

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav zdravotnického managementu

Bc. Lenka Seidlerová

**Kvalita života pracovníků ve vybraných nemocnicích
Moravskoslezského kraje**

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Mgr. Jan Lužný, Ph.D.

Olomouc 2013

PALACKÝ UNIVERSITY OLMOUC

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

Department of Health Care Management

Bc. Lenka Seidlerová

**Quality of life of workers in selected hospitals of the
Moravian-Silesian Region**

Master thesis

Supervisor: MUDr. Mgr. Jan Lužný, Ph.D.

Olomouc 2013

ANOTACE

Instituce:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav zdravotnického managementu
Druh práce:	diplomová práce
Název práce:	Kvalita života pracovníků ve vybraných nemocnicích Moravskoslezského kraje
Title:	Quality of life of workers in selected hospitals of the Moravian-Silesian Region
Datum zadání:	2012-01-31
Datum odevzdání:	2013-04-26
Autor práce:	Bc. Seidlerová Lenka
Vedoucí práce:	MUDr. Mgr. Jan Lužný, Ph.D.
Oponent práce:	PhDr. Bohdana Dušová, Ph.D.

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá hodnocením kvality života všeobecných sester pracujících ve čtyřech zdravotnických zařízeních Moravskoslezského kraje. Teoretická část přináší informace o konceptu kvality života, o kvalitě pracovního života a o profesi všeobecné sestry. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit a porovnat kvalitu života všeobecných sester pracujících na řadových pozicích a sester na pozicích manažerských. Dále zjistit rozdílnost v hodnocení kvality života všeobecných sester v závislosti na jejich věku, vzdělání, délce praxe, pracovišti či spokojenosti/nespokojenosti s finančním ohodnocením. Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Výsledky výzkumu prokázaly signifikantně lepší hodnocení kvality života ve skupině sester-manažerek pouze v doméně Prostředí, dále pak poukázaly na statisticky významně rozdílné hodnocení kvality života v některých

doménách v závislosti na spokojenosti s finančním ohodnocením a na úrovni dosaženého vzdělání.

Abstract:

The master's thesis deals with the quality of life assessment of nurses working at four medical facilities in the Moravian-Silesian Region. The theoretical part informs about the quality of life concept, about the quality of working life, and about the profession of a general nurse. The main objective of the research was to determine and consequently to compare the quality of life of nurses working at ordinary positions and of nurses working at managerial positions. Further objectives were to determine the differences in the nurses' quality of life evaluation depending on their age, education, years of professional experience, workplace, and pay satisfaction/dissatisfaction. The standardised questionnaire WHOQOL-BREF was used to conduct the survey. The results of this research proved that the group of nurses at managerial positions scored significantly higher on their quality of life only in the domain of Environment, further a significantly different quality of life assessment in certain domains depending on their satisfaction with their pay and achieved level of education was indicated.

Klíčová slova: kvalita života, kvalita pracovního života, všeobecná sestra, WHOQOL-BREF.

Key words: quality of life, quality of working life, general nurse, WHOQOL-BREF.

Rozsah: 109 stran, 5 příloh

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc, 26. dubna 2013

.....

Mé poděkování patří MUDr. Mgr. Janu Lužnému, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování diplomové práce. Rovněž děkuji Mgr. Janě Zapletalové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat a všem respondentům za spolupráci.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 KVALITA ŽIVOTA.....	11
1.1 Historie pojmu	11
1.2 Vymezení a definování pojmu kvalita života	12
1.3 Rozsah pojetí a dimenze kvality života	14
1.4 Přístupy ke zkoumání kvality života.....	16
1.4.1 Psychologické pojetí kvality života	16
1.4.2 Sociologické pojetí kvality života.....	17
1.4.3 Medicínské pojetí kvality života.....	18
1.5 Měření kvality života	19
1.5.1 Nástroje měření kvality života	20
1.5.2 Vybrané nástroje měření	21
1.5.2.1 Nástroje WHO	21
1.5.2.2 Quality of Life Profile.....	23
1.5.2.3 Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - metoda SEIQoL	24
1.5.2.4 Dotazník SQUALA.....	24
1.5.2.5 Specifické nástroje	25
2 KVALITA PRACOVNÍHO ŽIVOTA.....	26
2.1 Faktory ovlivňující kvalitu pracovního života.....	27
2.2 Vztah zaměstnání a mimopracovních aktivit.....	29
3 PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY	31
3.1 Získávání odborné způsobilosti a vzdělávání sester	31
3.2 Poskytování ošetrovatelské péče a činnosti sestry.....	32

3.3 Kvalita ošetrovateľskej péče	35
3.4 Osobnosť sestry	36
3.5 Zátěžové a rizikové faktory v práci sestry, syndrom vyhoření.....	37
3.6 Management v ošetrovatelství a práce sestry-manažerky.....	39
3.6.1 Manažer, jeho povinnosti a úkoly.....	40
3.6.2 Osobnosť manažera, jeho vlastnosti a schopnosti	41
3.6.3 Povinnosti a úkoly manažera v oblasti ošetrovateľskej péče	43
3.7 Výzkum kvality života u všeobecných sester	44
4 KVALITA ŽIVOTA VŠEOBECNÝCH SESTER.....	47
4.1 Formulace problému	47
4.2 Cíle výzkumu	47
4.3 Hypotézy	48
4.4 Charakteristika souboru	48
4.5 Metoda sběru dat.....	49
4.6 Organizace výzkumu	51
4.7 Zpracování dat	51
4.8 Výsledky	52
4.8.1 Charakteristika souboru	52
4.8.2 Výsledky jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF.....	57
4.8.3 Výsledky statistického testování.....	61
4.9. Diskuze	73
ZÁVĚR	83
LITERATURA A PRAMENY	86
SEZNAM TABULEK	98
SEZNAM PŘÍLOH.....	100

ÚVOD

Kvalita života je aktuální otázkou současné doby. Rostoucí zájem o zkoumání tohoto fenoménu se projevuje snahou o přesné vymezení a identifikaci jednotlivých aspektů a faktorů, které jej ovlivňují. Koncept kvality života totiž vzhledem ke svému multi-dimenzionálnímu, kulturně podmíněnému a značně subjektivnímu charakteru nespočívá na jednotném teoretickém základu. Na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako interakce sociálních, zdravotních, ekonomických a enviromentálních podmínek (Hnilicová, 2005, s. 207). Do tohoto hodnocení se promítá také pracovní život jako jedna z významných oblastí života jedince a vztah pracovního života k životu osobnímu a jejich řešení jako součást základních životních strategií.

Překládaná diplomová práce si klade za cíl přispět k poznání stavu a úrovně kvality života všeobecných sester, jakožto nejpočetnější skupiny zdravotnických pracovníků. Zdravotnictví jako výsostně pomáhající profese klade vysoké požadavky na výkon a zodpovědnost. Je spojeno s působením řady zátěžových vlivů v oblasti psychické, emocionální a sociální, přináší tlak na neustálé vzdělávání a očekává vysokou nasazenost všech pracovníků. Ošetrovatelství prochází v posledním století významnými změnami, stává se samostatným vědním oborem a profiluje sestry jako vzdělané a sofistikované profesionály, kteří se mají ve stále větší míře podílet na rozhodování a plánování komplexní péče o klienta. Vzhledem k tomuto dynamickému rozvoji, nárokům na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a dalším specifikům této oblasti nachází své uplatnění také management ošetrovatelství.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit a následně porovnat hodnocení kvality života u sester pracujících na řadových (běžných) pozicích a u sester pracujících na vedoucích pozicích (sester-manažerek).

V práci bylo dále stanoveno několik podcílů:

1. Zjistit, zda se hodnocení kvality života všeobecných sester liší dle jejich věku.
2. Zjistit, zda hodnocení kvality života všeobecných sester bude rozdílné v závislosti na dosaženém vzdělání.

3. Zjistit, zda se hodnocení kvality života všeobecných sester bude lišit v závislosti na délce praxe.
4. Zjistit, zda hodnocení kvality života všeobecných sester bude rozdílné v jednotlivých zdravotnických zařízeních.
5. Zjistit, zda hodnocení kvality života všeobecných sester bude rozdílné v závislosti na jejich spokojenosti s finančním ohodnocením.
6. Zjistit, zda hodnocení spokojenosti se spánkem u všeobecných sester bude rozdílné v závislosti na tom, zda pracují či nepracují ve směnném provozu.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. **Teoretická část** je členěna na tři kapitoly. Kapitola 1 je věnována kvalitě života - vymezení tohoto pojmu, objasnění přístupů ke zkoumání kvality života a možnostem měření. Kapitola 2 stručně nastiňuje problematiku kvality pracovního života. V kapitole 3 je pojednáno o profesi všeobecné sestry, o managementu v ošetrovatelství a také shrnuje poznatky o dosavadním výzkumu kvality života u této skupiny pracovníků. **Empirická část** začíná kapitolou 4 (Kvalita života všeobecných sester). Výzkum kvality života všeobecných sester byl realizován regionálně v Moravskoslezském kraji, ve čtyřech náhodně vybraných zdravotnických zařízeních (Nemocnice Nový Jičín, a.s, Vítkovická nemocnice, a.s, Slezská nemocnice v Opavě, p.o. a Psychiatrická léčebna v Opavě, p.o.). Byla zvolena metoda dotazníkové šetření za použití české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. V praktické části jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření včetně analýzy dat a doporučení pro praxi.

1 KVALITA ŽIVOTA

1.1 Historie pojmu

Zájem o kvalitu života má kořeny již dávné minulosti. První zmínky o koncepci kvality života se objevují již v řecké a římské mytologii a jsou zde spojovány s osobnostmi Asclepia, Aesculapa aj. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 7).

Samotný pojem "kvalita života" poprvé použil anglický ekonom Pigou v roce 1920 v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších vrstev (Hnilicová, 2005, s. 205). Tento pojem se však nesetkal však s ohlasem a byl znovu objeven až po 2. světové válce (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 7). V této době uvedli američtí prezidenti J. F. Kennedy a L. B. Johnson pojem kvalita života do politiky, L. B. Johnson v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života Američanů za jeden z cílů své domácí politiky (Hnilicová, 2005, s. 205). V Evropě byl pojem kvalita života použit v programu Římského klubu. Jednou z hlavních aktivit této organizace založené v roce 1968 ve Švýcarsku bylo programové zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života (Halečka, 2002, s. 65-66). Další snahy o definování tohoto pojmu pokračovaly v 70. letech, kdy byla vydána řada publikací, které se rovněž snažily o vymezení indikátorů skutečné kvality života (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 8).

Americký vědec W. Forrester vymezil první faktory ovlivňující kvalitu života - zabezpečení potravinami, finance k zabezpečení životního standardu, stav znečištění životního prostředí a hodnota růstu počtu obyvatel (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 8).

Organizace spojených národů (OSN) v roce 1961 toto vymezení upravila a rozšířila na 12 faktorů - stav ochrany zdraví, životní prostředky, pracovní podmínky, vzdělání, stav zaměstnanosti, doprava a komunikace, uspokojování potřeb a zásoby, byty a jejich výstavba, oblékání, odpočinek a zábava sociální jistoty a osobní svoboda (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 8).

Stanovení indikátorů pro měření kvality života, jejich důležitost a volba vhodného měřicího nástroje jsou však až do současnosti stále předmětem diskuzí, přičemž nebyla

dosažena názorová shoda. O kvalitě života se hovoří v různých vědních disciplínách a vymezení pojmu kvalita života spolu s volbou měřicího nástroje by tedy měly záviset právě na účelu měření kvality života (Vaňurová, Mühlbacher, 2005, s. 9; Hnilicová, 2005, s. 207). Studium kvality života se věnuje řada výzkumných týmů na celém světě a dá se říci, že v současné době znamená především hledání a identifikaci faktorů přispívajících k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí (Hnilicová, 2005, s. 206).

V České Republice se přibližně od 80. let 20. stol. problematikou kvality života zabývá J. Křivohlavý, dalšími významnými odborníky jsou E. Dragomířská (Vaňurová, Mühlbacher, 2005, s. 9, J. Vymětal, K. Hnilica, A. Ptáčková, B. Buchtová a další (Kebza, 2005, s. 60).

V rámci zahraničních organizací, zabývajících se výzkumem kvality života, můžeme zmínit např. Světovou zdravotnickou organizaci (WHOQOL Group), QOL Research Unit při Univerzitě v Torontu, American Thoracic Society - QOL Group, Australian Centre on Quality of Life, EORTC Quality of Life Study Group, International Society for QOL Research (ISOQOL), International Society for QOL Studies (ISOQOL) či MAPI Research Institute.

1.2 Vymezení a definování pojmu kvalita života

Pro účel definování kvality života je vhodné přiblížit vlastní význam slova "kvalita". Slovo "kvalita" je odvozeno od latinského qualis - jaký, kořenem tohoto slova je qui - kdo?, ve významu "kdo to je?", případně "jaké to je?" (Křivohlavý, 2001a, s. 9). Používaným českým ekvivalentem pro kvalitu je "jakost".

Kvalita života je multidimenzionální a komplexní pojem, který se dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Protože je zkoumána z různých hledisek a v různých vědních disciplínách (ekonomie, politologie, psychologie, sociologie, medicína aj.), nelze vycházet z jednotného teoretického základu pro definici tohoto konceptu. Výsledkem je existence celé řady rozmanitých definic, z nichž vybrané budou popsány dále.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho postavení v životě v kontextu kultury a systému hodnot a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o široký koncept, který je komplexním způsobem ovlivněn zdravotním a psychickým stavem jedince, jeho úrovní nezávislosti, sociálními vztahy, osobním vyznáním a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (WHO, 1997b, s. 1).

Z definice dle Světové zdravotnické organizace vychází také Nagpal, který definuje kvalitu života jako komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem či skupinou (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 104).

Subjektivní přístup v chápání kvality života odráží také definice M. Zannottiho, kde je kvalita života chápána jako veškeré vnímání spokojenosti či nespokojenosti jedince v celém jeho životě, přičemž spokojenost s různými aspekty má také různou důležitost. M. Zannotti je rovněž autorem dotazníku SQUALA používaného v České republice. (Šefflová, 2001, s. 121)

Kirby (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 104) vymezuje kvalitu života jako stupeň, v němž prožívání života uspokojuje individuální psychologická a fyzická přání a potřeby. Kvalita života je výsledkem osobních hodnot a životního stylu, skrze něž se je jedinec snaží naplnit.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions ve své studii "First European Quality of Life Survey" (2007, s. 1) definuje koncept kvality života pomocí triády pojmů - mít, milovat a být, která referuje k materiálním zdrojům, osobním a sociálním vztahům a míře, ve které se lidé cítí respektováni a uznáváni pro to, kým jsou.

Svůj význam při vymezení kvality života mají potřeby a také hodnoty člověka. Uspokojování potřeb je v tomto kontextu orientováno především na potřeby vyššího charakteru. Psycholog A. Maslow ve své teorii do této skupiny řadí potřebu uznání, respektu, seberealizace, duchovní a spirituální potřeby (Farkašová, 2006, s. 62-63).

Právě Maslowova pyramida potřeb je základem Dickensovy definice kvality života jako měření velikosti nepoměru mezi nenaplněnými a naplněnými potřebami a přáními (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 104).

Jiná definice, která zmiňuje míru uspokojení potřeb jedince, je definice dle Hornquista, který popisuje kvalitu života jako míru intenzity pocitu spokojenosti v oblasti uspokojování fyzických, psychických, sociálních a materiálních potřeb (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 13).

Calmanovo vymezení kvality života říká, že jedinec považuje svůj život za kvalitní, jestliže jsou jeho očekávání ve shodě se subjektivně hodnocenou životní realitou (Calman, 1984, in Bottomley, 2002, s. 120).

Výše uvedené definice mohou poukázat na posun v pojetí kvality života. Postupně zaznamenáváme sílící proud výzkumu nematerialistické stránky a orientaci na subjektivní vnímání a hodnocení kvality života samotného individua, přičemž z počátku byla předmětem zájmu především materiální stránka života společnosti jako celku (Svobodová, 2006, s. 18). Koncept kvality života zahrnuje širokou škálu různých oblastí života člověka - od fyzických funkcí až po oblasti související s dosahováním životních cílů a prožitku štěstí (Gurková, 2011, s. 1).

1.3 Rozsah pojetí a dimenze kvality života

Na problematiku kvality života můžeme nahlížet ve třech hierarchicky odlišných sférách:

- Makro-rovina se zabývá otázkou kvality života velkých společenských celků (země, kontinentu). Jak uvádí Bergsma a Engel, kteří pojmenovali tyto 3 hierarchické stupně, jde o nejhlubší zamyšlení - o absolutní smysl života. Kvalita života se v této souvislosti stává součástí základních politických úvah jako např. problematika boje s epidemiemi, hladomorem apod.
- Mezo-rovina se dotýká kvality života v tzv. malých sociálních skupinách (např. škole, podniku, nemocnici). Zde jde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale rovněž o otázky sociálního klimatu, mezilidských vztahů, sdílených hodnot či uspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny.

- Osobní (personální) rovinou je život jednotlivce, individua. Každý sám hodnotí kvalitu vlastního života (zdravotní stav, bolest, spokojenost, naděje atp.) a tudíž sem vstupují osobní hodnoty jednotlivce, jeho představy, naděje, očekávání apod., které mají vliv na vnímání kvality života.

(Bergsma a Engel, 1998, in Křivohlavý, 2002, s. 163-164)

Jinou možností, jak přistupovat ke konceptu QOL, je rovněž hledisko subjektivní a objektivní.

Objektivní hodnocení kvality života sleduje především ekonomické, sociální, zdravotní a enviromentální podmínky, tj. materiální zabezpečení, sociální status a sociální podmínky života a fyzické zdraví. Jak již však bylo řečeno, v současné době se odborníci přiklánějí k **subjektivnímu hledisku** hodnocení kvality života, které se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Vnímání kvality života je závislé na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 17). Hnilicová (2005, s. 207) dodává, že subjektivní kvalita života se týká lidská emocionalita a všeobecné spokojenosti se životem. Můžeme tedy říci, že kvalita života má relativistický charakter, čili závisí na přístupu k životu (Křížová, 2005, s. 228).

V souvislosti se subjektivní kvalitou života řada autorů poukazuje na význam psychologických mechanismů adaptace (Rapkin, Schwarz, 2004, s. 14; Cummins, 2000, s. 60). Mechanismy adaptace přispívají (kromě individuálních proměnných jako jsou životní zkušenosti a osobnostní charakteristiky) k prožívání vysoké kvality života. Znamená to tedy, že subjektivně vnímaná kvalita života se může lišit od té objektivní, kterou jedinec prožívá (Rapkin, Schwarz, 2004, s. 25). Mimo jiné také v medicíně stály dlouhou dobu v popředí objektivně měřitelné ukazatele zdraví jako nejhodnotnější ukazatelé pro volbu další léčby. Současný výzkum však zaznamenává posun právě k subjektivnímu hodnocení.

Syntetický pohled na výše uvedená dvě hlediska nám nabízí výsledky výzkumu Ruggeriho a kol. (2001, s. 268-275) zabývající se faktorovou analýzou subjektivní a objektivní kvality života psychiatrických pacientů. Poukazuje na to, že např. pacienti trpící depresemi mohou svou celkovou spokojenost hodnotit hůře než nezávislý pozorovatel či dokonce oni sami po uzdravení, neboť nálada a emoce mají velký vliv na subjektivní hodnocení kvality života. Z výsledků vyplývá, že subjektivní

a objektivní hodnocení kvality života poskytují odlišná data, obě jsou však nepostradatelnou součástí celkového hodnocení.

1.4 Přístupy ke zkoumání kvality života

Interdisciplinární charakter studia kvality života odráží současný trend prolínání společenskovedního a biologického přístupu ke studiu člověka. Pojetí kvality života se však může lišit v závislosti na účelu studia. Řada autorů proto zdůrazňuje (Vaďurová, 2005, s. 21; Krivohlavý, 2001a, s. 11; Campbell, Jenney, 1997, s. 344), že definice a pojetí kvality života je závislá právě na účelu zkoumání.

1.4.1 Psychologické pojetí kvality života

Uvedené pojetí kvality života se vztahuje ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost.

V kontextu psychologie je s pojmem kvalita života také spojována osobní pohoda (well-being). Jak uvádí Kebza a Šolcová (2004, s. 21): "jedná se o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem." Také Kučera (2004, s. 108) uvádí, že kvalita života může být definována mimo jiné jako úroveň osobní pohody (well-being) spojené s životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí. Diener vysvětluje, že subjektivní well-being je označován jako celkové vnímání kvality života jedince, která závisí na jeho vlastních kritériích, a shrnuje, že subjektivní well-being je výsledkem potěšujících emočních zážitků (Diener, 1984, in Danna, Griffin, 1999, s. 362).

V české terminologii se ustálil úzus spojovat well-being s dimenzí duševní pohody, proto Kebza a Šolcová (2004, s. 21-23) navrhuje používání českého ekvivalentu osobní pohoda místo pojmu well-being, neboť v tomto pojmu je obsažena jak duševní, tak tělesná a sociální dimenze. Z medicínského pohledu je pojem "well-being" úzce propojen také s holistickým pojetím zdravím a také komplexním pojetím životního stylu.

Okun a Stock (1987, in Svobodová, 2006, s. 21 a in Kebza, Šolcová, 2004, s. 22) určili tři prvky osobní pohody, a to z hlediska času a obsahu kognitivní složky:

- životní spokojenost jako hodnocení toho, jak se jedinci dařilo dosahovat cílů, má silně kognitivní obsah a je orientována do minulosti,
- morálka ve smyslu mravních zásad, má středně zastoupený kognitivní obsah a je orientována do budoucnosti,
- štěstí jako emoční reakce na každodenní život, nízká kognitivní složka a zaměření na současnost.

Ryffová a Keyesová (1995, in Kebza, Šolcová, 2004, s. 25) se pokusili definovat 6 základních dimenzí osobní pohody:

- sebe-přijetí,
- pozitivní vztahy s druhými,
- autonomie,
- zvládání životního prostředí, tj. zvládání každodenních nároků a schopnost vidět příležitosti a využít vnější dění pro vlastní cíle a potřeby,
- smysl života,
- osobní rozvoj.

Také Křivohlavý (2001, in Svobodová, 2006, s. 23) poukazuje na to, jaký je psychology kladen důraz na spokojenost jedince: "Podle tohoto pojetí žije kvalitně ten, kdo je se svým životem spokojen. Spokojen je člověk tehdy, daří-li se mu dosahovat cílů, které si předsevzal." Příkladem tohoto přístupu může být metoda hodnocení kvality života zvaná Stupnice spokojenosti se životem (SWLS).

1.4.2 Sociologické pojetí kvality života

Podle Sociologického slovníku (1996, in Svobodová, 2006, s. 24) je kvalita života posuzována především podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení a rekreace, mezilidských vztahů, volného času, sociálních

a technologických charakteristik práce, možnosti podílet se na řízení společnosti, podle osobní i kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod.

Významná sociologická organizace Mezinárodní společnost pro studium kvality života (International Society for Quality of Life Studies) chápe kvalitu života jako: "produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a enviromentálních podmínek, ovlivňujících rozvoj lidí" (Hnilicová, 2005, s. 211).

Svobodová uvádí (2006, s. 23), že k dosti rozšířenému chápání kvality života patří její vyhranění do protikladu ke kvantitativním, ekonomickým ukazatelům. Kvalita života na úrovni jednotlivce bývá stavěna proti konzumnímu životnímu stylu s jeho preferencí vlastnictví spotřebních předmětů, které samo o sobě nemůže člověka plně uspokojit a nahradit mu redukování či absenci uspokojování jiných potřeb, zejména duchovního charakteru.

