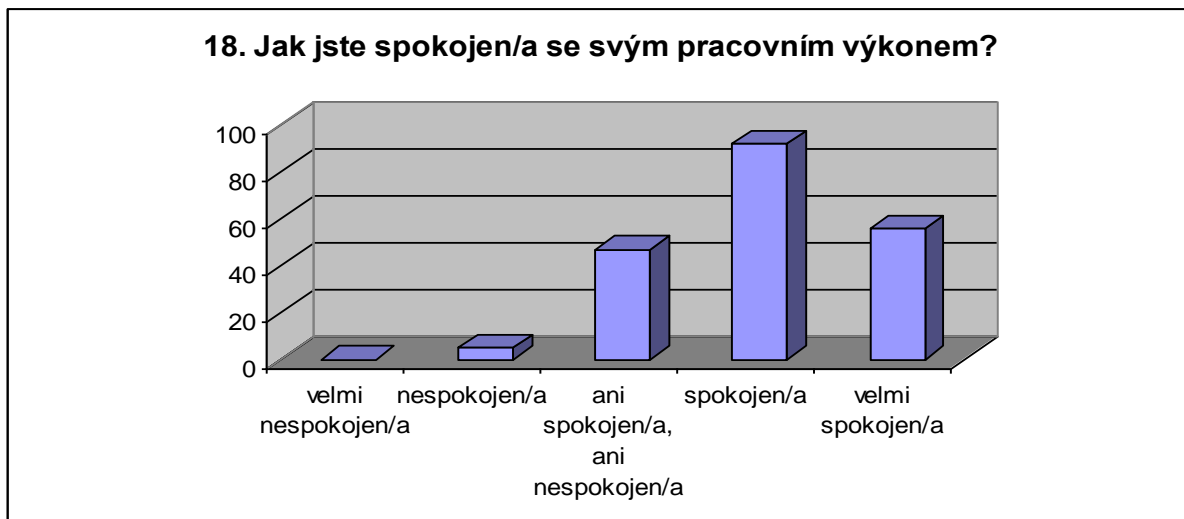
Graf č. 21: Číselné vyjádření schopnosti provádět každodenní činnosti, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak jste spokojená se svou schopností provádět každodenní činnosti, odpovědělo 3 (1,5%) dotazovaných „velmi nespokojená“, 28 (14%) dotazovaných „nespokojená“, 45 (42,5%) „ani spokojená ani nespokojená“, 101 (50,5%) „spokojená“, 23 (22,5%) „velmi spokojená“, viz graf č. 21.

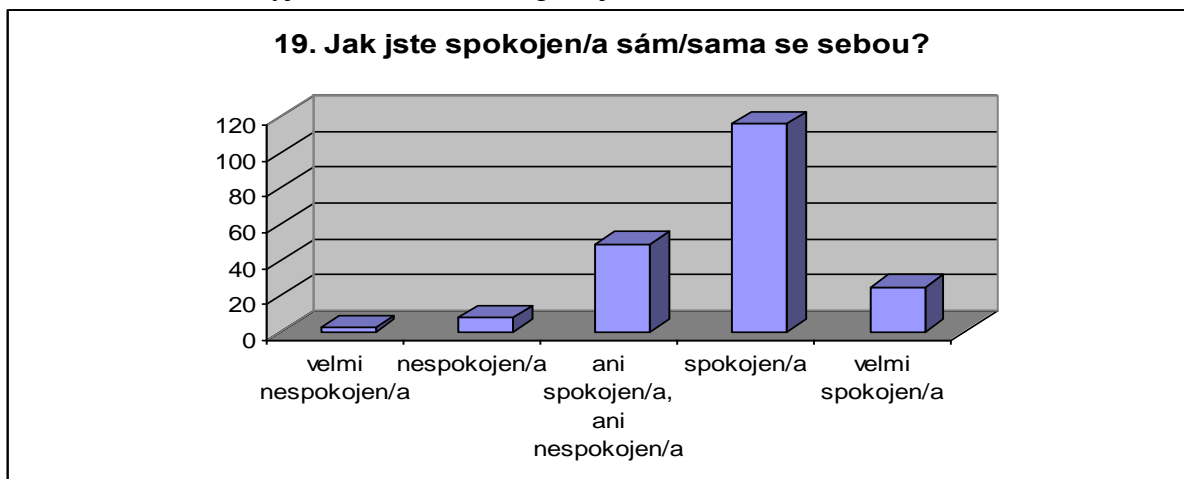
Graf č. 22: Číselné vyjádření hodnocení spokojenosti s pracovním výkonem, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak jste spokojená se svým pracovním výkonem, odpovědělo 0 (0%) dotazovaných „velmi nespokojená“, 5 (2,5%) dotazovaných „nespokojená“, 47 (23,5%) „ani spokojená ani nespokojená“, 92 (46%) „spokojená“, 56 (28%) „velmi spokojená“, viz graf č. 22.

Graf č. 23: Číselné vyjádření hodnocení spokojenosti sama se sebou, n=200



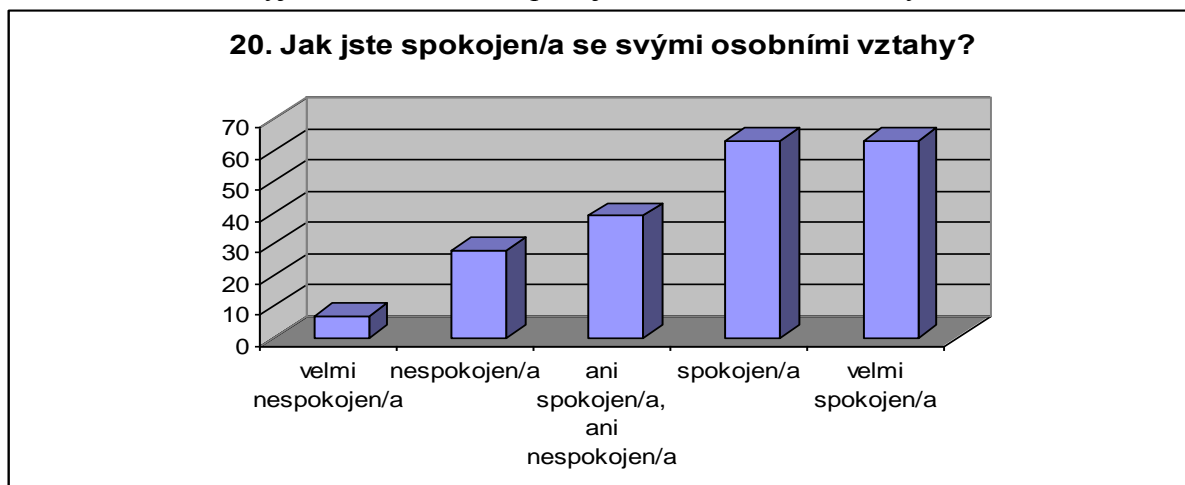
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak jste spokojená sama se sebou, odpovědělo 2 (1%) „velmi nespokojená“, 8 (4%) dotazovaných „nespokojená“, 49 (24,5%) „ani spokojená ani nespokojená“, 116 (58%) „spokojená“, 25 (12,5%) „velmi spokojená“, viz graf č. 23.

Tato otázka je klíčový aspekt v oblasti osobní pohody. Abychom se cítili dobře je nutná sebeúcta, naše vlastní uplatnění a zvládání sami sebe, pokud jsou tyto podmínky splněny, vede to k pocitu osobní pohody (viz kapitola 2.2.2.1 Charakteristika, str. 16)



Graf č. 24: Číselné vyjádření hodnocení spokojenosti s osobními vztahy, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak jste spokojená se svými osobními vztahy, odpovědělo 7 (3,5%) dotazovaných „velmi nespokojená“, 28 (14%) dotazovaných „nespokojená“, 39 (14,5%) „ani spokojená ani nespokojená“, 63 (32,5%) „spokojená“, 63 (32,5%) „velmi spokojená“, viz graf č. 24.

Spokojenost s osobními vztahy hraje významnou roli v sociální složce zdraví a hodnocení kvality života. Jak vyplývá z grafu č. 24 65% dotazovaných, je se svými osobními vztahy spokojeno a velmi spokojeno přesto, že 52% respondentek uvedlo, že jsou svobodné (viz graf č. 3).

Do osobních vztahů jsou zahrnuty vztahy s rodinou, kterou jsme si v dospělosti vybudovali, tzn. manžel/partner a děti, vztahy s rodinou ve smyslu rodiče a sourozenci, dále pak vztahy s přáteli a následně vztahy na úrovni společenského makrosystému. Samozřejmě je možné, že se zde prolíná osobní a pracovní rovina vztahů, protože 81 % (viz graf č. 19) dotazovaných uvedlo, že udržuje vztahy s kolegy i v době volna (VOJTOVÁ, 2010).

Graf č. 25: Číselné vyjádření hodnocení spokojenosti se vztahy s kolegy, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

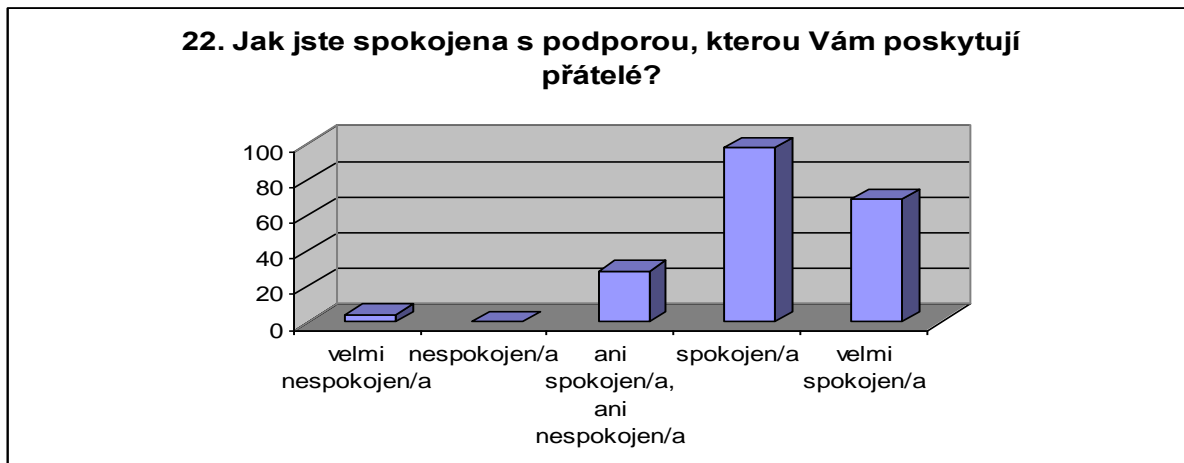
Na otázku, jak jste spokojená se vztahy se svými kolegy v práci, odpovědělo 0 (0%) dotazovaných „velmi nespokojená“, 7 (3,5%) dotazovaných „nespokojená“, 28 (14%) „ani spokojená ani nespokojená“, 102 (51%) „spokojená“, 63 (32,5%) „velmi spokojená“, viz graf č. 25.

Tato otázka byla zaměřena na výzkumný předpoklad č. 2: *Předpokládám, že ženy ve věku 18 až 35 let pracující na call centru budou ve více než z 70% vypovídat, že mají optimální sociální vztahy s kolegy v práci a budou uvádět, že jsou s těmito vztahy „spokojeny“ a „velmi spokojeny“.* Jak ukazuje graf č. 25 83,5% respondentek uvádí, že je spokojeno a velmi spokojeno, nespokojenost byla velice nízká.

Na základě těchto výsledků mohu konstatovat, že se výzkumný předpoklad č. 2 potvrdil.

Tato otázka je jedna z klíčových v hodnocení sociálních determinantů zdraví. Kvalitní vztahy v práci a velká míra sociální opory na pracovišti je výborný preventivní prostředek proti vyhoření a do jisté míry dokáže kompenzovat pracovní stres. Díky tomuto následně respondentky hodnotí spokojenost se svou prací spíše kladně a tím pádem optimální sociální vztahy na pracovišti významně ovlivňují celkovou kvalitu života pozitivním směrem (NAKONEČNÝ, 2009).

