

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

KVALITA ŽIVOTA POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ
Z POHLEDU VŠEOBECNÝCH SESTER

Bakalářská práce

Autor práce: Tereza Dudáčková

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Gigalová

2016

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**QUALITY OF LIFE FROM PERSPECTIVE OF
HELPING PROFESSION OF NURSES**

Bachelor's thesis

Autor: Tereza Dudáčková

Supervisor: Mgr. Veronika Gígalová

2016

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

Tereza Dudáčková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Veronice Gigalové za odborné vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady, postřehy a odborné konzultace. Dále bych chtěla poděkovat všeobecným sestřám z Fakultní nemocnice v Hradci Králové a Oblastní nemocnice v Trutnově, a.s., které vyplnily dotazníky a poskytly mi rozhovory. Také děkuji RNDr. Evě Čermákové za konzultace a statistické zpracování dat.

Moje díky také patří celé mé rodině, která byla pro mne v průběhu mého studia a sepisování mé bakalářské práce velkou oporou.

„Zdravotní sestry jsou zvláštní druh. Mají neutuchající potřebu pečovat o druhé, což je jejich největší síla a největší prokletí.“

(Dr. Watson, Jean)

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1 KVALITA ŽIVOTA.....	11
1.1 HISTORIE POJMU.....	11
1.2 DEFINICE POJMU.....	12
1.3 ROZSAH POJETÍ KVALITY ŽIVOTA.....	13
1.4 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA	14
1.4.1 OBJEKTIVNÍ DIMENZE KVALITY ŽIVOTA (QOL)	14
1.4.2 SUBJEKTIVNÍ DIMENZE QOL	15
1.4.3 FYZICKÁ DIMENZE QOL.....	15
1.4.4 SOCIOLOGICKÁ DIMENZE QOL.....	15
1.4.5 PSYCHOLOGICKÁ DIMENZE QOL	16
1.4.6 NOETICKÁ DIMENZE QOL	16
2 OSOBNÍ POHODA (WELL - BEING).....	17
2.1 DEFINICE POJMU OSOBNÍ POHODA	17
2.2 DIMENZE OSOBNÍ POHODY.....	17
2.3 DETERMINANTY OSOBNÍ POHODY	19
3 PŘÍSTUPY K HODNOCENÍ A MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	20
3.1 METODY VYUŽÍVAJÍCÍ HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA DRUHOU OSOBOU.....	20
3.2 METODY ZALOŽENÉ NA HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA SAMOTNÝM RESPONDENTEM	21
3.3 SMÍŠENÉ METODY HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA	21
3.4 MOŽNOSTI HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA - DOTAZNÍKY	22
3.4.1 GENERICKÉ DOTAZNÍKY	22

3.4.2 SPECIFICKÉ DOTAZNÍKY	23
4 POMÁHAJÍCÍ PROFESE	24
4.1 OBECNÉ PŘEDPOKLADY PRACOVNÍKA POMÁHAJÍCÍ PROFESE	25
4.2 ETICKÉ ZÁSADY V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH	26
5 CHARAKTERISTIKA PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY	28
5.1 PŘEDPOKLADY K VÝKONU POVOLÁNÍ SESTRY	29
5.2 PROFESNÍ ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY	30
5.3 NÁPLŇ PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY	31
6 OSOBNÍ POHODA VŠEOBECNÉ SESTRY	33
7 PRESTIŽ VŠEOBECNÉ SESTRY	34
8 DOSAVADNÍ VÝZKUMY ZABÝVAJÍCÍ SE KVALITOU ŽIVOTA SESTER	36
EMPIRICKÁ ČÁST	
9 EMPIRICKÁ ČÁST	39
9.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A PRACOVNÍ HYPOTÉZY	39
9.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU RESPONDENTŮ, SBĚR DAT	41
9.3 POUŽITÉ METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	42
9.4 KVANTITATIVNÍ METODA VÝZKUMU	42
9.4.1 POSTUP ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	45
9.4.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	47
9.4.3 ANALÝZA A TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ	62
9.5 KVALITATIVNÍ METODA VÝZKUMU	71
9.5.1 PŘEHLED HLAVNÍCH KATEGORIÍ A SUBKATEGORIÍ	71
9.5.2 SOUHRNNÁ ANALÝZA SUBKATEGORIÍ	75
10 DISKUZE	77
ZÁVĚR	86

ANOTACE	88
ANOTATION	89
LITERATURA A PRAMENY	90
SEZNAM GRAFŮ	96
SEZNAM TABULEK	97
SEZNAM OBRÁZKŮ	99
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	100
SEZNAM PŘÍLOH.....	101
Příloha 1. Žádosti o provedení výzkumné činnosti.....	102
Příloha 2. Dotazník	104
Příloha 3. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů.....	108
Příloha 4. Péče o pečovatelky podle Sheily Cassidy	111
Příloha 5. Prestiž povolání - únor 2016	113
Příloha 6. Kvantitativní výzkumný přístup - Míra frustrace v jednotlivých okolnostech života	114
Příloha 7. Kvalitativní výzkumný přístup - rozhovory dle pracoviště sester.....	115

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je Kvalita života pomáhajících profesí z pohledu všeobecných sester. Kvalita života je velmi aktuální otázkou této doby.

K výběru tohoto tématu mě vedla skutečnost, že sama již 20 let pracuji v tomto oboru a otázka kvality života je mezi mými kolegyněmi velmi často diskutována. Další okolností výběru byl také velký problém dnešní doby - nedostatek sester v České republice i mimo ní. Zajímalo mě, zda se na nedostatku všeobecných sester podílí také kvalita jejich života. Zda je jejich profese omezuje a nenaplnuje natolik, že si raději volí jiné povolání.

O profesi všeobecné sestry bylo již napsáno mnohé. Nepochybně se jedná o povolání velmi fyzicky a psychicky náročné. Bohužel však není doceněno a jeho důležitost a náročnost je často podceňována. Sestry si zaslouží uznání a podporu od svého okolí v zaměstnání, ale také v osobním životě. Málokdo si je schopen a ochoten uvědomit, jak profese sestry zasahuje do jejího osobního života. Pro představu, např. čas strávený s utrpením a bolestí pacientů na úkor své vlastní rodiny, svých zájmů, své osobní pohody. Každá sestra je jiná, má rozdílné názory a hodnoty, ale pokud své povolání přijímá jako poslání, tak je její osobní život vždy ovlivněn tím profesním.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou, která přibližuje pojmy: kvalita života, osobní pohoda, hodnocení kvality života, pomáhající profese a charakteristika profese všeobecné sestry. Snaží se poskytnout informace k těmto oblastem a pomoci je alespoň zběžně zmapovat. V empirické části byl využit smíšený výzkumný přístup, kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu, kdy jsou analyzovány získané výsledky a porovnány s výsledky dříve provedených šetření na stejné téma. Zaměřila jsem se na všeobecné sestry pracující ve dvou rozličných zdravotnických zařízeních, ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové a v Oblastní nemocnici v Trutnově a.s.. Cílem bylo zjistit míru celkové životní spokojenosti (kvality života) všeobecných sester. Podchytit strukturu a povahu spokojenosti ve vztahu k základním oblastem běžného života rozdělených do sedmi dimenzí. Zmapovat ty dimenze, ve kterých se vyhrocují postoje k životní, pracovní, rodinné a jiné realitě, vykazující výrazný vnitřní konflikt mezi pocíťovanou potřebou seberealizace a možností nalézt v tomto směru potřebné vnitřní uspokojení. A ověřit, zda je kvalita života všeobecných sester podmíněna vybranými proměnnými.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita ve slovníku cizích slov znamená „jakost, hodnota, stav věci, souhrn vlastností, jimiž se věc jako celek odlišuje od jiného“ (Kraus, 2009).

Obecná definice kvality říká, že kvalita je „dělat správné věci správným způsobem“ (Mareš, 2006).

Pojem „kvalita“ je odvozen od latinského „qualis“, což znamená „jaký“, kořenem tohoto slova je qui - kdo?, ve významu „kdo to je?“, případně „jaké to je?“ (Křivohlavý, 2001). Synonymem pro tento pojem je také označení „jakost“.

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 (The Constitution of the WHO, 1948).

Pojem kvalita života je multidimenzionální, interdisciplinární a komplexní pojem. Pojetím kvality života se zabývají mnohé odlišné a na sobě zcela nezávislé disciplíny jakými jsou například ekonomie, psychologie, politologie, medicína, sociologie, teologie, technické vědy a další. Nelze tedy nikdy vycházet z jediného základu pro tvorbu definice tohoto pojmu pro všechna odvětví (Heřmanová, 2012).

1.1 HISTORIE POJMU

Mezi první zmínky o koncepci kvality života patří již výroky v řecké a římské mytologii a jsou spojovány se jmény Aesculapa, Aesclepia a jiných (Vařurová, Mühlpachr, 2005).

Termín „kvalita života“ byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech minulého století a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti podpory nižších společenských vrstev (Hnilicová, 2005).

V poválečných letech se tento termín objevil v politickém kontextu v USA, kdy prezident Johnson prohlásil zlepšování kvality života občanů za svůj volební cíl. Měl na mysli nejen kvantitu spotřebního zboží, ale hlavně to jak se lidem za určitých podmínek žije (Hnilicová, 2005).

V 70. letech minulého století německý politik Willy Brandt postavil program své strany na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany. V této době se také začal používat termín „kvalita života“ pro výzkumné účely. V USA proběhlo v 70. letech minulého století první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva, jehož cílem bylo shrnout a ukázat, jak sami lidé hodnotí svůj život. Výsledky tohoto šetření ukázaly, že pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života (Hnilicová, 2005).

Opětovně v 70. letech 20. století je pojem „kvalita života“ užíván i v medicíně. Postupně v 80. letech se začíná stále častěji používat také v klinických studiích. Problematika kvality života je velmi zdůrazňovaná a zkoumaná. Zdravotníky zajímá zejména kvalita života pacientů s různými druhy onemocnění, či jaký je dopad onemocnění na jejich kvalitu života (Hnilicová, 2005).

Studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí (Hnilicová, 2005).

1.2 DEFINICE POJMU

Za nejstarší definici kvality života je možné považovat definici zdraví dle WHO ve znění: „Zdraví není jen absence nemoci či vady, ale jedná se o stav komplexní duševní, tělesné a sociální pohody“ (The Constitution of the WHO, 1948). Tato definice se holisticky zaměřuje na všechny lidské potřeby.

Z definice WHO vychází Napgal, 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).

Kirby 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“ (Dragomirecká, Škoda, 1997).

Jednou z dalších definicí kvality života je definice dle Dickense, která se opírá o Maslowovu pyramidu potřeb. Dickens tvrdí, že kvalita života je „měřením velikosti nepochybnosti mezi nenaplněnými a naplněnými potřebami a přáními“ (In: Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Podle psychologického slovníku je kvalita života „vyjádření pocitu životního „štěstí“ (Hartl, Hartlová, 2000).

Z psychologického pohledu je kvalita života jako míra životní spokojenosti či nespokojenosti. Ze sociologického pohledu jde o pocity a životní úroveň speciálních skupin, např. etnické skupiny. A z lékařského hlediska se kvalitou života označuje, na jaké úrovni lidé žijí a s jakým omezením (Hartl, Hartlová, 2000).

„Kvalita života vyjadřuje subjektivní hodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu (Mareš, 2006).

1.3 ROZSAH POJETÍ KVALITY ŽIVOTA

Při snaze o definování kvality života je dobré si uvědomit, že může být nahlížena z několika úrovní - závisí na východiscích a na cíli zkoumání kvality života. Engel a Bergsma (In: Křivohlavý, 2002) popsali hierarchii možného přístupu ke zkoumání kvality života následujícím způsobem:

- **makro - rovina:** kvalita života je zvažována z pohledu velkých společenských celků, jedná se o vnímání smyslu života, o jeho zohledňování při velkých politických rozhodnutích, dotýká se například boje s nemocemi, chudobou nebo je zohledňována při rozhodování o investicích do zdravotnictví...
- **mezo - rovina:** kvalita života v malé sociální skupině, jde o respekt k morální hodnotě života člověka i o otázky sociálních vztahů mezi lidmi, uspokojování potřeb každého člena skupiny, celkové sociální klima a sociální oporu...

- **personální rovina:** kvalita života individua, jde o subjektivní hodnocení stavu člověka, což zahrnuje jeho zdraví, bolest, energii, pocit spokojenosti, naplnění cílů a očekávání...
- **fyzická existence:** kvalita života jako výsledek pozorovatelného chování druhých lidí, umožňuje objektivní měření a porovnání.

Při přemýšlení o kvalitě života (a to hlavně z psychologického pohledu) většina z nás automaticky uvažuje na úrovni personální, ale je třeba si uvědomit, že řada studií, a to i ve zdravotnictví, pracuje s pojmem kvalita života na makro-úrovni, tedy na úrovni celé populace či národa, výstupy těchto studií jsou používány například k hodnocení péče, výběru doporučených postupů či rozhodování o zdravotní politice obecně (Křivohlavý, 2002).

1.4 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA

„Ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního“. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení QOL jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka. K tomuto posunu došlo i v lékařství, kde objektivně měřitelné ukazatele zdraví byly dlouho považovány za nejpodstatnější a nejhodnotnější pro volbu další léčby a pomoci (Vařurová, Mühlpachr, 2005).

1.4.1 OBJEKTIVNÍ DIMENZE KVALITY ŽIVOTA (QOL)

Objektivní hodnocení kvality života se zaměřuje zejména na sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky. Jedná se o sociální postavení a podmínky pro život, materiální zabezpečení a fyzické zdraví jedince. Lze ji vyjádřit prostřednictvím konkrétních ukazatelů např.: hrubým domácím produktem indexu lidského rozvoje, počtem kulturních a zdravotnických zařízení ve městě, dostupností dopravy...aj. Objektivní ukazatelé však mohou být mnohdy zkreslující (Hnilicová, 2005).

1.4.2 SUBJEKTIVNÍ DIMENZE QOL

Subjektivní hodnocení kvality života se týká jedincova vnímání sebe sama, svého postavení v životě a hodnocení uspokojování svých potřeb. Týká se lidských emocí a pocitu celkové spokojenosti s vlastním životem. Většina z nás má vlastní představu o tom, jaké skutečnosti ovlivňují, popřípadě zlepšují naši kvalitu života. Obecně lze říct, že se jedná o pocit bezpečí, péče a podpůrné prostředí společnosti (Hnilicová, 2005).

1.4.3 FYZICKÁ DIMENZE QOL

Prožíváním bolesti, nebo při přítomnosti nemoci je jedincovo vnímání kvality života velmi ovlivněno. Nemoc, zranění či léčení negativně ovlivňuje kvalitu života posuzovaného jedince. Fyzické pojetí bývá charakterizováno ukazateli zdravotního stavu jedince. Jedná se o aktuální zdravotní stav a kondici člověka, o vrozené dispozice a vliv dědičnosti (Hnilicová, 2005).

1.4.4 SOCIOLOGICKÁ DIMENZE QOL

Dle Sociologického slovníku je kvalita života posuzována hlavně podle indikátorů životního prostředí, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, ukazatelů zdraví a nemoci, volného času, charakteristik práce, osobní a kolektivní bezpečnosti. Sociálních jistot a občanských svobod (Petrusek, Vodáková, 1996).

Sociologická organizace Mezinárodní společnost pro studium kvality života (International Society for Quality of Life Studies) pojímá kvalitu života jako „produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a enviromentálních podmínek, ovlivňujících rozvoj lidí“ (Hnilicová, 2005).

Je patrné, že kvalita života postihuje i další dimenzi, než je materiální, protože se tento pojem objevuje ve společnosti, která materiálně nestrádá. Je zde poukazováno na nutnost uspokojování jiných potřeb, převážně duchovního charakteru (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

1.4.5 PSYCHOLOGICKÁ DIMENZE QOL

Toto pojetí kvality života se vztahuje ke snaze osvětlit prožívanou pohodu a spokojenost jedince. „Jedná se o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem“ (Kebza, Šolcová, 2003).

V kontextu psychologie je s pojmem kvalita života také spojován termín osobní pohoda (well - being). Termín osobní pohoda je velmi úzce propojen s vnímáním zdraví jako komplexního celku a pojetím celkového životního stylu.

Pojmu osobní pohoda se budeme blíže věnovat v další části práce.

1.4.6 NOETICKÁ DIMENZE QOL

Tato dimenze zahrnuje kvality, jakými jsou morální a etický kodex jedince, smysluplnost vlastního života, náboženské přesvědčení, názor na svět apod. (Payne, 2005).

- **Etika** (z řeckého slova ethos - mrav) - teorie, která zkoumá morálku nebo morální jednání a jeho normy. Etika se zabývá teoretickým zkoumáním hodnot a principů, které usměrňují lidské jednání v situacích, kdy existuje možnost volby prostřednictvím svobodné vůle. Hodnotí činnost člověka z hlediska dobra a zla (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).
- **Morálka** (z latiny moralitas - charakter, správné chování) - soubor principů založených a hodnocených na základě posuzování dobra a zla, které řídí chování lidské společnosti. U užšího slova smyslu lze morálku také chápat jako vnitřní mravní kodex každého z nás (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).
- **Smysluplnost života** - každý člověk hledá smysl svého bytí, své existence. Hledání smyslu života se může jevit například jako tvorba pojetí sebe sama a uspořádáním vlastního světa. Člověk si stanovuje plány a cíle a snaží k nim dospět. Dávají jeho životu smysl a podnět k různým aktivitám. Pokud se člověku daří své plány a tužby realizovat, cítí se spokojený a šťastný (Grohar-Murray, DiCroce, 2003).

2 OSOBNÍ POHODA (WELL - BEING)

Kvalita života může být rovněž definována jako úroveň osobní pohody, spojené s životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí (Kučera, 2004).

2.1 DEFINICE POJMU OSOBNÍ POHODA

Slovní spojení „well - being“ označuje pocit životní pohody a spokojenosti. Patří k němu zdraví, sociální zajištění, rodinné zázemí, možnost seberealizace, pracovní uplatnění za přiměřenou odměnu, svobodu rozhodování o vlastním životě, trávení volného času a další (Kebza, Šolcová, 2003).