Je tedy patrné, že kvalita života již počátku aspiruje na to, postihnout nějakou další dimenzi, kromě materiální, neboť se tento pojem objevuje zejména ve společnosti, která nemá problémy s uspokojením materiálních potřeb. Je zde poukazováno na nutnost uspokojování potřeb jiných, zejména duchovního charakteru (Křížová, 2005, s. 219; Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 14).

Křížová (2005, s. 352) také uvádí, že hodnocení sociologických aspektů kvality života bude nepochybně kulturně i historicky podmíněno. Kulturní podmíněnost respektuje ve své definici kvality života i WHO, přičemž zde kultura neznamena pouze faktor, který kvalitu života ovlivňuje, ale je chápána jako její ústřední součást (Gurková, 2011, s. 86). Univerzální měřicí nástroje mají bezpochyby řadu předností, nicméně hodnocení kvality života specifických skupin pak může být nekomplexní a je třeba doplnit příslušnou metodiku (Dingová, Němčková, 2008, s. 275).

1.4.3 Medicínské pojetí kvality života

Do oblasti medicíny proniká pojem kvalita života v 70. letech 20. století (Hnilicová, 2005, s. 211). V této souvislosti se často užívá pojmu "health related quality of life", tj. kvalita života ovlivněná zdravím.

Při uplatnění v praxi tedy dochází nejen k hodnocení klinických ukazatelů úspěšnosti terapie (např. krevní markery, vymizení příznaků choroby aj.), ale rovněž se sledují subjektivní i objektivní ukazatele fyzického a psychického stavu pacienta, např. přítomnost bolesti, schopnost sebeobsluhy aj. (Hnilicová, 2005, s. 212). Také Berzon uvádí, že účelem měření není zjistit přítomnost symptomů a jejich závažnost, ale ukázat, jak jedinec prožívá manifestaci onemocnění a jeho léčbu (in Libigerová, Müllerová, 2001, s. 183). Zejména u nevléčitelně nemocných pacientů se zlepšení kvality života stává jedním z cílů terapie.

1.5 Měření kvality života

Tak jako neexistuje přesná a spolehlivá odpověď na otázku, co vlastně kvalita života je, nebyl vytvořen ani univerzální způsob měření kvality života.

Při měření kvality života je nezbytné specifikovat účel a záměr hodnocení, dále vymezit populaci, u které bude kvalita života zkoumána a vybrat konceptuální zaměření a teoretický rámec (Vařšurová, Mühlpachr, 2005, s. 51; Gurková, 2011, s. 103). Námi zvolené pojetí výzkumu (biomedicínské, psychosociální apod.) musí být v souladu s teoretickým vymezením kvality života, z něhož autor výzkumného nástroje vycházel. Použití nástroje v jiné oblasti, než pro kterou byl vyvinut, může způsobit chybnou interpretaci hodnot. Několik vybraných teoretických konceptů a nástrojů měření bude popsáno dále.

Pro účely měření často dochází k fragmentaci kvality života a v této souvislosti pak používají pojmy jako domény (šířeji vymezená oblast života), ukazatele (úžeji vymezený ukazatel domény), dimenze či komponenty (Gurková, 2011, s. 67).

Křivohlavý (2002, s. 165) rozlišuje tři základní skupiny metod měření kvality života:

- metody objektivní, kdy kvalitu života hodnotí druhá osoba,
- metody subjektivní, kdy je hodnotitelem sama daná osoba,
- metody smíšené.

Subjektivní a objektivní hledisko měření kvality života rozlišuje také Kirby. Objektivní měření sociálních ukazatelů znamená hodnocení možností, překážek

a zdrojů v prostředí jedince a hodí se spíše pro měření kolektivní kvality života. Subjektivním hlediskem je pak odhad celkové spokojenosti se životem, která je výsledkem spojení osobních hodnot a životního stylu, jehož prostřednictvím se je jedinec snaží naplnit, a dále subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi (Kirby, 1994, in Dragomirecká, Bartoňová, 2006b, s. 10).

1.5.1 Nástroje měření kvality života

Volba správného měřicího nástroje nezbytným krokem každého výzkumu. Nástroje pro měření kvality života mohou mít různou podobu - nejčastěji se jedná o sebesposuzovací škály, dotazníky, strukturované rozhovory či škály hodnocené jinou osobou.

Můžeme rozlišit dvě hlavní skupiny nástrojů měření kvality života:

- **Obecné nástroje** jsou multidimenzionální, pokrývají velkou škálu oblastí a mohou být použity pro různé skupiny populace.
- **Specifické nástroje** měření se zaměřují na takovou oblast měření, která je specifická pro danou populaci, nemoc nebo podmínky. Výhodou těchto nástrojů je možnost citlivě zhodnotit určitou oblast a zachycovat klinicky významné změny, jejich výsledky lze však obtížněji zobecňovat a srovnávat (Dragomirecká, Bartoňová, 2006b, s. 10).

Další základní charakteristiky, které je nutné posoudit u každého měřicího nástroje jsou: reliabilita (rozmezí, ve kterém nástroj vykazuje totožné výsledky při opakovaných měřeních), validita (rozmezí, v němž nástroj měří to, co je předmětem měření) a citlivost nástroje. Jak již bylo zmíněno, nástroj musí respektovat námi zvolené teoretické pojetí kvality života, měl by obsahovat oblasti důležité pro měření vzhledem k dané populaci a být dostupný ve validizované jazykové verzi (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 51; Gurková, 2011, s. 122) .

1.5.2 Vybrané nástroje měření

Množství a variabilita dostupných nástrojů k měření kvality života jsou vysoké. Databáze ProQolid, sloužící jako zdroj informací o instrumentech k měření kvality života, obsahuje v současné době přibližně 1000 nástrojů (Dragomirecká, Bartoňová, 2006b, s. 10-11; www.proquolid.org). Další text blíže popisuje několik nejznámějších nástrojů k hodnocení kvality života.

1.5.2.1 Nástroje WHO

Odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace inicioval v roce 1991 vývoj nástrojů měření kvality života vhodných pro mezinárodní studie. WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) byl název instrumentu, který měl překonat a rozšířit dosavadní pojetí kvality života, které znamenalo „pouze“ subjektivní hodnocení zdravotního stavu a každodenních činností. Tento instrument měl naplnit čtyři principy, považované na základě rozvoje zkoumání kvality života za nezbytné pro její hodnocení. Zmiňovanými principy jsou komplexnost (pokrytí různých aspektů života a nikoliv jen oblasti fyzického zdraví), jedinečnost subjektivního pohledu, relativní důležitost jednotlivých oblastí života pro daného jedince a kulturní relevance (Dragomirecká, Bartoňová, 2006a, s. 144).

Z patnácti zástupců výzkumných center z celého světa byla vytvořena pracovní skupina WHOQOL, jež absolvovala několik fází pro vytvoření dotazníků. Základem pro vývoj nových instrumentů bylo vymezení pojmu a stanovení definice kvality života, dále definování oblastí a podoblastí kvality života a v neposlední řadě také vývoj pilotní verze instrumentu a pilotní šetření (WHO, 1996, s. 5-6).

Výsledkem práce byl stopoložkový instrument známý pod názvem WHOQOL-100, jenž byl prvním z nástrojů WHOQOL. **WHOQOL-100** se skládá z 24 facet (podoblastí či aspektů života) sdružených do 6 hlavních domén, jak je znázorněno v tabulce č. 1. Kromě toho je součástí dotazníku je jedna nespecifická faceta obsahující položky, které hodnotí celkovou kvalitu života a celkové zdraví.

Tabulka č. 1 - Struktura dotazníku WHOQOL-100

Domény	Facety
1. Fyzické zdraví	Bolest a nepříjemné pocity Energie a únava Spánek a odpočinek Pozitivní pocity
2. Prožívání	Myšlení, učení, paměť a soustředění Sebedůvěra Vnímání těla a vzhledu Negativní pocity Pohyblivost
3. Úroveň nezávislosti	Každodenní činnosti Závislost na lécích nebo léčbě Pracovní výkonnost
4. Sociální vztahy	Osobní vztahy Sociální podpora Sexuální život Osobní bezpečí Domácí prostředí Finanční situace
5. Prostředí	Zdravotní a sociální péče Nové informace a dovednosti Volný čas a záliby Životní prostředí Doprava
6. spiritualita	Spiritualita, náboženství, osobní víra
Celkové hodnocení	Samostatné položky hodnotící celkovou kvalitu života a zdravotní stav

Zdroj: (Dragomirecká, Bartoňová, 2006b, s. 31)

Zkrácená verze WHOQOL-BREF vznikla redukcí WHOQOL-100 na 26 položek sdružených do 4 domén. Struktura dotazníku bude popsána v další kapitole.

Oba dotazníky mohou být použity v širokém spektru kulturních podmínek a u různých skupin populace (WHO, 1997, s. 1-2). Dragomirecká zdůrazňuje, že dotazníky jsou vhodné právě pro hodnocení kvality života skupin nebo populací. Při zkoumání kvality života jedinců je pak vhodné zvolit jiný instrument (Dragomirecká, Bartoňová, 2006b, s. 28).

Česká verze obou dotazníků byla vytvořena výzkumným týmem při Psychiatrickém centru v Praze, LF UK, vedeným Evou Dragomireckou. Postup při vytváření české verze, psychometrické charakteristiky či administrace dotazníku jsou popsány v již citované publikaci Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace (Dragomirecká, Bartoňová, 2006b).

Rovněž jsou vyvíjeny další moduly zaměřené na specifické populace, např. populace nad 65 let (WHOQOL-OLD) či pacienti s HIV (WHOQOL-HIV).

1.5.2.2 Quality of Life Profile

Koncept pro měření kvality života, který vytvořilo Centrum pro podporu zdraví při univerzitě v Torontu (Centre of Health Promotion) vychází ze stejné teoretické základny jako WHO a posuzuje tři základní oblasti života, z nichž každá obsahuje 3 subdomény (www.utoronto.ca/qol/).

1. Být (being) - osobní charakteristiky člověka. Do této oblasti se řadí subdomény:

- fyzické bytí (zdraví, hygiena, výživa atd.),
- psychologické bytí (psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta apod.),
- spirituální bytí (osobní hodnoty, přesvědčení, víra).

2. Patřit někam (belonging) - spojení s konkrétním prostředím. Zde se rozlišují podoblasti:

- fyzické napojení (domov, škola, pracoviště),
- sociální napojení (rodina, přátelé apod.),
- komunitní napojení (pracovní příležitost, finanční příjem, zdravotní a sociální služby, vzdělávání).

3. Realizovat se (becoming) - dosahování osobních cílů, naděje a aspirace. Třemi podoblastmi této domény jsou:

- praktická realizace,
- volnočasová realizace,
- růstová realizace.

Tato koncepce kvality života zdůrazňuje jednak jedincovy fyzické, psychické a duševní schopnosti, ale také jeho vazby na prostředí. Nezapomíná se ani na oblast

uspokojování vyšších potřeb (Vad'urová, Mühlpachr, 2005, s. 19). Kvalita života je zde pojímána jako míra spokojenosti s důležitými možnostmi ve svém životě. Tyto možnosti vyplývají z příležitostí a omezení v životě jedince a odrážejí interakci osobních a enviromentálních faktorů (www.utoronto.ca/qol/).

Hodnocení kvality života jedince v uvedených třech oblastech, z nichž každá má tři subdomény, je určeno dvěma faktory: relativní důležitostí jednotlivých ukazatelů a mírou spokojenosti v příslušné doméně, odpovídá tedy individuálním perspektivám jedince (www.utoronto.ca/qol/).

1.5.2.3 Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - metoda SEIQoL

Subjektivní metoda hodnocení kvality života SEIQoL (Systém individuálního hodnocení kvality života) byla vytvořena v roce 1994 C. A. O'Boylem a H. M. McGeem (Vad'urová, Mühlpachr, 2005, s. 56). Základem je individuální pojetí kvality života dané osoby a vlastní systém hodnot. Metoda se snaží rozpoznat, které aspekty života jsou pro danou osobu v dané situaci závažné a zjišťuje jejich důležitost.

Během strukturovaného rozhovoru osoba uvede pět životních cílů, které považuje za nejdůležitější a míru uspokojení s nimi. Mezi nejčastěji uváděné cíle patří zdraví, rodina, práce, náboženství, finance a vzdělání (Křivohlavý, 2002, s. 173).

Modifikací je stručnější metoda Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Direct Weighting (SEIQoL-DW).

1.5.2.4 Dotazník SQUALA

Tvůrcem sebesposuzovacího dotazníku SQUALA je M. Zannotti. Instrument vychází z Maslowovy teorie potřeb a zahrnuje tedy i oblasti života jako jsou vnitřní hodnoty jedince, které zohledňují maximální možnou míru subjektivity (Šefflová, 2001, s. 135). Dotazník se skládá ze 23 oblastí, které se dotýkají vnitřní i vnější reality každodenního života. Respondent hodnotí spokojenost s každou z nich na pětibodové škále a také jejich subjektivní důležitost (Vadurová, Mühlpachr, 2005, s. 63).

Česká verze dotazníku byla validizována v letech 1995-1996 a je vhodná pro využití v medicínské, sociální či psychologické oblasti (Vad'urová, Mühlpachr, 2005, s. 63).

1.5.2.5 Specifické nástroje

Specifické nástroje používané v oblasti medicíny zkoumají tzv. **Health Related Quality of Life (HRQoL)**, tj. kvalitu života ovlivněnou zdravím. V literatuře nejčastěji uváděnými instrumenty jsou např. SF-36 (Medical Outcome Study 36-Item Short-Form Health Survey), EQ-5D (EuroQol Instrument), NHP (Nottingham Health Profile) či dotazníky pro pacienty se specifickým onemocněním, např. onkologičtí pacienti, diabetici, pacienti s HIV a další (Gurková, 2011, s. 149-171; Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 67-78, Coons, 2000, s. 14).

Existuje také velké množství nástrojů zaměřených **na měření psychické pohody**, mezi nejčastěji používané se řadí Hamilton Depression Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), The Geriatric Mental State (GMS) a další (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 78) .

2 KVALITA PRACOVNÍHO ŽIVOTA

Práce je významnou součástí lidského života. Ovlivňuje život jedince, jeho rodinu, naplňuje a strukturuje jeho čas, je prvkem sociální integrace, umožňuje nám setkávat se jinými lidmi a je mimo jiné také zdrojem zážitků či zkušeností.

Práce je chápána jako hodnota, potřeba i povinnost (Svobodová, 2006, s. 39). V industriální společnosti je placená práce stále významným zdrojem ekonomické a sociální odměny a poskytuje prostředky pro důstojný život (Mareš, 2004, s. 38). Práce nám může také přinášet hodnoty, které obohacují náš život a přispívají k uspokojení vyšších potřeb jako je úspěch, prestiž, uznání či sebezdokonalování.

Tak jako neexistuje jednoznačná definice kvality života, liší i přístupy jednotlivých odborníků k tomu, jak definovat kvalitu pracovního života. Danna a Griffin (1999, s. 359-360) systematizují kvalitu pracovního života jako hierarchii pojmů, která obsahuje životní spokojenost, pracovní spokojenost a spokojenost se specifickými aspekty práce, kam řadí např. spokojenost se mzdou, spolupracovníky, nadřízenými apod.

Literatura rovněž uvádí, že kvalitu pracovního života nelze chápat jako prostou pracovní spokojenost, ale naopak je provázána s vnímanou celkovou kvalitou života. Dle Sirgyho (2001, in Svobodová, s. 41) je kvalita pracovního života pojmem, jež se zabývá tělesnou a duševní pohodou zaměstnanců. Uspokojení plynoucí z pracovního zapojení přispívá k pracovní spokojenosti a spokojenosti v ostatních oblastech života. Spokojenost v hlavních oblastech života, tj. pracovním a rodinném životě, životě v domácnosti a volném čase, přispívá přímo ke spokojenosti s celkovým životem.

Význam asociace mezi pracovním a mimopracovním života zdůrazňuje také Loscosso a Roschelle (1991, in Van Laar, 2007, s. 326). Stejný přístup má Dvořáková (2005, in Svobodová, s. 41), která chápe kvalitu pracovního života jako širší pojem, jež zahrnuje vliv pracoviště na spokojenost s prací, spokojenost s mimopracovními oblastmi života a spokojenost s celkovým životem, osobní štěstí a subjektivní pocit zdraví.

Také Evropská rada zdůrazňuje ve své Lisabonské strategii, že být zaměstnán je z hlediska individuální perspektivy základním prvkem pro sociální zařazení (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009, s. 23). Když OSN v roce 1961 přijala 12 faktorů ovlivňujících kvalitu života, zařadila mezi ně mimo jiné pracovní podmínky. Rovněž Evropská komise OSN označila kvalitu pracovního prostředí jak indikátor kvality života (Halečka, 2002, s. 67).

Výzkumná šetření ukázala, že nezaměstnanost koreluje se sníženou kvalitou života a nízkou životní úrovní (Sparks, 2001; Buchtová, 1994; Schrageová, 2003; in Svobodová, 2006, s. 42-43). Toto zjištění koresponduje s předpoklady, že práce naplňuje potřeby existenční, sociální a také potřeby seberealizace. Nesmíme však opomenout i možný negativní vliv práce na kvalitu života, např. v případě nezdravého pracovního prostředí, práce pod tlakem či špatných vztahů na pracovišti (mobbing, bossing atd.).

Na základě výše uvedených poznatků lze konstatovat, že kvalitu pracovního života nelze posuzovat jako osamocený koncept. Právě naopak, je nutné ji zasadit do kontextu celkové kvality života, neboť pracovní život jedince je v neustále interakci s ostatními oblastmi jeho života.

2.1 Faktory ovlivňující kvalitu pracovního života

Americký politik R. Walton již v roce 1973 definoval 8 kritérií kvality pracovního života:

- přiměřená a spravedlivá odměna,
- bezpečnost a zdravé pracovní podmínky,
- příležitost využít a rozvíjet schopnosti člověka v práci,
- možnost pracovního růstu,
- společenská integrovanost v organizaci,
- zaručení ústavních práv v pracovní organizaci,
- vztah práce a celkové délky života,
- společenská relevantnost pracovního života.

Naplnění těchto kritérií přinese uspokojení lidských potřeb na různých úrovních a povede k posílení pocitu spokojenosti, bezpečnosti a jistoty pracovníků (Walton, 1973, in Lubelec, 1998, s. 58-59).

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2002, s. 6) označila čtyři oblasti mající význam pro zlepšování kvality pracovního života:

- zabezpečení jistoty kariéry a zaměstnání,
- zachování a zlepšení zdraví a well-being zaměstnanců,
- rozvíjení kvalifikací a kompetencí,
- sladění pracovního a mimopracovního života.

Výše uvedená tvrzení či faktory podporují výsledky řady výzkumných šetření. Např. Hnilica (2004, s. 193) upozorňuje na souvislost mezi pracovní spokojeností a mírou autonomie a možnostmi uplatnit v práci své kompetence a zájmy. Červenka (2008, s. 1) ve své stati poukazuje na skutečnost, že v sociologických výzkumech zaměřených na srovnání významu různých oblastí života a hodnot s nimi spojených, se oblast práce a pracovní hodnoty, jako např. položky "mít zajímavou práci, která by mě bavila" či "mít práci, která má smysl a je užitečná" umísťují vždy vysoko. Na jistotu zaměstnání se ve svém výzkumu zaměřili Cartwright a Cooper (1993, in Danna, Griffin, s. 373), kteří uvádějí, že právě nejistota zaměstnání a kariérního postupu se stále častěji stává zdrojem pracovního stresu s mnoha vedlejšími negativními účinky např. na pracovní výkon.

Studie Kvalita pracovního života 2006, provedená v České republice Centrem pro výzkum veřejného mínění Akademie věd ČR, prezentovala výčet aspektů seřazených podle podílu odpovědi, které jsou pro respondenty důležité (Čadová, Červenka, Chludilová, 2006, in Surynek, 2007, s. 4).

Tabulka č. 2 - Důležitost jednotlivých stránek práce

Výše platu nebo mzdy	96 %
Spravedlivé odměňování pracovních výsledků	95 %
Jistota zaměstnání	92 %
Chování a jednání nadřízených	90 %
Vztahy s kolegy	89 %

Pokračování Tabulka č. 2

Dostatek prostoru a času na rodinu, zájmy a relaxaci	85 %
Zajímavost práce	79 %
Užitečnost a smysluplnost práce	77 %
Míra samostatnosti vykonávané práce	70%
Možnost dalšího vzdělávání a osobního rozvoje	54 %

Zdroj: upraveno dle Čadová, Červenka, Chludilová, 2006, in Surynek, 2007, s. 4.

2.2 Vztah zaměstnání a mimopracovních aktivit

Čas a činnosti, které v něm vykonáváme, můžeme rozlišit na soukromé a veřejné. Náš vlastní hodnotový systém pak ovlivňuje význam a důležitost této soukromé a veřejné sféry a svou neméně významnou roli hraje i vyváženost mezi těmito dvěma oblastmi (Surynek, 2007, s. 1). Jak již bylo řečeno, hodnoty úzce souvisí s pojetím kvality života, neboť kvalita života může být posuzována jako míra naplnění našich potřeb a očekávání. Stejně tak hodnoty ovlivňují oblast pracovního života, neboť určují, které činnosti budou jedince zajímat, které mu budou bližší a pro něj také snazší. Souvisejí tedy s volbou povolání a rozvíjením schopností (Surynek, 2007, s. 1). Pakliže práce přispívá k naplnění našich potřeb a hodnot a není vnímána jen jako nutný prostředek materiálního zajištění, stírá se rozdíl mezi soukromou a veřejnou oblastí a kvalitu života můžeme vyjádřit spíše jako poměr mezi činnostmi vázanými a svobodně volenými (Svobodová, 2006, s. 17). V této souvislosti je jistě opodstatněné poukázat například na výsledky výzkumu organizovaného Centrem pro výzkum veřejného mínění, z nichž plyne, že práce jako hodnota je řazena hned za nejdůležitější hodnoty souvisejícími s rodinou a dětmi (Čadová, 2006, in Surynek, 2007, s. 2).

V literatuře je neméně často zmiňována důležitost sladění pracovních a mimopracovních aktivit (jsou užívány termíny jako např. work-family conflict, work-life balance, work-home interface) (Van Laar, 2007, s. 326; Cortese, 2010, s. 35; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009, s. 23). Svou roli zde hraje doba strávená v zaměstnání a nedostatek času či přílišná únava pro vykonávání mimopracovních aktivit, zejména činností souvisejících s péčí

o rodinu (domácí práce, péče o děti apod.). Jak ve své studii uvádí European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2009, s. 27), 38 % Čechů cítí potíže plnit své povinnosti vůči rodině kvůli svému zaměstnání (průměr pro EU27 je 28 %). Také pracovní zátěž a emoční zapojení přispívají ke zvyšování konfliktu mezi prací a rodinným životem, naopak podpora organizace a zejména nadřízeného je velmi efektivním faktorem při snižování tohoto nesouladu (Colombo, Ghislieri, 2008, in Cortese, 2010, s. 36).

3 PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY

Ošetřovatelství prošlo v posledním století významnými změnami. Již neznamena jen pouhé poskytování ošetřovatelské péče, ale stává se samostatným vědním oborem, multidisciplinární vědou a profiluje se jako profese s přesně definovanými kompetencemi. Je jednou z nejrozsáhlejších činností lidské společnosti a zahrnuje velký rozsah a různý odborný stupeň činností (Farkašová, 2006, s. 13). Povolání sestry/ošetřovatelky je náročné nejen na vědomosti, ale také psychickou výbavu sestry, komunikační dovednosti či schopnost empatie.

Současnou pozici a směr vývoje ošetřovatelství popsal výstižně americký teoretik managementu Petr Drucker, který prohlásil: "Minulé století patřilo lékařské a výpočetní technice. Nové století bude patřit "znalostní sestře". Znalostní sestra je sestra špičkové úrovně, která umí myslet kriticky, vlastní intelektuální kapitál, nebojí se inovovat a aktivně plánovat svou budoucnost" (Drucker, in Škrála, Škrlová, 2003, s. 239). Novým trendem je požadavek zdravotních sester na zvýšenou autonomii, tj. zvyšující se zájem řešit samostatně a s vlastní odpovědností problémy své profese (Curtis, 2007, s. 97).