Graf č. 26: Číselné vyjádření hodnocení spokojenosti s podporou přátel, n=200

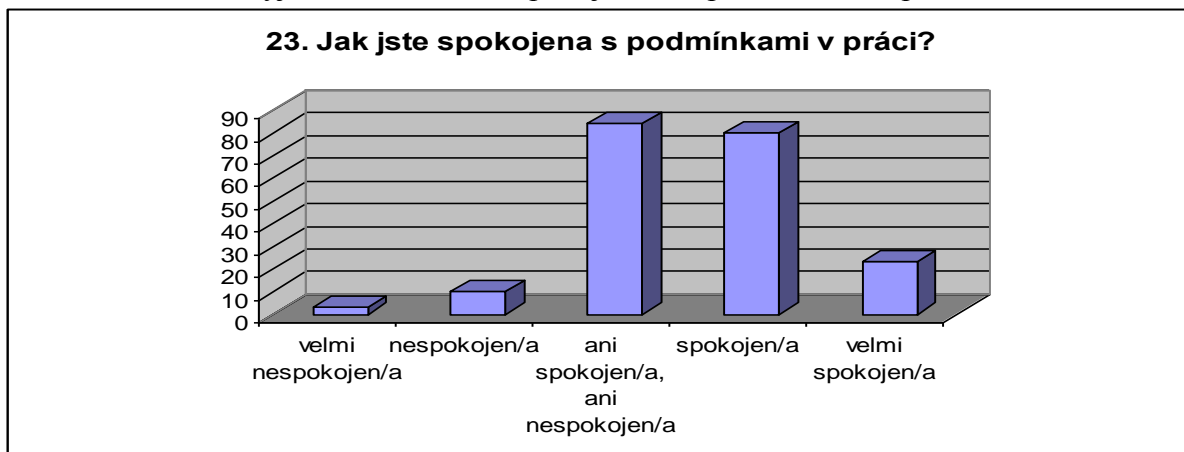


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak jste spokojená s podporou, kterou Vám poskytují přátelé, odpovědělo 4 (2%) dotazovaných „velmi nespokojená“, 0 (0%) dotazovaných „nespokojená“, 29 (14,5%) „ani spokojená ani nespokojená“, 98 (49%) „spokojená“, 69 (34,5%) „velmi spokojená“, viz graf č. 26.

Sociální opora přátel je důležitá pro pocit sociální pohody, je dobrým kompenzačním prostředkem proti stresu a je tedy nezanedbatelná i pro pocit osobní pohody well being (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

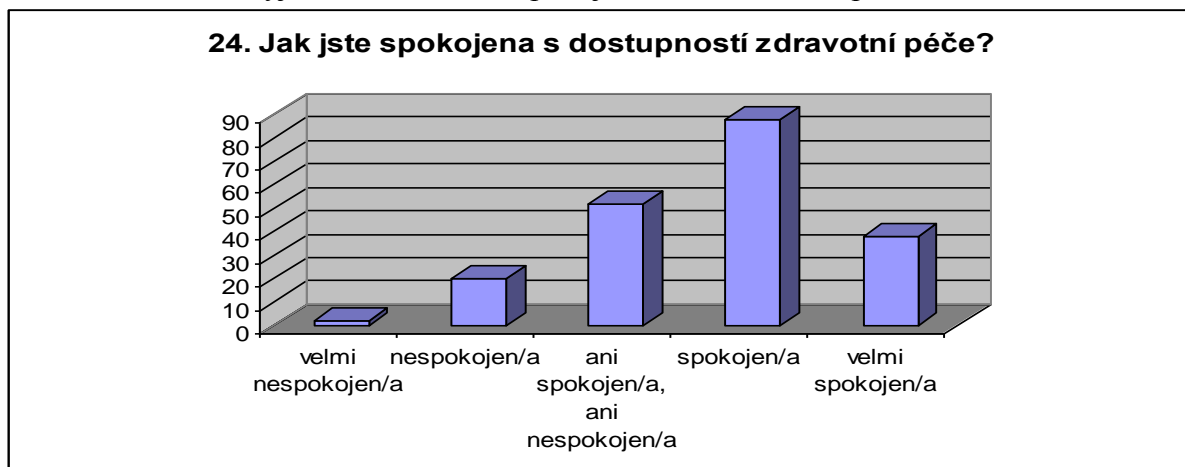
Graf č. 27: Číselné vyjádření hodnocení spokojenosti s podmínkami v práci, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak jste spokojená s podmínkami v práci, odpovědělo 3 (0%) dotazovaných „velmi nespokojená“, 10 (3,5%) dotazovaných „nespokojená“, 84 (14%) „ani spokojená ani nespokojená“, 80 (51%) „spokojená“, 23 (32,5%) „velmi spokojená“, viz graf č. 27.

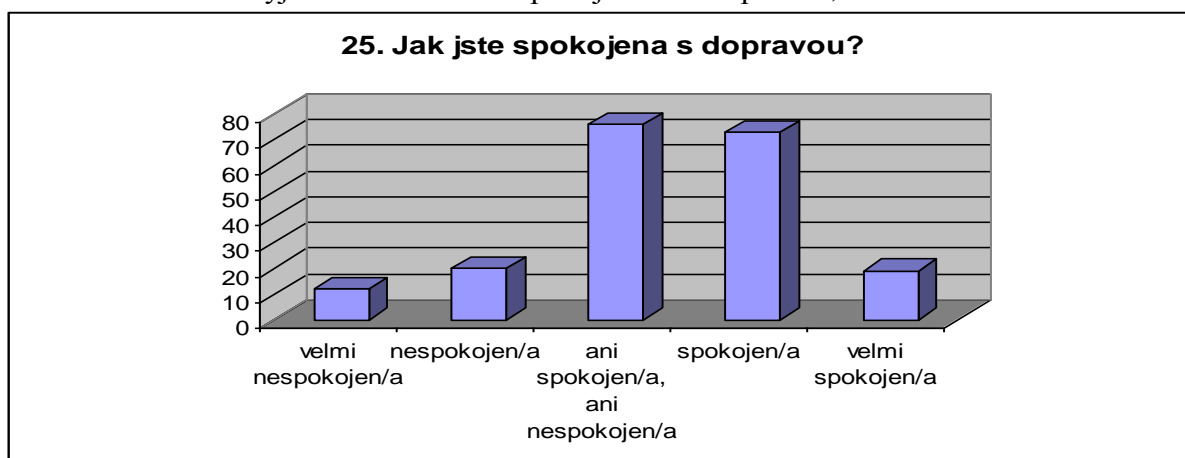
Graf č. 28: Číselné vyjádření hodnocení spokojenosti se zdravotní péčí, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak jste spokojená s dostupností zdravotní péče, odpovědělo 2 (1%) dotazovaných „velmi nespokojená“, 20 (10%) dotazovaných „nespokojená“, 52 (26%) „ani spokojená ani nespokojená“, 88 (44%) „spokojená“, 38 (19%) „velmi spokojená“, viz graf č. 28.

Graf č. 29: Číselné vyjádření hodnocení spokojenosti s dopravou, n=200



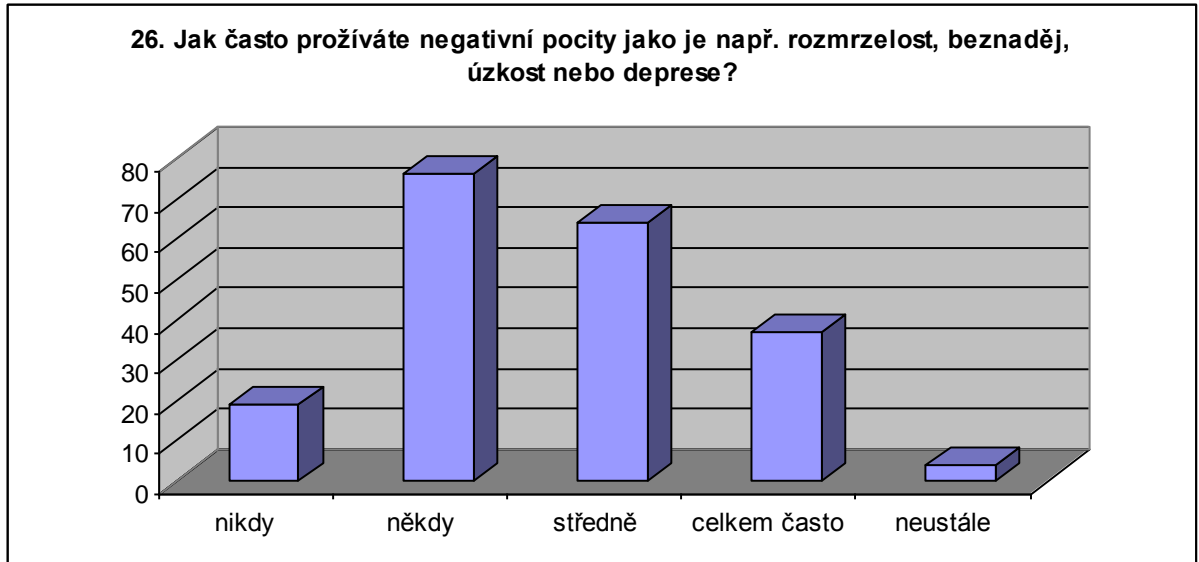
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak jste spokojená s dopravou, odpovědělo 12 (6%) dotazovaných „velmi nespokojená“, 20 (10%) dotazovaných „nespokojená“, 76 (38%) „ani spokojená ani nespokojená“, 73 (36,5%) „spokojená“, 19 (9,5%) „velmi spokojená“, viz graf č. 29.

Spokojenost s dopravou a dostupností zdravotní péče jsou dalšími sociálními determinanty, které se podílejí a naší kvalitě života. U dopravy je z hlediska zdraví prospěšnější například veřejná hromadná doprava než jízda autem, protože podporuje pohyb a sociální interakci. Je tedy důležité, jestli je v místě bydliště doprava dobře

dostupná, čímž nám umožní větší variabilitu a může ušetřit čas, který můžeme věnovat Svým zálibám nebo například spánku (KUČERA, 2005).

Graf č. 30: Číselné vyjádření četnosti prožitku negativních pocitů, n=200

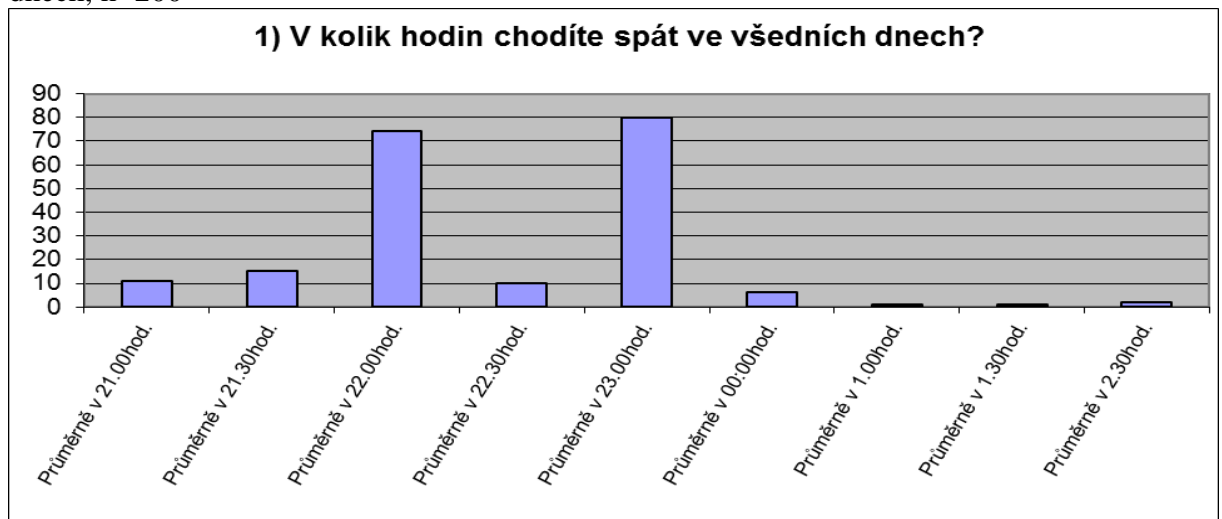


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak jste spokojená s dopravou, odpovědělo 19 (14,5%) dotazovaných „nikdy“, 76 (38%) dotazovaných „někdy“, 64 (32%) „středně často“, 37 (18,5%) „celkem často“, 4 (2%) „neustále“, viz graf č. 30.