V anglosaské literatuře bývá nejčastěji vysvětlován ve vztahu k pojmu „satisfaction“ (spokojenost), také ve vztahu k „life satisfaction“ (životní spokojenost), ale také ve spojení s pojmy „welfare“ (blaho), „pleasure“ (radost), „prosperity“ (prosperita, úspěšnost) nebo také ve vztahu k pojmu „happiness“ (štěstí) a „health“ (zdraví) (Kebza, Šolcová, 2005).

Tento termín se vyskytuje v definici zdraví dle WHO. Podle té je zdravý ten, kdo je v „pohodě“ (well - being). „Pohoda“ je velmi široká skupina toho, co je pro člověka důležité. Týká se pozitivních i negativních emocí, nálad a afektů a také toho, jak člověk nazírá na své plány, očekávání a jejich realizaci (Křivohlavý, 2004).

„Lidé zažívají silný pocit osobní pohody, když prožívají mnoho pozitivních a málo negativních emocí, když se podílejí na osobně zajímavých aktivitách a když jsou spokojeni se svým životem“ (Diener, 2000).

Zjednodušeně lze říct, že well - being je hodnocením kvality života jako celku.

2.2 DIMENZE OSOBNÍ POHODY

Americká psycholožka Carol Ryffová chtěla zdůraznit svůj zájem o hlubší, skutečně psychologické aspekty osobní pohody, proto označila svůj koncept jako „psychological well-being“, tedy duševní (psychologickou) pohodu. Podle Ryffové člověk dosahuje osobní pohody právě tehdy, když se mu daří naplňovat celkem šest oblastí duševního života - Ryffová

přímo mluví o pozitivním psychologickém fungování (Ryff, Keyes, 1995; cit. dle Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006).

Dle Ryffové a Keyesové (1995) má struktura osobní pohody šest základních dimenzí:

- **Sebepřijetí** (self - acceptance) - pozitivní postoj k sobě, srozumění s různými aspekty sebe a jejich akceptace, dobrých i špatných vlastností a přijetí své vlastní minulosti.
- **Pozitivní vztahy s druhými** (positive relations with others) - vřelé uspokojující vztahy s druhými lidmi, zájem o blaho druhých a schopnost empatie.
- **Autonomie** (autonomy) - nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor a jednání, potřeba nezávislosti na hodnocení a očekávání druhých.
- **Zvládání životního prostředí** (enviromental mastery) - pocit kompetence při zvládání každodenních nároků, přehled o tom, co se děje v okolním prostředí. Schopnost vidět příležitosti a využít vnější dění pro vlastní cíle a potřeby.
- **Smysl života** (purpose in life) - pocit, že přítomný i předešlý život má smysl, směřování k dosažení vytčených cílů a přání.
- **Osobní rozvoj** (personal growth) - pocit trvalého vývoje, otevřenost a přístupnost novému, nepřipouštění si nudy a pocitu stagnace. Schopnost zaměřit se na pozitivní změny vlastního já (Ryff, Keyes, 1995; cit. dle Kebza, Šolcová, 2003).

Řada autorů poukazuje v poslední době na sílící význam sociálních dimenzí osobní pohody. Vedle pojmu „osobní pohoda“ (well-being, subjective well-being) se objevuje i termín „sociální pohoda“ (social well-being) (Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006; Dosedlová, 2008).

Keyesová rozlišuje několik specifických dimenzí osobní pohody, patří k nim:

- **sociální integrace** - míra zapojení jedince do společnosti a komunity
- **sociální akceptace** - jaký si člověk vytvořil obraz o společnosti
- **sociální přínos** - hodnocení vlastní sociální hodnoty jedince pro společnost
- **sociální aktualizace** - hodnocení potenciálu společnosti k vývoji, její schopnost mít vliv na svůj vývoj
- **sociální koherence** - ta vyjadřuje soudržnost s druhými lidmi.

Uspokojení v jednotlivých oblastech pak představuje sociální pohodu (Keyes, 1998; cit. dle Kebza, Šolcová, 2005; Hrdlička, Kuric, Blatný, 2006).

2.3 DETERMINANTY OSOBNÍ POHODY

Dle Levina a Chattersové (1998, In: Kebza, 2005) patří mezi determinanty životní pohody již zmíněné a bez diskuze nejdůležitější zdraví, potažmo **zdravotní stav** - jak jeho **objektivní ukazatele**, tak i **subjektivní posouzení celkového zdraví**. Dále hraje důležitou roli **sociálně ekonomický status**, **věk** a **náboženské aktivity**. Význam se přisuzuje také **etnicitě**, **vdovství - vdovectví**, **rodičovství**, **sociální opoře**, **životní události**, **osiřeni** a **sebeúctě**.

Ryffová a Singer (1998) prokázali vliv **pohlaví** na úroveň osobní pohody. Z jejich studií vyplynulo, že ženy posuzují pozitivněji než muži své vztahy s druhými a svůj osobní rozvoj. Pokud jde o vliv socioekonomického statusu, autoři konstatovali, že s vyšší úrovní **vzdělání**, se zvyšuje úroveň osobní pohody, a to zejména v dimenzi smysl života (Ryff, Singer, 1998; cit. dle Kebza, Šolcová, 2005).

Dle Šolcové a Kebzy (2001) má nesporný vliv na změny celkové osobní životní pohody **ztráta zaměstnání**. Která se odráží v celkovém životním názoru, emočním vyladění, sebepojetí a postoji k práci. Lidé bez zaměstnání mohou mít pocit ztráty kontroly nad vlastním životem (Šolcová, Kebza, 2001).

3 PŘÍSTUPY K HODNOCENÍ A MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

Kvalita života je zcela subjektivně vnímanou veličinou a lze ji posoudit jako vlastní životní situaci. Při jejím měření je nutné specifikovat účel a záměr hodnocení, je potřebné vymezit populaci, ve které bude kvalita života zkoumána a vybrat konceptuální zaměření a její teoretický rámec (Vaňurová, Mühlpachr, 2005; Gurková, 2011).

Křivohlavý (2002) rozlišuje tři základní skupiny metod měření kvality života:

- metody objektivní - kvalitu života hodnotí druhá osoba
- metody subjektivní - kvalitu života hodnotí sama daná osoba
- metody smíšené

3.1 METODY VYUŽÍVAJÍCÍ HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA DRUHOU OSOBOU

Předchůdcem této metody měření kvality života byly tzv. Health State - rejstříky zdravotního stavu daného pacienta. Jejich vylepšenou formou se poté staly tzv. Health State Profiles - profily zdravotního stavu pacienta. Jejich smyslem byla snaha nastínit zdravotní stav pacienta z lékařského, obecně fyziologického hlediska. Mezi přístupy k hodnocení celkového stavu pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii lze zahrnout:

- APACHE II (Acute Psychological and Chronic Health Evaluation System) - hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu.
- Karnofskyho index - PSI (Performance Status Index) - symbolické vyjádření kvality života, slovní vyjádření kvality života (Slováček, 2005).

APACHE II - je příkladem přístupu, který se snaží vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii. Je zde předpokládáno, že vážnost onemocnění lze soudit podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu fyziologického. Měří se odchylky všech abnormálních funkcí a výsledek je vyjádřen jedním konkrétním číslem. Celkové skóre APACHE II se pohybuje v rozmezí 0 - 71 bodů. Platí zde, že čím je vyšší číselný údaj, tím větší je pravděpodobnost exitu pacienta (Křivohlavý, 2005).

Karnofskyho index PSI - je stanoven lékařem, který takto vyjadřuje svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta. Tato metoda využívá škálu 0 - 100 %. Index klade velký důraz na fyzickou stránku pacienta, než na jeho stránku sociální a psychologickou (Křivohlavý, 2005 In: PAYNE, 2005).

3.2 METODY ZALOŽENÉ NA HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA SAMOTNÝM RESPONDENTEM

Mezi tyto metody lze zahrnout:

- DDRS (Distress and Disability Rating Scale) - posuzovací škála stresu a neschopnosti
- SWLS (Satisfaction with Life Scale) - stupnice spokojenosti se životem
- SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) - systém individuálního hodnocení kvality života (Slováček, 2005).
- DUSIN - dotazník životní spokojenosti a frustrace, který je součástí psychodiagnostické baterie DIAROS. Hodnocení vlastní životní situace a postihování subjektivního uspokojení s životní realitou v pojmech „dobrá pohoda“ (well-being), „životní uspokojení“, „osobní štěstí“, „kvalita subjektivní zkušenosti“ aj. je v posledních desetiletích důležitým tématem zdravotnických i psychologických výzkumů. Z hlediska aktivní ochrany duševního zdraví je i v popředí zájmu Světové zdravotnické organizace (Mikšík, 2004).

3.3 SMÍŠENÉ METODY HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA

K těmto metodám patří:

- MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) - krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru.
- LSS (Life Satisfaction Scale) - škála spokojenosti (Slováček, 2005).

MANSA - cílem autorů je „vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak se mu jeví v danou chvíli“. Podle toho, jak vypadá celkový obraz kvality života daného člověka, je možné cíleně zaměřit pomoc a péči o něj.

V metodě MANSA se zjišťují tyto oblasti spokojenosti:

- s vlastním životem se sebepojetím
- se sociálními vztahy
- s rodinnými vztahy
- s bezpečnostní situací
- s právním stavem
- s životním prostředím
- s finanční situací
- s náboženstvím - vírou
- s účastí na aktivitách volného času
- se zaměstnáním - školou (Křivohlavý, 2002).

3.4 MOŽNOSTI HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA - DOTAZNÍKY

Byla vytvořena celá řada dotazníků ke zjišťování kvality života, přičemž jejich psychometrická výpovědní hodnota a spolehlivost byly testovány podle současných standardů „měření zdraví“. Dotazníky rozdělujeme na dva typy, a to na dotazníky generické (obecné) a na dotazníky specifické (určené konkrétně pro daný typ onemocnění a pro určitý aspekt kvality života).

3.4.1 GENERICKÉ DOTAZNÍKY

Hodnotí se jimi všeobecně celkový stav nemocného, bez ohledu na konkrétní onemocnění. Jsou široce použitelné u všech skupin populace, bez ohledu na věk, pohlaví apod. Jejich výhodou je fakt, že si všímají kvality života v co nejširším úhlu. Jsou proto vhodné hlavně k hodnocení kvality života nevýběrových vzorků populace, nebo ke srovnání míry kvality života lidí s různými onemocněními.

K nejznámějším generickým dotazníkům patří:

- Karnofsky Performance Status Scale
- Sickness Impact Profil (SIP)
- Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF 36)
- The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100)
- European Quality of Life Questionnaire Version EQ-5D (EuroQol EQ-5D)

(Slováček, 2012).

3.4.2 SPECIFICKÉ DOTAZNÍKY

Jsou tvořeny pro hodnocení celkového stavu pacienta s konkrétním onemocněním nebo pro hodnocení specifického aspektu kvality života (např. bolest, únava, apod.). Se specifickými dotazníky jsou často užívány tzv. moduly zaměřené na specifické symptomy a obtíže u daného typu onemocnění. Jsou jednoznačně senzitivnější (Slováček, 2012).

Jsou cíleny na konkrétní a předem definovanou populaci, která splňuje dané podmínky. Od těch se poté odvíjí oblasti č. dimenze sledované dotazníkem. Jsou zaměřeny na konkrétní chorobu, na její projevy a na projevy dopadu či vedlejších účinků léčby. Jsou tvořeny velmi detailně a jejich výhodou je jejich vysoká citlivost k danému tématu. Pro příklad můžeme uvést:

- Quality of Life Enjoyment and Satisfaction (Q - LES - Q)
- McGill Pain Questionnaire
- Functional Assessment of Cancer Therapy for Patients with Colorectal Cancer
- Angina pectoris Quality of Life Scale
- Functional Assessment of HIV Infection a mnohé další (Slováček, 2012).

4 POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Géringová (2011) definuje termín pomáhající profese jako „skupinu povolání, která jsou založená na profesní pomoci druhým lidem“ (Géringová, 2011).

Musil (2004) upřesňuje, že jde o „poskytování pomoci lidem v obtížných životních situacích“ (Musil, 2004).

Patří mezi ně zdravotnické profese, profese zaměřené na sociální pomoc, pedagogické profese a dále také duchovní, psychologové, terapeuti. Tyto profese mají některé společné rysy, které je odlišují od ostatních povolání. Například je k jejich vykonávání vždy nutný vztah s klientem se zapojením vlastní osobnosti pomáhajícího do pracovního procesu. Pomáhající profese tedy představují určitý systém, na jehož jedné straně stojí pomáhající (učitel, lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, kněz, psycholog...) a na druhé straně ten, jemuž má být pomoci. U některých dalších povolání se setkáváme s pomáháním, které však není hlavním cílem, ale pouze vedlejším účinkem (Géringová, 2011).

Odlišnost práce lékaře a sestry od ostatních pomáhajících profesí je v tom, že zatímco ostatní pomáhající profese se zaměřují na dílčí překážky zvládnutí životní situace člověkem, lékař i sestra je zaměřena na situaci klienta jako na celek (Musil, 2004).

Pomáhající profese obecně jsou často vnímány jako činnosti vykonávané na základě altruismu. Altruismus lze považovat za nesobecký způsob myšlení a cítění, nezištné jednání ve prospěch druhých, jako mravní princip (Akademický slovník cizích slov In: Géringová, 2011). Obecně může být chápán jako ochota pomáhat někomu bez očekávání odměny, ačkoli se nevyklučuje získání nějakých osobních výhod: osobního uspokojení, dobrého pocitu, sebeúcty nebo splnění morální povinnosti. Táž autorka také uvádí, že pro altruistické chování člověka je také podstatná jeho schopnost empatie (Géringová, 2011).

4.1 OBECNÉ PŘEDPOKLADY PRACOVNÍKA POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Pracovníci pomáhajících profesí musí prokazovat své teoretické a praktické znalosti a dovednosti v takové míře, aby svou odbornou a náročnou činnost mohli vykonávat. Velmi důležité jsou také jejich osobnostní předpoklady pro práci s mnoho cílovými skupinami obyvatel.

Matoušek uvádí tyto předpoklady pracovníka:

- **Zdatnost a inteligence** - předpokladem je, že pomáhat druhým je těžká a vysilující práce vyžadující fyzickou zdatnost, respekt ke svému tělu, protože tělo je prvotním zdrojem energie. Také dobrá inteligence, touha neustále se vzdělávat a seznamovat s novými teoriemi týkající se dané problematiky je důležitá.
- **Přitažlivost** - nejen fyzického vzhledu, tedy jak se pracovník obléká a chová, ale i přitažlivost toho, jak dalece klient vnímá určitou příbuznost názorů tzn., že pracovník se pro klienta může stát přitažlivým i díky své odbornosti a pověsti, které se těší.
- **Důvěryhodnost** - do této kategorie spadá smysl pro čest, srdečnost, otevřenost, nízká motivace pro vlastní prospěch. Jeho důvěryhodnost také zvyšuje diskrétnost, spolehlivost, porozumění.
- **Komunikační dovednosti** - samy o sobě neposkytují klientovi pomoc, ale jsou základním prostředkem navázání vztahu. Existují čtyři základní dovednosti:
 - a) **fyzická přítomnost pracovníka** - pracovník často pomáhá i jen tím, že se s klientem setkává
 - b) **naslouchání** (samozřejmě zúčastněné) - schopnost přijímat a rozumět signálům, ať již verbálním nebo neverbálním, porozumět sdělením klienta
 - c) **empatie** - vhléd do klientova světa, zahrnuje naslouchání a porozumění. Zvláštním případem je vyšší úroveň empatie, která znamená chápat klientovy zážitky, i když on sám je plně nechápe. Empatie je součástí emoční inteligence.
 - d) **analýza klientových prožitků** - schopnost nalézt, vyjádřit a popsat klientovy zážitky, chování a pocity (Matoušek, 2003).

4.2 ETICKÉ ZÁSADY V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH

Profesionální pomoc je specifická situace. Pracovník je v ní osobně se svým aktuálním prožíváním, které nemůže odložit. Současně se soustavně rozhoduje a musí volit mezi možnostmi. Jediné, co může jistě definovat je on sám, a proto se etika v jeho práci stává velmi důležitým momentem.

Obecně vztahy k sobě zahrnují dvě roviny:

1. „Jaký vztah má pracovník sám k sobě, takový mívá i ke klientům“.
2. „Jaké vztahy mají pracovníci mezi sebou, takové mívají ke klientům“ (Úlehla, 2005).

Vzhledem k tomu, že při pomáhání pracujeme na základě vztahu s klientem, musíme si být vědomi určitých zásad, které bychom měli respektovat, abychom neublížili klientovi ani sobě.

Níže se podíváme na etické zásady dle Novosada (2000), které by měly být respektovány:

- **Obětavost pod kontrolou** - pomáhající pracovník je člověk jako kdokoliv jiný a potřebuje čas na odpočinek, zábavu a soukromý život. Není správné, aby potlačoval své vlastní potřeby pro blaho klienta.
- **Odborný zájem versus osobní zájem klienta** - stává se, že se odborný zájem dostane do rozporu se zájmy klienta. Vždy je nutné klientův zájem upřednostnit nad svým vlastním.
- **Zabezpečení citových potřeb profesionála a ochrana klienta** - pomáhající pracovník může někdy i nevědomě do práce s klientem projektovat své vlastní potřeby jakými jsou, potřeba úspěchu, moci a uznání. Proto je nutné, aby pracovník dokázal rozpoznat své pocity a měl na zřeteli hlavně blaho svého klienta.
- **Kolegialita a otevřenost** - předpokladem dobrých profesionálních vztahů je kolegialita, vzájemná úcta, spolupráce, otevřenost a respekt k druhému. Měl by být stanoven prostor pro sdělení kritiky a nesouhlasu k jednání druhého.
- **Respekt k důvěrnosti informací a údajů** - základní podmínkou pro práci s klientem je pravidlo mlčenlivosti. Musí být také respektována přání klienta. Pokud si nepřeje pomoc od druhých profesionálů, i kdyby mu mohli a chtěli pomoci, nemůžeme mu naši pomoc nutit.

Všechny tyto zásady spolu úzce souvisí a navzájem se prolínají. Současně tyto zvnějšku stanovené hranice každý pracovník svou osobností a svými etickými normami doplňuje a obohacuje (Novosad, 2000).