Také zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách v §5, odst. 2, písm. g přímo definuje ošetřovatelskou péči jako samostatný druh poskytované péče. Specifikuje ji jako péči, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.

3.1 Získávání odborné způsobilosti a vzdělávání sester

Podmínky získávání odborné způsobilosti upravuje zákon č. 105/2011 Sb. (který mění zákon č. 96/2004 Sb.) o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu

nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, konkrétně v §5 Získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry.

Vlastní vzdělávání všeobecných sester probíhá v současné době především na vyšších odborných školách a na vysokých školách v rámci bakalářských a stále častěji také magisterských studijních programů. Po absolvování střední zdravotnické školy získávají nyní studenti oprávnění k výkonu povolání zdravotnického asistenta (Zákon č. 105/2011 Sb. §29).

Výše zmiňovaný zákon č. 105/2011 Sb. také upravuje požadavky **na celoživotní vzdělávání** zdravotnických pracovníků, které slouží zejména k prohlubování kvalifikace. Nejčastějšími formami celoživotního vzdělávání jsou certifikované kurzy, specializační vzdělávání navazující na získanou kvalifikaci, odborné stáže, účast na školicích akcích apod. Plnění povinností se pak prokazuje na základě kreditního systému (§ 54 odst. 6). K průběžnému zaznamenávání druhu a délky získaného vzdělání slouží průkaz odbornosti (viz § 65 odst. 1).

V hlavě VI zákona 105/2011 Sb. jsou rovněž definovány podmínky získávání Osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Získání/nezískání tohoto osvědčení úzce souvisí činnostmi, které může zdravotnický pracovník vykonávat a které jsou popsány ve vyhlášce MZ ČR č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

3.2 Poskytování ošetrovatelské péče a činnosti sestry

Právní rámec pro definování činností při poskytování ošetrovatelské péče představuje zákon č. 105/2011 Sb., který v §5 odst. 3 vymezuje výkon povolání všeobecné sestry jako poskytování ošetrovatelské péče a dále podílení se ve spolupráci s lékařem na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

Jednotlivé činnosti jsou pak blíže specifikovány ve vyhlášce MZ ČR č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a dále detailně rozpracovány konkrétním zdravotnickým zařízením v náplni práce zaměstnance. Z hlediska kompetencí personálu je významné právě rozdělení na činnosti, které je

možné vykonávat bez odborného dohledu (bez indikace nebo na základě indikace lékaře), pod odborným dohledem a pod přímým vedením.

Sesterské činnosti rozdělujeme **z hlediska obsahu** na:

- základní ošetrovatelskou péči (spočívá v uspokojování potřeb člověka, které mohou být pozměněny v důsledku nemoci, nebo si je nemocný není schopen sám zajistit),
- diagnosticko-terapeutickou činnost (práce před, během a po vyšetření, odběry biologického materiálu apod.),
- psychosociální činnost (poskytování informací, edukace, komunikace apod.),
- administrativní práce,
- přípravné a dokončovací práce (příprava výkonů, péče o pomůcky apod.).

(Staňková, 2005, s. 13-14).

Ošetrovatelská péče může být poskytována **ve třech možných formách**:

- ambulantní péče - v ambulancích, v zařízeních na poskytování jednodenní zdravotní péče či ve stacionářích,
- domácí ošetrovatelská péče - v domácím prostředí,
- ústavní ošetrovatelská péče - v nemocnicích, léčebnách, hospicích či lázních

(Farkašová, 2006, s. 166).

V praxi se užívají také odlišné **metody poskytování ošetrovatelské péče**. Jejich cílem je racionalizace a zvýšení úrovně zdravotní péče. Jednotlivé metody se liší složením personálu podílejícím se na poskytování péče, organizací práce a celkovou filosofií a zaměřením (např. na potřeby pacienta či na ošetrovatelské výkony). Výčtem můžeme uvést následující metody:

- funkční ošetrování,
- celková péče,
- týmové ošetrování,
- ošetrování kontaktní sestrou,
- case management - ošetrování zaměřené na případ (Farkašová, 2006, s. 166-167).

Kvalifikovaná všeobecná sestra se stává samostatnou profesionálkou a autonomní členkou týmu poskytujícího zdravotní péči. Má se více podílet na rozhodování a plánování zdravotní péče, a to na různých úrovních. V této souvislosti je prosazováno poskytování péče formou ošetrovatelského procesu. Vyhláška 55/2011 Sb. § 2 písm. f vymezuje ošetrovatelský proces jako zhodnocení individuálních potřeb pacienta nebo skupiny osob a stanovení ošetrovatelských problémů, plánování a realizaci ošetrovatelské péče, vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče a zaznamenávání do zdravotnické dokumentace.

Současným trendem je holistický přístup k ošetrovatelské péči, který věnuje pozornost tělesným, vztahovým, psychickým, etickým i náboženským aspektům člověka (WHO, 1997a, s. 43; Farkašová, 2006, s. 12). Současné ošetrovatelství se orientuje nejen na nemocné, ale i na zdravé jedince. Proto je stále více posilována úloha v primární zdravotní péči, jež zahrnuje např. zdravý způsob života, podporu a ochranu zdraví či prevenci onemocnění (Farkašová, 2006, s. 12, Grohar-Murray, Dicroce, 2003, s. 27-30). Kromě znalosti klinického ošetrovatelství se přidává potřeba umět posoudit vztahy v rodině či komunitě a zvyšuje se význam péče poskytované v domácím prostředí (Grohar-Murray, Dicroce, 2003, s. 27-30).

Ošetrovatelská praxe s sebou přináší také řadu etických problémů a dilemat, se kterými je sestra konfrontována. Profesní etikou zdravotních sester a ošetrovatelek se zabývá tzv. ošetrovatelská etika (Ivanová, 2006, s. 15), jejíž základní požadavky na sesterské povolání jsou vyjádřeny v etických kodexech sester (WHO, 1997a, s. 31). Jedná se o soubory etických norem, které se pak stávají vodítkem a doporučením pro chování a jednání v rozmanitých profesionálních situacích (Plevová, 2011, s. 82). České sestry se hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester, který byl přijat Českou asociací sester a je platný od 11. února 2012 (Česká asociace sester, 2012).

Základní principy lékařské i ošetrovatelské etiky popsali také Beauchamp a Childress (2001, in Ivanová, 2006, s. 42). Jedná se o princip neškodění (nonmaleficence), dobročinnosti (beneficence), respektu k autonomii a spravedlnosti (justice).

Zvláště ve zdravotnictví probíhají rozhodnutí etického charakteru pod velkým tlakem, bariéry při etickém rozhodování přináší také multikulturní vlivy či překrývání se odpovědnosti sester s odpovědností dalších zdravotníků (Ivanová, 2006, s. 72 a 79; Grohar-Murray, Dicroce, 2003, s. 110).

V ošetrovateľskej etike sa ďalej uplatňujú také právne normy. Okrem Ústavy Českej republiky a Listiny základných práv a slobod je právnu normou najvyššej záväznosti tiež Úmluva o ľudských právach a biomedicíne. Jedným z hlavných zákonov týkajúcich sa zdravotníkej starostlivosti je zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotných službách a podmienkach ich poskytovania (Plevová, 2011, s. 85).

Sestra je tiež väzovaná povinnou mlčenlivosťou, ktorou jej ukladá práve zákon č. 372/2011 Sb. dle §51, ale tiež profesný kodex a kodex práv pacienta. Jej porušenie je sankcionované podľa závažnosti (Vondráček, Wirthová, 2009, s. 59 a 61).

3.3 Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti

Jedným z základných požiadaviek kladených na starostlivosť poskytovanú zdravotníkmi je jej kvalita. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie musí kvalitná starostlivosť spĺňať šesť základných parametrov - efektívnosť, účinnosť, dostupnosť, akceptovateľnosť, rovnosť a bezpečnosť (WHO, 2006, s. 9).

Výkon ošetrovateľskej starostlivosti musí byť vykonávaný v súlade s **postupmi lege artis**. Postup lege artis je zakotvený v zákone č. 372/2011 Sb. v §5 ako požiadavka na náležitú odbornú úroveň starostlivosti a môžeme nájsť túto konkrétnu formuláciu: "Náležitou odbornou úrovňou sa rozumie poskytovanie zdravotných služieb podľa pravidiel vedy a uznávaných medicínskych postupov, pri rešpektovaní individuality pacienta, s ohľadom na konkrétnu podmienku a objektívne možnosti". Literatúra pak uvádza radu ďalších vysvetľujúcich definícií. Vondráček a Wirthová dopĺňujú (2009, s. 39) dopĺňujú: "Výkon lege artis musí byť správne indikovaný a vykonaný, u pacienta, ktorý bol poučený a s výkonom súhlasil a riadne zapsaný do zdravotníckej dokumentácie".

Aby bolo umožnené objektívne hodnotenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti, sú vytvárané tzv. štandardy ošetrovateľskej starostlivosti. Štandard je platná a dohodnutá definícia prijateľnej ošetrovateľskej starostlivosti a znamená určitú presne popísanú kvantitatívnu alebo kvalitatívnu úroveň kritérií starostlivosti, ktorá je v danej chvíli považovaná za výraz dobrej kvality starostlivosti (Farkašová, 2006, s. 190). Rámcovo vychádzajú štandardy z medzinárodných odporúčaní a sú zamerané na rôzne aspekty ošetrovateľstva (napr. výkon, dokumentácia, vybavenie pracoviska aj.) Plní tiež ďalšie funkcie - vymezujú rozsah a obsahovú náplň činnosti

sestry, kompetenční vztahy, místo působení sestry či etická kritéria její práce (Farkašová, 2006, s. 191).

3.4 Osobnost sestry

Kromě požadavků na odborné dovednosti, které musí sestra ovládat, nemůžeme opomenout fakt, že je v neustálé interakci s pacientem. Proto vystupují do popředí také osobnostní charakteristiky sestry a její schopnost komunikace.

Důležitými charakterovými rysy jsou zejména schopnost empatie a asertivního jednání, trpělivost, optimismus a přiměřený smysl pro humor a celková "sociální zralost" (Bräuerová, 2008, s. 44). K žádoucímu povahovým rysům a schopnostem doplňuje Kutnohorská (2010, s. 144) také přívětivost, pochopení, laskavost, skromnost, schopnost vytvářet příjemné prostředí či podporovat a uklidňovat pacienty a dodávat jim odvalu. Sestra má dále napomáhat při rozvoji zázemí, mezilidských vztahů, zjišťovat možnosti rodiny a být schopna zajistit základní i vyšší potřeby pacienta.

Efektivní komunikační schopnosti jsou potřebné k získávání informací, hodnocení potřeb pacientů, motivaci, edukaci apod. (Plevová, 2011, s. 11). DeVito dokonce považuje komunikační schopnosti a znalosti týkající se komunikace za nejdůležitější a nejužitečnější (DeVito, 2001, in Plevová, 2011, s. 11).

Kozierová (1995, in Plevová, 2011, s. 40) rozlišuje tři druhy komunikace, které se uplatňují v klinické praxi:

- sociální (neplánovaná, neformální),
- strukturovaná (plánovaná),
- terapeutická.

Vhodným využitím terapeutické komunikace mohou sestry napomáhat pacientovi při upokožování úzkosti či při vyrovnávání se s nemocí apod. Terapeutická komunikace vyžaduje důvěru mezi sestrou a pacientem a vzájemný respekt, neméně důležité jsou umění klást otázky, umění naslouchat, asertivita, empatie, ale také humor či ticho jako nezbytná součást komunikace (Antai-Otong, 2007, in Plevová, s. 41). Na význam

komunikace poukazuje ve výsledcích svého výzkumu Shipleyová (2010, in Plevová, s. 42). Uvádí, že pacienti si nejvíce přejí, aby jim zdravotníci naslouchali a jako důvod své nespokojenosti uvádí nejčastěji nedostatečnou komunikaci.

Ošetrovatelství a zdravotnictví celkově musí čelit proměnám současné doby - globalizace, rostoucí množství nových poznatků a technologií, zvyšující se požadavky na kvalitu, stárnoucí populace či měnící se požadavky veřejnosti na ošetrovatelskou péči. To vše zvyšuje nároky na výkon profese sestry a vyžaduje flexibilní přístup a schopnost pružně reagovat na změny (Škrla, Škrlová, 2003, s. 237). Titéž autoři (2003, s. 335) dodávají: "Sestry ve vyspělých zemích dnes usilují o image sestry-profesionálky - jedince progresivního, sofistikovaného a asertivního, který se vzdělává a snaží se dosáhnout co nejvyšší úrovně ošetrovatelské péče.

3.5 Zátěžové a rizikové faktory v práci sestry, syndrom vyhoření

Práce ve zdravotnictví je bezsporně náročná profese. Na pracovníky klade vysoké požadavky na výkon a zodpovědnost, vyžaduje soustavné vzdělávání, bývá spojena s emočním a psychickou zátěží a větší mírou stresu (Sikorová, 2011, s. 56).

Zátěžové faktory, které na sestru při práci působí, mohou být různé povahy.

Mezi zátěžové faktory fyzického, biologického, chemického či fyzikálního charakteru můžeme zařadit následující vlivy:

- statické zatížení při stání, při práci u lůžka či asistenci u výkonů,
- zatížení páteře zejména při manipulaci s pacienty,
- riziko infekce,
- riziko kontaktu s toxickými látkami a radioaktivním zářením,
- nedostatek času pro pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu,
- narušení spánkového rytmu při směnném provozu, apod.

(Bartošíková, 2006, s. 11; WHO, 1997a, s. 60; Vévoda a kol., rok neuveden, s. 60-62).

Působení těchto faktorů může dojít k **poškození fyzického zdraví sestry**. Bartošíková uvádí, že ve srovnání s ambulantním provozem má práce u lůžka dokonce výraznější dopady na zdraví a životní styl (Bartošíková, 2006, s. 12). Mimoto může být sestra

ohrožena také **verbálními či fyzickými útoky agresivních pacientů** (Vondráček, Wirthová, 2009, s. 65).

Zátěžovými vlivy v **oblasti psychické, emocionální a sociální** jsou například:

- neustálá pozornost, pečlivé sledování pacientů a přístrojů,
- nároky na paměť,
- nutnost rychlého rozhodování,
- konfrontace s bolestí, utrpením, smrtí, zacházení s intimitou druhého člověka,
- pocity bezmoci ošetřování pacientů v terminálním stadiu onemocnění,
- provádění činností, které normálně vzbuzují odpor, apod.

Významnou zátěž představuje také **odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče**. Sestra může být volána k odpovědnosti v následujících případech:

- Odpovědnost trestně-právní nese sestra, pokud v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče spáchá trestný čin, a to vědomě nebo častěji z nedbalosti. Neznalost je vždy kvalifikována jako nedbalost!
- Občansko-právní odpovědnost je v podstatě odpovědností za škodu, např. majetkovou či za újmu způsobenou na zdraví nebo zásah do osobnostních práv.
- Pracovně-právní odpovědnost vzniká na základě zákoníku práce a smlouvy o pracovním poměru mezi zaměstnancem a zdravotnickým zařízením.
- Disciplinární odpovědnost nese sestra, které je členem stavovské organizace a dopustila se jednání v rozporu se stavovským předpisem.

(Vondráček, Wirthová, 2009, s. 27-30)

Sestry jako zástupkyně tzv. pomáhajících profesí mohou být ohroženy **syndromem vyhoření**. Jedná se o stav především psychického vyčerpání, které je důsledkem chronických stresových pracovních podmínek (Mlčák, 2002, in Bartošíková, 2006, s. 20). Při jeho vzniku se uplatňuje kombinace objektivních podmínek (vysoká pracovní náročnost, emocionální zatížení, intenzivní kontakt s lidmi) a subjektivních příčin (nadměrná očekávání pracovníka). Tento syndrom nejčastěji postihuje motivované lidi, s vysokými cíli a očekáváními, kteří později dospějí k přesvědčení, že

nemohou dostát požadovaným nárokům a že vynaložené úsilí je neadekvátní výslednému efektu nebo ohodnocení (Sikorová, 2011, s. 66-67).

Projevuje se tělesným, psychickým i duševním vyčerpáním. Jedinec pociťuje chronickou únavu, trpí poruchami spánku, depresemi, pocity bezmoci, má negativní postoje vůči své práci, druhým lidem i celému životu (WHO, 1997a, s. 99).

Syndrom vyhoření má dopady také na kvalitu poskytované péče. Vede k dehumanizaci přístupu k pacientům, neboť postižený člověk se pacientům vyhýbá, ztrácí schopnost empatie, chová se chladně a odmítavě (Bartošíková, 2006, s. 28-29).

Prevencí vzniku tohoto syndromu je optimistický přístup k životu, pozitivní vnímání sebe sama, umět relaxovat a odpočívat či osvojit si strategie zvládání stresu. Důležitá je také sociální opora rodiny, přátel či spolupracovníků, osvojení si strategií zvládání stresu (Sikorová, 2011, s. 67).

3.6 Management v ošetrovatelství a práce sestry-manažerky

Management obecně můžeme chápat jako činnost člověka, vědní disciplínu, vlastní vedení organizace či dovednost člověka (Gladkij, 2003, s. 157). Původ slova hledejme v anglickém výrazu "to manage" - řídit, vést (Jakušová, Kilíková, 2008, s. 25). Výstižná je např. Koontzova definice managementu, která říká, že management je proces tvorby a udržování prostředí, ve kterém jednotlivci pracují společně ve skupinách a účinně dosahují vybraných cílů (Koontz, 1961, in Cejthamr, Dědina, 2005, s. 20).

Do současné doby byla vytvořena celá řada odlišných přístupů k teorii organizace a různých koncepcí či modelů managementu (teorie byrokracie, klasické řízení, škola lidských vztahů, teorie X a Y atd.). Žádná z nich není univerzální a zcela vyčerpávající, je však vhodné jejich základním principům porozumět, mohou být totiž dobře aplikovány v oblasti řízení zdravotnictví (Gladkij, 2005, s. 162).

Vzhledem k dynamickému rozvoji ošetrovatelství, nárokům na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a specifikům této oblasti (ošetrovatelství se liší filosofií služeb a nese sociální odpovědnost za zdraví jedinců) nachází také management

ošetřovatelství své uplatnění jako samostatná vědní disciplína (Grohar-Murray, Dicroce, 2003, s.155). Můžeme jej charakterizovat jako soubor ověřených postupů, metod a zkušeností, které používají sestry-manažerky ke zvládnutí činností potřebných k vytvoření optimálních podmínek pro poskytování kvalitních ošetřovatelských služeb (Jakušová, Kilíková, 2008, s. 22). Podpora rozvoje managementu v ošetřovatelství byla vyjádřena v rezoluci WHO v roce 1989, a také na Konferenci ministrů zdravotnictví členských států WHO v roce 2000, kdy byla zdůrazněna potřeba vytvořit sestrám prostor pro rozhodování a řízení na všech úrovních rozvoje ošetřovatelství (Jakušová, Kilíková, 2008, s. 23).

3.6.1 Manažer, jeho povinnosti a úkoly

Manažer je osoba, která na různých úrovních zodpovídá za chod organizace (Pošvář, 2002, s. 8).

Dobrý manažer by měl chápat cíle organizace a uvědomovat si relevantní společenské a organizační faktory. Pravidlo známé jako 4 E klade na manažera požadavky dělat věci účelně, účinně, hospodárně a odpovědně (Koontz, 1993, in Gladkij, 2003, s. 165). Ve zdravotnictví je také kladen větší důraz na etické chování a jednání manažerů (Gladkij, 2003, s. 167).

Kvalita práce manažera má pro organizace značný význam. Nevhodný manažerský přístup a organizační kultura mohou být stresujícím faktorem na pracovišti (Cooper, Cartwright, 1994, in Danna, Griffin, 1999, s. 374). Jiní autoři dále dodávají, že stres na pracovišti, morálka personálu a zmatek vyplývající ze špatného vedení jsou pro organizaci poměrně nákladné (Grohar-Murray, Dicroce, 2003, s. 32).

Podle stupně řízení, na kterém pracuje, se odvíjejí také úkoly manažera:

- vrcholový (top) management zodpovídá za formování dlouhodobé strategie organizace,
- management střední úrovně koordinuje výkon operativních činností,
- management první úrovně (funkční) provádí operativní řízení každodenních činností (Jarošová, 2006, str. 7).

Při své činnosti pak vykonává vedoucí pracovník pět základních manažerských funkcí:

1. Plánování, které spočívá ve formulování vizí a cílů a probíhá na všech úrovních managementu jako strategické, taktické a operativní plánování. V kontextu zdravotnictví spočívá plánování např. v rozhodnutí snížit počty hospitalizovaných pacientů apod. (Gladkij, 2003, s. 168-173).

2. Organizování má podstatu ve zřízení účelné struktury rolí pro lidi, kteří jsou v dané organizaci. Pro účelné poskytování ošetrovatelské péče je nezbytné vybudovat ošetrovatelský tým (sestry s různou kvalifikací, ošetrovatelé, sanitáři), vymezit a rozdělit činnosti, delegovat pravomoci a zodpovědnosti a koordinovat tyto činnosti a pracovníky tak, aby směřovali k vytyčenému cíli (Jarošová, 2006, s. 15-17; Gladkij, 2003, s. 164).

3. Personální činnosti manažera spočívají v řízení a rozvoji lidského potenciálu v organizaci. Zabývá se nábořem a výběrem vhodných pracovníků, přijímáním a zařazováním na určené pracoviště, hodnocením jejich výkonu či odměňováním. Manažer také vytváří plány počtu a struktury zaměstnanců, a to s ohledem na personální strategii organizace, ekonomickou situaci a také specifické profesní podmínky (Jarošová, 2006, s. 22).

4. Vedení je schopnost manažera vést, usměrňovat, motivovat a stimulovat pracovníky k plnění cílů organizace (Jarošová, 2006, s. 23).

5. Kontrolování je nepostradatelnou manažerskou funkcí, která znamená měření a korekce činností, tak aby byl v souladu s plánem (Gladkij, 2003, s. 164) Manažeři kontrolují všechny aspekty procesu řízení, např. pracovníky, dokumentaci, jakost, efektivnost (Jarošová, 2006, s. 32).

3.6.2 Osobnost manažera, jeho vlastnosti a schopnosti

U manažerů více než u ostatních pracovníků záleží na jejich osobnostních charakteristikách, které jsou výsledkem působení vrozených i získaných vlastností osobnosti, vzděláním, zkušenostmi, dovednostmi aj. (Pošvář, 2002, s. 15). Manažer by měl disponovat vysokou odbornou i intelektuální úrovní a také předvídavostí (Jakušová, Kilíková, 2008, s. 32).

Jako tři základní manažerské atributy se uvádí (Cejthamr, Dědina, 2005, s. 48):

- **Technické znalosti**, které se vztahují na použití specifických postupů a dovedností zejména na úrovni kontroly či operativního řízení.
- **Společenské a lidské faktory** projevující se v mezilidských vztazích a související s efektivním řízením a vedením zaměstnanců.
- **Koncepční schopnosti** nezbytné ke komplexnímu náhledu na operace v organizaci jako celku a přijímání rozhodnutí.

S postupem manažera v organizační hierarchii je kladen stále větší důraz na jeho koncepční schopnosti a o to menší důraz na technické znalosti, společenské a lidské faktory však zůstávají stejně důležité na všech stupních managementu.