## 4.2 Výsledky a vyhodnocení dat dotazníků CIRKADIÁNNÍ TYPOLOGIE

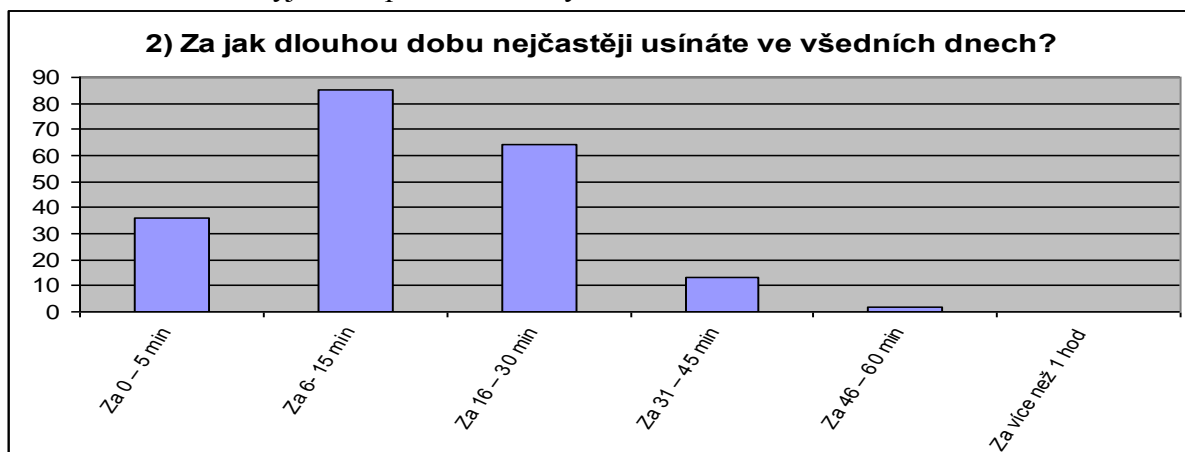
Graf č. 31: Číselné vyjádření průměrné doby, kdy respondentky chodí spát ve všedních dnech, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce, v kolik hodin chodíte spát ve všedních dnech, byla nejbrzčí hodina, kdy respondentky chodí spát je ve 21 hodin a to v počtu 11 (5,5%) dotazovaných, nejčastější je 23. Hodina v počtu 80 (40%) dotazovaných a druhá nejčastější je 22. hodina v počtu 74 (37%) dotazovaných, nejpozdější doba, kdy respondentky usínají je 2:30 v počtu 2 (1%) dotazovaných, viz graf č. 31.

Graf č. 32: Číselné vyjádření průměrné doby usínání, n=200

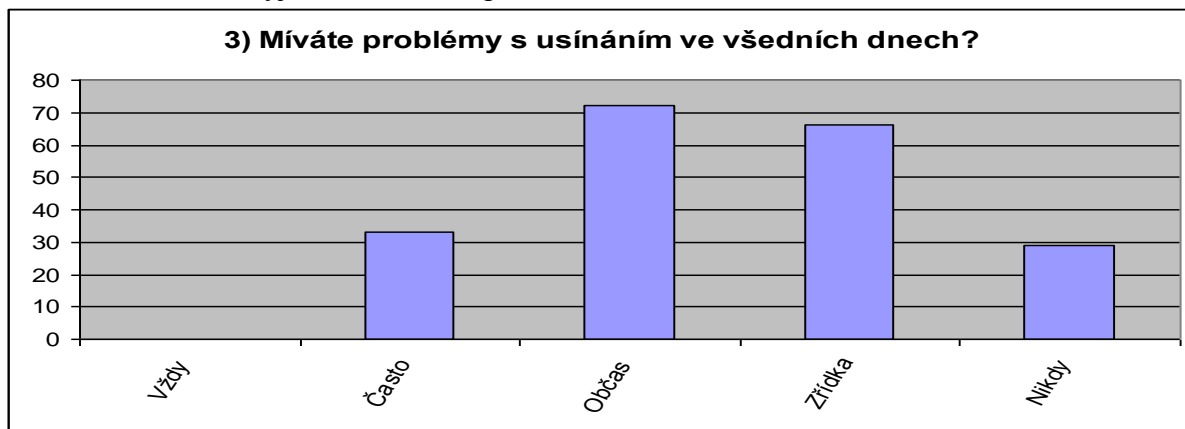


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak dlouhou dobu usínáte ve všedních dnech, odpovědělo 36 (18%) dotazovaných „za 0-5 min.“, 85 (42,5%) dotazovaných „za 6-15 min“, 64 (32%) „za 16-30 min“, 13 (6,5%) „za 31-45 min“, 2 (1%) „za 46-60 min“, 0 (0%) „za více než 1 hod.“, viz graf č. 32.

Považuji za dobrý výsledek, že 92,5% respondentek vypovídá, že usíná do 30 minut. Jak uvádí Plháková, pokud je doba usínání pravidelně delší než 30 minut, je možné, že je zde náznak spánkové poruchy nebo se již přímo jedná o nespavost. U této probandy se nedá hovořit o výrazných poruchách spánku, protože nikdo neusíná déle než hodinu (PLHÁKOVÁ, 2004).

Graf č. 33: Číselné vyjádření četnosti problémů s usínáním, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

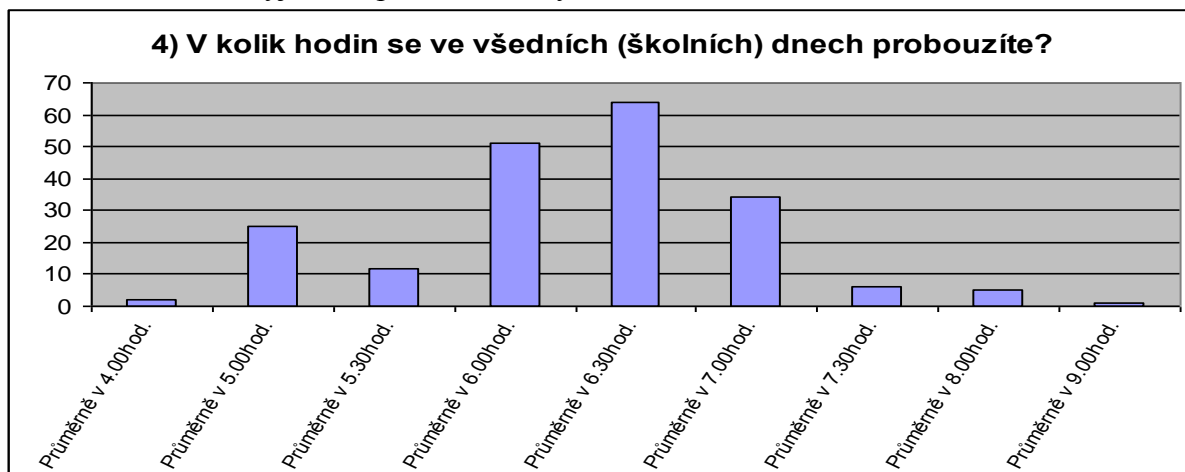
Na otázku, míváte problémy s usínáním ve všedních dnech, odpovědělo 0 (0%) dotazovaných „vždy“, 33 (16,5%) dotazovaných „často“, 72 (36%) „občas“, 66 (33%) „zřídka“, 29 (14,5%) „nikdy“, viz graf č. 33.

Tato otázka byla zaměřena na Výzkumný předpoklad č. 3: *Předpokládám, že ženy ve věku 18 až 35 let pracující na call centru budou ve více než z 50% vypovídat, že mají ve všedních dnech potíže s usínáním a to „často“ nebo „vždy“*. Jak ukazuje graf č. 33, časté potíže s usínáním má pouze 16,5% respondentek.

Na základě těchto výsledků mohu konstatovat, že se výzkumný předpoklad č. 3 nepotvrdil.

Výsledky této otázky jsou spíše pozitivní, ale přesto je zde prostor pro prevenci, protože 36% respondentek uvedlo, že „občas“ a 16,5% „často“ mívá problémy s usínáním. U skupiny, která takto odpověděla, by bylo vhodné zařadit aktivity, který vhodnými relaxačními technikami navodí pocit uvolnění a přispějí k duševní hygieně. Potíže s usínáním mohou být způsobeny různými faktory s psychickým, i fyzickým původem (viz kapitola 2.3.3 Desynchronismus a poruchy spánku, str. 30). Všeobecně se dá ovšem říci, že směnný provoz na call centru v časech od 8:00 do 20:00 nemá významně negativní dopad na usínání a spánek.

Graf č. 34: Číselné vyjádření průměrné doby vstávání ve všedních dnech, n=200

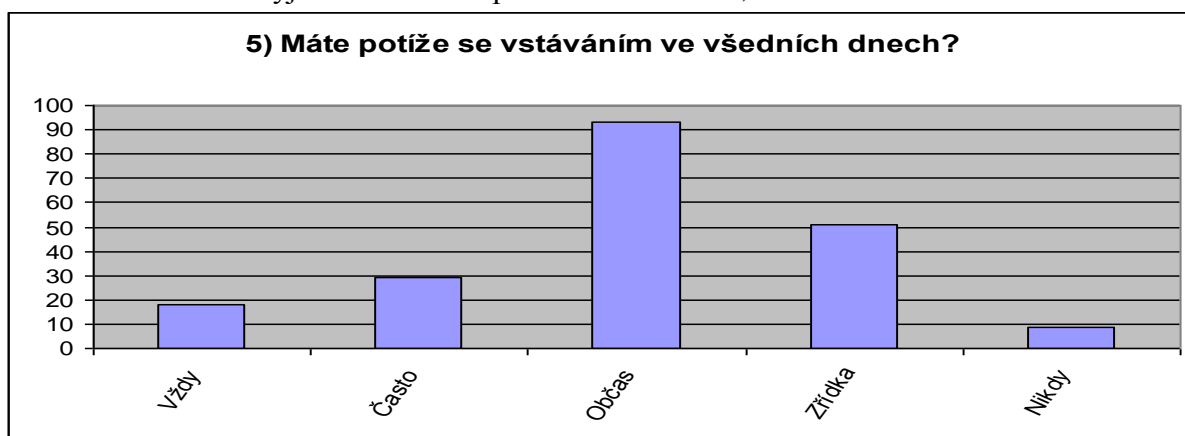


Zdroj: vlastní výzkum

V otázce, v kolik hodin se ve všedních dnech probouzíte, byla nejbrzčí hodina, ve 4 hodiny a to v počtu 2 (1%) dotazovaných, nejčastější je čas 6:30 a to 64 (32%) dotazovaných, druhá nejčastější je 6. hodina v počtu 51 (25,5%) dotazovaných, nejpozdější doba, kdy respondentky vstávají je 9:00 v počtu 1 (0,5%) z dotazovaných, viz graf č. 34.

Pokud porovnáme s dobou vstávání s dobou, kdy chodí respondentky spát (viz graf č. 31) a odečteme dobu usínání v průměru do 30 minut, vyjde nám, že průměrná doba spánku je 7 až 8 hodin, což můžeme porovnat s výsledky otázky optimální doby spánku ve všedních dnech (viz graf č. 48), kdy se nejčastější odpovědi na optimální dobu spánku pohybují v rozmezí 7 až 9 hodin.