5 CHARAKTERISTIKA PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY

Pochylá v publikaci České ošetrovatelství uvedla následující definici sestry: „Sestra je osoba, která získala odbornou způsobilost v oboru všeobecná sestra a je oprávněna vykonávat profesi sestry ve své zemi“ (Pochylá, 2005).

Všeobecná sestra u lůžka spolupracuje s lékařem a dalšími členy zdravotnického týmu, péči pacientům poskytuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu, aktivně vyhledává, plánuje a řeší ošetrovatelské problémy, edukuje nemocné. Všeobecná sestra během pracovní směny poskytuje bezpečnou péči, pracuje dle platných standardů a dodržuje hygienicko-epidemiologická opatření. Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování norem etického chování tzv. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů (viz příloha č. 3).

V rámci Evropské unie (EU) patří zdravotnické profese mezi tzv. regulovaná povolání, jelikož výkon jejich povolání je úzce spjat s možností ohrožení zdraví a lidského života. U regulovaných povolání je zákonem určeno, jak má být osoba k povolání připravována a jakým způsobem získá oprávnění k jeho výkonu. Všeobecných sester se týká:

a) oprávnění k výkonu povolání - Zákon č. 105/2011 Sb., kterým se 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 a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

b) celoživotního vzdělávání - zvyšování, prohlubování a doplňování si vědomostí, dovedností a způsobilosti v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky - Vyhláška č. 4/2010 Sb., která stanovuje kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb..

c) odborné náplně práce - Vyhláška č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Evropská unie se v rámci volného pohybu pracovních sil snaží sjednotit kritéria pro výkon zdravotnických profesí. Proto vydává jednotné směrnice, kterými se jednotlivé členské státy řídí (Staňková, 2002).

5.1 PŘEDPOKLADY K VÝKONU POVOLÁNÍ SESTRY

Profese všeobecné sestry patří mezi ty zdravotnické profese, jejichž výkon je spojen s možností ohrožení zdraví a životů jiných lidí. Profese všeobecné sestry je velmi náročná a může být prováděna pouze osobami, které odpovídají přísným kritériím vymezenými zákonnými normami (Plevová, 2011).

Mezi předpoklady k výkonu sesterského povolání patří:

- **Předpoklady senzomotorické:** a) šikovnost
 - b) zručnost
 - c) pohybová obratnost
 - d) neporušené smyslové vnímání
- **Předpoklady intelektové:** a) schopnost operativního myšlení
 - b) schopnost správného výběru řešení z více možností
 - c) teoretické znalosti v oboru
- **Předpoklady sociální:** a) pozitivní vztah k lidem
 - b) schopnosti komunikace a vedení dialogu
 - c) ovládání komunikačních technik
 - d) schopnost empatie
 - e) schopnost ovládat své projevy
 - f) schopnost naslouchání, ale i mlčení
- **Předpoklady autoregulační:** a) přizpůsobivost
 - b) sebezapření
 - c) zvýšená odolnost proti stresu
- **Předpoklady estetické:** a) smysl pro úpravu vlastního zevnějšku
 - b) smysl pro úpravu pracovního prostředí (Plevová, 2011).

Požadavky na ošetrovatelskou péči se neustále zvyšují, tento obor zahrnuje velmi pestrou škálu obtížných činností a klade vysoké nároky na behaviorální stránku povolání. Ošetrovatelská péče je rozdělena na základní, specializovanou, vysoce specializovanou a specifickou, která vyžaduje pracovníky s různými stupni vzdělání. Vzdělání všeobecné sestry je ovlivněno v celé historii řadou společenských a politických, právních a ekonomických faktorů. Neustále se zvyšují nároky na toto povolání. Od všech zdravotníků je očekávána flexibilita a schopnost reagovat na změny. Proto je nezbytné celoživotní vzdělávání všeobecných sester (Plevová, 2011).

5.2 PROFESNÍ ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY

Bártlová definovala profesní roli jako: „očekávané a vyžadované chování, související s určitým postavením člověka ve společnosti“ (Plevová, 2011).

Hayesová rozlišuje roli sestry podle toho, s kým je sestra v kontaktu. Jiná je její role ve vztahu s lékařem, jiná s pacientem a jiná navzájem mezi sestrami (Plevová, 2011).

Profesní činnost sester se i v současnosti zaměřuje na člověka, jako na celek a zabývá se spíše zdravím, než nemocí. Zabývá se udržováním a podporou zdraví, prevencí chorob a posílením komunit (Plevová, 2011).

Role sestry dle Světové zdravotnické organizace (WHO):

- **Sestra je osoba přijatá do ošetrovatelského vzdělávacího programu** uznaného státem, v němž je zajišťován. Dokončila předepsané studium ošetrovatelství a získala kvalifikaci k výkonu své profese.
- **Sestra pomáhá** pacientům, rodinám a skupinám dosáhnout jejich fyzického, mentálního a sociálního potenciálu.
- **Sestra hodnotí, plánuje, poskytuje a vyhodnocuje** svou péči v průběhu nemoci a rekonvalescence a jejich dopad na zdraví, neschopnost a umírání.
- **Sestra je oprávněna samostatně pracovat** jako členka zdravotnického týmu. Je plně zodpovědná za svá rozhodnutí a jednání.
- **Sestra podporuje** vhodné aktivní zapojení všech lidí do každé formy zdravotní péče tak, aby je podněcovala k rozhodování ve vytváření zdravého životního prostředí (Plevová, 2011).

S rozvojem ošetrovatelství a pokrokem v medicíně se postupně mění i role sester v ošetrovatelské péči. Stále více se do ošetrovatelství implementují nové poznatky ze společenských věd, zejména z psychologie, pedagogiky, sociologie, etiky. Mnohem častěji se při poskytování péče využívá zdravotnická technika. Všeobecná sestra se stala rovnocennou členkou zdravotnického týmu, která je schopna samostatně pracovat a rozhodovat v rámci svých kompetencí (Staňková, 2002).

Dle Farkašové (2006) sestra zastává v současnosti tyto role:

- **Sestra poskytovatelka ošetrovatelské péče** - zjišťuje ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán k jejich vyřešení, a to v nemocniční a terénní péči. Tato role patří mezi klíčové a je předpoklad, že sestra po absolvování studia tuto roli zvládá. Poskytuje tak holistickou péči v kontaktu s nemocnými i zdravými jedinci.

- **Sestra manažerka** - úzce spolupracuje se všemi členy zdravotnického týmu při plánování a realizaci ošetrovatelské péče. Zvládnutím této role sestra poskytuje efektivní a koordinovanou péči.
- **Sestra edukátorka** - podílí se na upevňování zdraví a prevenci nemocí. Podává zdravému, ale převážně nemocnému a jeho rodině podložené informace získané při vzdělávání tak, aby se pacient co nejrychleji mohl adaptovat v dané situaci. Poskytuje pacientům vysoce individualizovanou péči.
- **Sestra advokátka** - respektuje práva nemocného a tlumočí jeho názory tak, aby byly pochopeny všemi členy týmu i rodinou pacienta.
- **Sestra nositelka změn** - reaguje pružně na změny. Je kontinuální hnací silou celého ošetrovatelství.
- **Sestra výzkumnice** - využívá nové poznatky v oboru ošetrovatelství, získává aktivně nové informace a podílí se na tvorbě standardů ošetrovatelské péče. Činností ve výzkumném týmu pomáhá vytvořit pevnou teoretickou základnu ošetrovatelství, jakož to vědnímu oboru.
- **Sestra mentorka** - je zralá sestra s náležitou klinickou i pedagogickou způsobilostí, která je zodpovědná za dohled nad studenty v klinické i komunitní praxi. Mentor je zároveň také člověkem, který poskytuje podporu, zpětnou vazbu a je studentovi přítelem (Farkašová, 2006).
- **Sestra asistentka** - sestra spolupracuje s lékařem, připravuje pacienta na vyšetření a asistuje při terapeutické činnosti (Staňková, 2002).

5.3 NÁPLŇ PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY

Všeobecná sestra je dnes uznávanou odbornicí v oblasti svého samostatného působení, má povinnost iniciovat a podporovat činnosti, jenž napomáhají upevňovat zdraví a uspokojovat sociální potřeby společnosti (Staňková, 2002).

Náplň činnosti práce sestry jsou pevně zakotvené v legislativě. Podrobněji bývá rozpracována zaměstnavatelem konkrétního zdravotnického zařízení. Všeobecné sestry (zdravotničtí pracovníci) zajišťují ošetrovatelskou péči v rozsahu vymezeném zákonem č. 105/2011Sb. v tzv. malé novele zákon a zvláštním právním předpisem - ve vyhlášce č. 55/2011 Sb.

Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků jsou jasně definovány kompetence jednotlivých zdravotnických pracovníků:

1) Zdravotničtí pracovníci uvedený způsobili k výkonu povolání bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti.

2) Zdravotničtí pracovníci způsobili k výkonu povolání dle § 3 odst. 2 a dále pod odborným dohledem nebo přímým vedením.

Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. jsou rozděleny sesterské činnosti z hlediska obsahu:

- **základní ošetrovatelská péče** - je poskytována pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí je minimální a jsou bez patologických změn psychického stavu. Jde o identifikaci a uspokojování základních potřeb člověka, které mohou být v důsledku nemoci pozměněny, nebo si je nemocný není schopen sám zajistit.

- **specializovaná ošetrovatelská péče** - je poskytována pacientům, u kterých došlo vlivem zhoršení zdravotního stavu či léčebným a diagnostickým postupem k omezení běžných aktivit denního života. Hrozí-li u nich riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání. Nebo mají-li patologické změny psychického stavu, ale není u nich nutný stálý dozor nebo použití omezujících prostředků. Za specializovanou ošetrovatelskou péčí se považuje také péče poskytovaná pacientům se závažnými poruchami imunity a pacientům v terminálním stavu chronického onemocnění, kde se nepředpokládá resuscitace.

- **vysoce specializovaná ošetrovatelská péče** - je poskytována pacientům, u nichž již došlo k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání bezprostředně hrozí. Dále pacientům, kteří mají patologicky změněný psychický stav, a je nutné stálé sledování či použití omezujících prostředků.

Staňková uvádí další typy sesterských činností:

- **diagnosticko-terapeutická činnost** - práce sestry u pacienta před, během a po vyšetření, odběry biologického materiálu atd. Terapeutické činnosti zahrnují celkové sledování a léčení nemocného a s tím spojené úkony.

- **psychosociální činnost** - poskytování instrukcí a informací, edukace, různé formy komunikace, ochrana oprávněných zájmů pacienta, pomoc při kontaktu a dorozumívání s okolím apod.

- **administrativní práce** - nezbytná, ale nesmí sestru odvádět od její hlavní činnosti ošetrovat nemocné. Ve většině nemocnic je nahrazena technikou. Patří sem vyplňování žádanek na vyšetření, výkazy pro zdravotní pojišťovny, vedení ošetrovatelské dokumentace, záznamy o nemocném atd.

- **přípravné a dokončovací práce** - jsou spojené s přípravou ošetrovatelských, diagnostických a terapeutických výkonů, péče o pomůcky, doplňování materiálů, léků apod. (Staňková, 2002).

6 OSOBNÍ POHODA VŠEOBECNÉ SESTRY

Každá sestra má do určité míry osobní pohodu a své zdraví ve vlastních rukou. Pokud má pracovat na optimální úrovni a být pro pacienty povzbuzující a podporující osobou, je třeba, aby hlavně ona sama byla v dobré pohodě. Holisticky vzato je sestra stejně jako každý člověk biopsychosociální a spirituální bytost. K psychické a osobní pohodě všeobecné sestry patří způsob jejího života, její životní styl. Ten můžeme charakterizovat, jako komplex pravidel a vzorců, souhrn životních podmínek, na které berou lidé ohled ve vztazích a chování. Je do velké míry ovlivněn životní, rodinnou a profesní cestou každého jedince, tradicemi a společenskými rolemi. Proto je pro sestru osobní pohoda velmi důležitá pro co nejlepší pracovní výkon a vztah k pacientům (Vattaiová, 2012).

Má-li všeobecná sestra dobře pečovat o pacienty a být pro ně povzbuzující sociální oporou, je nutné, aby i ona sama byla v dobré duševní kondici. Neměla by na sebe zapomínat a měla by si pro sebe najít alespoň trochu času k péči o sebe. Tato péče má řadu oblastí např. péče o vlastní vzhled, o tělesné zdraví, dodržovat správné stravovací návyky apod. Patří sem i péče o vlastní tělesný a duševní život.

- **Péče o duši** - o naše myšlenky a představy, co prožíváme a co je cílem a smyslem našeho života. Přemýšlíme nad tím, kdo vlastně jsme a kým budeme. Nejlepším lékem na zdravou duši je radost.
- **Péče o tělo** - stránka tělesná je úzce spjata s naším psychickým stavem, a vzájemně se ovlivňují. Pohyb a tělesné cvičení má být projevem radosti z toho, co a jak nám ještě funguje (a ne nářkem nad tím, co musíme dělat).
- **Péče o náš myšlenkový arzenál** - to, oč nám jde, ovlivňuje naše myšlení a chtění, naši vůli i zaměření našeho života. Pokud ovšem myslíme na věci negativní, deprimuje nás to, ničí naši duši a zároveň negativně dokresluje obraz našeho obličejí a celé naší podoby. Myslíme-li na věci pozitivní, odráží se tento postoj nejen v našem obličejí, ale i v našem celkovém naladění.

• **Mít pro co žít** - co je smyslem našeho života, kam máme v životě namířeno. Záleží na to, co označujeme jako laskavé či nelaskavé jednání s druhým člověkem, ať jím je kdokoliv apod. Tím, jak jednáme s druhými lidmi, na sebe prozradíme, kdo jsme a oč nám v životě vlastně jde (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

„Péče o pečovatelky“ je velice důležitá. Zabývala se jí i doktorka Sheila Cassidy, která vytyčila šestnáct základních bodů (viz příloha č. 4), které by se měly stát pro mnohé ze sester vodítkem správného přístupu ke své tělesné a psychické stránce (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

7 PRESTIŽ VŠEOBECNÉ SESTRY

Tento pojem vychází z latinského „prestigia“, což znamená „mámení“. Dle autorů Velkého sociologického slovníku toto slovo znamená: „Veřejně a společensky uznávaný vliv, dobré jméno, respekt projevovaný jinými skupinami či osobami, váženost osoby či skupiny“. Prestiž tito autoři považují za relativní hodnotu (Petrušek, Vodáková, 1996).

Lidé mohou být okolím opovrhováni nebo naopak uctíváni (Šanderová, 2004).

Český sociolog Jandourek vysvětluje prestiž jako úctu, jež náleží držiteli určitého sociálního statusu. Prestiž je dle autora ale jen jedním z jeho ukazatelů (spolu s příjmem, vzděláním, profesí, bydlištěm, krásou a podobně). Osoby s vysokou prestiží jsou napodobovány, obdivovány a mají silný společenský vliv. Pro osoby s vysokou prestiží se někdy používá označení „prestige class“, což je v překladu prestižní třída (Jandourek, 2007).

Pod pojmem „prestiž povolání“ si lze představit úctu, vážnost a sociální hodnocení přidělené určitému povolání příslušníky určitého sociálního celku (Geist, 1992).

Při posuzování prestiže se střetávají dva faktory, a to kvalifikace odbornosti se společenským významem profese (Havlík, Kořa, 2002).

K. Bolte popisuje stav, kdy členové společnosti přisuzují profesím prestiž v závislosti na míře ocenění pro společnost, vzdělání a moci lidí zastávajících vyšší pozice než ostatní (Geist, 1992).

Stejně rozložení úcty ve společnosti neexistuje. Všichni mají nějakou představu o prestiži a její distribuci, ale to neznamená, že se s touto distribucí všichni ztotožňují. Každý se chová se odlišnou úctou a vážeností k vědci, lékaři nebo intelektuálovi. Prestiž je záležitostí

veřejného mínění a to je proměnlivé. Úplná shoda v posuzování prestiže povolání není možná, protože závisí na sociální pozici posuzovatele (Havlík, Kořa, 2002).

Všeobecné sestry se již dlouho snaží pověst a image jejich povolání budovat a zlepšovat. Každá sestra má možnost dát sesterské profesi její vlastní podobu. Důležitá je i jejich prezentace v médiích. Jakákoliv zpráva o pochybení sestry je vždy medializována a nabývá ohromných rozměrů. Pokud však jde o ocenění, nebo pochvalu a uznání sesterské práce, tak jde pozornost lidí stranou a úspěchy se velmi rychle zapomínají, nebo jsou brány jako samozřejmost a běžnou věc. Každá ze sester více či méně potřebuje a touží po uznání od svého okolí. Nemusí jít vždy o finanční ohodnocení, i když jeho důležitost je jasná. Jde o uznání společenské. Mnohdy člověka více potěší pochvala a vlídné slovo, než finanční obnos na bankovním účtu.

Středisko empirických výzkumů sociologického ústavu v roce 1990 zkoumalo výši prestiže padesáti profesí. Zde se sestra umístila na devátém místě před povoláními jako je například inženýr nebo projektant. Toto umístění sestry před vysokoškolskými profesemi bylo tehdy velmi překvapivé. Roku 2008 Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd České republiky zařadilo do výzkumu prestiže povolání i profesi sestry. Výzkum obsahoval škálu šestadvaceti zaměstnání. Respondenti měli přiřazovat k povoláním body od 1 do 99, kdy 1 bod znamenal nejnižší a 99 nejvyšší prestiž. Sestra zde byla hodnocena body v intervalu 90 až 99, tedy v pásmu vysoké prestiže (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010).

Poslední zveřejněný výzkum Centra pro výzkum veřejného mínění týkající se profesní prestiže je z února roku 2016. Respondenti měli možnost vybírat opět ze šestadvaceti profesí. Sestra, zde stále uváděna jako zdravotní, a obsadila třetí místo žebříčku (1. lékař, 2. vědec) (viz příloha č. 5). Toto zjištění dokládá, že veřejnost oceňuje profesi sestry z několika hledisek a vysvětluje to její vysokou pozici na české škále prestiže (Tuček, 2016).