Předpokladem pro úspěšné vykonávání manažerské profese jsou také spolehlivost, odpovědnost, autonomie, tvořivost, samostatnost, sebedůvěra, ctižádost, sebeovládání, iniciativa, ochota se vzdělávat, obratnost ve společenském styku, empatie, schopnost řídit a budovat týmy a celá řada dalších osobnostních charakteristik (Jakušová, Kilíková, 2008, s. 32; Goleman, 2000, in Gladkij, 2003, s. 189). Tyto obecné lidské vlastnosti a schopnosti bývají souhrnně nazývány emoční inteligence a jsou označovány jako klíčové pro úspěch manažera (H.P. Salovey, J.Mayer, 2008, in Škrlova, Škrlová, 2003, s. 422).

Nezbytnou schopností manažera je také **efektivní komunikace**, která spočívá v aktivním naslouchání, srozumitelném sdělování rozhodnutí či zadávání úkolů (Gladkij, 2003, s. 198). Cílem komunikace je přesvědčit, získat a orientovat pracovníky pro plnění cílů organizace (Pošvář, 2002, s. 142). Kromě této interakce s podřízenými musí manažer účinně komunikovat také s nadřízenými či ostatními vedoucími pracovníky, tzv. laterální komunikace (Grohar-Murray, Dicroce, 2003, s. 67).

V roce 2002 byly publikovány výsledky dotazníkového šetření realizovaného v České republice, které poukázaly na to, jaké vlastnosti a schopnosti očekávají sestry-podřízené od sester-manažerek na všech úrovních. Na první příčce se umístila důvěryhodnost a autorita, dále pak motivační dovednosti, konstruktivní kritičnost, organizační schopnosti, komunikační dovednosti, spolehlivost, přizpůsobivost,

pružnost, intelektové schopnosti, interpersonální dovednosti a další (Jarošová, Lednický, Knopová, 2002, in Gladkij, 2003, s. 165).

3.6.3 Povinnosti a úkoly manažera v oblasti ošetrovatelské péče

Grohar-Murray a Dicroce (2003, s. 156) vymezují obecné povinnosti manažera v oblasti ošetrovatelské péče:

- plnění cílů organizace,
- udržování kvality péče o pacienty v rámci finančních omezení zařízení,
- zvyšování motivace zaměstnanců a pacientů,
- zvyšování schopností podřízených a kolegů přijímat změny,
- budování týmového ducha a zvyšování morálky,
- další profesní rozvoj personálu.

Na řízení ošetrovatelské péče v konkrétním zdravotnickém zařízení se podílejí manažeři 3 úrovně (Jarošová, 2006, s. 9, Jakušová, Kilíková, 2008, s. 28-30):

Náměstek ošetrovatelské péče je vrcholovým manažerem úseku ošetrovatelské péče, podílí se na strategickém plánování a zabezpečování potřebných zdrojů. Zodpovídá za plynulost, soustavnost a dostupnost ošetrovatelské péče v souladu s principy "lege artis". Koordinuje ošetrovatelské postupy a plány péče o pacienta a zabezpečuje aplikaci změn a nových metod v poskytování ošetrovatelské péče. Přímou mu podléhají vrchní sestry jednotlivých klinik a oddělení.

Vrchní sestra je představitelkou managementu střední úrovně. Zodpovídá za celkovou činnost ošetrovatelského personálu kliniky, podílí se např. na finančním a personálním plánování, zajištění odborného růstu pracovníků a na zabezpečení nepřetržitého provozu pracoviště. Transformuje strategické plány vrcholového managementu do každodenní praxe. Je pracovníkem, které má na oddělení nejvíce odborných ošetrovatelských vědomostí a její úlohou je dále vzdělávat členy týmu. Určité kompetence deleguje na jí podřízené články - staniční či úsekové sestry.

Staniční (úseková) sestra vykonává manažerské funkce na úrovni liniového managementu a vede ošetrovatelský tým na dané jednotce. Členy týmu pověřuje úkoly, dohlíží na kvalitu jejich činností a vyhodnocuje ji.

Je nezbytné podotknout, že v praxi existují bariéry, které mohou ovlivnit úspěšné vykonávání manažerských činností v ošetrovatelství. Jakušová a Kilíková (2008, s. 46) mezi ně řadí:

- omezené zdroje (nedostatek financí, potřeba kvalitního personálu),
- zákonné předpisy,
- absence dohody s odborovými svazy,
- technologická omezení např. ve smyslu absence informačního systému,
- předpisy a postupy zdravotnického zařízení (např. mzdový předpis organizace).

Při řízení zdravotní péče se objevuje mnoho **etických konfliktů**. Ivanová uvádí jako největší etické dilema právě problém alokace omezených zdrojů (množství poznatků narůstající geometrickou řadou vs. omezené ekonomické zdroje), etické problémy mohou vznikat také při konfliktu střetu povinnosti vůči pacientům s povinnostmi k instituci, ve vztahu zaměstnavatel - zaměstnanec či s v souvislosti s etickým chováním ve vědě a výzkumu (Ivanová, 2006, s. 56, 72, 79). V této souvislosti také Baglioni, Cooper a Hingley (1990, in Danna, Griffin, 1999, s. 373) ve své studii zaměřené na sestry - manažerky definovali konflikt mezi manažerskými cíli a cíli souvisejícími péčí o pacienty jako potencionální zdroj stresu.

3.7 Výzkum kvality života u všeobecných sester

Zdravotnictví je významným "zaměstnavatelem, neboť zaměstnává přibližně 10 % všech pracovníků v celé Evropské unii (Vévoda a kol., rok neuveden, s. 7), přičemž zdravotní sestry jsou nejpočetnější skupinou. Zcela přirozeně se pak také stávají častým objektem výzkumných studií, které sledují různé charakteristiky povolání všeobecné sestry. Frekventovanými tématy studií jsou například pracovní zátěž fyzického i psychického charakteru, spokojenost se spánkem, působení stresu, syndrom vyhoření či hodnocení pracovní spokojenosti.

V dostupných literárních zdrojích můžeme nalézt řadu studií, které se zabývají obecnou kvalitou života všeobecných sester. Je nutno podotknout, že existuje značná variabilita v metodice studií, převším vzhledem k volbě různých nástrojů ke zjišťování

kvality života (přehled nejčastěji užívaných dotazníků k hodnocení kvality života je uveden v kapitole 1.5.2 Vybrané nástroje měření, s. 21).

V roce 2012 byla publikována studie, která pomocí dotazníku WHOQOL-BREF hodnotila kvalitu života u vzorku 850 všeobecných sester. Uvádí statisticky významnou závislost mezi prací ve směnném provozu a hodnocením kvality života v doménách Prostředí, Fyzické zdraví a Sociální vztahy. Avšak nebyla prokázána závislost mezi hodnocením kvality života a pohlaví, délkou praxe či skupinou pacientů, o kterou sestry pečovaly. Nejvyššího skóre bylo dosaženo v případě domény Fyzické zdraví, naopak nejnižšího hodnocení dosáhla doména Prostředí (Aalaa, 2012, s. 57). Oblast Fyzického zdraví byla také nejlépe hodnocenou doménou ve studii Fallahee et al (2007, in Aalaa, s. 60), přičemž nejnižší skóre zde bylo zaznamenáno v případě hodnocení možnosti věnovat se svým zálibám (tato položka patří do domény Prostředí). Další studie, která pomocí dotazníku WHOQOL-BREF hodnotila kvalitu života 266 sester v soukromé nemocnici v Brazílii, dospěla k odlišným zjištěním. V doménách Fyzické zdraví a Prostředí bylo zaznamenáno nejnižší skóre. Je dáváno do souvislosti s konkrétním pracovním prostředím, mírou autonomie v pracovní hierarchii, kontaktem fyzickou či duševní zranitelností pacientů a také vysokým fyzickými nároky této profese (Rios, 2010, s. 415).

Thaiwanská studie mezi 435 všeobecnými sestrami prokázala signifikantně horší hodnocení kvality života ve srovnání s běžnou thaiwanskou populací žen. Statisticky významná byla také korelace kvality spánku a hodnocení kvality života. Zvoleným dotazníkem byl v tomto případě rovněž WHOQOL-BREF (Shao et al, 2010, s. 1565). Jiná studie poukazuje na pozitivní korelaci mezi kvalitou života všeobecných sester a pracovní spokojeností (Güler et al, 2003, s. 151).

Dotazník SF-36 byl použit k hodnocení kvality života v průřezové studii mezi zdravotnickými pracovníky v Itálii, kam byli kromě všeobecných sester zařazeni také lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci. Srovnání hodnocení kvality života zdravotníků a všeobecné italské populace poukázalo na lepší hodnocení kvality života zdravotníky v oblastech celkového zdraví, fyzické činnosti, omezení pro fyzické činnosti, tělesné bolesti a duševního zdraví. Nižšího skóre pak zdravotníci dosáhli v doménách vitalita, sociální funkce a omezení pro emoční problémy. Celkovou kvalitu života v této studii hodnotily všeobecné sestry hůře ve srovnání s lékaři (Kheiraoui et al, 2012,

s. 624-629). Tentýž dotazník SF-36 sloužil k hodnocení kvality života u všeobecných sester v brazilské nemocnici. Nejnižší skóre hodnocení kvality života bylo zaznamenáno v oblasti vitality, tělesné bolesti a duševního zdraví (Silva, 2010, s. 718).

Gurková a kol. (2012, s. 95, s. 105) doporučuje pro hodnocení subjektivní kvality života všeobecných sester českou a slovenskou verzi dotazníku Personal Wellbeing Index (PWI), neboť jimi provedená studie prokázala dobré psychometrické vlastnosti tohoto nástroje.

Pozornost je věnována také oblasti hodnocení kvality pracovního života. Van Laar a kol. (Van Laar et al, 2007, s. 325-332) publikovali v roce 2007 článek, v němž prezentují dotazník zaměřený na hodnocení kvality pracovního života přímo u zdravotnických pracovníků. Tento nástroj navrhuje jako vhodný a efektivní pro praktické použití. Na téma kvality pracovního života všeobecných sester publikovala několik studií také Beth A. Brooks. Její výsledky poukazují například na příliš vysoké pracovní vytížení a nedostatek času k řádnému vykonávání pracovních úkolů (Brooks, Anderson, 2004, s. 269). Výzkum se zabývá také otázkou pracovní spokojenosti všeobecných sester, příkladem mohou publikované studie Bártlové (2006), Curtise (2007), Daehlén (2008), Nákladalové a kol. (2011) a dalších autorů.

4 KVALITA ŽIVOTA VŠEOBECNÝCH SESTER

4.1 Formulace problému

Profese zdravotní sestry je bezesporu náročným povoláním. Klade vysoké požadavky jak na odborné znalosti a dovednosti, je náročné také psychicky, fyzicky či emočně a obnáší četná specifika vyplývající právě z oblasti poskytování ošetrovatelské péče a péče o nemocné. Práce na manažerské pozici přináší odlišné úkoly zaměřené na koordinaci a řízení činností týmu na různé úrovni, znamená také rozšíření pravomocí a odpovědnosti. Výzkumu kvality života je v současné době věnována stále větší pozornost a její zhodnocení právě u zdravotních sester a sester manažerek může přinést cenné poznatky o těchto skupinách pracovníků. Protože práce je nezbytnou součástí našeho života, lze předpokládat, že může mít vliv na jeho celkově vnímanou kvalitu.

4.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem práce bylo zjistit a následně porovnat hodnocení kvality života u sester pracujících na řadových (běžných) pozicích a u sester pracujících na vedoucích pozicích (sester-manažerek).

Dílčí cíle:

- Zjistit, zda se bude hodnocení kvality života všeobecných sester lišit dle jejich věku.
- Zjistit, zda hodnocení kvality života všeobecných sester bude rozdílné v závislosti na dosaženém vzdělání.
- Zjistit, zda se hodnocení kvality života všeobecných sester bude lišit v závislosti na délce praxe.
- Zjistit, zda hodnocení kvality života všeobecných sester bude rozdílné v jednotlivých zdravotnických zařízeních.

- Zjistit, zda hodnocení kvality života všeobecných sester bude rozdílné v závislosti na jejich spokojenosti s finančním ohodnocením.
- Zjistit, zda hodnocení spokojenosti se spánkem u všeobecných sester bude rozdílné v závislosti na tom, zda pracují či nepracují ve směnném provozu.

4.3 Hypotézy

H₀₁: Hodnocení kvality života se nebude lišit u sester pracujících na řadových pozicích a u sester pracujících na vedoucích pozicích.

H₀₂: Hodnocení kvality života všeobecných sester se nebude lišit v závislosti na jejich věku.

H₀₃: Hodnocení kvality života všeobecných sester nebude rozdílné v závislosti na dosaženém vzdělání.

H₀₄: Hodnocení kvality života všeobecných sester nebude rozdílné v závislosti na délce praxe.

H₀₅: Hodnocení kvality života všeobecných sester nebude rozdílné v jednotlivých zdravotnických zařízeních.

H₀₆: Hodnocení kvality života nebude rozdílné v závislosti na spokojenosti či nespokojenosti sester s finančním ohodnocením

H₀₇: Hodnocení spokojenosti se spánkem nebude záviset na faktu, zda sestry pracují na směny.

4.4 Charakteristika souboru

K získání výběrového souboru byla použita metoda prostého náhodného výběru (podrobněji rozebráno v kapitole 4.6 Organizace výzkumu, s. 51). Do výzkumného souboru byly zařazeny všeobecné sestry, které v období od 1.1.2013 do 31.1.2013 vyplnily a odevzdaly dotazník kvality života a které splňovaly následující kritéria:

- byly zaměstnanci jednoho ze čtyř vybraných zdravotnických zařízení,
- získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry dle §5 zákona č. 105/2011 Sb.,
- v době sběru dat vykonávaly povolání všeobecné sestry nebo pracovaly na vedoucích pozicích jako staniční, vrchní či hlavní sestra,
- byly ochotny spolupracovat,
- vyjádřily ústní souhlas se zpracováním dat.

Vzhledem k výše uvedeným kritériím byl konečný soubor tvořen 295 všeobecnými sestrami. 249 (84,4 %) sester pracovalo na řadových pozicích, 46 (15,6 %) sester pracovalo ve vedoucích pozicích jako staniční, vrchní či hlavní sestra.

4.5 Metoda sběru dat

Vlastní sběr dat byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření. **Úvodní část dotazníku** obsahuje informace o jeho účelu a také zdůrazňuje, že vyplnění dotazníku je dobrovolné a zcela anonymní. Dále je dotazník rozčleněn na 2 části, každá z nich zahrnuje instrukce pro vyplnění. **První část** zjišťuje demografické a doplňující údaje, **druhou část** představuje česká verze standardizovaného dotazníku **WHOQOL-BREF**. Na **závěr dotazníku** pak nesmí chybět poděkování za jeho vyplnění. Dotazník je uveden v Příloze 1 na s. 101-105.

Zmíněný dotazník WHOQOL-BREF byl vyvinut Světovou zdravotnickou organizací (WHOQOL 1998, in Dragomírecká, Bartoňová, 2006b, s. 17) a je považován za všeobecně zaměřený nástroj, který je dobře aplikovatelný u běžné populace (Dragomírecká, Bartoňová, 2006b, s. 28). Dotazník lze rovněž použít v různých oblastech (lékařská péče, výzkum, audit, politická činnost) či odlišných kulturních podmínkách. Rovněž zajišťuje srovnatelnost výsledků výzkumu v různých zemích (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 67). Psychometrické vlastnosti instrumentu WHOQOL-BREF byly ověřovány české populace ve věku 18-65 let a je tedy

vhodným nástrojem pro použití v těchto podmínkách (Dragomirecká, Bartoňová, 2006a, s. 144).

Dotazník WHOQOL-BREF představuje krátkou verzi WHOQOL-100 a je vhodnější pro výzkumnou praxi než původní stopoložkový dotazník. WHOQOL-BREF sestává z **26 položek**.

První **dvě položky** jsou samostatným hodnocením kvality života (otázka č. 1) a spokojenosti se zdravím (otázka č. 2).

Dalších **24 položek** je pak sdruženo do **4 domén**: Fyzické zdraví, Prožívání (psychologická oblast), Sociální vztahy a Prostředí.

Doména **Fyzické zdraví** obsahuje otázky týkající se bolesti, nepříjemných pocitů, závislosti na lékařské péči, energie a únavy, pohyblivosti, spánku, každodenních činností a pracovního výkonu (otázky č. 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18).

Druhá doména, **Prožívání neboli psychické zdraví** sdružuje otázky zaměřené na potěšení ze života, smysl života, soustředění, přijetí vlastního vzhledu, spokojenosti se sebou a na negativní pocity (otázky č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26).

Oblast **sociálních vztahů** pokrývá třetí doména, která zjišťuje, jaké jsou osobní vztahy, sexuální život, podpora přátel a osobní bezpečí (otázky č. 8, 20, 21 a 22).

Poslední, čtvrtá doména, se věnuje problematice **Prostředí**. Otázky zde obsažené se týkají životního prostředí, finanční situace, přístupu k informacím, dále jsou otázky zaměřeny na záliby, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní péče a na dopravu (otázky č. 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25).

(Skevington, Lofty, O'Connell, 2004, s. 301-307; Dragomirecká, Bartoňová, 2006b, s. 17).

Hodnocení jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF probíhalo na pětibodových Likertových škálách, které vyjadřují:

- hodnocení - v rozsahu velmi špatné – velmi dobré,
- množství - v rozsahu vůbec ne – maximálně,
- rozsah - v rozsahu vůbec ne – zcela,
- spokojenost - v rozsahu velmi nespokojen/a - velmi spokojen/a,
- četnost - v rozsahu nikdy – neustále (Dragomirecká, Bartoňová, 2006b, s. 17).

4.6 Organizace výzkumu

Nejprve bylo náhodně vybráno 8 zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji, které poskytují lůžkovou péči (akutní, následnou či dlouhodobou). Vedení těchto zařízení pak bylo seznámeno s realizovaným výzkumem a požádáno o spolupráci. Souhlas s výzkumným šetřením a ochotu spolupracovat vyjádřila vedení čtyř zařízení, jejichž písemný souhlas je součástí příloh (viz Příloha 2-5, s. 106-109). Výzkum byl tedy realizován v těchto čtyřech zdravotnických zařízení Moravskoslezského kraje:

- Slezská nemocnice v Opavě, p.o.,
- Psychiatrická léčebna v Opavě, p.o.,
- Nemocnice Nový Jičín, a.s.,
- Vítkovická nemocnice, a.s.

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, popřípadě vrchní či staniční sestry, byly seznámeny s metodikou výzkumu a předávaly dotazník všeobecným sestrám pracujícím na příslušném oddělení, které byly ochotny účastnit se výzkumu. Vyplněný dotazník pak předaly zpět vrchní či hlavní sestře. O vyplnění dotazníku byly požádány rovněž přímo náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, vrchní a staniční sestry.

Sběr dat probíhal v období od 1.1.2013 do 31.1.2013. Do 4 zdravotnických zařízení bylo předáno celkem 600 dotazníků. Zpět jich bylo shromážděno 373 a návratnost činila 62,2 %. Do výzkumu nebylo zahrnuto 70 dotazníků (11,7 %), které vyplnili zaměstnanci jiné kvalifikace než všeobecná sestra, a dále bylo vyřazeno také 8 dotazníků (1,3 %) z důvodu neúplného vyplnění. Celkový počet hodnotitelných dotazníků byl tedy 295 (49,2 %), přičemž všeobecné sestry pracující na řadových pozicích jich vyplnily 249 (41,5 %) a sestry pracující na vedoucích pozicích pak odevzdaly 46 (7,7 %) kompletně vyplněných dotazníků.

4.7 Zpracování dat

Získaná data byla vkládána do programu Microsoft Office Excel. Demografické a doplňující otázky byly zpracovány do frekvenčních tabulek s uvedením absolutních

a relativních četností. Data dotazníku WHOQOL-BREF byla zpracována pomocí Příručky pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace autorek Dragomirecké a Bartoňové (2006b).

Pro ověřování platnosti hypotéz a vyhodnocení dat byly použity transformované hodnoty skóre. Pro každou doménu byla vypočítána průměrná hodnota za všechny otázky patřící do této domény a výsledná hodnota průměru byla vynásobena číslem 4. Tato transformace se používá k převodu skóre domén na škálu od 4 do 20 a umožňuje tak porovnání jednotlivých domén kvality života mezi sebou.

K vyhodnocení dat byla použita popisná statistika - medián, minimální a maximální hodnota, aritmetický průměr. K ověření platnosti hypotéz byl použit Fisherův přesný test na kontingenční tabulce (v případě četností 5 a méně) a neparametrické metody Mann-Whitney U-test a Kruskal-Wallisův test. Závislost mezi sledovanými znaky byla vyhodnocena pomocí neparametrické Spearmanovy korelační analýzy. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 %.

Ke statistickému zpracování dat byly využity programy SPSS verze 15 a Microsoft Office Excel.

4.8 Výsledky

4.8.1 Charakteristika souboru

V tabulkách č. 3 až č. 10 je uvedena absolutní (n) a relativní četnost (%).

Pracovní zařazení respondentů

Výzkumný soubor tvořilo celkem 295 všeobecných sester, z nichž 249 (84,4 %) pracovalo na řadových pozicích a 46 (15,6 %) ve vedoucích pozicích jako náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, vrchní, či staniční sestra (viz tab. č. 3).

Tabulka č. 3 - Pracovní zařazení respondentů

Pracovní zařazení	n	%
Všeobecná sestra na řadové pozici	249	84,4 %
Všeobecná sestra na manažerské pozici	46	15,6 %
Celkem	295	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Pracoviště respondentů

Výzkumný soubor byl vytvořen ze zaměstnanců 4 zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji, poskytujících lůžkovou i ambulantní péči. Oddělení, na kterém sestry pracovaly, nebylo při distribuci dotazníků nijak selektováno ani omezeno. Zastoupení jednotlivých zařízení bylo poměrně rovnoměrné, v rozmezí od 21,7 % do 29,5 % (viz. tab. č. 4). Jednotlivá zdravotnická zařízení přibližuje následující stručná charakteristika.

Nemocnice Nový Jičín, a.s. je součástí skupiny Agel a.s., zřizovatelem je tedy soukromá právnická osoba. Poskytuje zdravotnickou péči v 13 ambulantních a 17 lůžkových oborech pro spádovou oblast 170 tisíc obyvatel. Pracuje zde 860 zaměstnanců a nemocnice disponuje 420 lůžky.

Vítkovická nemocnice, a.s. je rovněž zdravotnickým zařízením skupiny Agel a.s., poskytující komplexní zdravotnickou péči především v oblasti Ostravy- Vítkovic a Zábřehu. Zdravotnická péče je zajišťována v 11 lůžkových a 16 ambulantních oborech, přičemž lůžkový fond je tvořen 360 lůžky. Aktuální počet zaměstnanců je 792, z toho 315 všeobecných sester.

Slezská nemocnice v Opavě, p.o., je zřizována Moravskoslezským krajem. Toto zařízení poskytuje odbornou péči rozsáhlou lůžkovou i ambulantní složkou (celkem 25 oborů) a disponuje zhruba 650 lůžky. Na zajištění provozu nemocnice se podílí přibližně 1200 zaměstnanců.

Psychiatrická léčebna v Opavě, p.o., je odborným léčebným ústavem, jehož zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České Republiky. Zabývá se diagnostikou a léčbou duševních chorob a alkoholových a drogových závislostí. Zajišťuje poskytování komplexní psychiatrické péče ve spádovém území Moravskoslezského

kraje pro cca 1,3 milionu obyvatel. Léčebna má přibližně 900 lůžek, ročně se zde léčí až 6500 pacientů a zaměstnává celkem 820 zaměstnanců.