Graf č. 35: Číselné vyjádření četnosti potíží se vstáváním, n=200

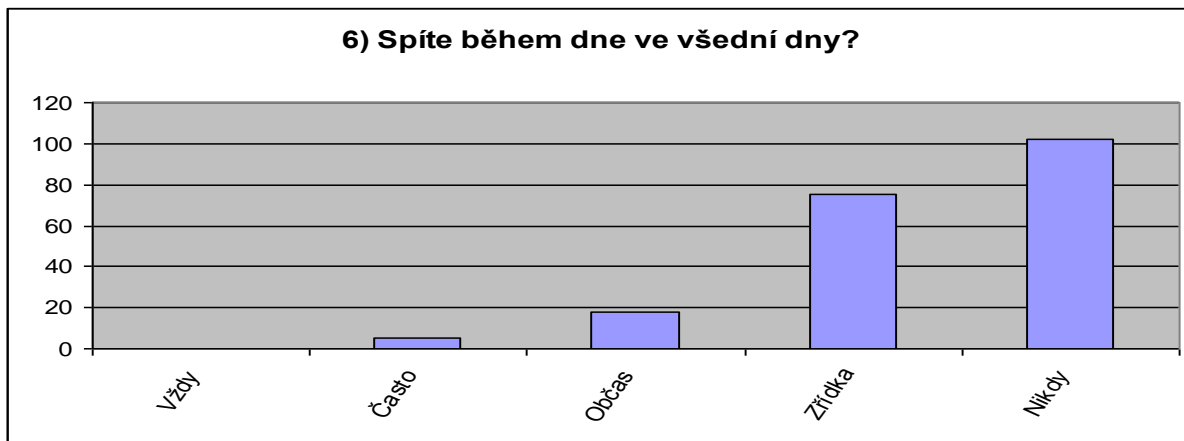


Zdroj: vlastní výzkum



Na otázku, míváte potíže se vstáváním ve všedních dnech, odpovědělo 18 (9%) dotazovaných „vždy“, 29 (14,5%) dotazovaných „často“, 93 (46,5%) „občas“, 51 (25,5%) „zřídka“, 9 (4,5%) „nikdy“, viz graf č. 35.

Graf č. 36: Číselné vyjádření četnosti spánku v průběhu dne, n=200

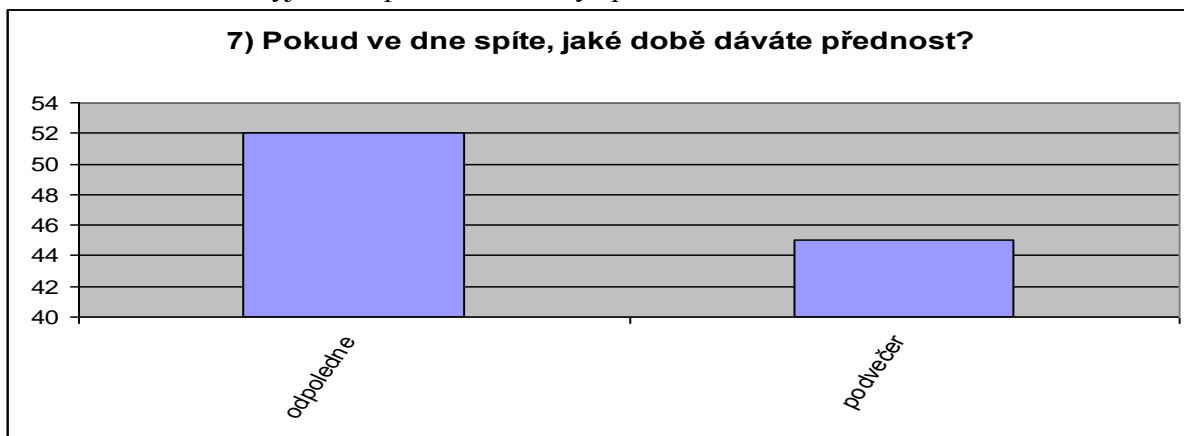


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, spíte během dne ve všedních dnech, odpovědělo 0 (0%) dotazovaných „vždy“, 5 (2,5%) dotazovaných „často“, 18 (9%) „občas“, 75 (37,5%) „zřídka“, 102 (51%) „nikdy“, viz graf č. 36.

Výsledek nám říká, že potřeba spánku během dne je nízká, tudíž lze usuzovat, že spánek v noci je u většiny respondentek dostatečně dlouhý a kvalitní.

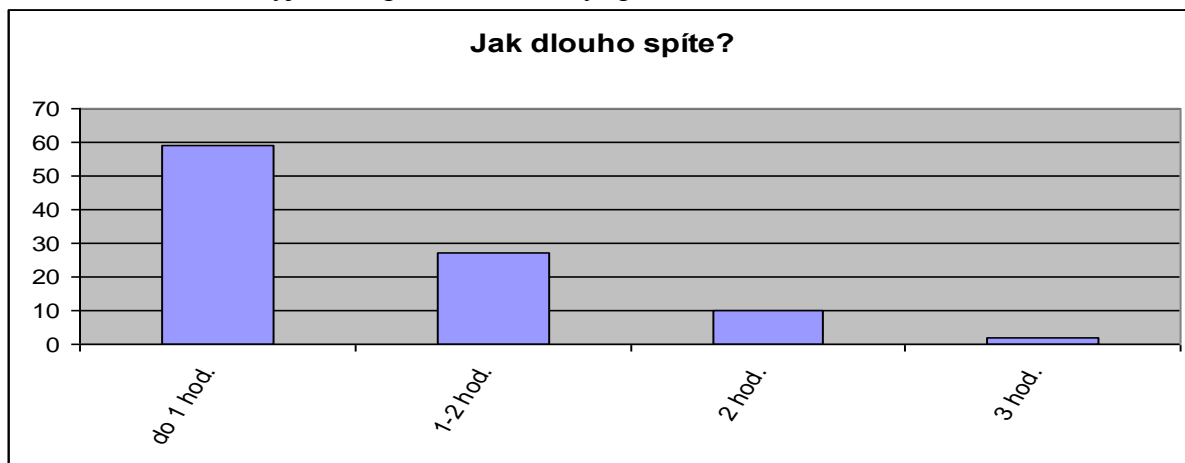
Graf č. 37: Číselné vyjádření preference doby spánku během dne, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, pokud spíte během dne, jaké době dáváte přednost, odpovědělo 52 (53,6%) dotazovaných „odpoledne“ a 45 (46,3%) dotazovaných „v podvečer“, viz graf č. 37.

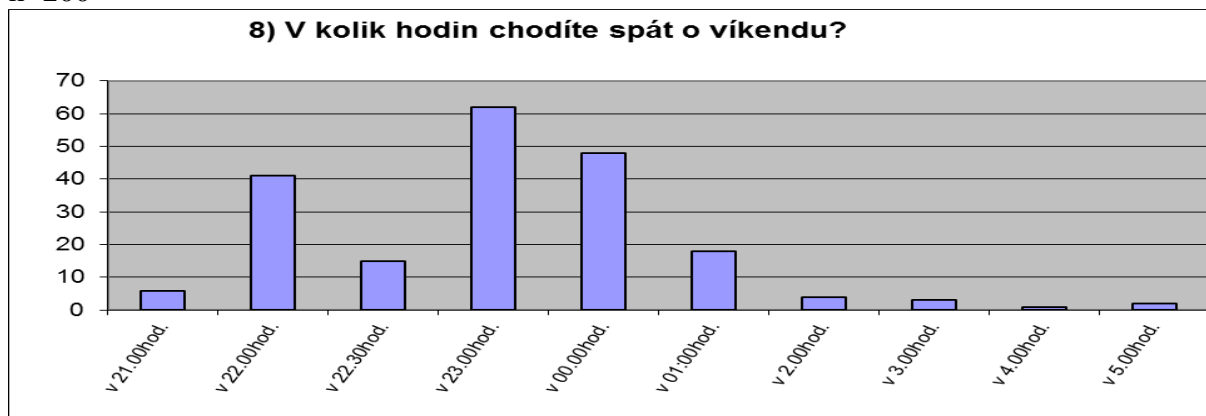
Graf č. 38: Číselné vyjádření preference délky spánku během dne, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, pokud spíte během dne, jak dlouho, odpovědělo 59 (53,6%) dotazovaných „do 1 hodiny“, 27 (27,5%) dotazovaných „1-2 hodiny“, 10 (10,2%) dotazovaných „2 hodiny“, 2 (2%) dotazovaných „3 hodiny“, viz graf č. 38.

Graf č. 39: Číselné vyjádření průměrné doby, kdy respondentky chodí spát o víkendu, n=200

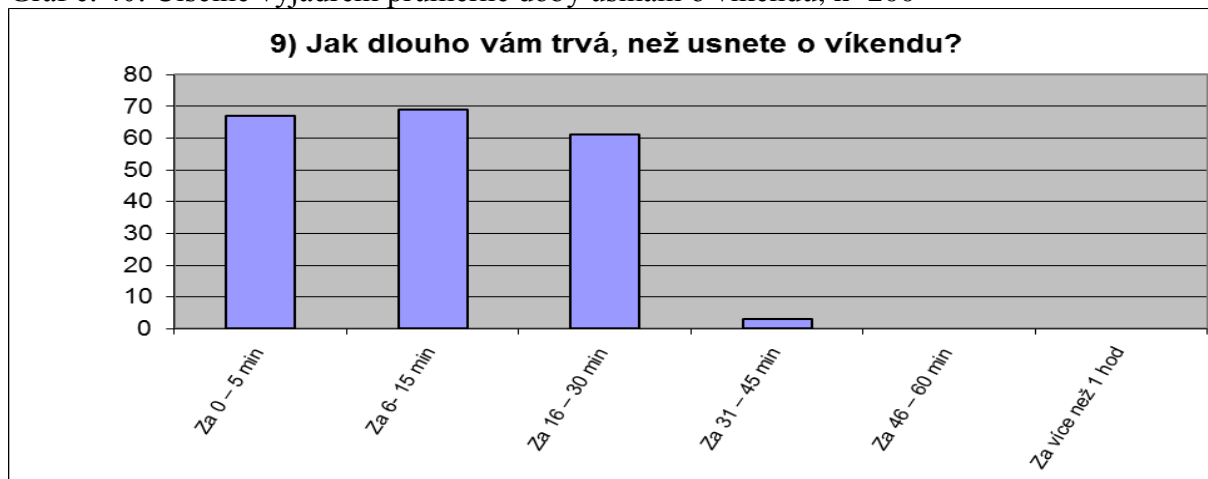


Zdroj: vlastní výzkum

V otázce, v kolik hodin chodíte spát o víkendu, byla nejbrzčí hodina, kdy respondentky chodí spát je ve 21 hodin a to v počtu 6 (3%) dotazovaných, nejčastější je 23. hodina v počtu 62 (31%) dotazovaných a druhá nejčastější je čas 0:00 v počtu 48 (24%) dotazovaných, nejpozdější doba, kdy respondentky usínají je 5:00 v počtu 2 (1%) dotazovaných, viz graf č. 39.

Pokud porovnáme výsledky s výsledky stejné otázky ve všedních dnech (viz graf č. 31), je zde vidět, že pokud mají následující den volno, tak respondentky preferují pozdější hodinu odchodu spát.

Graf č. 40: Číselné vyjádření průměrné doby usínání o víkendu, n=200

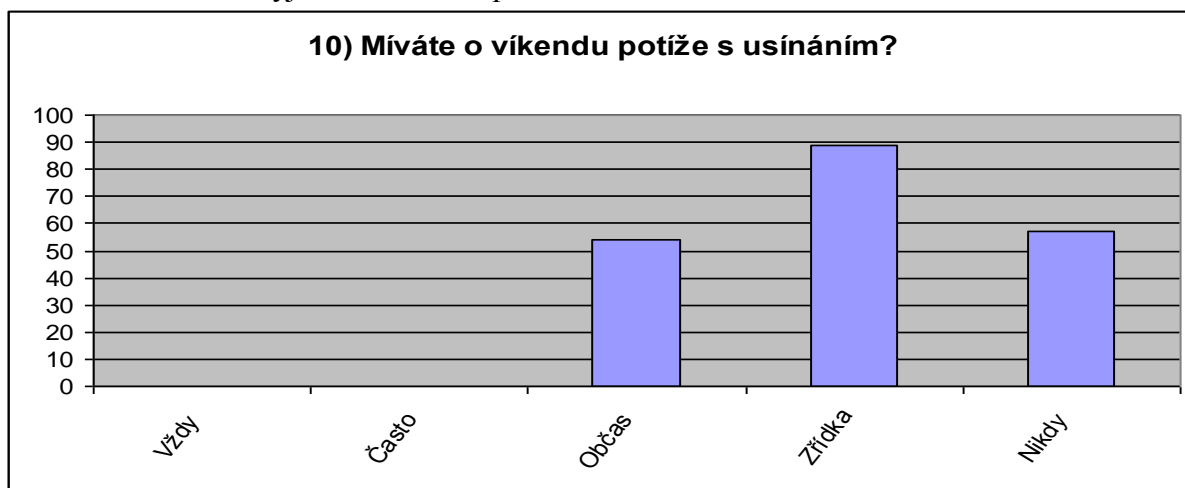


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak dlouhou dobu usínáte o víkendu, odpovědělo 67 (33,5%) dotazovaných „za 0-5 min.“, 69 (34,5%) dotazovaných „za 6-15 min“, 61 (30,5%) „za 16-30 min“, 3 (1,5%) „za 31-45 min“, 0 (0%) „za 46-60 min“, 0 (0%) „za více než 1 hod.“, viz graf č. 40.