Co můžeme udělat pro zvýšení prestiže našeho povolání? Je velmi důležité vážit si samy sebe. Nebát se a nestydět se prezentovat své znalosti a dovednosti a to i na veřejnosti. Je důležité naučit se být zodpovědné za výkony a jejich provádění a usilovat o navýšení svých kompetencí (Plevová, 2011).

Připomeňme si slova doc. Marty Staňkové: „Pokud voláme po zvýšení profesní prestiže, musíme o ni především usilovat samy. Nikdo nám ji neudělí. Podtrhněme vše nové a dobré, co v praxi zavádíme, tím, že budeme všichni, nejen sestry na funkčních místech, dbát o svůj vzhled a chování“ (Janoušková, Mellanová, 2005).

8 DOSAVADNÍ VÝZKUMY ZABÝVAJÍCÍ SE KVALITOU ŽIVOTA SESTER

Výzkumů zabývajících se kvalitou života je mnoho nejen na světě, ale i v České republice. Pokud máme na mysli kvalitu života sester, je u nás k dispozici studie Mikšíka a Břicháčka z roku 1977, kde se zabývali strukturou zátěžových situací, které ztěžují náročnou a společensky závažnou profesní roli pracovníků ve zdravotnictví. Snažili se odhalit základní mechanismy, které zdravotničtí profesionálové využívají k vyrovnání se se zátěžovými situacemi a mohli jim poskytnout pomoc k odstranění, nebo zmírnění zátěžových faktorů. Při výzkumu použili dotazník spokojenosti a frustrace (D-S-F), který vytvořili. V průběhu širšího výzkumu, ve spolupráci s Ústavem sociálního lékařství 1. lékařské fakulty UK, se zaměřili na odhalení struktury zátěžových situací u lékařů a sester. Výzkumný soubor obsahoval 47 lékařů a 171 zdravotních sester z různých oddělení.

U sester byl v té době zjištěn nejvyšší stupeň frustrace v oblasti kvality služeb, zabezpečení dětí, uspokojení zájmů a koníčků, ohodnocení práce a v kvalitě soužití mezi partnery. Naopak nejnižšího stupně frustrace (celkového uspokojení) dosahovaly sestry v oblastech kvality sousedských vztahů, pracovních možností, duševního zdraví, mobility a kvality přátelských vztahů (Mikšík, Břicháček, 1977).

Další studií zabývajících se tímto tématem, je výzkum provedený Ústavem teorie a praxe ošetrovatelství (ÚTPO) 1. LF UK ve spolupráci s Ústavem ošetrovatelství na Univerzitě Johannese Keplera ve Vídni, v roce 1991. Studie se zabývala životní a pracovní spokojeností českých a rakouských zdravotních sester. Výzkumu se tehdy zúčastnilo 110 českých a 142 rakouských sester. Autoři se zaměřili na intenzitu a důvody pracovní zátěže sester, pocit nespokojenosti s prací, pracovním prostředím včetně interpersonálních vztahů. Jednalo se o subjektivní hodnocení každého respondenta, ve kterém se promítlo i jeho společenské postavení a jeho osobnost. Z těchto důvodů byl použit dotazník na spokojenost s celkovou životní situací (D-S-F), který objektivizuje míru frustrace, kterou testovaná osoba prožívá.

Pražské sestry byly ve srovnání s vídeňskými sestrami více frustrované materiálním zabezpečením, životní úrovní, kulturním vyžitím, kvalitou služeb, pracovními vztahy a sociální a zdravotní péčí. Naopak spokojenější byly s perspektivou pracovního růstu, uspokojováním zájmů, výběrem partnera a soužitím s ní a tím i souladem v rodině (ÚTPO, 1993).

V roce 2009 se Cvachoušková ve své diplomové práci zabývala kvalitou života sester ve srovnání s administrativními pracovníky. Výzkumným nástrojem byl opět dotazník spokojenosti a frustrace (D-S-F). Do výzkumu se zapojilo 60 respondentů (30 zdravotních sester a 30 administrativních pracovníků) z náhodně vybraných zařízení. Z výsledků šetření vyplynulo, že sestry byly nejvíce frustrovány v oblastech základního materiálního zabezpečení, ohodnocení práce, perspektivy pracovního růstu a souladu v rodině. Jako nejméně frustrující vnímaly oblast životní úrovně, dostupnosti služeb a kulturního vyžití (Cvachoušková, 2009).

Srovnání všech výše zmiňovaných studií přináší obrázek č. 1, kdy míru frustrace představuje číslo v kladné hodnotě (čím vyšší kladné číslo, tím větší míra frustrace), a míru spokojenosti naopak záporná hodnota čísla (čím nižší je záporné číslo, tím vyšší je spokojenost). Nulová hodnota znamená vyváženost mezi uváděnou důležitostí a spokojeností.

Obrázek č. 1 - Míra frustrace v kategoriích životních situací

KATEGORIE	Sestry 2009	Sestry 1991	Sestry 1977
MA - základní životní podmínky	2,73	5,47	0,85
KU - kulturní vyžití	2,12	2,27	----
PR - pracovní uplatnění	6,27	5,44	0,92
RO - rodinná situace	5,55	4,41	0,98
ZD - zdraví	3,7	3,44	0,6
VZ - mezilidské vztahy	2,4	1,42	0,69
SE - sebehodnocení	4,75	4,51	0,89

EMPIRICKÁ ČÁST

9 EMPIRICKÁ ČÁST

9.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A PRACOVNÍ HYPOTÉZY

Cíl č. 1: Zjistit míru celkové životní spokojenosti (kvality života) všeobecných sester.

Cíl č. 2: Podchytit strukturu a povahu jejich spokojenosti ve vztahu k základním oblastem běžného života rozdělených do sedmi dimenzí.

Cíl č. 3: Zmapovat dimenze, ve kterých se vyhrocují postoje k životní, pracovní, rodinné a jiné realitě, vykazující výrazný vnitřní konflikt mezi pocíťovanou potřebou seberealizace a možností nalézt v tomto směru potřebné vnitřní uspokojení.

Cíl č. 4: Ověřit, zda je kvalita života všeobecných sester podmíněna vybranými proměnnými.

1H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem všeobecných sester a jejich celkovou životní spokojeností.

1H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi věkem všeobecných sester a jejich celkovou životní spokojeností.

2H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi počtem dětí všeobecných sester a subjektivní mírou frustrace v oblasti rodinného života.

2H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi počtem dětí všeobecných sester a subjektivní mírou frustrace v oblasti rodinného života.

3H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi typem pracoviště a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti pracovní.

3H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi typem pracoviště a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti pracovní.

4H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti pracovní.

4H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti pracovní.

5H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví a zdravotního zabezpečení.

5H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví a zdravotního zabezpečení.

6H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi dobou aktivního vykonávání profese všeobecné sestry a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví a zdravotního zabezpečení.

6H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi dobou aktivního vykonávání profese všeobecné sestry a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví a zdravotního zabezpečení.

7H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi počtem dětí všeobecných sester a věkem všeobecných sester.

7H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi počtem dětí všeobecných sester a věkem všeobecných sester.

8H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti kulturního vyžití.

8H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti kulturního vyžití.

9.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU RESPONDENTŮ, SBĚR DAT

Výzkum probíhal ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové s laskavým svolením náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Vaňkové a v Oblastní nemocnici v Trutnově, a.s. se vstřícným souhlasem hlavní sestry Mgr. Wonkové. Ve Fakultní nemocnici jsem písemnou formou žádala vrchní sestry vybraných klinik o svolení provádět výzkum. V obou zdravotnických zařízeních byly vybrány pracoviště ambulantních provozů, oddělení intenzivní péče, standardní oddělení interních oborů a standardní oddělení chirurgických oborů tak, aby výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry s různou pracovní zátěží a organizací pracovní náplně.

Kritéria pro výběr respondentů

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry, které aktivně vykonávaly svou profesi a byly zaměstnané na výše zmíněných odděleních obou zdravotnických zařízení.

Výběrový (výzkumný) soubor tvořily všeobecné sestry:

- aktivní výkon povolání minimálně 5 let
- věková hranice do 65-ti let
- ochota vyplnit dotazník.

Na konci října 2015 jsem provedla pilotní studii. Do pilotní studie bylo vybráno pět sester z lůžkového oddělení rehabilitace Oblastní nemocnice Trutnov, a.s.. Z níž vyplynulo, že nebylo třeba po formální stránce provést úpravu dotazníku. Nebyly shledány žádné problémy při vyplňování dotazníku. Výzkumné šetření pomocí dotazníků jsem zahájila na začátku prosince 2015 a ukončila v polovině ledna 2016, kdy jsem obdržela poslední vyplněný dotazník. Dotazníky jsem rozdávala staničním sestřím na příslušných již výše zmíněných odděleních obou zdravotnických zařízení spolu s pokyny k jeho vyplnění. Současně jsem zanechávala i dopisní obálky, do kterých sestry samy vyplněné dotazníky umístily. Bylo tak zachováno jejich anonymní vyplnění.

Ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové bylo celkem rozdáno 150 dotazníků, vyplněno bylo 141 a 9 zůstalo nevyplněných. V Oblastní nemocnici v Trutnově, a.s. bylo rozdáno celkem 80 dotazníků, vyplněno bylo 67 a 13 dotazníků bylo nevyplněných. V obou

zdravotnických zařízeních bylo celkem rozdáno 230 dotazníků a celkem bylo vyplněno 208 dotazníků. Při zpracovávání dat bylo 7 dotazníků vyřazeno, pro nesplnění kritéria - aktivní výkon povolání minimálně 5 let. Návratnost tedy byla 87,4 %. Výběrový soubor tvořilo 201 respondentů (n = 201). Dotazníky vyplnily všeobecné sestry ve věku od 24 let až do 63 let, s různou délkou dosavadní sesterské praxe, pracujících na různých odděleních s různou pracovní zátěží a organizací pracovní náplně.

9.3 POUŽITÉ METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro získávání informací jsem zvolila smíšený přístup, ve kterém jsem kombinovala kvantitativní metodu s kvalitativní. Jako kvantitativní metodu jsem použila standardizovaný dotazník, který jsem doplnila o demografické a identifikační údaje pouze k výzkumnému účelu bakalářské práce. A jako kvalitativní metodu jsem zvolila polo-strukturovaný rozhovor s vybranými sestrami dle jejich pracoviště.

9.4 KVANTITATIVNÍ METODA VÝZKUMU

Výzkumným nástrojem v kvantitativní metodě byl dotazník (viz příloha č. 2) s názvem: „**Kvalita života pomáhajících profesí z pohledu všeobecné sestry**“, složený ze **dvou částí**, kterým předcházela krátký úvod (oslovení, seznámení s cílem práce, vysvětlení postupu při vyplňování dotazníku a závěrečné poděkování za spolupráci). Dotazník obsahoval 31 položek. Časová náročnost (doba potřebná pro vyplnění dotazníku) byla 15 minut a více. Před finální úpravou dotazníku byla provedena pilotní studie - pretest dotazníku. Z níž vyplynulo, že nebylo třeba po formální stránce provést úpravu dotazníku. Nebyly shledány žádné problémy při vyplňování dotazníku.

První část dotazníku s názvem: „**Demografické a identifikační údaje**“ zahrnovala 7 otázek, jejímž úkolem bylo zjistit:

- základní údaje o respondentech - otázka č. 1, 2, 3, 4
- údaje vztahující se k profesi všeobecné sestry - otázka č. 5, 6, 7

V druhé části dotazníku s názvem: „DUSIN - zjišťování struktury a dynamiky životní spokojenosti a frustrogenních podmínek a situací“ byl použit standardizovaný dotazník DUSIN autorů Mikšíka a Břicháčka, který je uveden v příručce „Dotazník DUSIN zjišťování struktury a dynamiky životní spokojenosti a frustrogenních podmínek a situací“.

Dotazník DUSIN

Tato varianta dotazníku DUSIN se používá od roku 1994, kdy byla upravena původní verze, označována jako „D-S-F“, kvůli zobecnění zkušeností od několika tisícovek respondentů a také kvůli nové společenské realitě.

Dotazník se skládá ze širokého souboru životních okolností, které jsou pro člověka základní a přitom běžné pro každodenní život. Celkem tedy čítá 25 životních podmínek a okolností s tím, že poslední položka je volná, k možnému doplnění dle specifických potřeb uživatele. Těchto 25 položek je rozděleno do sedmi dimenzí (životních oblastí). Všechny položky může testovaný jedinec posuzovat pozitivně nebo negativně, což v tomto případě znamená, že daný jedinec je nespokojen (aktuálně či dlouhodobě) v jisté oblasti nebo dokonce obecně. Zásadní v tomto dotazníku je, do jaké míry je pro jedince daná položka důležitá a na kolik je s ní spokojen. Dotazník tedy pracuje se dvěma úrovněmi hodnocení (Mikšík, 2006).

Zdroje spokojenosti a frustrace jsou uvažovány v kategoriích:

- MA = základní životní podmínky a materiální zabezpečení,
- KU = míra spokojenosti a tenzí s možností naplňovat své potřeby kulturního vyžití, resp. realizovat své zájmy a koníčky,
- PR = pracovní uspokojení a jeho kontexty,
- RO = oblast rodiny,
- ZD = oblast zdraví a jeho širších kontextů,
- VZ = oblast sociálních vztahů ve všech interakčních kontextech (v rodině, v zaměstnání, v místě bydliště, v širší a hloubce přátelských vazeb s lidmi),
- SE = základní existenciální momenty (důvěra ve své síly a schopnosti při zvládnání životních nároků a realizaci životních záměrů, cílů a plánů aj.) a celková hladina pocitu spokojenosti se svým vlastním životem (Mikšík, 2006).

Výzkum vlivů různých stresových či frustrujících faktorů působících na člověka se dříve zaměřoval spíše na dramatické životní události (odchod do důchodu, změna zaměstnání, rozvod nebo sňatek, ztráta blízké osoby, vážná onemocnění apod.), které jsou pro člověka

buď pozitivní, nebo negativní a vždy hodnoceny s předpokladem, že vyvolávají v životě jedince zátěž. Usuzuje se, že čím více takových událostí člověk prožije, tím větší je riziko, že se promítnou do jeho duševního či tělesného zdraví. Vytvořené škály prožitých životních událostí, k nimž byly přisouzeny určité hodnoty, jsou brány jako dostačující pro vyvození závěru o ohrožení zdraví jedince z psychogenních příčin (Mikšík, 2004).

Toto škálování nebere v úvahu dvě podstatné skutečnosti:

- interakční hledisko,
- výrazné dramatické životní události nejsou jediným zdrojem vzniku extrémních psychických zátěží (Mikšík, 2004).

Dle Mikšíka by pozornost měla být věnována drobnějším každodenním stresům. Na první pohled se zdají být nedůležité, avšak pokud se stanou v životě člověka takřka opakující se denní rutinou, hrozí, že se naruší celková psychická rovnováha. Převládají spíše negativní pocity nad pozitivními, ztráta pohody, rozladěnost atd. Skutečnost je taková, že okolí stížnosti a připomínky tohoto typu spíše bagatelizuje, než aby je bralo jako možnou hrozbu něčeho vážnějšího. A tak se čím dál tím víc prohlubuje působení těchto stresů (Mikšík, 2004).

Tento dotazník vychází ze skutečnosti, že se každý člověk ve svém životě setká s řadou obtížných událostí, ať už jsou jednorázového charakteru v podobě tzv. životních událostí nebo jako výše zmiňované drobné každodenní stresy (Mikšík, 2006).

Cílem tohoto dotazníku míry spokojenosti a indexu frustrace je:

- a) postihnout určitý okruh hodnotové orientace jedince (vybraného souboru osob)
- b) podchytit strukturu a povahu jeho spokojenosti ve vztahu k základním oblastem a okolnostem běžného života,
- c) odvodit strukturu a hierarchii těch životních podmínek a okolností, které jsou pro něj frustrující a lze je charakterizovat v kategorii chronicky působících stresorů (Mikšík, 2004).

V každé položce dotazníku respondent vždy nejprve uvádí **závažnost**, kterou ji ve svém životě přisuzuje, a poté **spokojenost** s možností jejího uspokojení vždy v šestibodové škále (jednak důležitosti, jednak spokojenosti). Při vyhodnocení nás u každé položky zajímá vztah mezi důležitostmi a spokojenostmi. Z nich je vyhodnocena třetí dimenze - **index frustrace**.

Výsledky mohou vycházet ve třech hodnotách:

- **nulová hodnota** - vyváženost mezi uváděnou důležitostí a spokojeností
- **kladná hodnota** - výsledné číslo je mírou nespokojenosti
- **záporná hodnota** - u respondenta převažuje spokojenost.

Podrobný postup, jak pracovat při vyhodnocování dotazníku je uveden v příručce „Dotazník DUSIN zjišťování struktury a dynamiky životní spokojenosti a frustragenních podmínek a situací“.

9.4.1 POSTUP ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Odpovědi respondentů byly zpracovány do **datové tabulky** pomocí tabulkového editoru Microsoft Office Excel 2010. Každý řádek v takto vytvořené tabulce odpovídal popisu jednoho respondenta a každý sloupec odpovídal položce dotazníku. Kódovým systémem byla jednotlivá data zaznamenána do takto připravené tabulky. Po konečném zpracování celé tabulky následovalo statistické vyhodnocení v softwaru NCSS 10.0.8, který je specializován na statistiku. K prezentaci získaných dat byly použity tabulky relativních a absolutních četností, tabulky Dunnova testu, kontingenční tabulka a sloupcové grafy.

Cílem statistického zpracování dat bylo zhodnotit dříve formulované hypotézy a zároveň hlubší analýza získaných dat.

Zde je uveden stručný přehled statistických testů a metod, které byly použity při testování hypotéz. U první, druhé, třetí, čtvrté, páté, šesté a osmé hypotézy byla závislost proměnných hodnocena pomocí Kruskal-Wallisovy neparametrické analýzy rozptylu s následným mnohonásobným porovnáním Dunnovým testem s Bonferroni modifikací. V případě, že je třeba porovnat více než dva soubory a nelze usuzovat na normální rozdělení, použijeme pro prokázání rozdílů v jednotlivých skupinách Kruskal Wallisův test. Test je neparametrickou analogií jednofaktorové analýzy rozptylu, a právě proto se mu někdy přezdívá neparametrická ANOVA (McDonald, 2009).