Tabulka č. 4 - Pracoviště respondentů

Pracoviště respondentů	Řadové sestry		Sestry - manažerky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Nemocnice Nový Jičín, a.s.	58	19,7 %	6	2,0 %	64	21,7 %
Vítkovická nemocnice, a.s.	60	20,3 %	12	4,1 %	72	24,4 %
Psychiatrická léčebna v Opavě, p.o	72	24,4 %	15	5,1 %	87	29,5 %
Slezská nemocnice v Opavě, p.o.	59	20,0 %	13	4,4 %	72	24,4 %
Celkem	249	84,4 %	46	15,6 %	295	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Pohlaví respondentů

Jak ukazuje tabulka č. 5 tvořily převážnou většinu respondentů ženy (94,9 %), což je dáno vysokým zastoupením žen v této profesi. Žádný muž nepracoval ve vedoucí pozici.

Tabulka č. 5 - Pohlaví respondentů

Pohlaví	Řadové sestry		Sestry - manažerky		Celkem	
	n	%	n	%	N	%
Muž	15	5,1 %	0	0,0 %	15	5,1 %
Žena	234	79,3 %	46	15,6 %	280	94,9 %
Celkem	249	84,4 %	46	15,6 %	295	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Věk respondentů

Respondenti ve výzkumném souboru byli rozděleni do tří skupin podle věku. K rozdělení byly použity věkové intervaly dle Dragomirecké (Dragomirecká,

Bartoňová, 2006b, s. 43): 18-29 let, 30-44 let a 45 let a výše. Četnosti zastoupení jednotlivých skupin znázorňuje tabulka č. 6. Největší četnost zastoupení v obou sledovaných skupinách měla věková kategorie 30-44 let, ve skupině sester-manažerek nebyla vůbec zastoupena věková kategorie 18-29 let.

Tabulka č. 6 - Věk respondentů

Věk	Řadové sestry		Sestry - manažerky		Celkem	
	n	%	n	%	N	%
18-29 let	54	18,3 %	0	0,0 %	54	18,3 %
30-44 let	135	45,8 %	24	8,1 %	159	53,9 %
45 let a více	60	20,3 %	22	7,5 %	82	27,8 %
Celkem	249	84,4 %	46	15,6 %	295	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Vzdělání respondentů

Z tabulky č. 7 je patrné, že skupinou nejsilněji zastoupenou ve výzkumném souboru byly sestry se středoškolským vzděláním (69,8 %), a to jak mezi sestrami pracujícími na řadových pozicích, tak i sestrami na pozicích manažerských.

Tabulka č. 7 - Vzdělání respondentů

Vzdělání	Řadové sestry		Sestry - manažerky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Středoškolské s maturitou	178	60,3 %	28	9,5 %	206	69,8 %
Vyšší odborné - diplomovaný specialista	34	11,5 %	8	2,7 %	42	14,2 %
Vysokoškolské - bakalářské	31	10,5 %	8	2,7 %	39	13,2 %
Vysokoškolské - magisterské	6	2,0 %	2	0,7 %	8	2,7 %
Celkem	249	84,4 %	46	15,6 %	295	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Délka praxe respondentů

Respondenti byli také dotazováni na délku praxe v letech. Jelikož byla při vyhodnocení použita korelační analýza, nebylo nutné provádět kategorizaci. Následující tabulka č. 8 ukazuje minimální a maximální délku praxe v letech a průměrnou hodnotu v obou skupinách.

Tabulka č. 8 - Délka praxe respondentů

Délka praxe (v letech)	Řadové sestry	Sestry - manažerky	Celkový soubor
	n = 249	n = 46	n = 295
Minimální hodnota	1	8	1
Maximální hodnota	49	40	49
Průměrná délka praxe	17,0	26,0	18,4

Zdroj: Vlastní výzkum

Rozvržení pracovní doby respondentů

Nejčastějším způsobem rozvržení pracovní doby byl dvousměnný provoz, a to jak ve skupině řadových sester (53,8 %), tak i v celém souboru (45,4 %). Naopak sestry-manažerky pracují naprosté většině v provozu jednosměnném.

Tabulka č. 9 - Rozvržení pracovní doby respondentů

Rozvržení pracovní doby	Řadové sestry		Sestry - manažerky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Jednosměnný provoz	69	23,4 %	45	15,3 %	114	38,6 %
Dvousměnný provoz	134	45,4 %	0	0,0 %	134	45,4 %
Třisměnný provoz	46	15,6 %	1	0,3 %	47	15,9 %
Celkem	249	84,4 %	46	15,6 %	295	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Spokojenost respondentů s jejich finančním ohodnocením

Na otázku, zda jsou spokojeni se svým finančním ohodnocením, odpovědělo 65,8 % respondentů negativně. Zatímco ve skupině řadových sester také převažuje nespokojenost s platem, ve skupině sester-manažerek je toto rozdělení spokojen/nespokojen rovnoměrné.

Tabulka č. 10 - Spokojenost respondentů s finančním ohodnocením

Spokojenost s fin.ohodnocením	Řadové sestry		Sestry - manažerky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Nespokojen	172	58,3 %	22	7,5 %	194	65,8 %
Spokojen	77	26,1 %	24	8,1 %	101	34,2 %
Celkem	249	84,4 %	46	15,6 %	295	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

4.8.2 Výsledky jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF

Tabulky č. 11 a č. 12 uvádějí výsledky jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF pro obě sledované skupiny sester. Každá ze zmíněných tabulek uvádí absolutní četnost (n), průměrné hodnoty jednotlivých položek dotazníku, dále výběrovou směrodatnou odchylku (STD), nejnížší (min) a nejvyšší (max) uvedené hodnoty. Jednotlivé položky dotazníku jsou zde rozčleněny do 4 domén a 2 samostatných položek.

Souhrnně jsou pak výsledky dotazníku WHOQOL-BREF vyjádřeny jako čtyři doménové skóry, jež představují průměrný hrubý skór spočtený z příslušných položek. Rozpětí škály u doménových skór je 4 až 20. Dvě samostatné položky pak mají rozpětí škály 1 až 5 (Dragomirecká, Bartoňová, 2006a, s. 145). V obou případech znamená vyšší skóre znamená lepší kvalitu života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006b, s. 42). Otázky zaměřené na bolest a nepohodlí (otázka č. 3), závislost na lékařské péči (otázka č. 4) a negativní pocity v životě (otázka č. 26) mají obrácenou škálu hodnocení a jsou

dále označeny *. Ty musely být překódovány tak, aby vyšší skóre odpovídalo lepší kvalitě života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006b, s. 17).

Ve skupině **sester pracujících na řadových (běžných) pozicích** byla nejhůře hodnocena otázka týkající se finanční situace (otázka č. 12). Jak ukazuje tabulka č. 11, dosahuje její průměrná hodnota 2,73; což odpovídá slovnímu hodnocení "spíše ne" nebo "středně". Naopak nejlépe hodnocenou položkou dotazníku byla otázka č. 4 dotazující se na závislost na lékařské péči. Průměrné skóre této otázky (4,42) se nachází na pomyslném rozhraní slovního hodnocení hodně a maximálně. Lze tedy usuzovat, že tato skupina sester potřebuje lékařskou péči ke každodennímu fungování trochu anebo vůbec.

Tabulka č. 11 - Výsledky položek dotazníku WHOQOL-BREF pro skupinu sester pracujících na řadových pozicích

	Položky a domény	n	Průměr	STD	Min.	Max.
Q1	Kvalita života	249	3,81	0,62	1	5
Q2	Spokojenost se zdravím	249	3,66	0,76	1	5
Doména 1 Fyzické zdraví						
Q3	Bolest a nepohodlí	249	3,95	1,00	1	5
Q4	Závislost na lékařské péči	249	4,42	0,72	2	5
Q10	Energie a únava	249	3,49	0,79	1	5
Q15	Pohyblivost	249	4,30	0,68	2	5
Q16	Spokojenost se spánkem	249	3,55	1,02	1	5
Q17	Spokojenost s prováděním každodenních činností	249	3,81	0,69	2	5
Q18	Spokojenost s pracovním výkonem	249	3,89	0,64	2	5
Doména 2 Prožívání						
Q5	Potěšení ze života	249	3,80	0,84	1	5
Q6	Smysl života	249	3,98	0,88	1	5
Q7	Soustředěnost	249	3,70	0,77	2	5
Q11	Akceptace tělesného vzhledu	249	3,75	0,84	1	5
Q19	Spokojenost se sebou samým	249	3,62	0,75	1	5

Pokračování Tabulka č. 11

	Položky a domény	n	Průměr	STD	Min.	Max.
	Doména 2 Prožívání					
Q26	Negativní pocity v životě	249	3,39	0,85	1	5
	Doména 3 Sociální vztahy					
Q20	Spokojenost s osobními vztahy	249	3,84	0,98	1	5
Q21	Spokojenost se sexuálním životem	249	3,88	0,98	1	5
Q22	Spokojenost s podporou přátel	249	4,02	0,70	1	5
Q8	Pocit bezpečí v životě	249	3,34	0,73	1	5
	Doména 4 Prostředí					
Q9	Kvalitní životní prostředí	249	2,76	0,95	1	5
Q12	Finanční situace	249	2,73	0,95	1	5
Q13	Přístup k informacím	249	3,79	0,78	1	5
Q14	Možnost věnovat se zálibám	249	3,20	0,98	1	5
Q23	Spokojenost s prostředím v okolí bydliště	249	3,66	0,81	1	5
Q24	Spokojenost s dostupností zdravotní péče	249	3,69	0,79	1	5
Q25	Spokojenost s dopravou	249	3,53	0,92	1	5

Zdroj: Vlastní výzkum

Jak uvádí tabulka č. 12, byla také ve skupině sester - manažerek nejlépe hodnocena otázka č. 4 týkající se závislosti na lékařské péči. Průměrné dosažené skóre zde bylo mírně vyšší, a sice 4,57. Z hodnocení tedy plyne, že sestry - manažerky vůbec či spíše nepotřebují lékařskou péči pro fungování v každodenním životě. Nejhuře hodnocenou položkou v této skupině pak byla spokojenost s prostředím, v němž žijí (otázka č. 9). Průměrné skóre 3,09 odpovídá slovnímu hodnocení "středně spokojen".

Tabulka č. 12 - Výsledky položek dotazníku WHOQOL-BREF pro skupinu sester pracujících ve vedoucích pozicích

	Položky a domény	n	Průměr	STD	Min.	Max.
Q1	Kvalita života	46	3,96	0,59	3	5
Q2	Spokojenost se zdravím	46	3,83	0,61	2	5
	Doména 1 Fyzické zdraví					
Q3	Bolest a nepohodlí	46	4,22	0,63	3	5
Q4	Závislost na lékařské péči	46	4,57	0,62	3	5
Q10	Energie a únava	46	3,59	0,80	2	5
Q15	Pohyblivost	46	4,41	0,62	3	5
Q16	Spokojenost se spánkem	46	3,61	0,91	2	5
Q17	Spokojenost s prováděním každodenních činností	46	3,91	0,51	3	5
Q18	Spokojenost s pracovním výkonem	46	4,00	0,47	3	5
	Doména 2 Prožívání					
Q5	Potěšení ze života	46	4,02	0,71	3	5
Q6	Smysl života	46	4,17	0,74	3	5
Q7	Soustředěnost	46	3,80	0,72	3	5
Q11	Akceptace tělesného vzhledu	46	3,65	0,77	2	5
Q19	Spokojenost se sebou samým	46	3,74	0,61	3	5
Q26	Negativní pocity v životě	46	3,43	0,81	2	5
	Doména 3 Sociální vztahy					
Q20	Spokojenost s osobními vztahy	46	3,91	0,81	1	5
Q21	Spokojenost se sexuálním životem	46	3,70	0,99	1	5
Q22	Spokojenost s podporou přátel	46	4,00	0,60	1	5
Q8	Pocit bezpečí v životě	46	3,63	0,64	2	5
	Doména 4 Prostředí					
Q9	Kvalitní životní prostředí	46	3,09	0,86	1	5
Q12	Finanční situace	46	3,13	0,91	1	5
Q13	Přístup k informacím	46	3,93	0,68	2	5
Q14	Možnost věnovat se zálibám	46	3,46	0,91	2	5

Pokračování Tabula č. 12

	Položky a domény	n	Průměr	STD	Min.	Max.
	Doména 4 Prostředí					
Q23	Spokojenost s prostředím v okolí bydliště	46	3,67	0,90	2	5
Q24	Spokojenost s dostupností zdravotní péče	46	3,59	0,65	2	5
Q25	Spokojenost s dopravou	46	3,76	0,67	2	5

Zdroj: Vlastní výzkum

4.8.3 Výsledky statistického testování

Vzhledem k nenormálnímu rozdělení dat byly k testování hypotéz použity neparametrické metody. Statistické testy byly hodnoceny na hladině významnosti 5 %.

H₀₁: Hodnocení kvality života se nebude lišit u sester pracujících na běžných pozicích a u sester pracujících na vedoucích pozicích.

Platnost hypotézy H₀₁ byla ověřena, pro jednotlivé domény kvality života, pomocí Mann-Whitney U testu. Pro hodnocení kvality života sestrami v samostatné otázce č. 1 „Jak byste hodnotil(a) kvalitu svého života?“ a pro hodnocení spokojenosti se zdravím v otázce č. 2 „Jak jste spokojen(a) se svým zdravím?“, byl použit Fisherův přesný test na kontingenční tabulce. Neparametrický Mann-Whitney U test byl použit vzhledem k nenormálnímu rozdělení hodnot skóre v jednotlivých doménách kvality života. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk.

Závěr:

Hypotézu **H₀₁ zamítáme** pro Doménu 4 – Prostředí. Mann-Whitney U-test prokázal, že sestry, které pracují na manažerských pozicích, hodnotí lépe kvalitu života v doméně Prostředí než sestry pracující na běžných pozicích. Hodnota signifikance Mann-Whitney U testu $p = 0,031 (< 0,05)$.

V hodnocení kvality života v ostatních doménách a při porovnání odpovědí na samostatné otázky č. 1 a č. 2 dotazníku WHOQOL-BREF nebyl prokázán mezi

sestrami pracujícími na manažerských pozicích a sestrami pracujícími na řadových pozicích statisticky významný rozdíl.

Následující tabulka č. 13 udává pro každou doménu kvality života medián skóre, minimální a maximální hodnotu skóre a průměrnou hodnotu skóre zvlášť pro skupinu sester pracujících na běžných pozicích a skupinu sester pracujících na manažerských pozicích. Pro samostatné otázky č. 1 a č. 2 je uvedeno rozdělení četností odpovědí. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Mann-Whitney U testu, pro otázky č. 1 a č. 2 je uvedena hodnota signifikance Fisherova přesného testu. Hodnota signifikance menší než 0,05 je vyznačena tučně a znamená, že byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi porovnávanými skupinami sester.

Tabulka č. 13- Srovnání hodnocení kvality života mezi sestrami pracujícími na řadových pozicích a sestrami pracujícími na vedoucích pozicích

	Sestry pracující na běžných pozicích (n = 249)	Sestry pracující na manažerských pozicích (n = 46)	p
Doména 1 - <i>Fyzické zdraví</i>	16,0 (9,1-20,0) 15,6	16,3 (12,6-19,4) 16,2	0,157
Doména 2 - <i>Prožívání</i>	13,3 (9,3-16,7) 13,0	13,3 (11,3-15,3) 13,1	0,758
Doména 3 - <i>Sociální vztahy</i>	16,0 (6,7-20,0) 15,7	16,0 (10,7-20,0) 15,5	0,439
Doména 4 - <i>Prostředí</i>	13,5 (6,0-17,5) 13,4	14,0 (10,5-20,0) 14,1	0,031
Ot.1			
Velmi špatná / špatná	5 (2,0 %)	0	0,754
Ani dobrá ani špatná	58 (23,3 %)	9 (19,6 %)	
Dobrá / velmi dobrá	186 (74,7 %)	37 (80,4 %)	
Ot.2			
Velmi nespokojen(a)/ nespokojen	22 (8,8%)	1 (2,2%)	0,278
Ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	58 (23,3%)	10 (21,7%)	
Spokojen(a) /velmi spokojen(a)	169 (67,9%)	35 (76,1%)	

* Domény č. 1 - 4: medián (mix - max) průměr

** Otázky č. 1 a č. 2: absolutní četnost(relativní četnost)

Zdroj: Vlastní výzkum

H₀₂: Hodnocení kvality života všeobecných sester se nebude lišit v závislosti na jejich věku.

Pro účely testování této dílčí hypotézy byly sestry byly rozděleny do tří skupin podle věku, s intervaly 18-29 let, 30-44 let, 45 let a výše. Platnost hypotézy H₀₂ pro jednotlivé domény kvality života byla ověřena pomocí Kruskal-Wallisova testu. Neparametrický test byl použit vzhledem k nenormálnímu rozdělení hodnot skóre. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk. Pro hodnocení kvality života sestrami v samostatné otázce č. 1 „Jak byste hodnotil(a) kvalitu svého života?“ a pro hodnocení spokojenosti se zdravím v otázce č. 2 „Jak jste spokojen(a) se svým zdravím?“, byl použit Fisherův přesný test na kontingenční tabulce.

Závěr:

Hypotézu **H₀₂ nelze zamítnout**. Kruskal-Wallisův test neprokázal signifikantní rozdíl mezi věkovými kategoriemi sester v hodnocení kvality života v jednotlivých doménách a signifikantní rozdíl nebyl prokázán ani při porovnání sester rozdělených podle věkových kategorií v odpovědích na samostatné otázky č. 1 a č. 2 dotazníku WHOQOL-BREF. Vypočítaná hladina signifikance Kruskal-Wallisova testu pro všechny domény a hladiny signifikance Fisherova přesného testu byly větší než hodnota 0,05.

Následující tabulka č. 14 udává pro každou doménu kvality života medián skóre, minimální hodnotu, maximální hodnotu a průměrnou hodnotu skóre zvlášť pro skupiny sester podle věku. Pro samostatné otázky č. 1 a č. 2 je uvedeno rozdělení četností odpovědí. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Kruskal-Wallisova testu, pro otázky č. 1 a č. 2 je uvedena hodnota signifikance Fisherova přesného testu.

Tabulka č. 14 - Srovnání hodnocení kvality života všeobecných sester v závislosti na jejich věku

	Věk 18-29 let	Věk 30-44 let	Věk ≥ 45 let	p
Doména 1	16,0	16,0	16,0	
<i>Fyzické zdraví</i>	(10,9-20,0)	(10,9-20,0)	(9,1-20,0)	0,090
	15,7	16,0	15,3	
Doména 2	12,7	13,3	13,3	
<i>Prožívání</i>	(10,0-16,7)	(9,3-15,3)	(10,7-16,0)	0,326
	12,9	13,0	13,0	
Doména 3	16,0	16,0	16,0	
<i>Sociální vztahy</i>	(8,0-20,0)	(6,7-20,0)	(6,7-20,0)	0,184
	15,8	15,8	15,1	
Doména 4	13,8	13,5	13,5	
<i>Prostředí</i>	(8,0-17,5)	(8,0-20,0)	(6,0-17,5)	0,923
	13,3	13,5	13,5	
Ot.1				
Velmi špatná / špatná	1 (1,9 %)	1 (0,6 %)	3 (3,7 %)	
Ani dobrá ani špatná	15 (27,8 %)	36 (22,6 %)	16 (19,5 %)	0,327
Dobrá / velmi dobrá	38 (70,4 %)	122 (76,7 %)	63 (76,8 %)	
Ot.2				
Velmi nespokojen(a)/ nespokojen	6 (11,1 %)	8 (5,0 %)	9 (11,0 %)	
Ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	16 (29,6 %)	31 (19,5 %)	21 (25,6 %)	0,089
Spokojen(a) /velmi spokojen(a)	32 (59,3 %)	120 (75,5 %)	52 (63,4 %)	

* Domény č. 1 - 4: medián (mix-max) průměr

** Otázky č. 1 a č. 2: absolutní četnost(relativní četnost)

Zdroj: Vlastní výzkum

H₀₃: Hodnocení kvality života všeobecných sester nebude rozdílné v závislosti na dosaženém vzdělání.

Platnost hypotézy H₀₃ byla nejdříve ověřena pomocí Kruskal-Wallisova testu. Testem byly porovnány skupiny sester podle jejich dosaženého vzdělání v hodnotách skóre

jednotlivých domén kvality života. Pro účely testování byly do jedné kategorie Vysokoškolské vzdělání sloučeny sestry s bakalářským a magisterským vzděláním (viz tabulka č. 7). V případě signifikantního výsledku Kruskal-Wallisova testu byl použit pro porovnání všech skupin po dvojicích Mann Whitney U test s Bonferroniho korekcí signifikance. Bonferroniho korekce signifikance zajišťuje, aby chyba I. typu při testování nepřekročila hladinu 5 %. Pro porovnání odpovědí sester na samostatnou otázku č. 1 „Jak byste hodnotil(a) kvalitu svého života?“ a pro hodnocení spokojenosti se zdravím v otázce č. 2 „Jak jste spokojen(a) se svým zdravím?“, byl použit Fisherův přesný test na kontingenční tabulce. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk.

Závěr:

Hypotézu **H₀₃ zamítáme** pro Doménu 2 – Prožívání (duševní zdraví). Mann-Whitney U test prokázal, že sestry s vysokoškolským vzděláním hodnotí kvalitu života v doméně Prožívání hůře než sestry s vyšším odborným vzděláním. Hodnota signifikance Mann-Whitney U testu $p = 0,038 (< 0,05)$ - viz tabulka č. 16.

V hodnocení kvality života v ostatních doménách a při porovnání odpovědí na samostatné otázky č. 1 a č. 2 dotazníku WHOQOL-BREF nebyl prokázán mezi skupinami sester podle dosaženého vzdělání statisticky významný rozdíl.

Následující tabulka č. 15 udává pro každou doménu kvality života medián skóre, minimum, maximum a průměrnou hodnotu skóre zvlášť pro jednotlivé skupiny sester podle jejich vzdělání. Pro samostatné otázky č. 1 a č. 2 je uvedeno rozdělení četností odpovědí. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Kruskal-Wallisova testu, pro otázky č. 1 a č. 2 je uvedena hodnota signifikance Fisherova přesného testu.

Tabulka č. 15 - Srovnání hodnocení kvality života všeobecných sester v závislosti na dosaženém vzdělání

	Středoškolské s maturitou	Vyšší odborné - DiS.	Vysokoškolské - Bc., Mgr.	p
Doména 1	16,0	16,0	16,0	0,728
Fyzické zdraví	(9,7-20,0)	(9,1-20,0)	(11,4-20,0)	
	15,7	15,6	15,9	
Doména 2	13,3	13,3	12,7	0,049
Prožívání	(9,3-16,7)	(11,3-14,7)	(11,3-14,7)	
	13,0	13,3	12,8	
Doména 3	16,0	16,0	16,0	0,794
Sociální vztahy	(6,7-20,0)	(6,7-20,0)	(8,0-20,0)	
	15,7	15,6	15,3	
Doména 4	13,5	13,3	13,5	0,984
Prostředí	(8,0-17,5)	(6,0-20,0)	(8,0-16,5)	
	13,5	13,5	13,4	
Ot.1				
Velmi špatná / špatná	3 (1,5 %)	2 (4,8 %)	0	0,342
Ani dobrá ani špatná	44 (21,4 %)	12 (28,6 %)	11 (23,4 %)	
Dobrá / velmi dobrá	159 (77,2 %)	28 (66,7 %)	36 (76,6 %)	
Ot.2				
Velmi nespokojen(a) /nespokojen	17 (8,3 %)	3 (7,1 %)	3 (6,4 %)	0,991
Ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	49 (23,8 %)	9 (21,4 %)	10 (21,3 %)	
Spokojen(a) /velmi spokojen(a)	140 (68,0 %)	30 (71,4 %)	34 (72,3 %)	

* Domény č. 1 – č. 4: medián (mix - max) průměr

** Otázky č. 1 a č. 2: absolutní četnost(relativní četnost)

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 16 - Signifikance (p) Mann-Whitney U testu s Bonferroniho korekcí na mnohonásobné porovnávání pro Doménu 2 - Prožívání

	Středoškolské s maturitou	Vyšší odborné - DiS.	Vysokoškolské - Bc., Mgr.
Doména 2 Prožívání	0,194	0,656	0,038

Zdroj: Vlastní výzkum

H₀₄: Hodnocení kvality života všeobecných sester nebude rozdílné v závislosti na délce praxe.