Výsledky velice podobně korespondují s výsledky doby usínání ve všedních dnech (viz graf č. 32).

Graf č. 41: Číselné vyjádření četnosti problémů s usínáním o víkendu, n=200



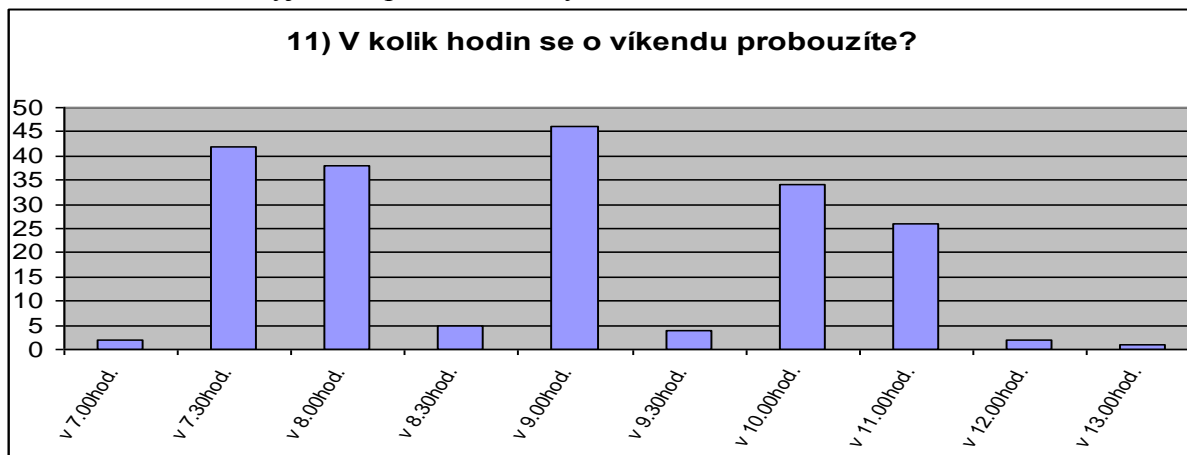
Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, míváte o víkendu problémy s usínáním, odpovědělo 0 (0%) dotazovaných „vždy“, 0 (0%) dotazovaných „často“, 54 (27%) „občas“, 89 (44,5%) „zřídka“, 57 (28,5) „nikdy“, viz graf č. 41.

Přesto, že potíže s usínáním ve všedních dnech nebyly časté (viz graf č. 33), o víkendu úplně chybí odpovědi „často“ a snížil se počet odpovědí „občas“, což

dokládá, že o víkendu se respondentkám usíná lépe. Může to být způsobeno nižším stresem nebo mírně posunutou dobou spánku na pozdější dobu.

Graf č. 42: Číselné vyjádření průměrné doby vstávání o víkendu, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce, v kolik hodin se o víkendu probouzí, byla nejbrzčí hodina, v 7. hodina a to v počtu 2 (1%) dotazovaných, nejčastější je 9. hodina a to 46 (23%) dotazovaných, druhá nejčastější je čas 7:30 v počtu 42 (21%) dotazovaných, nejpozdější doba, kdy respondentky vstávají je 13:00 v počtu 1 (0,5%) z dotazovaných, viz graf č. 42.

Pokud porovnáme dobu, kdy respondentky chodí spát (viz graf č. 39) a dobu, kdy se probouzí (viz graf č. 42) odečteme průměrnou dobu usínání do 30 minut (viz graf č. 40), vyjde nám, že průměrná doba spánku o víkendu je 8 až 9 hodin, oproti všedním dnem je zde prodloužená doba spánku v průměru o hodinu.

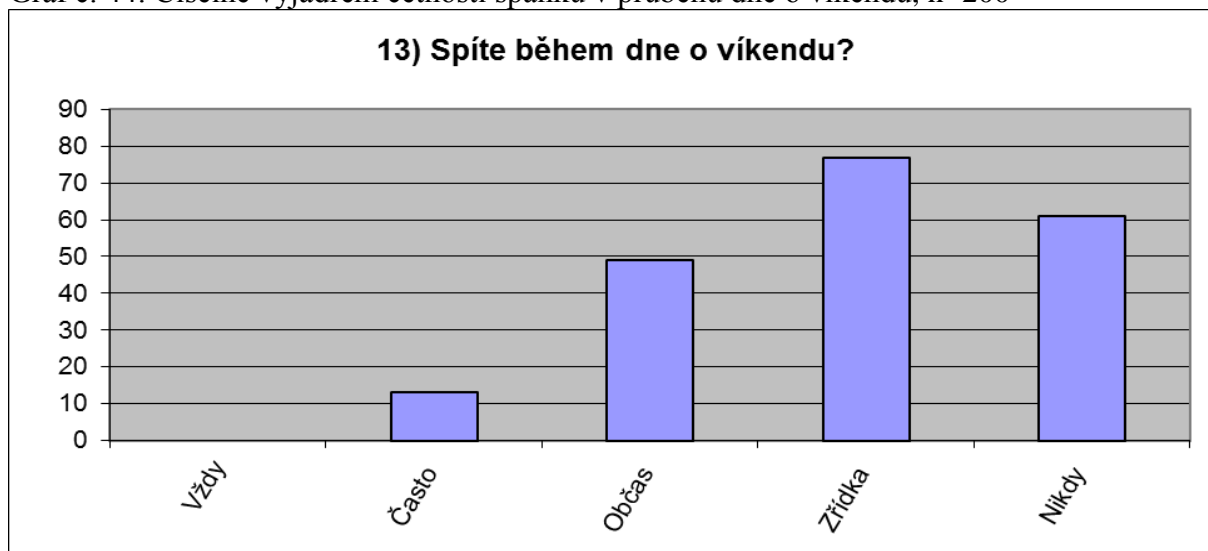
Graf č. 43: Číselné vyjádření četnosti potíží se vstáváním o víkendu, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, míváte o víkendu potíže se vstáváním, odpovědělo 1 (0,5%) dotazovaných „vždy“, 12 (6%) dotazovaných „často“, 54 (27%) „občas“, 87 (43,5%) „zřídka“, 46 (26%) „nikdy“, viz graf č. 43.

Graf č. 44: Číselné vyjádření četnosti spánku v průběhu dne o víkendu, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, spíte během dne o víkendu, odpovědělo 0 (0%) dotazovaných „vždy“, 13 (6,5%) dotazovaných „často“, 49 (24,5%) „občas“, 77 (38,5%) „zřídka“, 61 (30,5%) „nikdy“, viz graf č. 44.

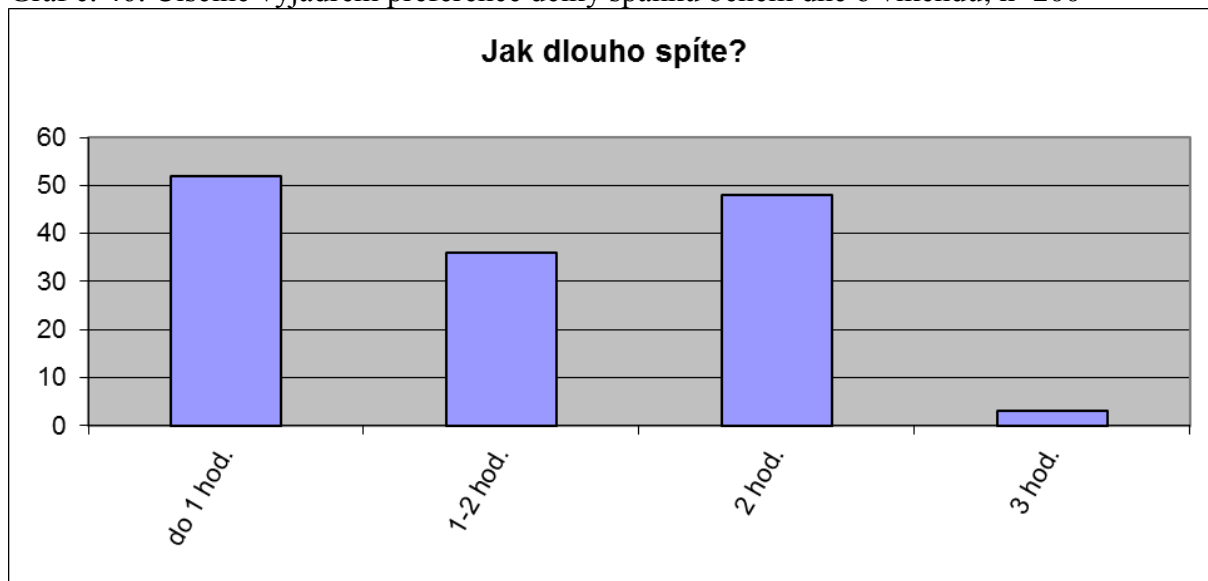
Graf č. 45: Číselné vyjádření preference doby spánku během dne o víkendu, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, pokud o víkendu spíte během dne, jaké době dáváte přednost, odpovědělo 4 (2,7%) dotazovaných „ráno“, 108 (75,5%) dotazovaných „odpoledne“ a 27 (19,4%) dotazovaných „v podvečer“, viz graf č. 45.

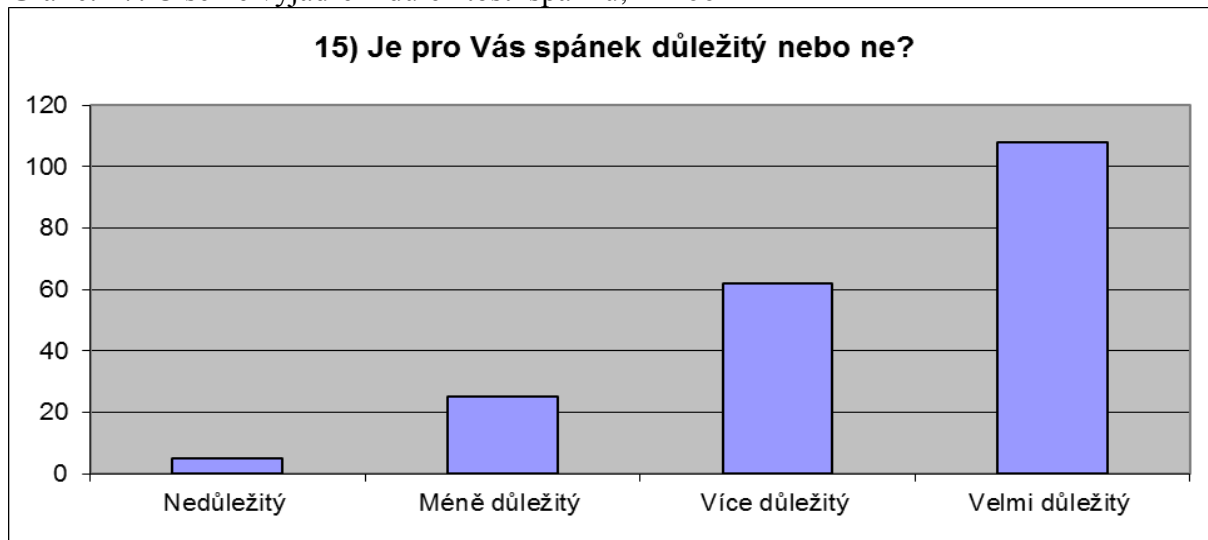
Graf č. 46: Číselné vyjádření preference délky spánku během dne o víkendu, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, pokud o víkendu spíte během dne, jak dlouho, odpovědělo 52 (26%) dotazovaných „do 1 hodiny“, 36 (18%) dotazovaných „1-2 hodiny“, 48 (24%) dotazovaných „2 hodiny“, 3 (1,5%) dotazovaných „3 hodiny“, viz graf č. 46.