Při testování sedmé hypotézy byl použit Chí-kvadrát test nezávislosti. Chí-kvadrát test je statistická neparametrická metoda, která se používá ke zjištění, zda mezi dvěma znaky existuje prokazatelný výrazný vztah. Chí-kvadrát test nezávislosti testuje nulovou hypotézu, která vyjadřuje nezávislost proměnných. To znamená, že poznání hodnoty jedné proměnné nijak nepomůže zlepšit odhad hodnoty druhé proměnné (McDonald, 2009).

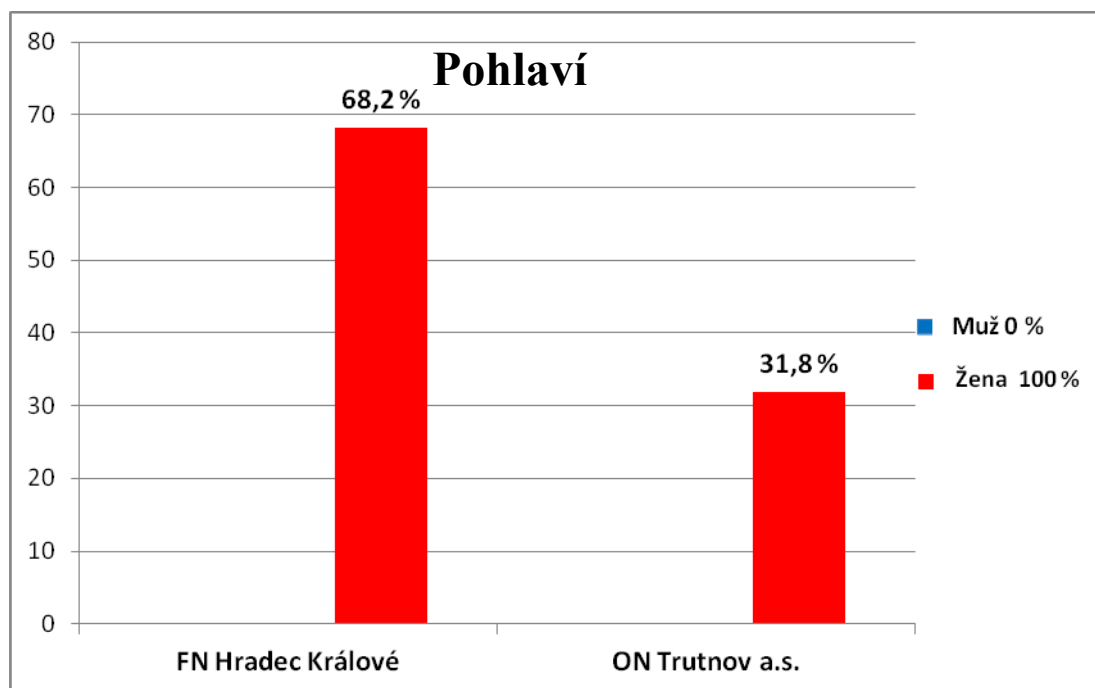
Využitím statistického softwaru rozhodneme o nulové hypotéze na základě ***p - hodnoty***. Je-li: $p \leq \alpha$, nulovou hypotézu zamítáme na hladině významnosti α a přijímáme alternativní hypotézu. V opačném případě nulovou hypotézu nezamítáme. Špalek uvádí: „*alfa je hladina významnosti, pomocí které je vypočítána hladina spolehlivosti. Hladina spolehlivosti se rovná 100. (1 - alfa)%, to znamená, je-li argument alfa roven 0,05, hladina spolehlivosti je 95 %.*

9.4.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Tabulka č. 1 - Pohlaví

Pohlaví	Celkem		FN Hradec Králové		ON Trutnov a.s.	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muž	0	0	0	0	0	0
Žena	201	100	137	68,2	64	31,8
Σ	201	100	137	68,2	64	31,8

Interpretace: Mezi 201 respondenty, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, nebyl žádný muž (0 %). Všechny 201 respondentů byly ženy (100 %). Z FNHK se šetření účastnilo 137 všeobecných sester (68,2 %) a 64 všeobecných sester (31,8 %) bylo z ON Trutnov a.s..

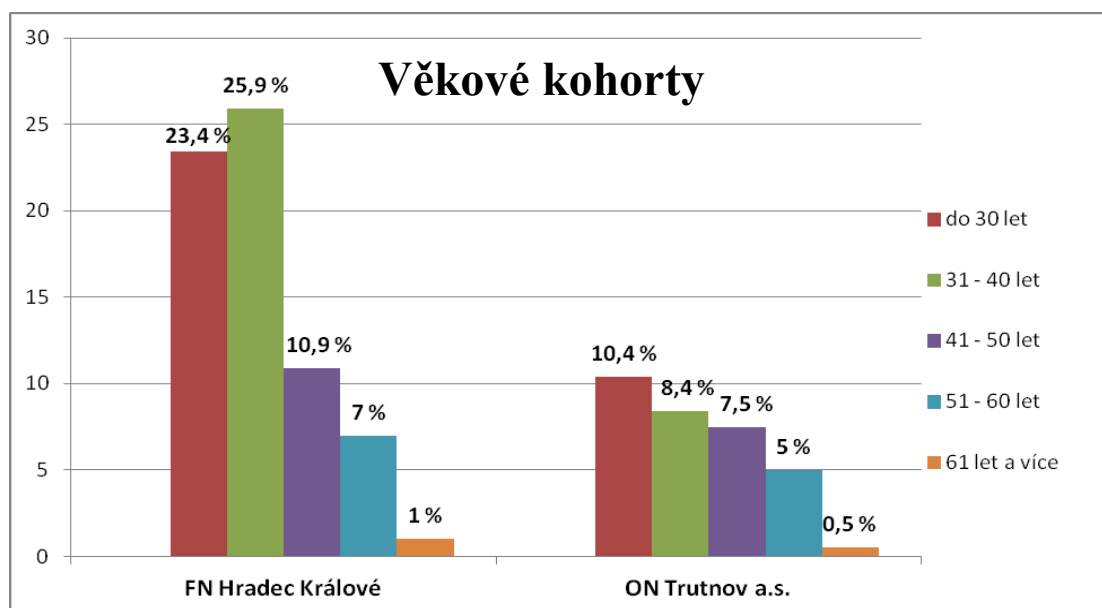


Graf č. 1 - Pohlaví

Tabulka č. 2 - Věkové kohorty

Věkové kohorty	Celkem		FN Hradec Králové		ON Trutnov a.s.	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
do 30 let	68	33,8	47	23,4	21	10,4
31 - 40 let	69	34,3	52	25,9	17	8,4
41 - 50 let	37	18,4	22	10,9	15	7,5
51 - 60 let	24	12	14	7	10	5
61 let a více	3	1,5	2	1	1	0,5
Σ	201	100	137	68,2	64	31,8

Interpretace: Věkové kohorty jsem rozdělila do pěti kategorií po deseti letech. 68 všeobecných sester (33,8 %) bylo v kategorii **do 30 let**, z nichž 47 sester bylo z FNHK a 21 z ON Trutnov a.s. 69 sester (34,3 %) bylo v kategorii **od 31 - 40 let** věku, z FNHK bylo 52 sester a 17 sester z ON Trutnov a.s.. 37 všeobecných sester (18,4 %), bylo ve věku **41 - 50 let**, z toho 22 sester z FNHK a 15 sester z ON Trutnov a.s.. 24 všeobecných sester (12 %) bylo ve věku **51 - 60 let** věku, 14 sester z FNHK a 10 sester z ON Trutnov a.s.. Nejméně sester 3 (1,5 %) bylo ve věku **61 let a více**, 2 sestry z FNHK a 1 sestra z ON Trutnov a.s. Nejmladší sestra měla **24 let** a nejstarší **63 let**, průměrný věk byl **37,2 let**, (medián 36 let).

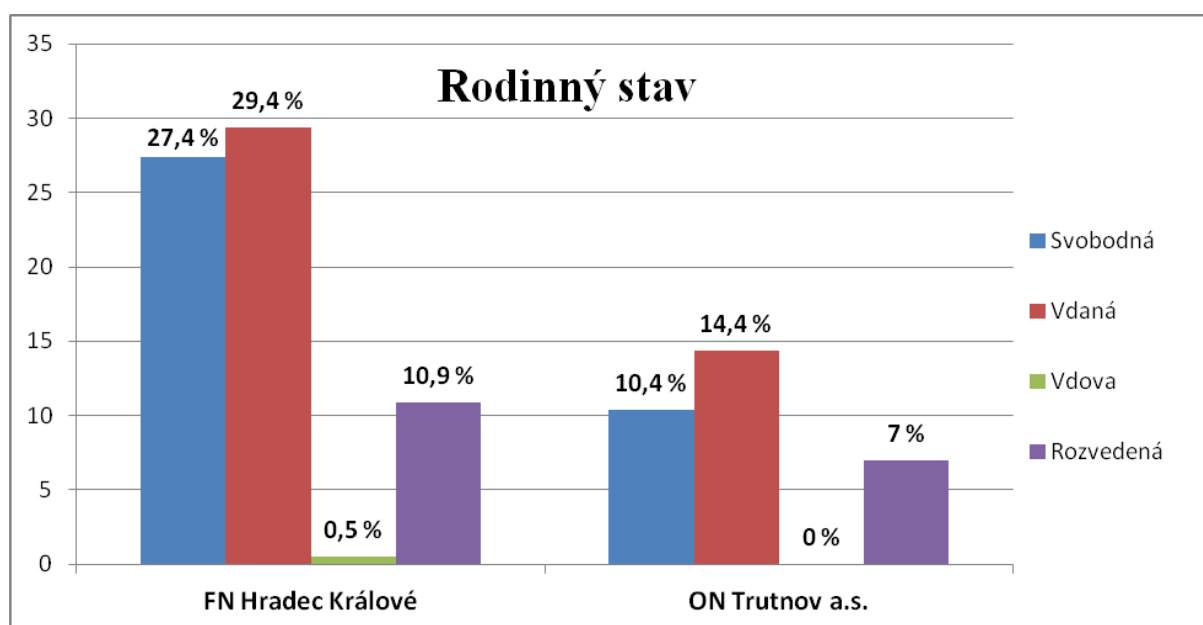


Graf č. 2 - Věkové kohorty

Tabulka č. 3 - Rodinný stav

Rodinný stav	Celkem		FN Hradec Králové		ON Trutnov a.s.	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Svobodná	76	37,8	55	27,4	21	10,4
Vdaná	88	43,7	59	29,4	29	14,4
Vdova	1	0,5	1	0,5	0	0
Rozvedená	36	18	22	10,9	14	7
Σ	201	100	137	68,2	64	31,8

Interpretace: Mezi 201 respondentkami dotazníkového šetření bylo nejvíce **vdaných** všeobecných sester v celkovém počtu 88 (43,7%), z nichž 59 sester bylo z FNHK a 29 sester z ON Trutnov a.s.. **Svobodných** sester bylo celkem 76 (37,8 %), z FNHK jich bylo 55 a z ON Trutnov a.s. jich bylo 21. **Rozvedených** sester mezi respondentkami bylo 36 (18 %), z toho 22 sester z FNHK a 14 sester z ON Trutnov a.s.. Jedna (0,5 %) respondentka byla **vdova** a zúčastnila se šetření ve FNHK.

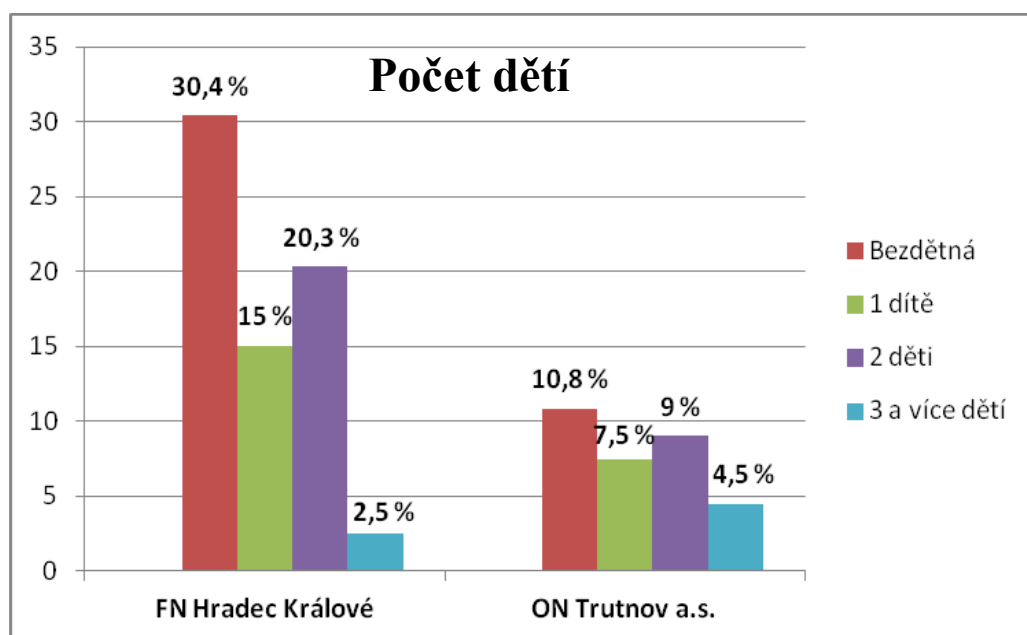


Graf č. 3 - Rodinný stav

Tabulka č. 4 - Počet dětí

Počet dětí	Celkem		FN Hradec Králové		ON Trutnov a.s.	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Bezdětná	83	41,2	61	30,4	22	10,8
1 dítě	45	22,4	30	15	15	7,5
2 děti	59	29,4	41	20,3	18	9
3 a více dětí	14	7	5	2,5	9	4,5
Σ	201	100	137	68,2	64	31,8

Interpretace: Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 83 (41,2 %) **bezdětných** sester, 61 pracujících ve FNHK a 22 v ON Trutnov a.s.. **Jedno dítě** má 45 (22,4 %) respondentek, a to 30 sester z FNHK a 15 z ON Trutnov a.s.. O **dvě děti** pečuje celkem 59 (29,4 %) respondentek, 41 jich je z FNHK a 18 z ON Trutnov a.s.. 14 (7 %) všeobecných sester má **tři a více potomků**, 5 z nich pracuje ve FNHK a 9 v ON Trutnov a.s..

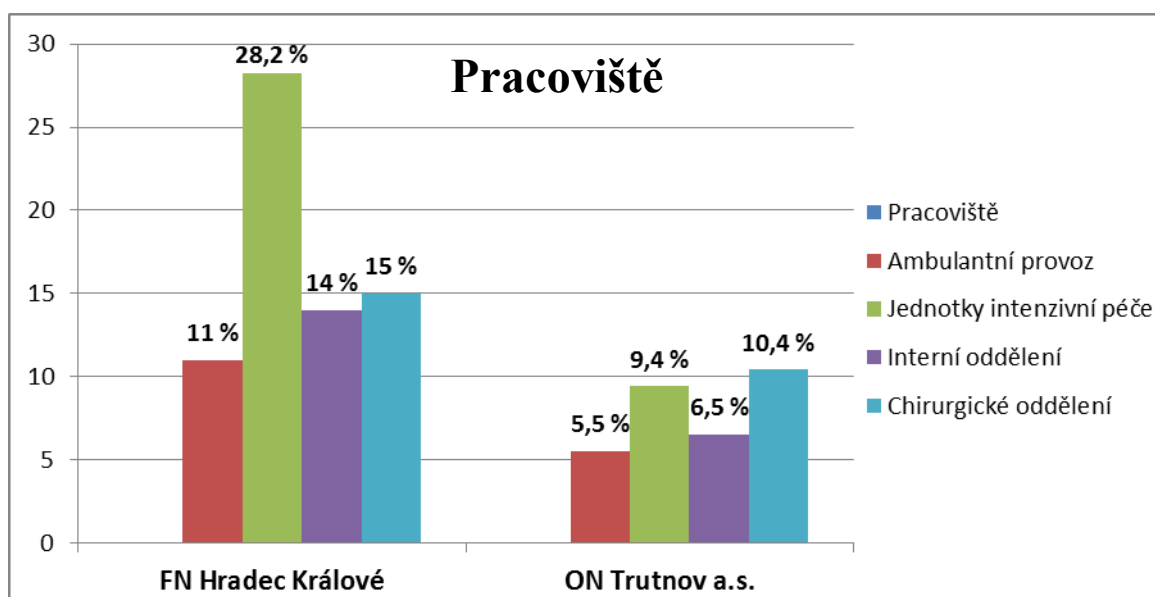


Graf č. 4 - Počet dětí

Tabulka č. 5 - Pracoviště všeobecných sester

Pracoviště	Celkem		FN Hradec Králové		ON Trutnov a.s.	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ambulantní provoz	33	16,4	22	11	11	5,5
Jednotky intenzivní péče	76	37,8	57	28,2	19	9,4
Interní oddělení	41	20,4	28	14	13	6,5
Chirurgické oddělení	51	25,4	30	15	21	10,4
Σ	201	100	137	68,2	64	31,8

Interpretace: Všeobecné sestry, které se zúčastnily dotazníkového šetření, jsem rozdělila dle pracovišť, na kterých pracují. Z **ambulantního provozu** se zúčastnilo celkem 33 (16,4 %) sester, z FNHK v počtu 22 a 11 sester z ON Trutnov a.s.. Na **jednotkách intenzivní péče** jich pracovalo celkem 76 (37,8 %), z FNHK 57 sester a 19 sester z ON Trutnov a.s.. Na **interních odděleních** pracovalo 41 (20,4%) sester, a to 28 sester ve FNHK a 13 sester v ON Trutnov a.s.. Dotazníkového šetření se zúčastnily i všeobecné sestry z **chirurgických oddělení** v počtu 51 (25,4 %), 30 sester z FNHK a 21 sester z ON Trutnov a.s..