Platnost hypotézy H₀₄ byla ověřena pomocí Spearmanovy korelační analýzy. Neparametrická korelační analýza byla použita vzhledem k nenormálnímu rozdělení hodnot skóre v jednotlivých doménách kvality života, resp. vzhledem k ordinální škále použité v samostatné otázce č. 1 a č. 2 dotazníku WHOQOL-BREF.

Závěr:

Platnost hypotézy H₀₄ nelze zamítnout. Spearmanova korelační analýza neprokázala statisticky významnou závislost mezi kvalitou života v jednotlivých doménách a délkou praxe. Významná závislost nebyla prokázána ani mezi délkou praxe sester a samostatnými položkami dotazníku č. 1 a č. 2. Hodnoty Spearmanova korelačního koeficientu a hodnoty signifikance testu významnosti korelačního koeficientu jsou pro jednotlivé domény uvedeny v tabulce č. 17.

Tabulka č. 17 - Hodnocení kvality života všeobecných sester v závislosti na délce praxe - výsledky Spearmanovy korelační analýzy

	Doména 1	Doména 2	Doména 3	Doména 4	Ot. 1	Ot. 2
	<i>Fyzické zdraví</i>	<i>Prožívání</i>	<i>Sociální vztahy</i>	<i>Prostředí</i>	<i>Kvalita života</i>	<i>Spokojenost se zdravím</i>
Délka praxe	- 0,083 (0,156)	0,016 (0,779)	- 0,111 (0,056)	0,050 (0,393)	0,045 (0,443)	- 0,004 (0,952)

* Spearmanův korelační koeficient (hladina signifikance p)

Zdroj: Vlastní výzkum

H₀₅: Hodnocení kvality života všeobecných sester nebude rozdílné v jednotlivých zdravotnických zařízeních.

K ověření platnosti hypotézy H₀₅ pro jednotlivé domény kvality života byl použit Kruskal-Wallisův test. Pro hodnocení kvality života v samostatné otázce č. 1 „Jak byste hodnotil(a) kvalitu svého života?“ a pro hodnocení spokojenosti se zdravím v otázce č. 2 „Jak jste spokojen(a) se svým zdravím?“, byl použit Fisherův přesný test na kontingenční tabulce. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk.

Závěr:

Hypotézu **H₀₅ nelze zamítnout**. Kruskal-Wallisův test neprokázal signifikantní rozdíl v kvalitě života v jednotlivých doménách mezi sestrami pracujícími v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Signifikantní rozdíl nebyl prokázán ani při porovnání sester v odpovědích na samostatné otázky č. 1 a č. 2 dotazníku WHOQOL-BREF. Vypočítaná hladina signifikance Kruskal-Wallisova testu pro všechny domény a hladiny signifikance Fisherova přesného testu byly větší než hodnota 0,05.

Následující tabulka č. 18 udává pro každou doménu kvality života medián skóre, minimální hodnotu, maximální hodnotu a průměrnou hodnotu skóre zvlášť pro skupiny sester podle jednotlivých nemocnic. Pro samostatné otázky č. 1 a č. 2 je uvedeno rozdělení četností odpovědí. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Kruskal-Wallisova testu, pro otázky č. 1 a č. 2 je uvedena hodnota signifikance Fisherova přesného testu.

Tabulka č. 18 - Srovnání hodnocení kvality života všeobecných sester v jednotlivých zdravotnických zařízeních

	Nemocnice Nový Jičín, a.s.	Nemocnice Vítkovice, a.s.	Slezská nemocnice Opava, p.o.	Psychiatrická léčebna v Opavě, p.o.	p
Doména 1	16,0	16,0	15,7	16,6	0,193
Fyzické zdraví	(9,7-20,0)	(11,4-20,0)	(9,1-19,4)	(9,7-20,0)	
	15,4	16,0	15,6	15,9	

Pokračování Tabulka č. 18

	Nemocnice Nový Jičín, a.s.	Nemocnice Vítkovice, a.s.	Slezská nemocnice Opava, p.o.	Psychiatrická léčebna v Opavě, p.o.	p
Doména 2 <i>Prožívání</i>	13,3 (10,7-16,7)	12,7 (10,0-15,3)	13,3 (9,3-16,0)	13,3 (10,7-15,3)	0,398
	13,2	12,9	13,0	13,0	
Doména 3 <i>Sociální vztahy</i>	16,0 (9,3-20,0)	16,0 (6,7-20,0)	16,0 (6,7-20,0)	16,0 (6,7-20,0)	0,623
	16,0	15,5	15,2	15,8	
Doména 4 <i>Prostředí</i>	14,0 (8,0-20,0)	13,5 (8,0-17,0)	13,5 (6,0-17,0)	13,5 (9,0-17,5)	0,166
	13,8	13,1	13,2	13,8	
Ot.1					
Velmi špatná / špatná	1 (1,6 %)	0	2 (2,8 %)	2 (2,3 %)	
Ani dobrá ani špatná	12 (18,8 %)	19 (26,4 %)	19 (26,4 %)	17 (19,5 %)	0,660
Dobrá / velmi dobrá	51 (79,7 %)	53 (73,6 %)	51 (70,8 %)	68 (78,2 %)	
Ot.2					
Velmi nespokojen(a)/ nespokojen	5 (7,8 %)	7 (9,7 %)	6 (8,3 %)	5 (5,7 %)	
Ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	12 (18,8 %)	17 (23,6 %)	19 (26,4 %)	20 (23,0 %)	0,901
Spokojen(a) /velmi spokojen(a)	47 (73,4 %)	48 (66,7 %)	47 (65,3 %)	62 (71,3 %)	

* Domény č. 1 – č. 4: medián (mix - max) průměr

** Otázky č. 1 a č. 2: absolutní četnost(relativní četnost)

Zdroj: Vlastní výzkum

H₀₆: Hodnocení kvality života nebude rozdílné v závislosti na spokojenosti či nespokojenosti s finančním ohodnocením

Platnost hypotézy H₀₆ pro jednotlivé domény kvality života byla ověřena pomocí Mann-Whitney U testu. Pro hodnocení kvality života sestrami v samostatné otázce č. 1 „Jak byste hodnotil(a) kvalitu svého života?“ a pro hodnocení spokojenosti se zdravím v otázce č. 2 „Jak jste spokojen(a) se svým zdravím?“ byl použit Fisherův přesný test na kontingenční tabulce. Testem byly porovnány dvě skupiny sester podle jejich spokojenosti s finančním ohodnocením (viz odpověď na otázku č. 9 „Jste spokojen/a se svým finančním ohodnocením?“). Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk.

Závěr:

Hypotézu **H₀₆ zamítáme** pro Doménu 1- Fyzické zdraví a pro Doménu 4 - Prostředí. Mann-Whitney U test prokázal, že sestry, které jsou spokojeny se svým finančním ohodnocením, hodnotí lépe kvalitu života v doméně Fyzické zdraví i doméně Prostředí (životní podmínky). Hodnota signifikance Mann-Whitney U testu $p = 0,015$, resp. $p = 0,0002 (< 0,05)$.

V hodnocení kvality života v ostatních doménách a při porovnání odpovědí na samostatné otázky č. 1 a č. 2 dotazníku WHOQOL nebyl mezi porovnávanými skupinami sester prokázán statisticky významný rozdíl.

Následující tabulka č. 19 udává pro každou doménu kvality života medián skóre, minimum, maximum a průměrnou hodnotu skóre zvlášť pro skupinu sester, které jsou spokojeny se svým finančním ohodnocením a pro skupinu sester, které nejsou spokojeny se svým finančním ohodnocením. Pro samostatné otázky č. 1 a č. 2 je uvedeno rozdělení četností odpovědí. V posledním sloupci tabulky je uvedena hodnota signifikance Mann-Whitney U testu, pro otázky č. 1 a č. 2 je uvedena hodnota signifikance Fisherova přesného testu.

Tabulka č. 19 - Srovnání hodnocení kvality života všeobecných sester v závislosti na jejich spokojenosti či nespokojenosti s finančním ohodnocením

	Nespokojen(a) s finančním ohodnocením	Spokojen(a) s finančním ohodnocením	p
Doména 1 - <i>Fyzické zdraví</i>	16,0 (9,1-20,0) 15,6	16,6 (10,3-20,0) 16,1	0,015
Doména 2 - <i>Prožívání</i>	13,3 (9,3-16,7) 13,0	13,3 (10,7-15,3) 13,0	0,643
Doména 3 - <i>Sociální vztahy</i>	16,0 (6,7-20,0) 15,4	16,0 (9,3-20,0) 16,1	0,097
Doména 4 - <i>Prostředí</i>	13,0 (6,0-17,5) 13,1	14,0 (10,5-20,0) 14,1	0,0002
Ot.1			
Velmi špatná / špatná	4 (2,1 %)	1 (1,0 %)	
Ani dobrá ani špatná	47 (24,2 %)	20 (19,8 %)	0,568
Dobrá / velmi dobrá	143 (73,7 %)	80 (79,2 %)	
Ot.2			
Velmi nespokojen(a) / nespokojen(a)	18 (9,3 %)	5 (5,0 %)	
Ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	50 (25,8 %)	18 (17,8 %)	0,094
Spokojen(a) /velmi spokojen(a)	126 (64,9 %)	78 (77,2 %)	

* Domény č. 1 – č. 4: medián (mix - max) průměr

** Otázky č. 1 a č. 2: absolutní četnost (relativní četnost)

Zdroj: Vlastní výzkum

H₀₇: Hodnocení spokojenosti se spánkem nebude záviset na faktu, zda sestry pracují na směny.

K ověření platnosti hypotézy H₀₇ byl použit Fisherův přesný test na kontingenční tabulce. V kontingenční tabulce (tabulka č. 20) bylo popsáno rozdělení sester podle odpovědi na otázku č. 16 dotazníku WHOQOL-BREF „Jak jste spokojen/a se svým spánkem?“ pro skupinu sester pracujících v jednosměnném provozu a pro skupinu sester pracujících ve vícesměnném provozu (tato kategorie vznikla pro účely statistického vyhodnocení sloučením kategorií dvou- a třisměnný provoz, viz. tabulka č. 9). Dále byla vzhledem k malému počtu odpovědí kategorie „velmi nespokojen/a“ spojena

s kategorií „nespokojen/a“ a kategorie „velmi spokojen/a“ byla spojena s kategorií „spokojen/a“.

Závěr:

Hypotézu H_07 **zamítáme**. Fisherův přesný test prokázal statisticky významnou závislost mezi spokojeností se spánkem a prací sester ve vícesměnném provozu. Sestry, které pracují v jednosměnném provozu, jsou více spokojeny se svým spánkem než sestry, které pracují ve vícesměnném provozu. Hladina signifikance testu $p = 0,018 (< 0,05)$.

Tabulka č. 20 – Zhodnocení závislosti mezi spokojeností se spánkem a prací v jedno- či vícesměnném provozu - kontingenční tabulka

Otázka č. 16 – Jak jste spokojen/a se svým spánkem?				
	Velmi nespokojen(a) / nespokojen(a)	Ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	Spokojen(a) / velmi spokojen(a)	Celkem
Jednosměrný provoz				
Absolutní četnost	16	20	78	114
Relativní četnost	14,0 %	17,5 %	68,4 %	100 %
Vícesměnný provoz				
Absolutní četnost	31	55	95	181
Relativní četnost	17,1 %	30,4 %	52,5 %	100,0 %
Celkem				
Absolutní četnost	47	75	173	295
Relativní četnost	15,9 %	25,4 %	58,6 %	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 21 – Zhodnocení závislosti mezi spokojeností se spánkem a prací v jedno- či vícesměnném provozu - výsledky Fisherova přesného testu

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikace
Fisherův přesný test	7,998	0,018
Počet platných případů	295	
Zdroj: Vlastní výzkum		

4.9. Diskuze

Hlavním cílem empirické části diplomové práce bylo zjistit a následně porovnat kvalitu života všeobecných sester pracujících na řadových (běžných) pozicích a sester, pracujících na pozicích vedoucích (manažerských). Dílčí cíle představovaly zhodnocení kvality života v závislosti na věku, dosaženém vzdělání, délce praxe, pracovišti a spokojenosti či nespokojenosti všeobecných sester s finančním ohodnocením. Poslední výzkumná otázka pak byla zaměřena na vyhodnocení závislosti spokojenosti sester se spánkem a směnností provozu, v němž pracují.

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující ve čtyřech vybraných zdravotnických zařízeních Moravskoslezského kraje, které v období od 1. ledna 2013 do 31. ledna 2013 vyplnily zde distribuovaný dotazník a splňovaly kritéria pro zařazení do souboru. Konečný soubor sestával z 295 respondentů/respondentek, z nichž 249 pracovalo na běžných pozicích a 46 na pozicích manažerských. Ke sběru dat byl použit dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF doplněný o s demografické a doplňující otázky.

Vyhodnocení hypotézy č. 1

H₀1: Hodnocení kvality života se nebude lišit u sester pracujících na běžných pozicích a u sester pracujících na vedoucích pozicích.

První hypotéza uvádí velmi důležitý předpoklad, a to, že se hodnocení kvality života nebude lišit v závislosti na práci na běžné či ve vedoucí pozici. Jak uvádí literatura, je

práce a kvalita pracovního života neoddělitelně provázána s celkovou kvalitou života. Např. Armstrog (1999, s. 285) charakterizuje práci jako zdroj finančních prostředků, ale také pocitu úspěchu, prestiže, uznání, příležitosti využívat vlastní schopnosti či zařazení do společnosti. Výkon práce všeobecné sestry na řadové pozici a výkon práce sestry-manažerky jistě obnášejí odlišné činnosti, kompetence a odpovědnosti, jsou spojeny také s nestejnou intenzitou fyzické zátěže, kladou různé nároky na osobnostní vlastnosti a schopnosti a mohou odlišnou měrou přispívat k uspokojování jejich potřeb převážně vyššího charakteru. I přes tyto předpoklady nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi vnímanou kvalitou života v obou samostatných položkách dotazníku WHOQOL-BREF a ani v následujících třech doménách - Fyzické zdraví, Prožívání a Sociální vztahy. Hodnota mediánu v doménách Prožívání a Sociální vztahy byla v obou skupinách dokonce totožná, v doméně Fyzické zdraví pak byla pro skupinu sester manažerek mírně vyšší (16,3), nicméně rozdíl nebyl prokázán jako statisticky významný.

Poslední doménu Prostředí však hodnotily sestry-manažerky statisticky významně lépe (dosažená hodnota signifikance $p = 0,031$) než sestry pracující na běžných pozicích. S tímto výsledkem koresponduje také porovnání průměrných skóre pro všechny položky této domény, jejichž hodnota byla ve skupině sester-manažerek vždy vyšší. Kladněji tedy hodnotily kvalitu životního prostředí, finanční situaci, přístup k informacím, možnost věnovat se zálibám, spokojenost s prostředím v okolí bydliště, spokojenost s dostupností zdravotní péče a spokojenost s dopravou.

Otázka zaměřená na hodnocení finanční situace (otázka č. 12), patřící právě do domény Prostředí, byla ve skupině sester pracujících na běžných pozicích vůbec nejhůře hodnocenou položkou celého dotazníku (průměrné skóre 2,73). Tento výsledek je podpořen také faktem, že 69 % sester pracujících na běžných pozicích v odpovědi na doplňující otázku dotazníku uvedlo, že nejsou spokojeny se svým finančním ohodnocením. Ve skupině sester-manažerek tuto nespokojenost vyjádřilo pouze 47,8 % (viz tabulka č. 10). Můžeme se tedy domnívat, že vyšší spokojenost s finančním ohodnocením rovněž pozitivně přispěla k hodnocení kvality života v doméně Prostředí ve skupině sester-manažerek. V této souvislosti můžeme doplnit výsledky výzkumu Vévody a kol. (rok neuveden, s. 105), který uvádí, že mzda je faktor pracovní spokojenosti, jež je statisticky signifikantně preferován právě u sester, které nepracují v manažerské pozici.

V rámci domény Prostředí sestry-manažerky dosáhly vyššího skóre také u otázky č. 14 dotazující se na možnost věnovat se zálibám (průměrná hodnota 3,46) ve srovnání se sestrami pracujícími na běžných pozicích (průměrná hodnota 3,20). Lze předpokládat, že rozvržení pracovní doby sester-manažerek lépe přispívá ke sladění pracovních a volnočasových aktivit, jelikož 98,7 % respondentů v této skupině pracuje v jednosměnném provozu. Naopak převážná většina řadových sester pracuje ve 2- či 3- směnném provozu (72,2 %), což může negativně ovlivnit možnost věnovat se svým zálibám a tím přispět k negativnímu hodnocení kvality života v již zmiňované doméně Prostředí. Tento předpoklad podporuje např. také tvrzení Tučka (2012, s. 53), který říká, že práce na směny vede k omezení sociálních kontaktů s rodinnými příslušníky či omezení možnosti realizace kulturních zájmů.

Svobodová a kol. (2006, s. 36) ve své práci uvádí, že významným faktorem přispívajícím k lepší kvalitě života je v současné době tzv. "vstřícné sociální prostředí", jež se pojí především s hmotným zabezpečením a rodinným životem. Lepší hmotné zázemí pak mimo jiné usnadňuje přístup k informacím. Lze konstatovat, že námi zjištěné výsledky týkající se hmotného zabezpečení, přístupu k informacím, případně také volného času pro rodinné aktivity korespondují s tímto tvrzením.

V roce 2010 byla publikována studie, která pomocí dotazníku WHOQOL-BREF hodnotila kvalitu života 266 sester v soukromé nemocnici v Sao Paulo v Brazílii. Výsledky ukázaly, že nejhůře hodnocenými doménami bylo Prostředí a Fyzické zdraví, které dosáhly nejnižšího skóre (Rios, 2010, s. 415). Tento výsledek nekorresponduje s průměrnými hodnotami skóre ani v jedné z námi sledovaných skupin, neboť nejnižší průměrná hodnota skóre byla v obou případech dosažena v doméně Prožívání. Naopak, iránská studie na vzorku 850 všeobecných sester prokázala statisticky významnou závislost mezi pracovním zařazením a hodnocením kvality života, a to dokonce ve všech čtyřech doménách. Sestry manažerských pozicích zde hodnotily kvalitu života vždy lépe (Aalaa, 2012, s. 61). Jiná studie, která by pomocí dotazníku WHOQOL-BREF hodnotila kvalitu života zdravotních sester v České Republice či např. v některé z Evropských zemí, nebyla v dostupných literárních zdrojích nalezena.

Adámek (2006, s. 138) ve výsledcích své diplomové práce prezentuje výsledky studie provedené u 103 všeobecných sester pracujících v jedné jihočeské nemocnici.

Poukazuje na četné průkazné rozdíly mezi vrchními/staničními sestrami a sestrami u lůžka. Vrchní/staniční sestry byly signifikantně méně vyčerpané, měly průkazně nižší skóre neuroticizmu a lépe hodnotily své pracovní podmínky. Tato studie však využila jiných dostupných dotazníků - SQUALA, dotazník pracovní spokojenosti TAA-KH a dotazník zaměřený na burnout-syndrom.

Hypotéza č. 1 byla potvrzena v doménách Fyzické zdraví, Prožívání a Sociální vztahy a také v hodnocení samostatných položek kvalita života a spokojenost se zdravím. V doméně Prostředí byla hypotéza vyvrácena.

Vyhodnocení hypotézy č. 2

H₀₂: Hodnocení kvality života všeobecných sester se nebude lišit v závislosti na jejich věku

Druhá hypotéza uvádí předpoklad, že hodnocení kvality života všeobecných sester nebude závislé na jejich věku. V námi sledovaném výběru byli zastoupeni respondenti ve věku od 18 do 68 let, kteří byli rozčleněni do tří skupin dle věku (18-29 let, 30-44 let a 45 a více let), přičemž nejpočetnější skupinou byla věková kategorie 30-44 let (53,9 %). Mezi těmito testovanými kategoriemi však nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v hodnocení kvality života, a to ani v samostatných položkách a ani v žádné ze čtyř sledovaných domén.

Na základě výsledků pilotního šetření kvality života pomocí dotazníku WHOQOL-BREF provedeného v České Republice Dragomirecká uvádí, že s věkem klesá kvalita života ve všech doménách s výjimkou Prostředí (Dragomirecká, Bartoňová, 2006b, s. 22). K podobnému závěru dospěla v pilotní studii zaměřené na užití téhož dotazníku také WHO, a sice, že s rostoucím věkem klesá průměrné skóre ve všech doménách kvality života (Skevington et al, 2004, s. 306). Odlišný dotazník ve své studii zaměřené na hodnocení spokojenosti s kvalitou života použila Křížová, dospěla však ke stejnému závěru, a sice, že spokojenost s kvalitou života klesá s věkem, ne však lineárně, nýbrž spíše parabolicky, neboť nejstarší respondenti (více než 55 let) byli celkově spokojenější než respondenti středního věku (31-46 let) (Křížová, 2005, s. 354-356). I když bychom tedy mohli očekávat rozdíl v hodnocení

kvality života v závislosti na věku respondentů, nebyl tento předpokládaný rozdíl v našem výběrovém souboru potvrzen jako statisticky významný.

Hypotéza č. 2 byla potvrzena v doménách Fyzické zdraví, Prožívání, Sociální vztahy a Prostředí a také v hodnocení samostatných položek kvalita života a spokojenost se zdravím.

Vyhodnocení hypotézy č. 3

H₀₃: Hodnocení kvality života všeobecných sester nebude rozdílné v závislosti na dosaženém vzdělání.

Především sociologické pojetí kvality života zdůrazňuje vzdělání jako jeden z jejích atributů, což souvisí s prosazováním koncepce kvality života postihující nejen materiální dimenzi, ale také oblast uspokojování potřeb jiných, zejména duchovního charakteru (Hnilicová, 2005, s. 211; Křížová, 2005, s. 219; Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 14). Také Organizace spojených národů (OSN) v roce 1961 zařadila dosažené vzdělání mezi 12 faktorů, které ovlivňují kvalitu života (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 8).

Respondenti v námi sledovaném souboru byli rozděleni do tří skupin v závislosti na dosaženém vzdělání, přičemž nejsilněji zastoupenou kategorií byly všeobecné sestry se středoškolským vzděláním (69,8 %), méně pak sestry s vyšším odborným vzděláním (14,2 %) a se vzděláním vysokoškolským (15,9 %). Výsledky výzkumu však neprokázaly statisticky významný rozdíl ve vnímání kvality života v obou samostatných položkách a ani v doménách Fyzické zdraví, Sociální vztahy a Prostředí.

Vzhledem k výše zmiňovaným poznatkům uváděným v literatuře je překvapivé, že sestry s vysokoškolským vzděláním hodnotily kvalitu života v doméně Prožívání dokonce hůře než sestry s jiným stupněm vzdělání, zde byl prokázán statisticky významný rozdíl.

V protikladu s našimi zjištěními je také pilotní studie k ověření psychometrických vlastností dotazníku WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF Dragomirecké a Bartoňové, provedená na české populaci, která potvrdila, že korelace mezi úrovní dosaženého vzdělání a vnímanou kvalitou života je statisticky významná ve třech doménách

- Fyzické zdraví, Prožívání a Prostředí (Dragomírecká, Bartoňová, 2006b, s. 22 a 41). Také studie provedená European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2009, s. 18) ve 31 evropských zemích, která byla zaměřena na kvalitu života, prokázala, že vyšší úroveň vzdělání je asociována s vyšší úrovní životní spokojenosti a kvality života.