Graf č. 47: Číselné vyjádření důležitosti spánku, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, je pro Vás spánek důležitý, odpovědělo 5 (2,5%) dotazovaných „nedůležitý“, 25 (12,5%) dotazovaných „méně důležitý“, 62 (31%) dotazovaných „více důležitý“, 108 (54%) dotazovaných „velmi důležitý“, viz graf č. 47.

Graf č. 48: Číselné vyjádření preference doby spánku, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce, kolik hodin nejraději spíte, byl nejnižší počet hodin, 5 a to v počtu 3 (1,5%) dotazovaných, nejčastější počet je 9 hodin v počtu 75 (37,5%) dotazovaných a druhá nejčastější odpověď je 8 hodin v počtu 53 (26,5%) dotazovaných, nejvyšší počet hodin je 12 v počtu 3 (1,5%) dotazovaných, viz graf č. 48.

Graf č. 49: Číselné vyjádření dostatečnosti počtu hodin spánku za týden, n=200

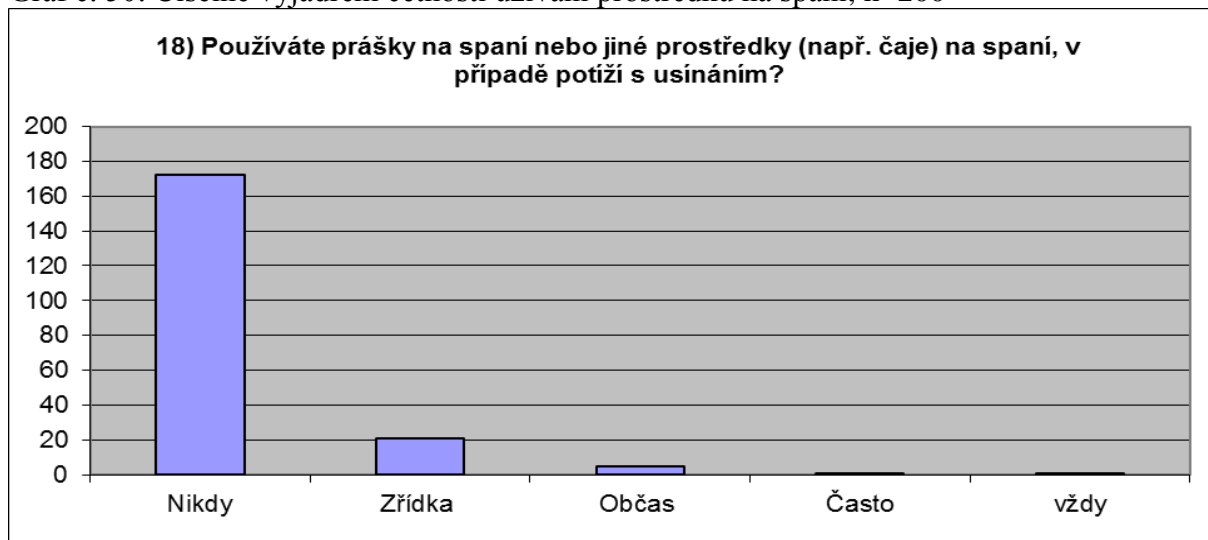


Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, domníváte se, že počet hodin vašeho spánku za týden je dostatečný, odpovědělo 20 (10%) dotazovaných „nedostatečný“, 75 (37,5%) dotazovaných „částečně dostatečný“, 103 (51,5%) „dostatečný“, 2 (1%) „více než dostatečný“, 0 (0%) „přespříliš hodin spánku“, viz graf č. 49.

Nejčastější doba preference délky spánku je od 7 do 9 hodin, vzhledem k průměrnému počtu hodin spánku 7 až 8 hodin v e všední dny a 8 až 9 hodin o víkendu se dá usuzovat, že většina respondentek má dostatečný počet hodin spánku. Což potvrzuje graf č. 49.

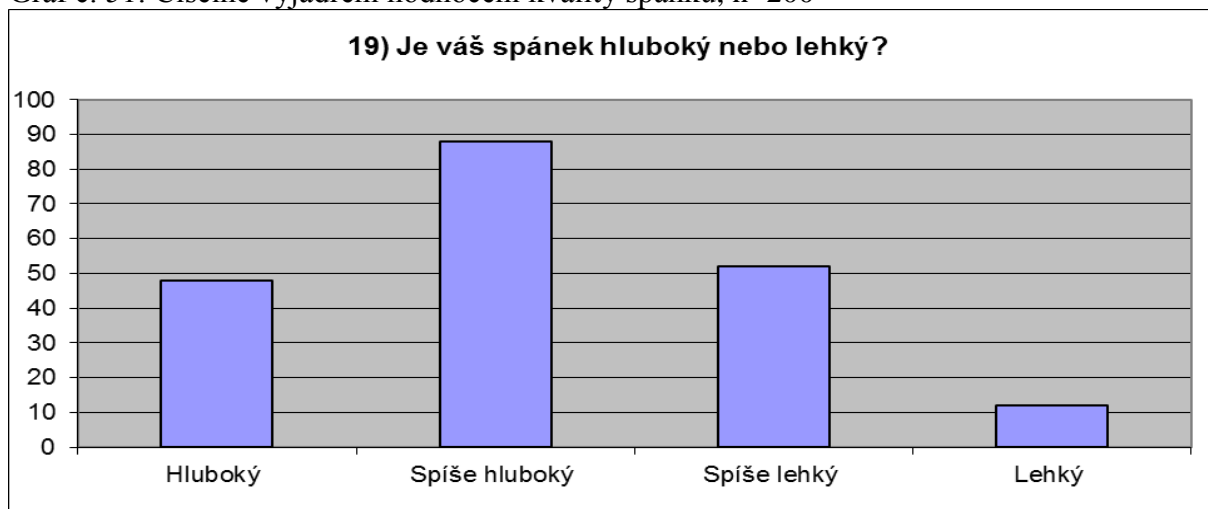
Graf č. 50: Číselné vyjádření četnosti užívání prostředků na spaní, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, užíváte prášky na spaní nebo jiné prostředky na spaní v případě potíží s usínáním, odpovědělo 1 (0,5%) dotazovaných „vždy“, 1 (0,5%) dotazovaných „často“, 5 (2,5%) „občas“, 21 (10,5%) „zřídka“, 172 (86%) „nikdy“, viz graf č. 50.

Graf č. 51: Číselné vyjádření hodnocení kvality spánku, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, je Váš spánek hluboký nebo lehký, odpovědělo 48 (24%) dotazovaných „hluboký“, 88 (44%) dotazovaných „spíše hluboký“, 52 (26%) dotazovaných „spíše lehký“, 12 (6%) dotazovaných „lehký“, viz graf č. 51.

I graf č. 50 a graf č. 51 potvrzují, že většina respondentek má kvalitní spánek, bez větších spánkových obtíží a tudíž se dá usoudit, že u této probandy nemá práce výrazně negativní dopad na cirkadiánní rytmy a spánek.



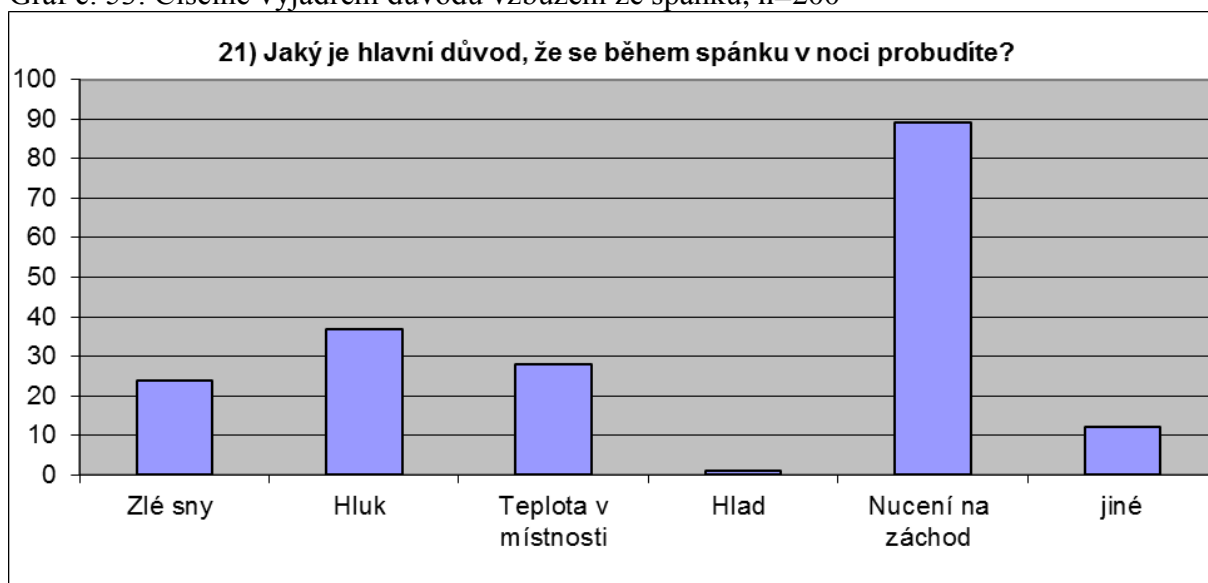
Graf č. 52: Číselné vyjádření četnosti probouzení během noci, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, kolikrát za noc se probouzí, odpovědělo 32 (16%) dotazovaných „nikdy“, 89 (44,5%) dotazovaných „jedenkrát“, 72 (36%) „dvakrát“, 5 (2,5%) „třikrát“, 2 (1%) „více než třikrát“, viz graf č. 52.

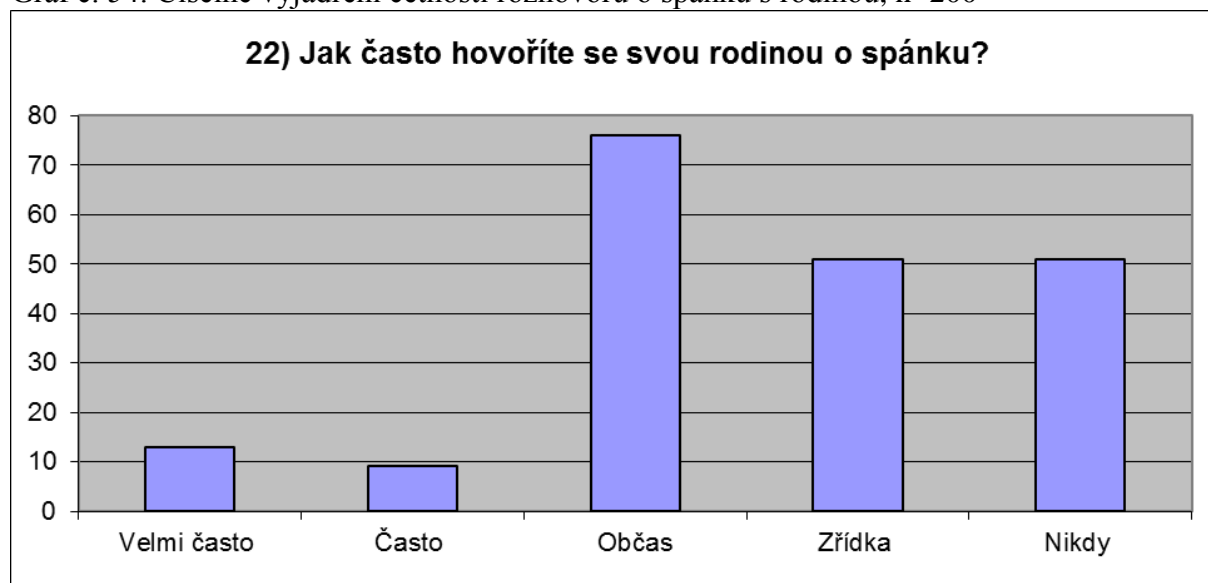
Graf č. 53: Číselné vyjádření důvodů vzbuzení ze spánku, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jaký je hlavní důvod, že se v noci během spánku budíte, odpovědělo 24 (12,5%) dotazovaných „zlé sny“, 37 (19,3%) dotazovaných „hluk“, 1 (0,4%) „hlad“, 89 (46,6%) „nucení na záchod“, 12 (6,2%) „jiné“. Jako jiné důvody byly udávány různé podněty partnera jako stržení peřiny, přílišný pohyb partnera apod., viz graf č. 53.