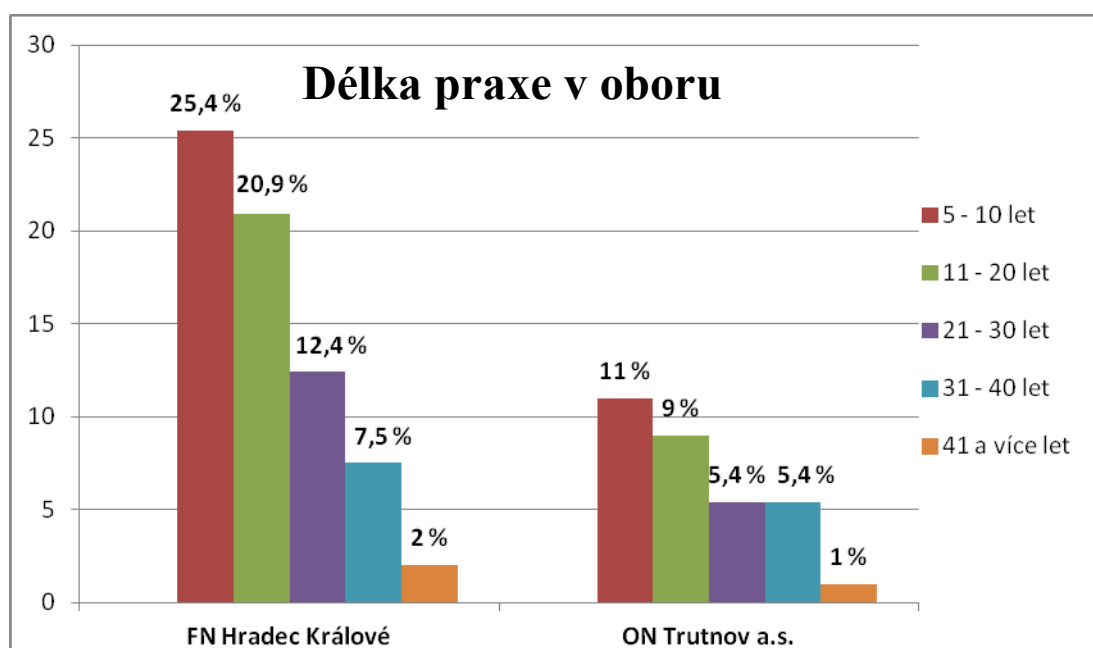


Graf č. 5 - Pracoviště všeobecných sester

Tabulka č. 6 - Délka praxe v oboru

Délka praxe v oboru	Celkem		FN Hradec Králové		ON Trutnov a.s.	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
5 - 10 let	73	36,3	51	25,4	22	11
11 - 20 let	60	29,9	42	20,9	18	9
21 - 30 let	36	17,9	25	12,4	11	5,4
31 - 40 let	26	12,9	15	7,5	11	5,4
41 a více let	6	3	4	2	2	1
Σ	201	100	137	68,2	64	31,8

Interpretace: Všeobecné sestry, které se zúčastnily dotazníkového šetření, jsem rozdělila dle délky praxe v oboru. Nejvíce respondentek celkem 73 (36,3 %) pracuje v oboru **5 - 10 let**, 51 sester ve FNHK a 22 sester v ON Trutnov a.s.. **11 - 20 let** v oboru pracuje 60 (29,9 %) sester, z toho ve FNHK 42 sester a 18 sester v ON Trutnov a.s.. Třetí nejčetnější skupinou je 36 (17,9 %) sester pracujících v oboru **21 - 30 let**, z nichž ve FNHK 25 sester a 11 v ON Trutnov a.s.. Profesi v délce **31 - 40 let** vykonává 26 (12,9 %) zúčastněných sester, ve FNHK 15 sester a v ON Trutnov a.s. 11 sester. Nejméně početnou skupinu tvořily respondentky pracující v oboru **41 a více let** a to 6 (3 %) sester, 4 sestry byly z FNHK a 2 z ON Trutnov a.s..

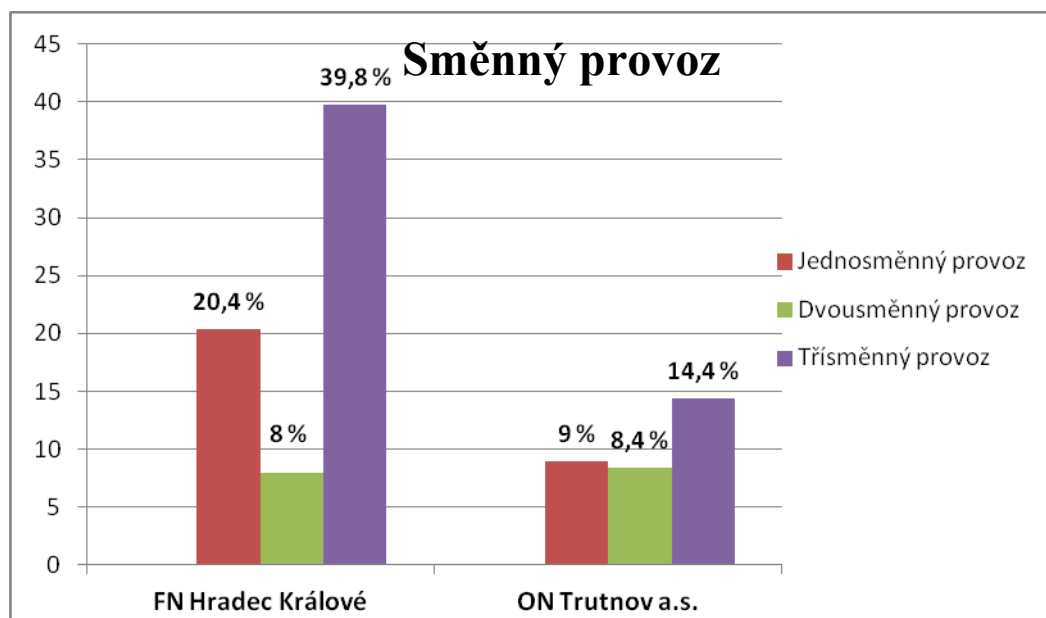


Graf č. 6 - Délka praxe v oboru

Tabulka č. 7 - Směnný provoz

Směnný provoz	Celkem		FN Hradec Králové		ON Trutnov a.s.	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Jednosměnný provoz	59	29,4	41	20,4	18	9
Dvousměnný provoz	33	16,4	16	8	17	8,4
Třisměnný provoz	109	54,2	80	39,8	29	14,4
Σ	201	100	137	68,2	64	31,8

Interpretace: Všeobecné sestry, které se zúčastnily dotazníkového šetření, jsem také rozdělila dle směnného provozu, v jakém pracují. V **jednosměnném provozu** pracovalo 59 (29,4 %) účastnic šetření, z toho 41 sester ve FNHK a 18 sester v ON Trutnov a.s.. Ve **dvousměnném provozu** je zaměstnáno 33 (16,4 %) respondentek, z nichž 16 pracuje ve FNHK a 17 sester v ON Trutnov a.s.. Nejvíce byla zastoupena skupina sester, které pracují ve **třisměnném provozu** a to v počtu 109 (54,2 %) zúčastněných všeobecných sester, z FNHK jich bylo 80 a z ON Trutnov a.s. 29 sester.

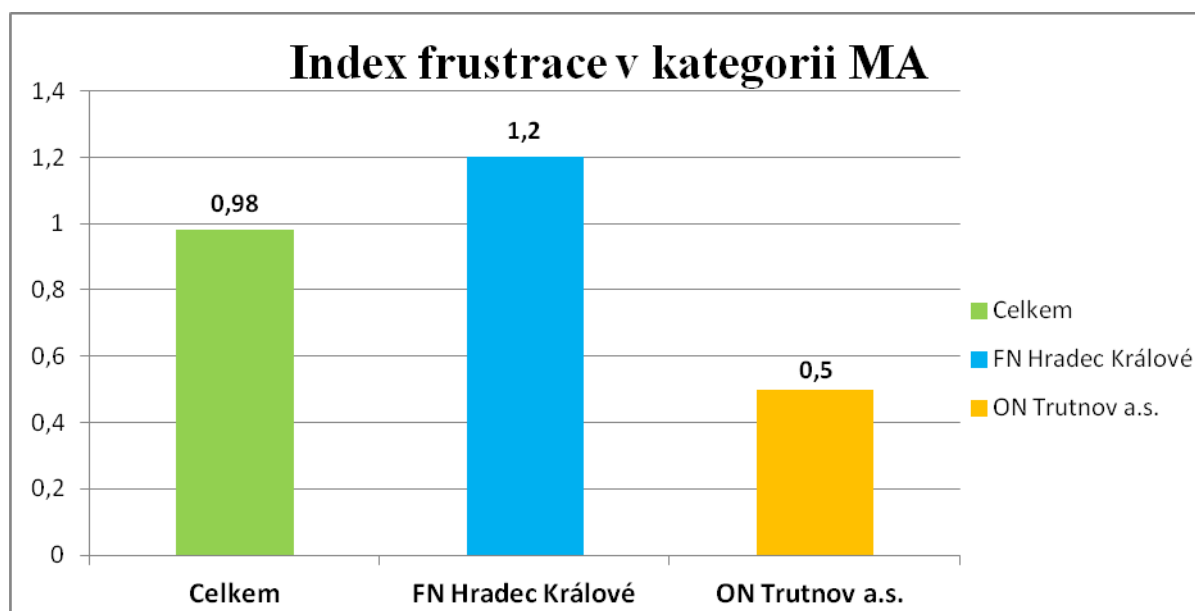


Graf č. 7 - Směnný provoz

Tabulka č. 8 - Kategorie základních životních podmínek (MA)

Kategorie MA	μ Celkem	μ FN Hradec Králové	μ ON Trutnov a.s.
Index frustrace	0,98	1,20	0,5

Interpretace: V kategorii základních životních podmínek a materiálního zabezpečení byl průměrný index nespokojenosti 0,98. U sester ve FNHK byl průměrný index nespokojenosti 1,2 u sester v ON Trutnov a.s. byl průměrný index frustrace mnohem nižší 0,5. Jedná se o kladné hodnoty, které ukazují míru nespokojenosti všeobecných sester v této kategorii. Při porovnání s populačními normami (průměrný index spokojenosti 1,0) však tyto hodnoty nikterak nevybočují.

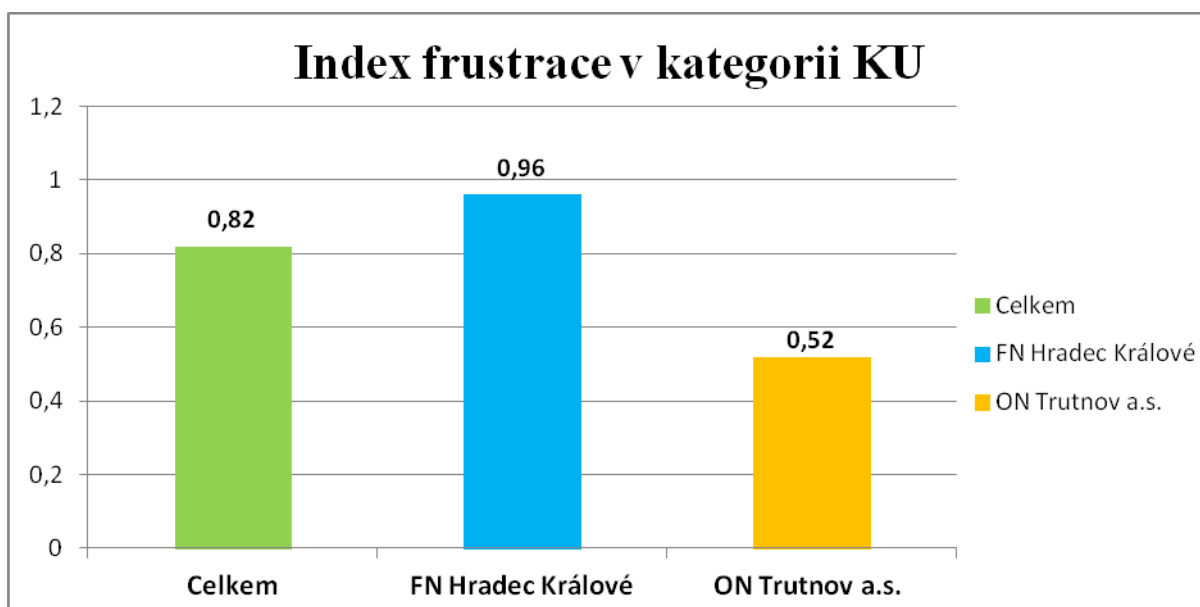


Graf č. 8 - Kategorie základních životních podmínek (MA)

Tabulka č. 9 - Kategorie kulturního vyžití (KU)

Kategorie KU	μ Celkem	μ FN Hradec Králové	μ ON Trutnov a.s.
Index frustrace	0,82	0,96	0,52

Interpretace: V kategorii kulturního vyžití, možností realizovat své zájmy a koníčky byl průměrný index nespokojenosti 0,82. U sester ve FNHK byl průměrný index nespokojenosti 0,96 u sester v ON Trutnov a.s. byl průměrný index frustrace nižší 0,52. Opět se jedná o kladné hodnoty, které ukazují míru nespokojenosti všeobecných sester v této kategorii. Při porovnání s populačními normami (průměrný index spokojenosti 0,2 - 0,3) tyto zjištěné hodnoty mírně vybočují.

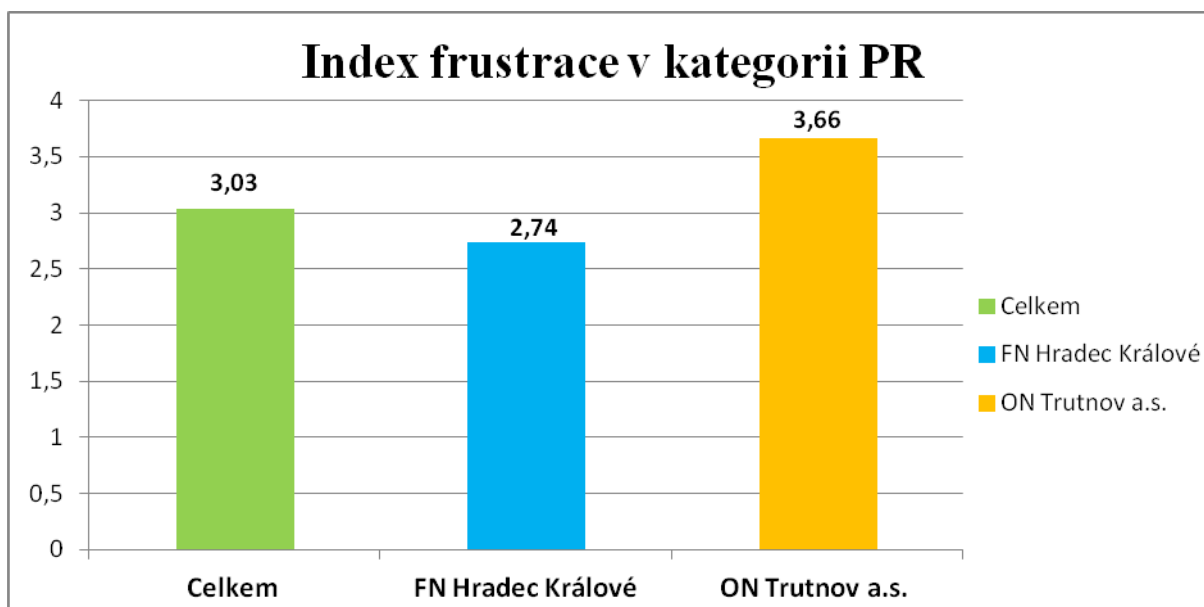


Graf č. 9 - Kategorie kulturního vyžití (KU)

Tabulka č. 10 - Kategorie pracovní uplatnění (PR)

Kategorie PR	μ Celkem	μ FN Hradec Králové	μ ON Trutnov a.s.
Index frustrace	3,03	2,74	3,66

Interpretace: V kategorii pracovního uplatnění a uspokojení byl průměrný index frustrace 3,03. U sester ve FNHK byl průměrný index frustrace 2,74 u sester v ON Trutnov a.s. byl průměrný index frustrace ještě vyšší 3,66. Opět se jedná o kladné hodnoty, které ukazují míru nespokojenosti až frustrace všeobecných sester v této kategorii. Při porovnání s populačními normami (průměrný index spokojenosti 1,0 - 1,2) tyto zjištěné hodnoty mírně vybočují.

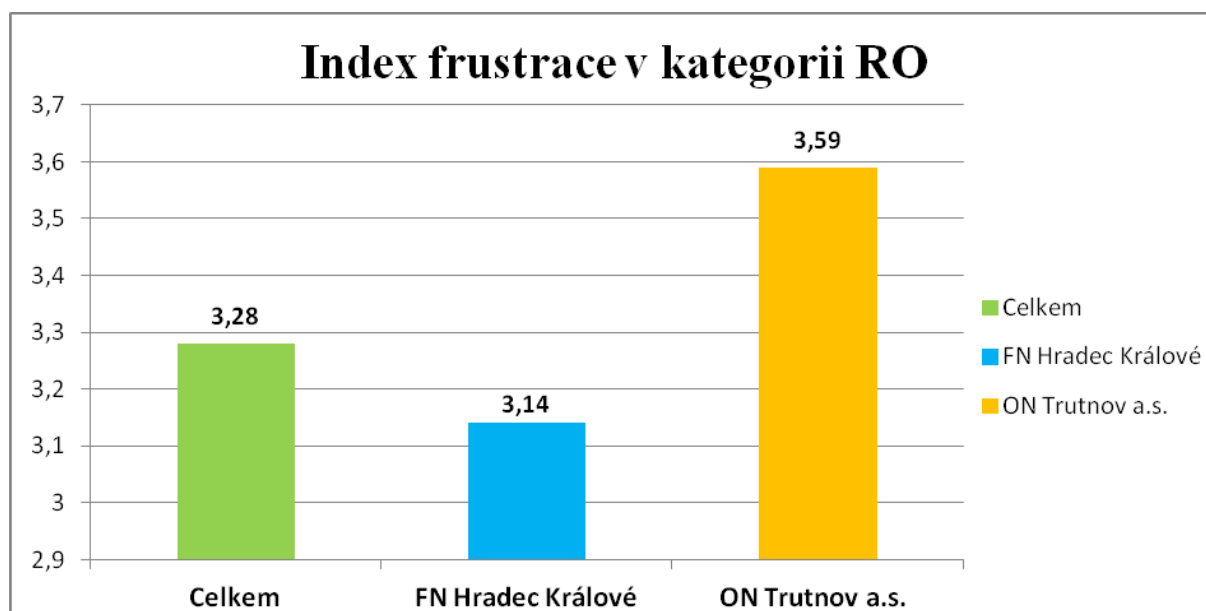


Graf č. 10 - Kategorie pracovní uplatnění (PR)

Tabulka č. 11 - Kategorie rodinná situace (RO)

Kategorie RO	μ Celkem	μ FN Hradec Králové	μ ON Trutnov a.s.
Index frustrace	3,28	3,14	3,59

Interpretace: V oblasti mapující rodinnou situaci respondentek byl průměrný index frustrace 3,28. U sester pracujících ve FNHK byl průměrný index frustrace 3,14 u sester v ON Trutnov a.s. byl průměrný index frustrace ještě vyšší 3,59. Opět se jedná o kladné hodnoty, které ukazují míru nespokojenosti až frustrace všeobecných sester v této kategorii. Při porovnání s populačními normami (průměrný index spokojenosti 0,9) tyto zjištěné hodnoty jasně vybočují.