Pokud pohlédneme do praxe zdravotnických zařízení, kompetence všeobecných sester nejsou odstupňovány v závislosti na dosaženém vzdělání a jsou srovnatelné pro sestry, které se kvalifikovaly dříve středoškolským vzděláním, tak i pro skupinu vysokoškolsky vzdělaných sester (viz kap. 3.1 Získávání odborné způsobilosti a vzdělávání sester, s. 31). Můžeme se tedy domnívat, že i právě tato jednotnost je důvodem pro neodlišující se vnímání kvality života, respektive pro horší hodnocení kvality života v doméně Prožívání u vysokoškolsky vzdělaných sester. Tuto domněnku podporuje také tvrzení Křížové. Ta uvádí, že se výjimečně, ale přesto, setkáváme s případy, kdy s rostoucím stupněm vzdělání klesá spokojenost s kvalitou života. Na pozadí nespokojenosti je nemožnost naplnit svá očekávání, neboť s rostoucím stupněm vzdělání rostou naše nároky, které však ve světě omezených příležitostí nemohou být plně uspokojeny (Křížová, 2005, s. 353).

Hypotéza č. 3 byla potvrzena v doménách Fyzické zdraví, Sociální vztahy a Prostředí a také v hodnocení samostatných položek kvalita života a spokojenost se zdravím. V doméně Prožívání byla hypotéza vyvrácena.

Vyhodnocení hypotézy č. 4

H₀4: Hodnocení kvality života všeobecných sester nebude rozdílné v závislosti na délce praxe.

Ve čtvrté hypotéze je uvedena domněnka, že se hodnocení kvality života všeobecných sester nebude lišit v závislosti na délce praxe. Tento předpoklad byl potvrzen, neboť korelační analýza neprokázala v žádné z domén ani v samostatných položkách statisticky významný rozdíl v hodnocení kvality života.

Zjištění, že není závislost mezi délkou praxe a hodnocením kvality života, koresponduje rovněž s výsledky statistického testování hypotézy č. 2, kde jsme

potvrdili, že u námi zkoumaného souboru hodnocení kvality života nezávisí na věku respondentů.

Můžeme uvést, že byla zjištěna pouze slabá negativní korelace mezi délkou praxe a doménou Fyzické zdraví. Vzhledem k fyzické náročnosti práce sestry (Bartošíková, 2006, s. 11; WHO, 1997a, s. 60; Hubáčová, 1999, s. 107; Trinkoff et al, 2003, s. 270; Menzel, Brooks, 2004, s. 859) bychom mohli předpokládat, že se délka praxe se negativně projeví na zdraví jedince, toto však nebylo potvrzeno jako staticky významná závislost. Ani psychická zátěž spojená s prací sestry se negativně neprojevila na hodnocení kvality života vzhledem k délce praxe. Je známo, že sestry jsou rizikovou skupinou ohroženou syndromem vyhoření. Nicméně například i v případě tohoto syndromu je délka praxe považována za neutrální faktor vzniku (Kebza, Šolcová, 1998, s. 17). Naše zjištění podporují také výsledky íránské studie, kde rovněž nebyla prokázána závislost mezi délkou praxe a hodnocením kvality života (Aalaa, 2012, s. 57).

Hypotéza č. 4 byla potvrzena ve všech čtyřech doménách Fyzické zdraví, Sociální vztahy, Prožívání a Prostředí a také v hodnocení samostatných položek kvalita života a spokojenost se zdravím.

Vyhodnocení hypotézy č. 5

H₀₅: Hodnocení kvality života všeobecných sester nebude rozdílné v jednotlivých zdravotnických zařízeních.

Pátá hypotéza studovala předpoklad, že se nebude lišit hodnocení kvality života sester v závislosti na zdravotnickém zařízení, v němž pracují. Byla potvrzena ve všech doménách i v obou samostatných položkách.

Shodným jmenovatelem studovaných zařízení bylo poskytování lůžkové i ambulantní péče zhruba ve stejném rozsahu, nicméně se odlišovaly především lokalitou a zřizovatelem a Psychiatrická léčebna v Opavě pak také charakterem poskytované péče - léčba chronických psychiatrických pacientů. Je známo, že celková vnímaná kvalita života je provázána s kvalitou pracovního života a faktory, které se pak podílejí na utváření kvality pracovního života jsou zejména přiměřená a spravedlivá odměna,

zdravé pracovní podmínky, jistota zaměstnání, vztahy na pracovišti a další (Walton, 1973, in Lubelec, 1998, s. 58-59; Čadová, Červenka, Chludilová, 2006, in Surynek, 2007, s. 4) Můžeme se tedy domnívat, že pracovní podmínky a prostředí nejsou v jednotlivých zařízeních odlišné natolik, aby ovlivnily vnímání kvality života.

Hypotéza č. 5 byla potvrzena ve všech čtyřech doménách Fyzické zdraví, Sociální vztahy, Prožívání a Prostředí a také v hodnocení samostatných položek kvalita života a spokojenost se zdravím.

Vyhodnocení hypotézy č. 6

H₀6: Hodnocení kvality života nebude rozdílné v závislosti na spokojenosti či nespokojenosti s finančním ohodnocením.

Respondenti odpovídali také na samostatnou doplňující otázku: "Jste spokojeni se svým finančním ohodnocením?", přičemž 65,8 % odpovědělo záporně a 34,2 % kladně.

Následné statistické testování pak prokázalo statisticky významný rozdíl ve vnímání kvality života mezi těmito dvěma skupinami všeobecných sester v doménách Fyzické zdraví a Prostředí, původní hypotéza zde byla vyvrácena. Můžeme tedy říci, že sestry, které byly spokojeny s finančním ohodnocením, lépe hodnotily své životní prostředí, finanční situaci, přístup k informacím, možnost věnovat se zálibám, prostředí v okolí bydliště, což jsou položky spadající do domény Prostředí. Ekonomická úroveň jedince tedy ovlivňuje hodnocení uvedených položek, spokojenost s finančním ohodnocením vede k lepšímu hodnocení kvality života v oblasti Prostředí.

Naopak, hodnocení kvality života v doménách Prožívání a Sociální vztahy se statisticky významně neliší v závislosti na spokojenosti s finančním ohodnocením, hodnoty mediánů pro obě domény byly dokonce v obou skupinách shodné.

Význam ekonomické úrovně a finančních zdrojů vzhledem k pozitivnímu hodnocení kvality života popisuje řada literárních pramenů. Křížová uvádí, že spokojenost s kvalitou života vzrůstá s vyšší ekonomickou úrovní (Křížová, 2005, s. 359). Také European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions ve své studii Second European Quality of Life Survey (2009, s. 5) uvádí materiální zajištění

a životní standard jako jedny z klíčových aspektů kvality života. Na významnost výše mzdy/platu vzhledem hodnocení kvality pracovního života a pracovní spokojenosti poukazují také další autoři, např. Čadová, Červenka, Chludilová (2006, in Surynek, 2007, s. 4), Nakládalová a kol. (2011, s. 18), Svobodová (2006, s. 36), Vašková, Kroupa, (2007, s. 7), Daehlen (2008, s. 1795), Sveinsdóttir (2006a, s. 886). Studie provedená ve dvou nemocnicích Moravskoslezského kraje uvádí, že polovina dotazovaných sester uvažovala o změně povolání z důvodu nespokojenosti s platem (Madziová, Janíková, 2013, s. 546).

Pro doplnění můžeme uvést, že všeobecné sestry jsou odměňovány dle platných předpisů o mzdě (v případě soukromého zřizovatele) či dle platných předpisů o platu (je-li zřizovatelem Ministerstvo zdravotnictví či kraj). Zdravotnická ročenka za rok 2011 uvádí, že průměrný plat všeobecných sester v tomto činil 28 145 Kč, průměrná mzda pak 23 678 Kč. Pro srovnání, průměrná mzda v celém sektoru hospodářství činila v tomto roce 24 436 Kč, mzda či plat sester nejsou tedy výrazně pod průměrem (ÚZIS, 2012, s. 204).

Hypotéza č. 6 byla potvrzena ve doménách Sociální vztahy a Prostředí a také v hodnocení samostatných položek kvalita života a spokojenost se zdravím. V doménách Fyzické zdraví a Prožívání byla hypotéza vyvrácena.

Vyhodnocení hypotézy č. 7

H₀₇: Hodnocení spokojenosti se spánkem nebude záviset na faktu, zda sestry pracují ve směnném provozu.

Poslední, sedmá, hypotéza ověřovala předpoklad, že hodnocení spokojenosti se spánkem v otázce č. 16 dotazníku WHOQOL-BREF ("Jak jste spokojen(a) se svým spánkem?") nebude záviset na faktu, zda sestry pracují na směny. Většina respondentů pracovala ve vícesměnném provozu (61,4 %), zbylá část (38,6 %) pak v provozu jednosměnné. Fisherův přesný test prokázal, že sestry, které pracují v jednosměnném provozu, jsou více spokojeny se svým spánkem než sestry ve vícesměnném provozu.

Toto zjištění koresponduje s publikovanými studiemi, které prokázaly, že práce na směny vede k narušení spánkového režimu a nespavosti (Muecke, 2005, in Hasson, Gustavsson, 2010, s. 1; Boivin, 2007, s. 578).

Únava a vyčerpanost způsobené nedostatečnou kvalitou spánku mají vliv na zdraví sestry, její psychiku či pracovní výkonnost (Arakawa et al, 2011, s. 381; Shao et al, 2010, s. 1565; Doi, 2005, Boggild, 1999, Ito, 2001, in Sveinsdóttir, 2006b, s. 230) a také mohou negativně ovlivnit úroveň péče o pacienta (Johnson 2006, Lundstrom et al, 2002, in Silva, 2011, s. 2). Shao et al. (2010, s. 1565) ve své studii uvádí, že byla prokázána statisticky významná korelace mezi kvalitou spánku a kvalitou života. Výzkumný vzorek tvořilo 435 sester pracujících v Taiwanské nemocnici a kvalita života byla rovněž hodnocena pomocí dotazníku WHOQOL-BREF. K odlišnému závěru dospěl ale např. Sveinsdóttir (2006b, s. 229), který ve studii u 348 islandských sester neprokázal patologické narušení cirkadiánního cyklu u sester pracujících na směny.

Hypotéza č. 7 byla nebyla potvrzena, hodnocení spokojenosti se spánkem závisí na faktu, zda sestry pracují na směny.

ZÁVĚR

Koncept kvality života se v posledních dvaceti letech stal nedílnou součástí mnoha vědních oborů, především psychologie, sociologie či medicíny a studiu kvality života u různých skupin populace se věnuje řada výzkumných týmů na celém světě. V tomtéž časovém horizontu se intenzivně vyvíjí také ošetrovatelství, které se stává nezávislým vědním oborem a profiluje sestry jako samostatné profesionálky a autonomní členky týmu poskytujícího zdravotní péči.

Diplomová práce si kladla za cíl zhodnotit kvalitu života všeobecných sester pracujících ve čtyřech zdravotnických zařízeních Moravskoslezského kraje a především srovnat kvalitu života všeobecných sester pracujících na řadových pozicích a sester na pozicích manažerských.

Teoretická část je věnována kvalitě života obecně, zaměřuje se na definování a vymezení tohoto pojmu a zabývá se také přístupy ke zkoumání a měření kvality života. Další část textu je věnována kvalitě pracovního života a také profesi všeobecné sestry. Přináší informace o požadavcích na výkon tohoto povolání z oblasti odborné kvalifikace či osobnostních charakteristik, o činnostech sestry či zátěžových faktorech této profese. Rovněž se dotýká specifických nároků a úkolů spojených s manažerskou pozicí.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit a následně porovnat kvalitu života všeobecných sester pracujících na řadových pozicích a sester na pozicích manažerských. Dále zjistit rozdílnost v hodnocení kvality života všeobecných sester v závislosti na jejich věku, vzdělání, délce praxe, pracovišti či spokojenosti/nespokojenosti s finančním ohodnocením. Rovněž byla provedena analýza závislosti spokojenosti se spánkem na práci ve vícesměnném provozu.

Výsledky výzkumu neprokázaly zásadní rozdíl v hodnocení kvality života mezi skupinou sester pracujících na řadových pozicích a skupinou sester-manažerek. Statisticky významně vyššího skóre dosáhly sestry-manažerky pouze v doméně Prostředí. Jako významný faktor, který u řadových sester negativně ovlivnil hodnocení kvality života v této doméně, můžeme označit spokojenost s finančním ohodnocením.

Také v rámci celého souboru respondentů byla kvalita života v doméně Prostředí byla významně hůře hodnocena sestrami, které nebyly nespokojeny se svým platem. Věk, délka praxe ani zdravotnické zařízení, v němž sestry pracovaly, nemají signifikantní vliv na hodnocení kvality života. Ani úroveň dosaženého vzdělání významně neovlivnila hodnocení kvality života, s výjimkou domény Prožívání. Vysokoškolsky vzdělané sestry zde hodnotily svou kvalitu života signifikantně hůře než sestry se vzděláním středoškolským či vyšším odborným.

Přestože je kvalita života velmi individuálně vnímanou oblastí, mohou nás výsledky orientačně upozornit na potřeby této nejpočetnější skupiny zdravotnických pracovníků. Realizace a výsledky tohoto výzkumu mohou přispět mimo jiné ke zkvalitnění péče o pacienty, neboť právě spokojená sestra, která se cítí dobře po stránce fyzické i duševní, je nejlépe připravena na to, poskytnout pacientovi kvalitní odbornou péči, ale i psychickou podporu či porozumění.

Na základě zjištěných poznatků byla formulována doporučení pro praxi. Je však nutné zohlednit omezení, která plynou jednak z legislativy, tak i z omezených zdrojů v rezortu zdravotnictví.

Doporučení pro praxi:

1. Věnovat pozornost úrovni finančního ohodnocení. Vzhledem k faktu, že výše platu je upravována nařízením vlády č. 130/2009 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, jsou možnosti přímého ovlivnění výše platu omezené. V případě mzdy je situace o něco jednodušší, neboť o její výši lze vyjednávat. Jako dostupnější nástroj k ovlivnění výše platu/mzdy se jeví např. dodatkové formy mzdy (osobní ohodnocení) či nabízené zaměstnanecké výhody.
2. Umožnit praktické uplatnění kompetencí úměrně získanému vzdělání. Posilování role všeobecných sester a také úsilí o zajištění optimálního personálního složení ošetrovatelského týmu. I v tomto případě je však nutné zohlednit platné právní předpisy.
3. Snažit se o optimalizaci rozvržení pracovní doby, která by přispěla ke zlepšení spánkového režimu a bezesporu i k lepšímu sladění pracovních aktivit s mimopracovními (volný čas, péče o rodinu). Základním faktorem je zejména dostatek personálu. Zlepšení je jistě možno docílit také pečlivým plánováním rozpisu

služeb. Zajímavou možností, která se v praxi setkala s ohlasem, je např. i zavedení firemní školky pro děti zaměstnanců.

4. Podpořit dostatečnou duševní hygienu zaměstnanců, snažit se eliminovat působení stresových faktorů a dbát na prevenci syndromu vyhoření. Kromě přívětivého pracovního prostředí či fungujících mezilidských vztahů na pracovišti mohou pozitivně přispět také pobídky k aktivnímu trávení volného času a relaxaci - např. zaměstnanecké slevy na sportovní aktivity, masáže, dovolené, divadlo, knihkupectví apod. Neboť spokojený a odpočatý pracovník pak může nejlépe participovat na cílech organizace.

LITERATURA A PRAMENY

- [1] AALAA, M. et al. Assessment of quality of life of Iranian Nurses. *Nursing Reports*. 2012, vol. 2, no. 10, pp. 57-62. ISSN 2039-4403.
- [2] ADÁMEK, Tomáš. *Zdroje psychického vyčerpání středního zdravotnického personálu*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. Diplomová práce na Filozofické fakultě Masarykovy univerzity.
- [3] ANTAI-OTONG, D. *Nurse-Client Communication: A Life Span Approach*. Sudbury: Jones and Bartlett, 2007. 251 s. ISBN 978-0-76373588-3.
- [4] ARAKAWA, CH., KANOYA, Y., SATO, CH. Factors Contributing to Medical Errors and Incidents among Hospital Nurses. *Industrial Health*. 2011, vol. 49, pp. 381-388. ISSN 0019-8366.
- [5] ARMSTRONG, M. *Personální management*. Praha: Grada, 1999. 968 s. ISBN 807-16-9614-5.
- [6] BÁRTLOVÁ, Sylva. Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v ČR*. 2006, roč. 9, č. 3, s. 126-128. ISSN 1213-6050.
- [7] BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
- [8] BOGGILD, H., KNUTSON, A. Shift work, risk factors and cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 1999, vol. 25, pp. 85-99. 0355-3140.
- [9] BOIVIN, D., TREMBLAY, G., JAMES, F.O. Working on atypical schedules. *Sleep Medicine*. 2007, vol. 8, no. 6, pp. 578-589. ISSN 1389-9457.
- [10] BOTTOMLEY, A.. The Cancer Patient and Quality of Life. *The Oncologist*. 2002, vol. 7, no. 2, pp. 120-125. ISSN 1083-7159.
- [11] BRÄUEROVÁ, Šárka. *Motivace k práci sestry v paliativní péči*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 108 s. Diplomová práce na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity.

- [12] BROOKS, B.A., ANDERSON, M.A. Nursing Work Life in Acute Care. *Journal of Nursing Care Quality*. 2004, vol. 19, no. 3, pp. 269-275. ISSN 1550-5065.
- [13] CAMPBELL, Stephen, JENNEY, Meriel. Measuring Quality of Life. *Archives of Disease in Childhood* [online]. 1997, no. 77, pp. 347-354. [cit. 2012-12-17]. ISSN 1468-2044. Dostupné z: <http://adc.bmj.com/content/77/4/347.full.pdf>
- [14] CEJTHAMR, Václav, DĚDINA, Jiří. Management a organizační chování. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 340 s. ISBN 978-80-247-3348-7.
- [15] COONS, Stephen Joel, et al. A Comparative Review of Generic Quality-of-Life Instruments. *Pharmacoeconomics*. 2000, vol. 17, no. 1, pp. 13-35. ISSN 1170-7690.
- [16] CORTESE, Claudio. Determinants of Nurses' Job Satisfaction: The Role of Work - family Conflict, Job Demang, Emotional Charge and Social Support. *Journal of Nursing Management*. 2010, no. 18, pp. 35-43. ISSN 0966-0429.
- [17] CUMMINS, R.A. Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social indicators research*. 2000, vol. 52, no. 1, pp. 55-72. ISSN 0303-8300.
- [18] CURTIS, E.A. Job satisfaction: a survey of nurses in the Republic of Ireland. *International Nursing Review*. 2007, vol. 54, no. 1, pp. 92-99. ISSN 0020-8132.
- [19] ČERVENKA, Jan. Percepce práce a subjektivní hodnocení současného zaměstnání českými občany. In Dvořáková Z. (ed.). *Vybrané statě o kvalitě pracovního života* [online]. Praha: Oeconomica, 2008. [cit. 2012-11-11]. ISBN 978-80-245-1383-6. Dostupné z: <http://kvalitazivota.vubp.cz/clanky.php>.
- [20] ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Etický kodex ICN* [online]. Praha: ČAS, 2012 [cit. 2012-12-11]. Dostupný z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf.
- [21] Česko. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Nařízení vlády č. 130/2009 Sb. ze dne 4. května 2009, kterým se mění nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě. Dostupný z [www](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7075/NV_130_2009.pdf): http://www.mpsv.cz/files/clanky/7075/NV_130_2009.pdf.
- [22] Česko. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Vyhláška č. 55 ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011, částka 20, s. 482-544. Dostupný také z WWW <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou->

se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html

[23] Česko. Zákon č. 105 ze dne 25. března 2011, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 40, s. 1053-1055. Dostupný také z WWW: http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=d83ad8bb-d276-45b1-94e2-a3c41576bc3d&groupId=10900

[24] Česko. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730-4801. Dostupný také z WWW: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?o=6&T=405>.

[25] DAEHLEN, M. Job satisfaction and job values among beginning nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2008, vol. 45, no. 12, pp. 1789-1799. ISSN 0020-7489.

[26] DANNA, Karen, GRIFFIN, Ricky W. Health and Well-Being in the Workplace: A Review and Synthesis of the Literature. *Journal of Management*. 1999, vol. 25, no. 3, pp. 357-384. ISSN 0149-2063.

[27] De VITO, J. A. Základy mezilidské komunikace. Praha: Grada Publishing, 2001. 420 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

[28] DINGOVÁ, Michaela., NĚMČEKOVÁ, Mária. Metodologické problémy výskumu kvality života rómského etnika na Slovensku z hľadiska ošetrovateľstva. *Kontakt* [online]. 2008, roč. 10, č. 2, s. 264-273. [cit. 2012-10-25]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsfjcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120418122813935254.pdf>.

[29] DOI, Y. An epidemiologic review on occupational sleep research among Japanese workers. *Industrial Health*. 2005, vol. 43, pp. 3-10. ISSN 0019-8366.

[30] DRAGOMIRECKÁ, Eva, BARTOŇOVÁ, Jitka. Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první

zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie*. 2006a, roč. 10, č. 3, s. 144-149. ISSN 1211-7579.

[31] DRAGOMIRECKÁ, Eva, BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006b. 88 s. ISBN 80-85121-82-4.

[32] DRAGOMIRECKÁ, Eva, ŠKODA, Ctirad. Kvalita života: vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *ČS Psychiatrie*. 1997, roč. 93, č. 2, s. 102-108. ISSN 1212-0383.

[33] EDWARDS, Julian, EASTON, Simon, a VAN LAAR, Darren. The Work-Related Quality of Life Scale for Health Care Workers. *Journal of Advanced Nursing*. 2007, vol. 60, no. 3, pp. 325-333. ISSN 0309-2402.

[34] EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS. *First European Quality of Life Survey: Key findings from a policy perspective* [online]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007 [cit. 2012-10-25]. ISBN 978-92-897-0984-2. Dostupné z: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2007/14/en/1/ef0714en.pdf>.

[35] EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS. *Quality of Work and Employment in Europe. Issues and Challenges. Foundation Paper No 1*. [online]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2002 [cit. 2012-10-25]. ISBN 92-897-0156-0. Dostupné z: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/12/en/1/ef0212en.pdf>.

[36] EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS. *Second European Quality of Life Survey Overview* [online]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009 [cit. 2012-10-25]. ISBN 978-92-897-0847-0. Dostupné z: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/2/EF0902EN.pdf>.

[37] FARKAŠOVÁ, Dana, a kol. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. čes. vyd. Přel.: Valérie Thótová. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.

[38] GLADKIJ, Ivan, a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

- [39] GOLEMAN, Daniel. *Práce s emoční inteligencí*. 1. vyd. Praha: Columbus, 2000. 366 s. ISBN 80-7249-017-6.
- [40] GROHAR-MURRAY, Marry E., DICROCE, Helen R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Přel.: Jana Heřmanová, Věra Topilová. Praha: Grada Publishing, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
- [41] GÜLER, C. et al. Quality of Life and Job Satisfaction of Nurses. *Journal of Nursing Care Quality*. 2003, vol. 18, no. 2, pp. 151-158. ISSN 1057-3631.
- [42] GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [43] GURKOVÁ, Elena a kol. Measuring Subjective Quality of Life in Czech and Slovak Nurses. Validity of the Czech and Slovak Versions of Personal Wellbeing Index. *Journal of Social Research and Policy*. 2012, vol 3, no. 2, pp. 95-110. ISSN 2067-264.
- [44] HALEČKA, Tibor. Kvalita života a jej ekologicko-environmentalny rozmer. In KREDÁTUS, J., TOKÁRKOVÁ, A. (ed.). *Kvalita života a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002. s. 65-81. ISBN 80-8068-088-4.
- [45] HASSON, D., GUSTAVSSON, P. Declining Sleep Quality among Nurses: A Population-Based Four-Year Longitudinal Study on the Transition from Nursing Education to Working Life [online]. *PLOS ONE*. 2010, vol. 5, no. 12 [cit. 2013-03-25]. Dostupné z [www: http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0014265](http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0014265).
- [46] HNILICA, Karel. Vliv pracovního stresu a životních událostí na spokojenost se životem. *ČS Psychologie*. 2004, roč. 48, č. 3, s. 193-202. ISSN 0009-062X.
- [47] HNILICOVÁ, Helena. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.
- [48] HUBAČOVÁ, L. a kol. Fyzická a neuropsychologická náročnost práce na oddělení geriatric. *Pracovní lékařství*. 1999, roč. 51, č. 3, ss. 107-113. ISSN 1803-6597.