Graf č. 54: Číselné vyjádření četnosti rozhovorů o spánku s rodinou, n=200



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, jak často hovoříte se svou rodinou o spánku, odpovědělo 13 (6,5%) dotazovaných „velmi často“, 9 (4,5%) dotazovaných „často“, 76 (38%) „občas“, 51 (25,5%) „zřídka“, 51 (25,5%) „nikdy“, viz graf č. 54.

## 5 ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cílem mé bakalářské práce byla analýza kvality života u dospělých žen ve věku 18 až 35 let pracujících ve vybraných call centrech s aspektem na psychosociální determinanty zdraví. Zjištění vlivu zaměstnání na vnímání kvality života a cirkadiánní rytmy.

Byly ověřeny výzkumné předpoklady formou analýzy dat získaných pomocí dotazníkového šetření. Výsledky vypovídají, že většina žen ve větší míře nepociťuje vyhoření i přes náročnost práce hodnotí pracovní podmínky spíše kladně a jsou s prací spokojené. Subjektivně vnímají kvalitu svého života jako dobrou s dostatečnou vitalitou a smysluplností svého života. Tím se tedy, *Výzkumný předpoklad č. 1: Předpokládám, že ženy ve věku 18 až 35 let pracující na call centru budou ve více než z 60% vypovídat, že mívají „hodně“ nebo „maximálně“ pocit vyhoření.*, nepotvrdil. Pokud tedy ženy s prací podobného typu vyváží pracovní stres volnočasovými aktivitami, kterými kompenzují pracovní napětí, nemusí mít práce negativní dopady na jejich pocit osobní pohody. Tato práce nemá významné negativní dopady na psychickou složku zdraví a celkové kvality života.

Z dalších výsledků vyplývá, že ženy na call centru mají velice blízké vztahy mezi kolegy v práci a velice často se stýkají i mimo pracovní prostředí, čímž mohou být vzájemné vztahy ještě posilovány a tyto dobré vztahy se stávají pozitivním faktorem v oblasti sociální pohody. Velice dobře hodnotí i mimopracovní vztahy v osobní rovině. Toto je velice kladný výsledek a dá se z toho usuzovat, že na call centrech má smysl motivace zaměstnanců formou kolektivních aktivit, posilování vzájemných vztahů a týmová motivace může být velice účinná a zároveň významná. Těmito výsledky se tedy, *Výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládám, že ženy ve věku 18 až 35 let pracující na call centru budou ve více než z 70% vypovídat, že mají optimální sociální vztahy s kolegy v práci a budou uvádět, že jsou s těmito vztahy „spokojeny“ a „velmi spokojeny“.*, potvrdil. I zde se ukazuje, že práce na call centru nemá pro tuto skupinu žen negativní dopady na sociální oblast zdraví.

Jako další zjištění z analýzy výsledků je, že práce v různých směnách bez nočního provozu v rozmezí od 8:00 do 20:00 nemá negativní dopad na cirkadiánní rytmy a ženy pracující na call centru v různých směnách v tomto časovém rozmezí mají spíše kvalitní spánek bez větších obtíží a poruch spánku. Pracovní zatížení se ani zde nepromítne do

kvality života a nemá vliv na biologické procesy spánku a většina těchto žen nemá problémy s usínáním čímž se, *Výzkumný předpoklad č. 3: Předpokládám, že ženy ve věku 18 až 35 let pracující na call centru budou ve více než z 50% vypovídat, že mají ve všedních dnech potíže s usínáním a to „často“ nebo „vždy“.*, nepotvrdil.

Dle ohlasů respondentek z Českých Budějovic bylo velice zajímavé vyplnit dotazník na kvalitu života, protože jim to pomohlo udělat jakýsi inventář svého života a zamyslet se nad tím, s čím jsou spokojené a s čím ne.

Cíl bakalářské práce byl splněn, výzkumné předpoklady byly ověřeny a bylo zjištěno, že práce na call centru nemá negativní dopady na kvalitu života žen a cirkadiální rytmy. Přesto, že výsledky analýzy jsou pozitivní, je zde stále prostor na prevenci ztráty pocitu osobní pohody vlivem stresu a je možné ještě snížit pocit vyhoření a zvýšit motivaci.

Z pohledu výchovy ke zdraví navrhuji pro udržení dobré kvality života a jako prevenci proti vyhoření a jiným negativním důsledkům, zařazení pravidelné duševní hygieny, aktivit odbourávající napětí, stres a vhodných relaxačních technik, které napomáhají ke zklidnění a duševní rovnováze. Dále podporu kolektivních aktivit a udržování dobrých sociálních vztahů na pracovišti. Vzhledem k tomu, že je možné udržovat pravidelný spánkový rytmus, tak se snažit dodržovat podobnou hodinu usínání i vstávání.

Cíl pro další výzkum vidím v analýze vlivu práce na call centru na další složky zdraví, především fyzickou složku zdraví a nastavení vhodných kompenzačních aktivit.

Tato práce může sloužit manažerům call center a podobných pracovišť, jako pomoc pro nastavení vhodné motivace a zátěže zaměstnanců tak, aby motivační prostředky neměly negativní vliv na zdraví zaměstnanců.

## 6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

HARANTOVÁ, Ludmila. *Hodiny v těle neobelstíme. Panorama 21. století, Tajemství lidského zdraví*. Praha: RF Hobby, 2010. ISSN 1804-0683.

CHAMOUTOVÁ Kateřina a Pavla RYMEŠOVÁ. *Psychologie osobnosti a sociální psychologie*. Praha: Credit, 2001. ISBN 80-213-0828-1.

KASSIN, Saul. *Psychologie*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1716-3.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Komunikace a stres*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. ISBN 80-7071-246-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Kvalita života: Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví. In Kvalita života: Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-20-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.

NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1290-7.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1086-6.

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky, Fakulta pedagogická, Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-7372-108-8.

VAĎUROVÁ Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života, Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-308-0.

VOJTOVÁ, Petra. Social Health – Way to Improve Multicultural Education. In *Adequate Movement Regime and Bio-Psycho-Social Determinants of Active Life Style*. KREJČÍ, M. (ed.). České Budějovice: University of South Bohemia, 2010. ISBN 978-807394-239-7.

WILKINSON Richard a Michael MARMOT. *Fakta & souvislosti: sociální determinanty zdraví*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005. ISBN 80-86625-46-X.

### **Elektronické zdroje:**

*Adiktologie, Dotazník kvality života WHOQL BREF a WHOQL* [online]. 2007 [cit. 2011-11-24]. Dostupné z:

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/379/904/Dotaznik-kvality-zivota-WHOQOL-BREF-a-WHOQOL-100>.

BIERNÁTOVÁ, Olga a Jan SKŮPA. Bibliografické odkazy a citace dokumentů dle ČSN ISO 690 platné od 1. dubna 2011 [online]. 2011 [cit. 2011-09-30]. Dostupné z: <http://www.citace.com./soubory/csniso690-interpretace.pdf>.

ČERMÁKOVÁ, Marie. *Postavení žen na trhu práce*. [online]. 2011 [cit. 2011-11-24]. Dostupné z: [http://www.sreview.soc.cas.cz/uploads/1815c8033438c841b2dca524e33aa4e7dfa234bd\\_248\\_389CERMA.pdf](http://www.sreview.soc.cas.cz/uploads/1815c8033438c841b2dca524e33aa4e7dfa234bd_248_389CERMA.pdf).

*Jóga, Čtyři druhy zdraví*. [online]. 2012 [cit. 2012-01-24]. Dostupné z: <http://www.joga.cz/system/4-druhy-zdravi/>.

REDDY, Nishanth. Cirkadiánní poruchy spánku a fáze syndromu. [online]. 2009 [cit. 2011-11-24]. Dostupné z: [http://cs.minartikkel.com/Cirkadi%C3%A1nn%C3%AD-rytmny-poruchy-sp%C3%A1nku-a-f%C3%A1ze-syndromu\\_153822/](http://cs.minartikkel.com/Cirkadi%C3%A1nn%C3%AD-rytmny-poruchy-sp%C3%A1nku-a-f%C3%A1ze-syndromu_153822/).

*Sociologický ústav AV ČR, Gender rovné příležitosti*. [online]. 2012 [cit. 2011-11-24]. Dostupné z:

<http://www.genderonline.cz/rservice.php?akce=tisk&cislocianku=2005122202>.

ŠPLÍHALOVÁ, Alena a Hana ŠLACHTOVÁ. *Faktory životního stylu a socioekonomického statusu ve vztahu ke zdraví jako předmět zájmu epidemiologických a sociologických studií*. [online]. 2000 [cit. 2012-03-16]. Dostupné z: <http://zuova.cz/projekty/ses/ses008clanek.pdf>.

VEBER, Tomáš a Petr BAUMAN. *Metodická pomůcka ke zpracování závěrečných prací*. [online]. 2010 [cit. 2012-03-16]. Dostupné z: <http://www.tf.jcu.cz/getfile/08e7dfe316146697>.

VODÁKOVÁ, Alena. *Hodnotový svět žen a jeho paradoxy*. [online]. 2010 [cit. 2012-01-23]. Dostupné z: [http://www.sreview.soc.cas.cz/uploads/100cdfd951938c99102f18f3dad834bd10c4fa9a\\_345\\_039VODAK.pdf](http://www.sreview.soc.cas.cz/uploads/100cdfd951938c99102f18f3dad834bd10c4fa9a_345_039VODAK.pdf).

WIKIPEDIA, *Antopologie*. [online]. 2008 [cit. 2012-02-18]. Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Soci%C3%A1ln%C3%AD\\_antropologie](http://cs.wikipedia.org/wiki/Soci%C3%A1ln%C3%AD_antropologie).

WIKIPEDIA, *Mobing* [online]. 2011 [cit. 2011-12-18]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Mobbing>.

## **7 SEZNAM ZKRATEK**

WHO - World Health Organisation, světová zdravotnická organizace

WHOQOL-BREF. - World Health Organization Quality of Life Assessment, světová zdravotnická organizace, kvalita života

CIT – Cirkadiánní typologie.



## **8 PŘÍLOHY**

Příloha I. Dotazník kvality života a cirkadiánních rytmtů

Příloha II. Tabulka výsledků vyhodnocených dotazníků

Příloha I. Dotazník kvality života a cirkadiánních rytmů

**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 prosím 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.

**OSOBNÍ ÚDAJE**

**Pohlaví:** muž    žena

**Datum narození:** \_\_\_\_\_ (den, měsíc, rok)

**Nejvyšší ukončené vzdělání:**

základní  
střední bez maturity  
střední s maturitou  
vysokoškolské

**Rodinný stav:**

svobodný/á  
ženatý/vdaná  
žiji v partnerském svazku jako bych byl/a ženatý/vdaná  
žiji odděleně  
rozvedený/á  
ovdovělý/á

**Jaký je Váš zdravotní stav? (G1.2)**

velmi špatný	špatný	ani špatný ani dobrý	dobrá	velmi dobrá
1	2	3	4	5

**Jste v současné době nemocný/á?**    Ano    Ne

Pokud ano, uveďte diagnózu \_\_\_\_\_

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

2. Jak jste spokojená se svým zdravím?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	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. Míváte v osobním životě nebo v práci pocit vyhoření?	1	2	3	4	5
4. Setkáváte se na pracovišti se šikanou ze strany kolegů?	1	2	3	4	5
5. Setkáváte se na pracovišti se šikanou ze strany nadřízených?	1	2	3	4	5
6. Myslíte si, že má Váš život 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	trochu	středně	hodně	maximálně
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

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
15. Udržujete vztahy se svými kolegy v práci i v době volna?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á** nebo **spokojený/á** s různými oblastmi svého

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

18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
21. Jak hodnotíte vztahy se svými kolegy v práci?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojena s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojena s podmínkami v práci?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojena s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojena 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

## Cirkadiánní rytmy

### Režim spánku ve všedních dnech

**1) V kolik hodin chodíte spát ve všedních dnech?**

Průměrně v.....