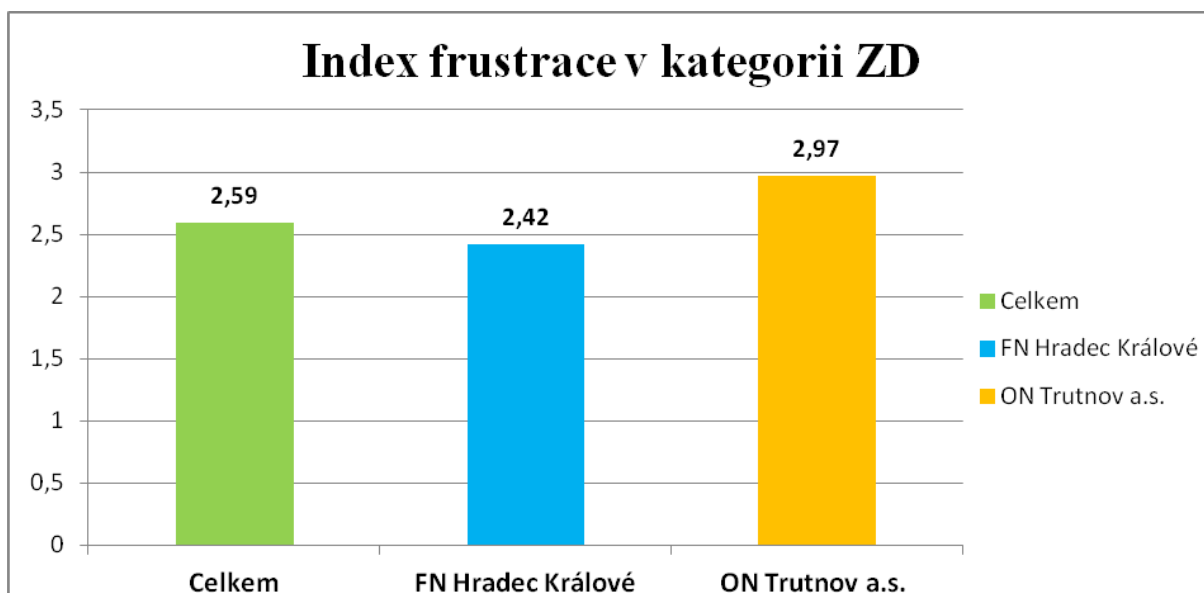


Graf č. 11 - Kategorie rodinná situace (RO)

Tabulka č. 12 - Kategorie zdraví (ZD)

Kategorie ZD	μ Celkem	μ FN Hradec Králové	μ ON Trutnov a.s.
Index frustrace	2,59	2,42	2,97

Interpretace: V kategorii zdraví byl průměrný index frustrace respondentek 2,59. U sester pracujících ve FNHK byl průměrný index frustrace 2,42 u sester v ON Trutnov a.s. byl průměrný index frustrace ještě vyšší 2,97. Opět se jedná o kladné hodnoty, které ukazují míru nespokojenosti až frustrace všeobecných sester v této kategorii. Při porovnání s populačními normami (průměrný index spokojenosti 0,8) tyto zjištěné hodnoty jasně vybočují.

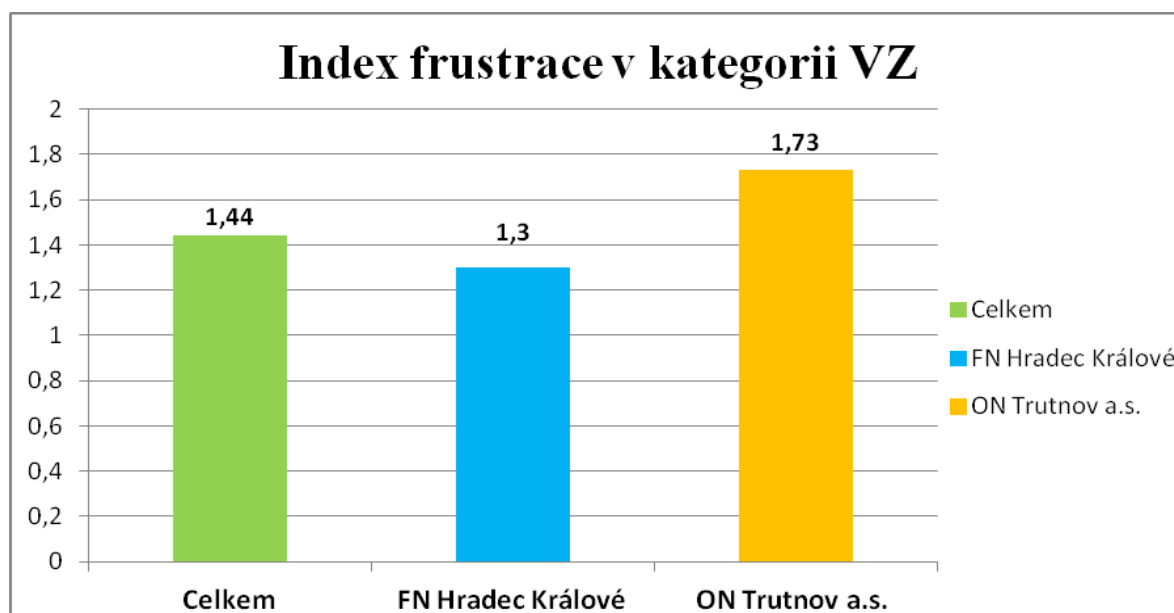


Graf č. 12 - Kategorie zdraví (ZD)

Tabulka č. 13 - Kategorie mezilidské vztahy (VZ)

Kategorie VZ	μ Celkem	μ FN Hradec Králové	μ ON Trutnov a.s.
Index frustrace	1,44	1,30	1,73

Interpretace: V oblasti mezilidských vztahů byl průměrný index nespokojenosti respondentek 1,44. U sester pracujících ve FNHK byl průměrný index nespokojenosti 1,30 u sester v ON Trutnov a.s. byl průměrný index nespokojenosti ještě vyšší 1,73. Opět se jedná o kladné hodnoty, které ukazují míru nespokojenosti až frustrace všeobecných sester v této kategorii. Při porovnání s populačními normami (průměrný index spokojenosti 0,5) tyto zjištěné hodnoty jasně vybočují.

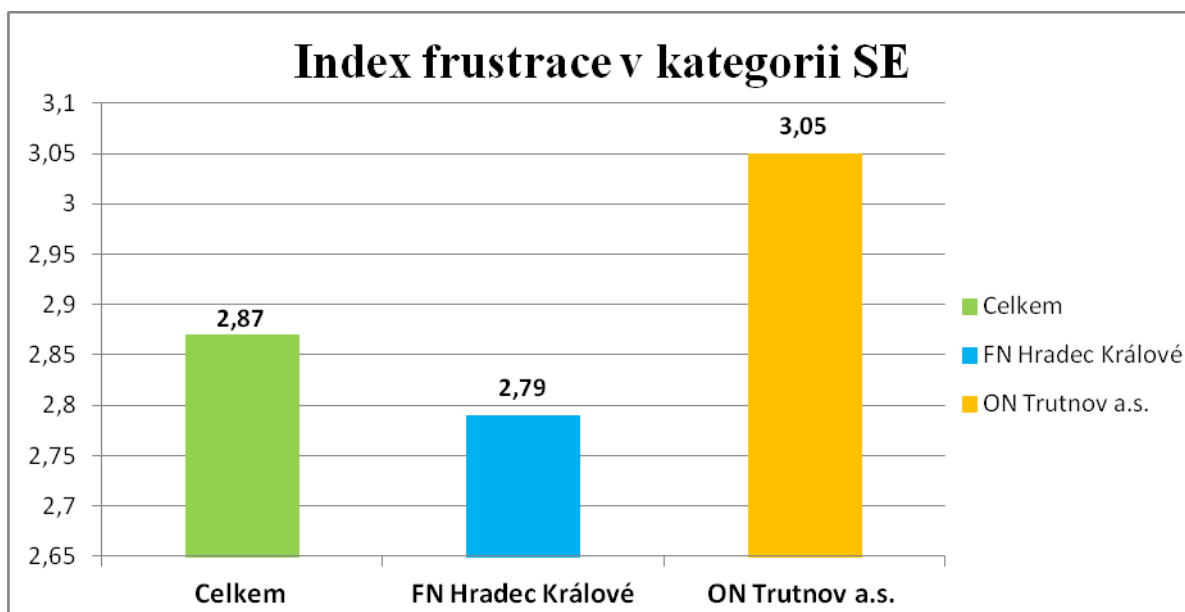


Graf č. 13 - Kategorie mezilidské vztahy (VZ)

Tabulka č. 14 - Kategorie sebehodnocení (SE)

Kategorie SE	μ Celkem	μ FN Hradec Králové	μ ON Trutnov a.s.
Index frustrace	2,87	2,79	3,05

Interpretace: V kategorii sebehodnocení např. při zvládání životních nároků a realizaci životních cílů a celkovou spokojeností se svým životem byl průměrný index frustrace respondentek 2,87. U sester pracujících ve FNHK byl průměrný index frustrace 2,79 u sester v ON Trutnov a.s. byl průměrný index frustrace ještě vyšší 3,05. Opět se jedná o kladné hodnoty, které ukazují míru nespokojenosti až frustrace všeobecných sester v této kategorii. Při porovnání s populačními normami (průměrný index spokojenosti 0,6) tyto zjištěné hodnoty jasně vybočují.

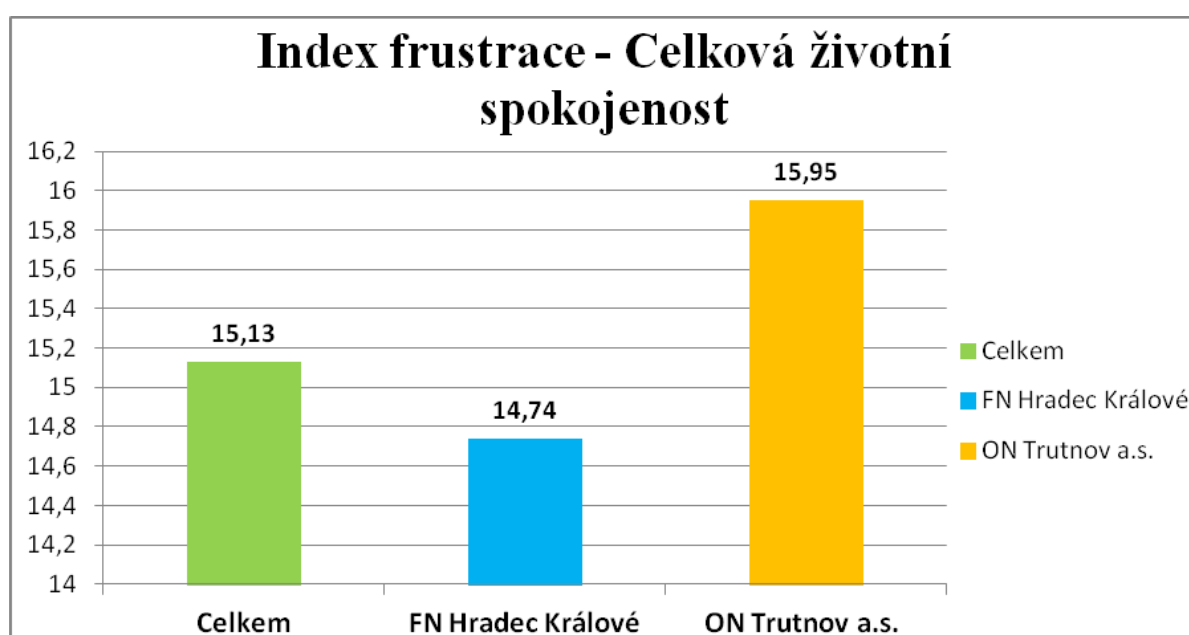


Graf č. 14 - Kategorie sebehodnocení (SE)

Tabulka č. 15 - Celková životní spokojenost

Celková životní spokojenost	μ Celkem	μ FN Hradec Králové	μ ON Trutnov a.s.
Index frustrace	15,13	14,74	15,95

Interpretace: Průměrný index frustrace respondentek v celkové životní spokojenosti respondentek byl 15,13. U sester pracujících ve FNHK byl průměrný index frustrace 14,74 u sester v ON Trutnov a.s. byl průměrný index frustrace ještě vyšší 15,95. Opět se jedná o kladné hodnoty, které značí celkovou životní nespokojenost až frustraci všeobecných sester.



Graf č. 15 - Celková životní spokojenost

9.4.3 ANALÝZA A TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

„Hypotéza č. 1“

H_0 : Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem všeobecných sester a jejich celkovou životní spokojeností.

H_A : Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi věkem všeobecných sester a jejich celkovou životní spokojeností.

Zvolená hladina významnosti byla $\alpha = 0,05$. Pro testování hypotézy byla použita Kruskal-Wallisova neparametrická analýza rozptylu s následným mnohonásobným porovnáním Dunnovým testem s Bonferroni modifikací, pomocí kterých bylo zjišťováno, zda existuje prokazatelně výrazný vztah mezi věkem všeobecných sester a jejich celkovou životní spokojeností.

Tabulka č. 16 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 1“

	24 - 30 let	31 - 40 let	41 - 50 let	51 - 63 let
24 - 30 let	0,0000	0,1139	0,6761	1,0464
31 - 40 let	0,1139	0,0000	0,7734	1,1343
41 - 50 let	0,6761	0,7734	0,0000	0,3947
51 - 63 let	1,0464	1,1343	0,3947	0,0000

Výsledek testu a závěr:

Výsledná p hodnota (**p-value = 0,627**) není menší než 0,05.

Nezamítáme tedy nulovou hypotézu o nezávislosti těchto parametrů.

Alternativní hypotéza nebyla přijata. Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi věkem všeobecných sester a jejich celkovou životní spokojeností.

„Hypotéza č. 2“

2H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi počtem dětí všeobecných sester a subjektivní mírou frustrace v oblasti rodinného života.

2H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi počtem dětí všeobecných sester a subjektivní mírou frustrace v oblasti rodinného života.

Zvolená hladina významnosti byla $\alpha = 0,05$. Pro testování hypotézy byla použita Kruskal-Wallisova neparametrická analýza rozptylu s následným mnohonásobným porovnáním Dunnovým testem s Bonferroni modifikací, pomocí kterých bylo zjišťováno, zda existuje prokazatelně výrazný vztah mezi počtem dětí všeobecných sester a subjektivní mírou frustrace v oblasti rodinného života.

Tabulka č. 17 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 2“

	0 dětí	1 dítě	2 děti	3 a více dětí
0 dětí	0,0000	0,3958	0,7476	0,2919
1 dítě	0,3958	0,0000	0,2730	0,0361
2 děti	0,7476	0,2730	0,0000	0,1445
3 a více dětí	0,2919	0,0361	0,1445	0,0000

Výsledek testu a závěr:

Výsledná p hodnota (**p-value = 0,901**) není menší než 0,05.

Nezamítáme tedy nulovou hypotézu o nezávislosti těchto parametrů.

Alternativní hypotéza nebyla přijata. Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi počtem dětí všeobecných sester a subjektivní mírou frustrace v oblasti rodinného života.

„Hypotéza č. 3“

3H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi typem pracoviště a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti pracovní.

3H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi typem pracoviště a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti pracovní.

Zvolená hladina významnosti byla $\alpha = 0,05$. Pro testování hypotézy byla použita Kruskal-Wallisova neparametrická analýza rozptylu s následným mnohonásobným porovnáním Dunnovým testem s Bonferroni modifikací, pomocí kterých bylo zjišťováno, zda existuje prokazatelně výrazný vztah mezi typem pracoviště a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti pracovní.

Tabulka č. 18 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 3“

	Ambulance	JIP	Interní oddělení	Chirurgické oddělení
Ambulance	0,0000	0,9544	0,1885	1,9457
JIP	0,9544	0,0000	1,2543	1,3022
Interní oddělení	0,1885	1,2543	0,0000	2,2825
Chirurgické oddělení	1,9457	1,3022	1,2825	0,0000

Výsledek testu a závěr:

Výsledná p hodnota (**p-value = 0,091**) není menší než 0,05.

Nezamítáme tedy nulovou hypotézu o nezávislosti těchto parametrů.

Alternativní hypotéza nebyla přijata. Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi typem pracoviště a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti pracovní.

„Hypotéza č. 4“

4H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti pracovní.

4H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti pracovní.

Zvolená hladina významnosti byla $\alpha = 0,05$. Pro testování hypotézy byla použita Kruskal-Wallisova neparametrická analýza rozptylu s následným mnohonásobným porovnáním Dunnovým testem s Bonferroni modifikací, pomocí kterých bylo zjišťováno, zda existuje prokazatelně výrazný vztah mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti pracovní.

Tabulka č. 19 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 4“

	Jednosměnný provoz	Dvousměnný provoz	Třisměnný provoz
Jednosměnný provoz	0,0000	1,8459	1,2102
Dvousměnný provoz	1,8459	0,0000	3,0040
Třisměnný provoz	1,2102	3,0040	0,0000

Výsledek testu a závěr:

Výsledná p hodnota (**p-value = 0,010**) je menší než 0,05.

Zamítáme tedy nulovou hypotézu o nezávislosti těchto parametrů.