- [49] ITO, H. et al. Shift work modifies the circadian patterns of heart rate variability in nurses. *International Journal of Cardiology*. 2001, vol. 79, pp. 231-6. ISSN 0167-5273.
- [50] IVANOVÁ, Kateřina. Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví. Brno: NCO NZO, 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.
- [51] JAKUŠOVÁ, Viera, KILÍKOVÁ, Mária. *Teória a prax v manažmentu v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2008. 149 s. ISBN 987-80-8063-290-8.
- [52] JAROŠOVÁ, Darja. *Základy managementu v ošetrovatel'ství* [online]. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2006 [cit. 2012-12-15]. Dostupné z www: <http://projekty.osu.cz/mentor/II-management%20v%20osetrovatel'stvi.pdf>.
- [53] JAROŠOVÁ, Darja, LEDNICKÝ, Václav, KNOPOVÁ, V. Vlastnosti sester - manažerek ve zdravotnictví. *Moderný medicínský management*. 2002, r. 9, č. 3, s. 11-12. ISSN 1335-2326.
- [54] JOHNSON, J.V., LIPSCOMB, J. Long working hours, occupational health and the changing nature of work organization. *American Journal of Industrial Medicine*. 2006, vol. 49, no. 11, pp. 921-929. ISSN 0271-3586.
- [55] KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- [56] KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In HNILICOVÁ, H. (ed.). *Kvalita života*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE – Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 21-32. ISBN 80-86625-20-6.
- [57] KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 23 s.
- [58] KHEIRAOUI, F. et al. Quality of life among healthcare workers: a multicentre cross-sectional study in Italy. *Public Health*. 2012, vol. 126, no. 7, pp. 624-629. ISSN 0033-3506.
- [59] KOUBEK, Josef. *Řízení lidských zdrojů*. 3. vyd. Praha: Management Press, 2006. 367 s. ISBN 80-7261-033-3.

- [60] KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I*. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [61] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života. In Bratská, M. (ed.). *Psychologické aspekty kvality života. Zborník príspevkov z medzinárodného a celoštátneho kola ŠVOK*. Bratislava: Katedra psychológie FIF UK, 2001a. s. 20-41.
- [62] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál s.r.o., 2001b. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
- [63] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [64] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Kvalita života: vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví. In HNILICOVÁ, H. (ed.). *Kvalita života*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE – Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.
- [65] KŘÍŽOVÁ, Eva. Sociologické podmínky kvality života. In PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 351-364. ISBN 80-7254-657-0.
- [66] KUČERA, Zdeněk. Podpora zdraví a kvalita života. In HNILICOVÁ, H. (ed.). *Kvalita života*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE – Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. s. 108-118. ISBN 80-86625-20-6.
- [67] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- [68] LIBIGEROVÁ, Eva., MÜLLEROVÁ, Hana. Posuzování kvality života v medicíně. *ČS Psychiatrie*. 2001, r. 97, č. 4, s. 183-186. ISSN 1212-0383.
- [69] LUNDSTROM, T. et al. Organizational and enviromental factors fhat affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control*. 2002, vol. 30, no. 2, pp. 93-106. ISSN 0196-6553.
- [70] MADZIOVÁ, Silvie, JANÍKOVÁ, Eva. Péče všeobecných sester o své zdraví. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2013, r. 4, č. 1, s. 546-552. ISSN 1804-2740.
- [71] MAREŠ, Petr. Od práce emancipující k práci mizející. *Sociologický časopis*. 2004, r. 40, č. 1, s. 37-48. ISSN 0038-0288.

- [73] MENZEL, N. et al. The physical workload of nursing personnel: association with musculoskeletal discomfort. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2004, vol. 41, no. 8, pp. 859-867. [cit. 2013-03-25]. ISSN 0020-7489. Dostupné z [www: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15476759](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15476759).
- [74] MLČÁK, Zdeněk. Temperamentové dimenze osobnosti, syndrom vyhaslosti a sociální opora ve vybraných pomáhajících profesích. *Kontakt*. Katedra psychologie a sociální práce FF Ostravské univerzity v Ostravě. 2002, č. 4. ISSN 1212-4117.
- [75] MUECKE, S. Effect of rotating night shifts: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2005, vol. 50, no. 4, pp. 433-439. ISSN 1365-2648.
- [76] NAKLÁDALOVÁ, M., VÉVODA, J., IVANOVÁ, K., MAREČKOVÁ, J. Pracovní spokojenost všeobecných sester na lůžkových odděleních nemocnic. *Pracovní lékařství*. 2011, roč. 63, č. 1, ss. 18-23. ISSN 0032-6291.
- [77] OKUN, Morris A., STOCK, William A. Correlates and Component of Subjective Well-Being among the Elderly. *Journal of Applied Gerontology*. 1987, vol. 6, no. 1, pp. 95-112. ISSN 0733-4648.
- [78] *Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Database* [online]. Lyon (France): Mapi Research Institute c2001-2012 [cit. 2012-10-15]. Dostupný z WWW <http://www.proqolid.org/>.
- [79] PLEVOVÁ, Ilona, a kol. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
- [80] POŠVÁŘ, Zdeněk. *Management I*. 1. vyd. Brno: Mendelova zemědělská a lesnická univerzita, 2002. 155 s. ISBN 978-80-7375-231-6.
- [81] QUALITY OF LIFE RESEARCH UNIT. The Quality of Life Model [online]. Toronto: University of Toronto [cit. 2012-10-18]. Dostupné z [www: http://www.utoronto.ca/qol/qol_model.htm](http://www.utoronto.ca/qol/qol_model.htm)
- [82] RAPKIN, B.D., SCHWARTZ, C.E. Toward a theoretical model of quality of life appraisal: Implications of findings from studies response shift. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2004, vol. 2, no. 3, pp. 14-26. ISSN 1477-7525.

- [83] RIOS, Kátia. Evaluation of Quality of Life and Depression in Nursing Technicians and Nursing Assistants. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010, vol. 18, no. 3, pp. 413-20. ISSN 0104-1169.
- [84] RUGERRI, M., et al. Subjective and Objective dimensions of Quality of Life in Psychiatric Patients: A Factor analytical approach. *British Journal of Psychiatry*. 2001. no. 178, pp. 268-276. ISSN 0007-1250.
- [85] SHAO, MF., CHOU, YC., YEH, M., TZENG, WC. Sleep quality and quality of life in female shift-working nurses. *Journal of Advanced nursing*. 2010, vol. 66, no. 7, pp. 1565-72. ISSN 1365-2648.
- [86] SHIPLEY, S.D. Listening: A Concept Analysis. *Nursing Forum* 2010. vol. 45, no. 2, p. 125-134. ISSN 1744-6198.
- [87] SIKOROVÁ, Lucie. *Psychologie zdravotnické profese*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská Univerzita v Ostravě, 2011. 78 s. ISBN 978-80-7464-084-1.
- [88] SILVA, A.A. et al. Nursing work hours: individual needs versus working conditions. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2011, vol. 45, no. 6, pp. 1-9 [cit. 2013-03-25]. ISSN 0034-8910. Dostupné z [www: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102011000600014&script=sci_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102011000600014&script=sci_arttext&lng=en).
- [89] SILVA, A.A. et al. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2010, vol. 44, no. 4, pp. 718-725 [cit. 2013-04-04]. ISSN 0034-8910. Dostupné z [www: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000400016&script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000400016&script=sci_arttext).
- [90] SKEVINGTON, S.M., LOFTY, M. O'CONNELL, K.A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. *Quality of Life Research* [online]. 2004, vol. 13, no. 2, pp. 299-310. [cit. 2013-03-03]. ISSN 1573-2649. Dostupné z [www: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15085902](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15085902).
- [91] STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství II: Sestra - reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
- [92] SURYNEK, Alois. Hodnota práce a kvalita života [online]. Svět práce a kvalita života v globalizované ekonomice. Sborník z mezinárodní konference, II. díl. Praha:

Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2007 [cit. 2012-10-19]. ISBN 978-80-86973-45-6. Dostupné z:

http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/sbornik_mezinarodni_konference/sbornik_2.pdf

[93] SVEINSDÓTTIR, H., BIERING, P., RAMEL, A. Occupational stress, job satisfaction and working environment among Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006a, vol. 43, pp. 875-889. ISSN 0020-7498.

[94] SVEINSDÓTTIR, Herdis. Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2006b, vol. 20, pp. 229-237. ISSN 1471-6712.

[95] SVOBODOVÁ, Lenka, a kol. *Svět práce a kvalita života*. Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2006. 115 s. ISBN 80-86973-08-5.

[96] ŠEFFLOVÁ, M. *Psychohygienické aspekty sexuální dimenze kvality života mužů s transverzální míšní lézí v kontextu speciální pedagogiky*. Rigorózní práce. Brno: Masarykova univerzita, 2001.

[97] ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

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

[99] TRINKOFF, Alison, et al. Perceived physical demands and reported musculoskeletal problems in registered nurses. *American Journal of Preventive Medicine* [online]. 2003, vol. 24, no. 3, pp. 270-275. [cit. 2013-03-25]. ISSN 1873-2607. Dostupné z [www: http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797%2802%2900639-6/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797%2802%2900639-6/fulltext).

[100] VAĐUROVÁ, Helena, MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

[101] VAŠKOVÁ, Renata, KROUPA, Aleš. *Quality of Working Life in the Czech Republic*. Projekt 1J018/04-DP1 [online]. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí,

2007. [cit. 2013-03-25]. Dostupné z [www:
http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/CZ0502SR01/CZ0502SR01.pdf](http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/CZ0502SR01/CZ0502SR01.pdf).

[102] VÉVODA, Jiří, a kol. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví [online]. Výstup projektu GAČR. 114 s. [cit. 2013-03-30]. Dostupné z [www:
http://usl.upol.cz/gacr/ikony/webove_stranky/files/16_monografi_Motivace%20sester
%20a%20pracovni%20spokojenost%20ve%20zdravotnictvi.pdf](http://usl.upol.cz/gacr/ikony/webove_stranky/files/16_monografi_Motivace%20sester%20a%20pracovni%20spokojenost%20ve%20zdravotnictvi.pdf)

[103] VONDRÁČEK, Lubomír, WIRTHOVÁ, Vlasta. *Právní minimum pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.

[104] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Zdravotnická ročenka České Republiky 2011 [online]. Praha, 2012. [cit. 2013-03-25]. 270 s. ISBN 978-80-7472-024-6. Dostupné z [www:
http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010](http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010).

[105] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Lemon 3. Učební texty pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. Přel.: Jana Heřmanová, Marta Staňková. Brno: IDVPZ, 1997a. 155 s. ISBN 80-7013-244-2.

[106] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Programme on Mental Health: WHOQOL Measuring Quality of Life* [online]. Geneva: WHO, 1997b [cit. 2012-10-20]. Dostupný z: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

[107] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems* [online]. Geneva: WHO, 2006 [cit. 2012-12-10]. Dostupný z: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf

[108] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment* [online]. Geneva: WHO, 1996 [cit. 2012-10-20]. Dostupný z: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.

SEZNAM ZKRATEK

HRQoL	Health-Related Quality of Life
ISOQOL	International Society for Quality of Life Research
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
max.	maximum
min.	minimum
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České Republiky
n	absolutní četnost
NHP	Nottingham Health Profile
OSN	Organizace spojených národů
p	výsledek statistického testu (p-hodnota)
ProQolid	Patient-Reported Outcome and Quality of Life Instruments Datadase
QOL	Quality of Life
SEIQoL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality pf Life
SF-36	Medical Outcome Study 36-Item Short Form
SQUALA	Subjektive Quality of Live Analysis
STD	směrodatná odchylka
TAA-KH	Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	<i>World Health Organization</i> (Světová zdravotnická organizace)
WHOQOL	World Health Organisation Quality of Life

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Struktura dotazníku WHOQOL-100	22
Tabulka č. 2 - Důležitost jednotlivých stránek práce.....	28
Tabulka č. 3 - Pracovní zařazení respondentů	53
Tabulka č. 4 - Pracoviště respondentů	54
Tabulka č. 5 - Pohlaví respondentů	54
Tabulka č. 6 - Věk respondentů	55
Tabulka č. 7 - Vzdělání respondentů	55
Tabulka č. 8 - Délka praxe respondentů	56
Tabulka č. 9 - Rozvržení pracovní doby respondentů	56
Tabulka č. 10 - Spokojenost respondentů s finančním ohodnocením	57
Tabulka č. 11 - Výsledky položek dotazníku WHOQOL-BREF pro skupinu sester pracujících na řadových pozicích	58
Tabulka č. 12 - Výsledky položek dotazníku WHOQOL-BREF pro skupinu sester pracujících ve vedoucích pozicích.....	60
Tabulka č. 13- Srovnání hodnocení kvality života mezi sestrami pracujícími na řadových pozicích a sestrami pracujícími na vedoucích pozicích.....	62
Tabulka č. 14 - Srovnání hodnocení kvality života všeobecných sester v závislosti na jejich věku.....	64
Tabulka č. 15 - Srovnání hodnocení kvality života všeobecných sester v závislosti na dosaženém vzdělání	66
Tabulka č. 16 - Signifikance (p) Mann-Whitney U testu s Bonferroniho korekcí na mnohonásobné porovnávání pro Doménu 2 - Prožívání	67
Tabulka č. 17 - Hodnocení kvality života všeobecných sester v závislosti na délce praxe - výsledky Spearmanovy korelační analýzy	67
Tabulka č. 18 - Srovnání hodnocení kvality života všeobecných sester v jednotlivých zdravotnických zařízeních	68

Tabulka č. 19 - Srovnání hodnocení kvality života všeobecných sester v závislosti na jejich spokojenosti či nespokojenosti s finančním ohodnocením.....	71
Tabulka č. 20 – Zhodnocení závislosti mezi spokojeností se spánkem a prací v jedno- či vícesměnném provozu - kontingenční tabulka	72
Tabulka č. 21 – Zhodnocení závislosti mezi spokojeností se spánkem a prací v jedno- či vícesměnném provozu - výsledky Fisherova přesného testu.....	73

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Dotazník.....	101
Příloha 2 - Žádost o schválení průzk. šetření (Slezská nemocnice v Opavě, p.o.)	106
Příloha 3 - Žádost o schválení průzk. šetření (Psychiatrická léčebna v Opavě, p.o.).	107
Příloha 4 - Žádost o schválení průzk. šetření (Nemocnice Nový Jičín, a.s.)	108
Příloha 5 - Žádost o schválení průzk. šetření (Vítkovická nemocnice, a.s.).....	109

Příloha 1 - Dotazník

Kvalita života zdravotnického personálu ve vybraných nemocnicích

Moravskoslezského kraje

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Seidlerová a na Univerzitě Palackého studuji obor Management zdravotnictví. Ve své diplomové práci se zabývám problematikou kvality života zdravotnického personálu. Touto cestou si Vás dovoluji požádat o vyplnění dotazníku, který by měl vypovídat o Vaší vnímané kvalitě života.

Dotazník se skládá ze dvou částí. První část je zaměřena na demografická data a doplňující otázky, ve druhé části Vás prosím o vyplnění standardizovaného dotazníku Světové zdravotnické organizace.

Vyplnění tohoto dotazníku je anonymní a dobrovolné.

Velmi Vám děkuji za Váš čas a za Vaši ochotu ke spolupráci.

Bc. Lenka Seidlerová

1. ČÁST

DEMOGRAFICKÉ A DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE

(prosím zakroužkujte svou odpověď)

1. V jaké nemocnici pracujete? Prosím uveďte:

.....

2. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

3. Jaký je Váš věk? Uveďte prosím:

.....

4. Jaké je Vaše současné pracovní zařazení?

- a) ošetřovatel/ka
- b) zdravotnický asistent
- c) všeobecná sestra
- d) jiné, uveďte

5. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání, které Vás opravňuje k výkonu současné profese?

- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné - diplomovaný specialista
- e) vysokoškolské - bakalářské
- f) vysokoškolské - magisterské, doktorské
- g) jiné, uveďte

6. Jaká je délka Vaší praxe ve výkonu zdravotnického povolání? Prosím uveďte počet let:

.....

7. Pracujete ve vedoucí/manažerské pozici (staniční sestra, vrchní sestra, hlavní sestra)?

- a) ano
- b) ne

8. Jaký způsob rozvržení Vaší pracovní doby převažuje?

- a) jednosměnný provoz
- b) dvousměnný provoz (denní / noční směna)
- c) třisměnný provoz (ranní/odpolední/noční směna)

9. Jste spokojen/a se svým finančním ohodnocením?

- a) ano
- a) ne

2. ČÁST

KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastná/ý nebo spojená/ý s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

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

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

**Velmi Vám děkuji za Váš čas a za vyplnění dotazníku.
Bc. Lenka Seidlerová**

Příloha 2 - Žádost o schválení průzk. šetření (Slezská nemocnice v Opavě, p.o.)

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Tř. Svobody 8
771 11 Olomouc

Slezská nemocnice Opava
Mgr. Lenka Hanková
Olomoucká 86
746 01 Opava

V Olomouci, dne 29. listopadu 2012

Věc: žádost o schválení provedení výzkumného šetření

Dobrý den,

ráda bych tímto požádala o schválení provedení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici. Výzkumné šetření bude realizováno pomocí anonymních dotazníků (dotazník kvality života WHOQOL-BREF a dotazník zjišťující demografické a doplňující údaje), opatřených informovaným souhlasem.

Výzkum se bude týkat kvality života vybraných zdravotnických pracovníků, konkrétně řadových sester a sester pracujících v manažerských pozicích.

Termín realizace sběru dat: 10.12.2012 - 31.3.2013.

Výsledky budou použity pro účely diplomové práce "Kvalita života zdravotnických pracovníků ve vybraných nemocnicích Moravskoslezského kraje", kterou zpracovávám pod vedením MUDr. Mgr. Jana Lužného, PhD.

Jmenuji se Lenka Seidlerová a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci (Fakulta zdravotnických věd, obor Management zdravotnictví).

Za Vaše vyjádření velice děkuji.

Lenka Seidlerová

Vaši žádosti se vyhovuje

VYJÁDŘENÍ INSTITUCE:

Datum: 3. 12. 2012

Mgr. HANKOVÁ Lenka
náměstkyně pro řízení vč. úkol. péči
Slezská nemocnice
Nemocniční organizace
Olomouc, dne 29. 11. 2012

Podpis:

Příloha 3 - Žádost o schválení průzk. šetření (Psychiatrická léčebna v Opavě, p.o.)

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Tř. Svobody 8
771 11 Olomouc

Psychiatrická léčebna v Opavě
Mgr. Barbora Adamčíková
Olomoucká 88
746 01 Opava

V Olomouci, dne 29. listopadu 2012

Věc: žádost o schválení provedení výzkumného šetření

Dobrý den,

ráda bych tímto požádala o schválení provedení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici. Výzkumné šetření bude realizováno pomocí anonymních dotazníků (dotazník kvality života WHOQOL-BREF a dotazník zjišťující demografické a doplňující údaje), opatřených informovaným souhlasem.

Výzkum se bude týkat kvality života vybraných zdravotnických pracovníků, konkrétně řadových sester a sester pracujících v manažerských pozicích.

Termín realizace sběru dat: 19.12.2012 - 31.3.2013.

Výsledky budou použity pro účely diplomové práce "Kvalita života zdravotnických pracovníků ve vybraných nemocnicích Moravskoslezského kraje", kterou zpracovávám pod vedením MUDr. Jana Lužného, PhD.

Jmenuji se Lenka Seidlerová a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci (Fakulta zdravotnických věd, obor Management zdravotnictví).

Za Vaše vyjádření velice děkuji.

Lenka Seidlerová

VYJÁDRĚNÍ INSTITUTE:

Datum: 19. 12. 12

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA
Olomoucká 88, 746 01 OPAVA
IČO: 00344004 @ IČZ: 90 224

Podpis: _____

Mgr. Adamčíková Barbora
náhradníkem pro oš. péči
Psychiatrická léčebna v Opavě
Olomoucká 88

Příloha 4 - Žádost o schválení průzk. šetření (Nemocnice Nový Jičín, a.s.)

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Tř. Svobody 8
771 11 Olomouc

Nemocnice Nový Jičín a.s.
Marie Jurošková
Purkyňova 2138/16
741 01 Nový Jičín

V Olomouci, dne 29. listopadu 2012

Věc: žádost o schválení provedení výzkumného šetření

Dobrý den,

ráda bych tímto požádala o schválení provedení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici. Výzkumné šetření bude realizováno pomocí anonymních dotazníků (dotazník kvality života WHOQOL-BREF a dotazník zjišťující demografické a doplňující údaje), opatřených informovaným souhlasem.

Výzkum se bude týkat kvality života vybraných zdravotnických pracovníků, konkrétně řadových sester a sester pracujících v manažerských pozicích.

Termín realizace sběru dat: 10.12.2012 - 31.3.2013.

Výsledky budou použity pro účely diplomové práce "Kvalita života zdravotnických pracovníků ve vybraných nemocnicích Moravskoslezského kraje", kterou zpracovávám pod vedením MUDr. Mgr. Jana Lužného, PhD.

Jmenuji se Lenka Seidlerová a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci (Fakulta zdravotnických věd, obor Management zdravotnictví).

Za Vaše vyjádření velice děkuji.

Lenka Seidlerová

VYJÁDŘENÍ INSTITUTE:

SOUHLASÍ



Nemocnice Nový Jičín a.s.

Purkyňova 2138/16, 741 01 Nový Jičín
IČO: 25886207 DIČ: CZ699000899

Telef.: 556 773 111

Datum: *15.12.2012*

Podpis: *[Signature]*

Příloha 5 - Žádost o schválení průzk. šetření (Vítkovická nemocnice, a.s.)

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Tř. Svobody 8
771 11 Olomouc

Vítkovická nemocnice a.s.
Xenie Gašparová
Zalužanského 1192/15
703 84 Ostrava - Vítkovice

V Olomouci, dne 29. listopadu 2012

Věc: žádost o schválení provedení výzkumného šetření

Dobrý den,

ráda bych tímto požádala o schválení provedení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici. Výzkumné šetření bude realizováno pomocí anonymních dotazníků (dotazník kvality života WHOQOL-BREF a dotazník zjišťující demografické a doplňující údaje), opatřených informovaným souhlasem.

Výzkum se bude týkat kvality života vybraných zdravotnických pracovníků, konkrétně řadových sester a sester pracujících v manažerských pozicích.

Termín realizace sběru dat: 10.12.2012 - 31.3.2013.

Výsledky budou použity pro účely diplomové práce "Kvalita života zdravotnických pracovníků ve vybraných nemocnicích Moravskoslezského kraje", kterou zpracovávám pod vedením MUDr. Mgr. Jana Lužného, PhD.

Jmenuji se Lenka Seidlerová a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci (Fakulta zdravotnických věd, obor Management zdravotnictví).

Za Vaše vyjádření velice děkuji.

Lenka Seidlerová

VYJÁDŘENÍ INSTITUTE: *POVOLENO*

Vítkovická nemocnice a.s.
Zalužanského 1192/15 703 84 Ostrava - Vítkovice
Xenie Gašparová
manažerka pro ošetrovatelskou péči
tel.: 595 633 485 / 3024

Datum: *14.12.2012*

Podpis: *[Signature]*