**2) Za jak dlouhou dobu nejčastěji usínáte ve všedních dnech?**

(1) Za 0 – 5 min (2) Za 6- 15 min (3) Za 16 – 30 min  
(4) Za 31 – 45 min (5) Za 46 – 60 min (6) Za více než 1 hod

**3) Míváte problémy s usínáním ve všedních dnech?**

(1) Vždy (2) Často (3) Občas (4) Zřídka (5) Nikdy

**4) V kolik hodin se ve všedních (školních) dnech probouzíte?**

Většinou v.....

**5) Máte potíže se vstáváním ve všedních dnech?**

(1) Vždy (2) Často (3) Občas (4) Zřídka kdy (5) Nikdy

**6) Spíte během dne ve všední dny?**

(1) Vždy (2) Často (3) Občas (4) Zřídka kdy (5) Nikdy

**7) Pokud ve dne spíte, jaké době dáváte přednost?**

Většinou: .....

**Jak dlouho spíte?**

Většinou:.....

## Režim spánku o víkendu

**8) V kolik hodin chodíte spát o víkendu?**

Většinou v .....(napište číslicí)

**9) Jak dlouho vám trvá, než usnete o víkendu?**

(1) 0 – 5 min (2) 6 – 15 min (3) 16 – 30 min

(4) 31 – 45 min (5) 46 -60 min (6) Více než 1 hod

**10) Míváte o víkendu potíže s usínáním?**

(1) Vždy (2) Často (3) Občas (4) Zřídka kdy (5) Nikdy

**11) V kolik hodin se o víkendu probouzíte?**

Většinou v ..... (napište číslicí)

**12) Máte o víkendu problémy se vstáváním?**

(1) Vždy (2) Často (3) Občas (4) Zřídka kdy (5) Nikdy

**13) Spíte během dne o víkendu?**

(1) Vždy (2) Často (3) Občas (4) Zřídka kdy (5) Nikdy

**14) Pokud ve dne spíte o víkendu, jaké době dáváte přednost?**

Většinou: .....

**Jak dlouho spíte?**

Většinou:.....

## Diurnální rytmy

**15) Je pro Vás spánek důležitý nebo ne?**

(1) Nedůležitý (2) Méně důležitý (3) Více důležitý (4) Velmi důležitý

**16) Kolik hodin nejraději spíte?**

Většinou..... hodin

**17) Domníváte se, že počet hodin vašeho spánku za týden, je dostatečný?**

(1) Nedostatečný (2) Částečně dostatečný (3) Dostatečný

(4) Více než dostatečný (5) Přespříliš hodin spánku

**18) Používáte prášky na spaní nebo jiné prostředky (např. čaje) na spaní, v případě potíží s usínáním?**

(1) Nikdy (2) Zřídka (3) Občas (4) Často (5) Vždy

**19) Je váš spánek hluboký nebo lehký?**

(1) Hluboký (2) Spíše hluboký (3) Spíše lehký (4) Lehký

**20) Kolikrát za noc se probouzíte?**

(1) Nikdy (2) Jedenkrát (3) Dvakrát (4) Třikrát (5) Více než třikrát

**21) Jaký je hlavní důvod, že se během spánku v noci probudíte?**

(1) Zlé sny (2) Hluk (3) Teplota v místnosti (vysoká, nízká) (4) Hlad (5) Nucení na záchod  
(6) Jiná příčina.....

**22) Jak často hovoříte se svou rodinou o spánku?**

(1) Velmi často (2) Často (3) Občas (4) Zřídka (5) Nikdy

Příloha II. Tabulka výsledků vyhodnocených dotazníků

věk	35	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22
počet respondentek v tomto věku	28	12	4	4	4	12	25	16	34	19	32	8	2

věk	základní	SŠ bez	SŠ s	VŠ
počet	0	12	156	32

stav	svobodná	vdaná	partnerský vztah	oddělení	rozvedená	vdova
počet	104	36	44	0	16	0

	velmi špatný	špatný	ani špatný ani dobrý	dobry	velmi dobrý
Jaký je Váš zdravotní stav?	0	2	38	90	70
1. Jak byste hodnotila kvalitu svého života?	0	3	32	144	21
2. Jak jste spokojená se svým zdravím?	0	2	24	142	32

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Míváte v osobním životě nebo v práci pocit vyhoření?	32	84	56	23	5
4. Setkáváte se na pracovišti se šikanou ze strany kolegů?	192	8	0	0	0
5. Setkáváte se na pracovišti se šikanou ze strany nadřízených?	165	35	0	0	0
6. Myslíte si, že má Váš život smysl?	1	8	16	91	84

7. Jak se dokážete soustředit?	2	5	77	92	24
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	2	19	63	95	21
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	12	36	71	74	7
10. Máte dost energie pro každodenní život?	8	13	77	78	24
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	5	38	44	85	28
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	13	42	85	44	16
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	0	8	47	72	73
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	11	32	76	63	18
15. Udržujete vztahy se svými kolegy v práci i v době volna?	18	20	87	54	21

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojená se svou prací?	15	16	41	91	37
17. Jak jste spokojena se svou schopností provádět každodenní činnosti?	3	28	45	101	23
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	0	5	47	92	56
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	2	8	49	116	25
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	7	28	39	63	63
21. Jak jste spokojen/a se vztahy se svými kolegy v práci?	0	7	28	102	63
22. Jak jste spokojena s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	4	0	29	98	69



23. Jak jste spokojena s podmínkami v práci?	3	10	84	80	23
24. Jak jste spokojena s dostupností zdravotní péče?	2	20	52	88	38
25. Jak jste spokojena s dopravou?	12	20	76	73	19

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	19	76	64	37	4

## Cirkadiánní rytmy

### Režim spánku ve všedních dnech

	Průměrně v 21.00hod.	Průměrně v 21.30hod.	Průměrně v 22.00hod.	Průměrně v 22.30hod.	Průměrně v 23.00hod.	Průměrně v 00:00hod.	Průměrně v 1.00hod.	Průměrně v 1.30hod.	Průměrně v 2.30hod.
1) V kolik hodin chodíte spát ve všedních dnech?	11	15	74	10	80	6	1	1	2
	(1) Za 0 – 5 min	(2) Za 6- 15 min	(3) Za 16 – 30 min	(4) Za 31 – 45 min	(5) Za 46 – 60 min	(6) Za více než 1 hod			
2) Za jak dlouhou dobu nejčastěji usínáte ve všedních dnech?	36	85	64	13	2	0			
	(1) Vždy	(2) Často	(3) Občas	(4) Zřídka	(5) Nikdy				
3) Míváte problémy s usínáním ve všedních dnech?	0	33	72	66	29				
	Průměrně v 4.00hod.	Průměrně v 5.00hod.	Průměrně v 5.30hod.	Průměrně v 6.00hod.	Průměrně v 6.30hod.	Průměrně v 7.00hod.	Průměrně v 7.30hod.	Průměrně v 8.00hod.	Průměrně v 9.00hod.
4) V kolik hodin se ve všedních (školních) dnech probouzíte?	2	25	12	51	64	34	6	5	1

	(1) Vždy	(2) Často	(3) Občas	(4) Zřídka	(5) Nikdy
5) Máte potíže se vstáváním ve všedních dnech?	18	29	93	51	9
6) Spíte během dne ve všední dny?	0	5	18	75	102
	odpoledne	podvečer			
7) Pokud ve dne spíte, jaké době dáváte přednost?	52	45			
	do 1 hod.	1-2 hod.	2 hod.	3 hod.	
Jak dlouho spíte?	59	27	10	2	

## Režim spánku o víkendu

	Průměrně v 21.00hod.	Průměrně v 22.00hod.	Průměrně v 22.30hod.	Průměrně v 23.00hod.	Průměrně v 00.00hod.	Průměrně v 01.00hod.	Průměrně v 2.00hod.	Průměrně v 3.00hod.	Průměrně v 4.00hod.	Průměrně v 5.00hod.
8) V kolik hodin chodíte spát o víkendu?	6	41	15	62	48	18	4	3	1	2
	(1) Za 0 – 5 min	(2) Za 6- 15 min	(3) Za 16 – 30 min	(4) Za 31 – 45 min	(5) Za 46 – 60 min	(6) Za více než 1 hod				
9) Jak dlouho vám trvá, než usnete o víkendu?	67	69	61	3	0	0				
	(1) Vždy	(2) Často	(3) Občas	(4) Zřídka	(5) Nikdy					
10) Míváte o víkendu potíže s usínáním?	0	0	54	89	57					
	Průměrně v 7.00hod.	Průměrně v 7.30hod.	Průměrně v 8.00hod.	Průměrně v 8.30hod.	Průměrně v 9.00hod.	Průměrně v 9.30hod.	Průměrně v 10.00hod.	Průměrně v 11.00hod.	Průměrně v 12.00hod.	Průměrně v 13.00hod.
11) V kolik hodin se o víkendu probouzíte?	2	42	38	5	46	4	34	26	2	1

(1) Vždy (2) Často (3) Občas (4) Zřídka (5) Nikdy

	(1) Vždy	(2) Často	(3) Občas	(4) Zřídka	(5) Nikdy
12) Máte o víkendu problémy se vstáváním?	1	12	54	87	46
13) Spíte během dne o víkendu?	0	13	49	77	61

ráno odpoledne podvečer

	ráno	odpoledne	podvečer		
14) Pokud ve dne spíte o víkendu, jaké době dáváte přednost?	4	108	27		

do 1 hod. 1-2 hod. 2 hod. 3 hod.

	do 1 hod.	1-2 hod.	2 hod.	3 hod.	
Jak dlouho spíte?	52	36	48	3	

## Diurnální rytmy

(1) Nedůležitý (2) Méně důležitý (3) Více důležitý (4) Velmi důležitý

	(1) Nedůležitý	(2) Méně důležitý	(3) Více důležitý	(4) Velmi důležitý
15) Je pro Vás spánek důležitý nebo ne?	5	25	62	108

5 6 7 8 9 10 12

	5	6	7	8	9	10	12
16) Kolik hodin nejraději spíte?	3	11	47	53	75	8	3

	(1) Nedostatečný	(2) Částečně dostatečný	3) Dostatečný	(4) Více než dostatečný	(5) Přespříliš hodin spánku
--	---------------------	-------------------------------	---------------	-------------------------------	--------------------------------------

17) Domníváte se, že počet hodin vašeho spánku za týden, je dostatečný?	20	75	103	2	0
---	----	----	-----	---	---

	(1) Nikdy	(2) Zřídka	(3) Občas	(4) Často	(5) vždy
18) Používáte prášky na spaní nebo jiné prostředky (např. čaje) na spaní, v případě potíží s usínáním?	172	21	5	1	1

	(1) Hluboký	(2) Spíše hluboký	(3) Spíše lehký	(4) Lehký
19) Je váš spánek hluboký nebo lehký?	48	88	52	12

	(1) Nikdy	(2) Jedenkrát	(3) Dvakrát	(4) Třikrát	(5) Více než třikrát
20) Kolikrát za noc se probouzí?	32	89	72	5	2

	(1) Zlé sny	(2) Hluk	(3) Teplota v místnosti (vysoká, nízká)	(4) Hlad	(5) Nucení na záchod	(6) jiné
21) Jaký je hlavní důvod, že se během spánku v noci probudíte?	24	37	28	1	89	12

	(1) Velmi často	(2) Často	(3) Občas	(4) Zřídka	(5) Nikdy
22) Jak často hovoříte se svou rodinou o spánku?	13	9	76	51	51