Alternativní hypotéza byla přijata. Byla prokázána statisticky významná závislost mezi směnností (třisměnným provozem) a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti pracovní.

„Hypotéza č. 5“

5H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví.

5H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví.

Zvolená hladina významnosti byla $\alpha = 0,05$. Pro testování hypotézy byla použita Kruskal-Wallisova neparametrická analýza rozptylu s následným mnohonásobným porovnáním Dunnovým testem s Bonferroni modifikací, pomocí kterých bylo zjišťováno, zda existuje prokazatelně výrazný vztah mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví u všech 201 všeobecných sester.

Tabulka č. 20 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 5 - u všech 201 všeobecných sester“

	Jednosměnný provoz	Dvousměnný provoz	Třisměnný provoz
Jednosměnný provoz	0,0000	0,0523	2,0352
Dvousměnný provoz	0,0523	0,0000	1,7128
Třisměnný provoz	2,0352	1,7128	0,0000

Výsledek testu a závěr:

Výsledná p hodnota (**p-value = 0,628**) není menší než 0,05.

Nezamítáme tedy nulovou hypotézu o nezávislosti těchto parametrů.

Alternativní hypotéza nebyla přijata. Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví u všech 201 všeobecných sester.

Dále bylo zjišťováno, zda existuje prokazatelně výrazný vztah mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví u 137 všeobecných sester pracujících ve FN Hradec Králové.

Tabulka č. 21 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 5 - všeobecné sestry pracující ve FN HK“

	Jednosměnný provoz	Dvousměnný provoz	Třisměnný provoz
Jednosměnný provoz	0,0000	1,2374	2,6809
Dvousměnný provoz	1,2374	0,0000	0,5483
Třisměnný provoz	2,6809	0,5483	0,0000

Výsledek testu a závěr:

Výsledná p hodnota (**p-value = 0,027**) je menší než 0,05. **Zamítáme tedy nulovou hypotézu** o nezávislosti těchto parametrů. **Alternativní hypotéza byla přijata.**

Byla prokázána statisticky významná závislost mezi směnností (třisměnným provozem) a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví u 137 všeobecných sester pracujících ve FN Hradec Králové.

Dále bylo zjišťováno, zda existuje prokazatelně výrazný vztah mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví u 64 všeobecných sester pracujících v ON Trutnov.

Tabulka č. 22 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 5 - všeobecné sestry pracující v ON Trutnov“

	Jednosměnný provoz	Dvousměnný provoz	Třisměnný provoz
Jednosměnný provoz	0,0000	1,2491	0,3140
Dvousměnný provoz	1,2491	0,0000	1,0745
Třisměnný provoz	0,3140	1,0745	0,0000

Výsledek testu a závěr:

Výsledná p hodnota (**p-value = 0,416**) není menší než 0,05. **Nezamítáme tedy nulovou hypotézu** o nezávislosti těchto parametrů. **Alternativní hypotéza nebyla přijata.**

Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví u 64 všeobecných sester pracujících v ON Trutnov.

„Hypotéza č. 6“

H_0 : Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi dobou aktivního vykonávání profese všeobecné sestry a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví.

H_A : Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi dobou aktivního vykonávání profese všeobecné sestry a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví.

Zvolená hladina významnosti byla $\alpha = 0,05$. Pro testování hypotézy byla použita Kruskal-Wallisova neparametrická analýza rozptylu s následným mnohonásobným porovnáním Dunnovým testem s Bonferroni modifikací, pomocí kterých bylo zjišťováno, zda existuje prokazatelně výrazný vztah mezi dobou aktivního vykonávání profese všeobecné sestry a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví.

Tabulka č. 23 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 6“

	5 - 10 let	11 - 20 let	21 - 30 let	31 a více let
5 - 10 let	0,0000	1,0552	1,2483	1,7020
11 - 20 let	1,0552	0,0000	0,3336	0,8084
21 - 30 let	1,2483	0,3336	0,0000	0,4388
31 a více let	1,7020	0,8084	0,4388	0,0000

Výsledek testu a závěr:

Výsledná p hodnota (**p-value = 0,319**) není menší než 0,05.

Nezamítáme tedy nulovou hypotézu o nezávislosti těchto parametrů.

Alternativní hypotéza nebyla přijata. Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi dobou aktivního vykonávání profese všeobecné sestry a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví.

„Hypotéza č. 7“

7H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi počtem dětí všeobecných sester a věkem všeobecných sester.

7H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi počtem dětí všeobecných sester a věkem všeobecných sester.

Zvolená hladina významnosti byla $\alpha = 0,05$. Pro testování hypotézy byl použit Chí-kvadrát test nezávislosti, pomocí kterého bylo zjišťováno, zda existuje prokazatelně výrazný vztah mezi počtem dětí všeobecných sester a věkem všeobecných sester. V tabulce řádkových procent jsou zvýrazněny buňky, které nejvíc způsobují závislost (jsou nejvíc odlišné od řádkového Total).

Tabulka č. 24 - Kontingenční tabulka „Hypotéza č. 7“

	0 dětí	1 dítě	2 děti	3 a více dětí	Total
24 - 30 let	89,71 %	7,35 %	2,94 %	0,00 %	100,00 %
31 - 40 let	26,09 %	30,43 %	37,68 %	5,80 %	100,00 %
41 - 50 let	10,81 %	21,62 %	48,65 %	18,92 %	100,00 %
51 - 63 let	0,00 %	40,74 %	48,15 %	11,11 %	100,00 %
Total	41,29 %	22,39 %	29,35 %	6,97 %	100,00 %

Výsledek testu a závěr:

Testová statistika vyšla $\chi^2 = 113,7298$ s 9 stupni volnosti. Výsledná p hodnota (**p-value = 0,000**) je menší než 0,05.

Zamítáme tedy nulovou hypotézu o nezávislosti těchto parametrů.

Alternativní hypotéza byla přijata. Byla prokázána statisticky významná závislost mezi počtem dětí všeobecných sester a věkem všeobecných sester (věková kohorta 41 - 50).

„Hypotéza č. 8“

8H₀: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti kulturního vyžití.

8H_A: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti kulturního vyžití.

Zvolená hladina významnosti byla $\alpha = 0,05$. Pro testování hypotézy byla použita Kruskal-Wallisova neparametrická analýza rozptylu s následným mnohonásobným porovnáním Dunnovým testem s Bonferroni modifikací, pomocí kterých bylo zjišťováno, zda existuje prokazatelně výrazný vztah mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti kulturního vyžití.

Tabulka č. 25 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 8“

	Jednosměnný provoz	Dvousměnný provoz	Třisměnný provoz
Jednosměnný provoz	0,0000	2,4004	0,5538
Dvousměnný provoz	2,4004	0,0000	2,1757
Třisměnný provoz	0,5538	2,1757	0,0000

Výsledek testu a závěr:

Výsledná p hodnota (**p-value = 0,044**) je menší než 0,05.

Zamítáme tedy nulovou hypotézu o nezávislosti těchto parametrů.

Alternativní hypotéza byla přijata. Byla prokázána statisticky významná závislost mezi směnností a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti kulturního vyžití.

9.5 KVALITATIVNÍ METODA VÝZKUMU

Pro svou práci jsem volila sběr dat pomocí kvalitativní metody výzkumu polostrukturovaného rozhovoru. Oslovila jsem čtyři všeobecné sestry s různou délkou ošetrovatelské praxe, pracujících v různých nemocnicích na odlišných pracovištích. Rozhovor se skládal z připravených otázek a otázek, které vyplynuly během rozhovoru, a respondentky mi tak poskytly své postřehy, kreativní a věcné názory. Před zahájením samotného rozhovoru jsem si vždy nezávazně s respondentkami povídala, protože jsem chtěla navodit důvěru a uvolněnou atmosféru. Rozhovory jsem zaznamenávala na diktafon, poté jsem provedla jejich transkripci do protokolu (viz příloha č. 7). Většina dostupné literatury doporučuje univerzální a velmi efektivní analýzu získaných dat pomocí metody otevřeného kódování. Veškeré zde prezentované otevřené kódování podhaluje určitá aktuální témata. Kódování se jednak používá na samotná slova, jednak na odstavce v daném textu nebo i na jednotlivé kapitoly. Cílem otevřeného kódování je důsledné a bezchybné rozkrytí daného textu (Švaříček, Šedřová, 2007).

Veškeré rozhovory jsem pozorně pročítala a hledala jsem data, která jsem následně seřadila do hlavních kategorií, ke kterým jsem v samotném kontextu přiřazovala příslušné subkategorie.

9.5.1 PŘEHLED HLAVNÍCH KATEGORIÍ A SUBKATEGORIÍ

V této části prezentuji jednotlivé kategorie a subkategorie do tabulek.

1. KATEGORIE: ZAMĚSTNÁNÍ

SUBKATEGORIE: Spokojenost s profesí sestry

Tabulka č. 26 - Spokojenost s profesí sestry

Dle četnosti odpovědi
spokojenost
osobní naplnění
pomoc druhým
hrdost
nedělala bych jinou práci

SUBKATEGORIE: Nová volba profese

Tabulka č. 27 - Nová volba profese

Dle četnosti odpovědi
sestra
dětský sen
vzor v rodině
lékařka

SUBKATEGORIE: Finanční ohodnocení

Tabulka č. 28 - Finanční ohodnocení

Dle četnosti odpovědi
mohlo by být lepší
spokojenost

SUBKATEGORIE: Vztahy na pracovišti

Tabulka č. 29 - Vztahy na pracovišti

Dle četnosti odpovědi
dobré, občas dohady
prima parta

SUBKATEGORIE: Vztahy s nadřízenými

Tabulka č. 30 - Vztahy s nadřízenými

Dle četnosti odpovědi
velmi dobré
dobré
kamarádské

SUBKATEGORIE: Předchozí pracovní zkušenost

Tabulka č. 31 - Předchozí pracovní zkušenost

Dle četnosti odpovědi
Interní oddělení
ZZS
Chirurgická ambulance

2. KATEGORIE: VOLNÝ ČAS

SUBKATEGORIE: Volný čas, dovolená

Tabulka č. 32 - Volný čas, dovolená

Dle četnosti odpovědi
aktivity s rodinou
ticho a klid
hory a Jižní Morava

3. KATEGORIE: ZDRAVÍ

SUBKATEGORIE: Fyzické zdraví

Tabulka č. 33 - Fyzické zdraví

Dle četnosti odpovědi
únava, bolest zad
zdravá
vyčerpání

SUBKATEGORIE: Duševní zdraví

Tabulka č. 34 - Duševní zdraví

Dle četnosti odpovědi
vyrovnanost
občasná nesoustředěnost
optimismus
podpora rodiny
pesimismus
životní krize (odchod manžela)
nízké sebevědomí

4. KATEGORIE: SOCIÁLNÍ VZTAHY

SUBKATEGORIE: Mezilidské vztahy

Tabulka č. 35 - Mezilidské vztahy

Dle četnosti odpovědi
pečlivý výběr přátel
obežřetnost po negativní zkušenosti
hodně známých
country kapela s manželem

5. KATEGORIE: RODINA

SUBKATEGORIE: Rodinný život

Tabulka č. 36 - Rodinný život

Dle četnosti odpovědi
velmi dobré vztahy v širší rodině
rodinná pohoda
manželská krize
narušené vztahy v širší rodině
pocity viny, osobního selhání
samota

SUBKATEGORIE: Vliv profese sestry na rodinný život

Tabulka č. 37 - Vliv profese sestry na rodinný život

Dle četnosti odpovědi
snaha pomáhat všem a neschopnost myslet na sebe
časté konzultace o zdravotním stavu
málo času na děti
samota

SUBKATEGORIE: **Potřeba řešit situace ze zaměstnání po návratu domů**

Tabulka č. 38 - **Potřeba řešit situace ze zaměstnání po návratu domů**

Dle četnosti odpovědi
občas ano
ano, ale není s kým

9.5.2 SOUHRNNÁ ANALÝZA SUBKATEGORIÍ

Oslovené všeobecné sestry vnímají své zaměstnání, jako správnou volbu. Jsou při jeho vykonávání spokojené a cítí hrdost, že mohou být sestrami. Jejich profese je naplňuje, cítí se být potřebné a jejich životním krédem je pomáhat druhým a potřebným. Dotazované sestry by nedělaly jinou práci, jsou ve své profesi spokojené. K volbě své profese je vedl vzor v rodině, nebo se jednalo o jejich dětský sen. Jedna sestřička si přála být lékařkou, ale práce sestry jí její přání zcela naplnila. V otázce finančního ohodnocení si oslovené sestry postesklly, že by jejich plat mohl být vyšší, ale v podstatě jsou spokojené. Velmi kladně sestry hodnotily vztahy na svém pracovišti, samozřejmě zmínily i občasné dohady, které k převážně ženskému kolektivu tak nějak patří, ale dle svých slov tvoří s kolegyněmi prima partu. Ve vztahu s nadřízenými se také nezmiňovaly o žádných problémech, naopak jejich vzájemné vztahy označují za velmi dobré až kamarádké. Oslovené všeobecné sestry uvedly, že mají zkušenost i z jiných oddělení, nejčastěji uváděly interní a chirurgické oddělení, a ZZS. I přesto se jejich názory na profesi všeobecné sestry téměř nelišily, i když pracovaly a pracují v odlišných oborech ošetrovatelství.

Svůj volný čas oslovené sestry nejraději tráví se svou rodinou. V podstatě kdekoliv, ať na horách, nebo třeba na Jižní Moravě... hlavně, když mohou být se svými blízkými. Při své náročné práci jsou stále obklopeny lidmi, se kterými je nutné často komunikovat. Proto ve svém volném čase preferují ticho a klid.

Zdravotní stav oslovených sester není na dobré úrovni. Často jsou unavené, trpí bolestmi zad a cítí se vyčerpaně. Pouze jedna z oslovených sester se cítí fyzicky zdravá. Co se týká duševního zdraví, tak jsou mezi dotazovanými velké rozdíly. Tři sestry se cítí psychicky vyrovnané, pouze se občas nedokážou zcela soustředit. Mají pozitivní přístup k životu, dobré

rodinné zázemí a podporu partnera. Jedna z oslovených sester prochází v současné době životní krizí (rozvod z důvodu manželovy nevěry). Cítí se velmi zle, je pesimistická a vzhledem ke svému nízkému sebevědomí už nevěří, že se její duševní pohoda zlepší a bude zase lépe.

S ohledem na negativní zkušenosti v minulosti jsou všechny oslovené sestry velmi pečlivé při výběru svých přátel. Mají sice hodně známých, ale stále jsou obezřetné, než si pustí k sobě někoho blíž a otevřou se, musí mu zcela důvěřovat. V rodinných vztazích jsou většinou spokojené, cenní si své rodinné pohody a velmi dobrých vztahů v širším rodinném kruhu. Tyto kladné zkušenosti mají tři dotazované sestry. Vzhledem k osobním problémům poslední oslovené se v této kategorii objevují pojmy jako manželská krize, pocit viny a osobního selhání, samota. Tato sestřička nyní prožívá těžkou etapu života a tento fakt se projevil i v našem rozhovoru.

Otázka vlivu profese na rodinnou pohodu svedla všechny dotazované sestry k téměř shodnému stanovisku. Mají málo času na děti a jsou často atakovány konzultacemi zdravotního stavu příbuzných. Díky tomu, jak vnímají svou profesi, mají snahu pomáhat všem okolo a nemyslí na sebe, na své potřeby a přání.

Všechny mnou oslovené sestry mají občas potřebu řešit doma problémy a zážitky ze zaměstnání. Bohužel ale ne všechny mají tu možnost, rády by si o svých pocitech promluvily, ale není s kým, nemají se komu svěřit.

10 DISKUZE

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo odhalit jaká je kvalita života pomáhajících profesí z pohledu všeobecných sester. Již 20 let pracuji jako všeobecná sestra. Po maturitě jsem nastoupila do třísměnného provozu na interní oddělení a nyní jsem čtyři roky na pozici vrchní sestry na oddělení rehabilitace. Pracuji na jednu směnu a ráda bych tedy porovнала za pomoci oslovených sester nejen výhody a nevýhody směnného provozu, ale také typ oddělení, na kterých jsem pracovala. Jsem neustále v kontaktu se sestrami z oddělení mé bývalé působnosti a mám pocit, že sestry na interním oddělení pociťují větší životní nespokojenost, ve srovnání se sestrami z ostatních oddělení. Velmi mě zajímalo, zda sestry ovlivňuje typ oddělení, na kterém pracují, směnnost, pracovní podmínky, finanční ohodnocení a další proměnné zmíněné v dotazníku. Chtěla jsem zjistit, jak sestry samy hodnotí kvalitu svého života a které okolnosti ji ovlivňují. K šetření na toto téma mě inspirovala i nynější, dovoluji si říct kritická situace zdravotnictví v České republice. Nedostatek sester je opravdu závažný, diskutovaný, ale bohužel zatím bez vhodného řešení nastalé situace. Ráda bych se pokusila pomocí této práce alespoň trochu nastínit, které oblasti pracovního života na sestry působí tak frustrujícím způsobem, že si raději volí jiné povolání, než je jejich profese. V empirické části byly stanoveny 4 cíle, které budou podrobněji rozebrány. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 201 všeobecných sester ve věku od 24 do 63 let, které toto povolání aktivně vykonávají déle než pět let. V této kapitole jsou prodiskutovány zjištěné výsledky.

Cíl č. 1: Zjistit míru celkové životní spokojenosti (kvality života) všeobecných sester.

Průměrný index frustrace respondentek v oblasti celkové životní spokojenosti byl 15,13. U sester z FNHK byl průměr 14,77 a u sester z ON Trutnov dosahoval průměr hodnot ještě vyšší 15,95 (viz tabulka č. 15, s. 61 a graf č. 15, s. 61). Jedná se o kladné hodnoty, které značí míru celkové životní nespokojenosti až frustrace všeobecných sester v této oblasti. Bylo provedeno srovnání se šetřeními za rok 2009 a z roku 1991 (viz příloha č. 7).

V roce 1991 sestry uváděly svou celkovou míru frustrace v oblasti celkové životní spokojenosti v hodnotě 26,96 a v roce 2009 vyšší hodnotu 27,52. Z našeho výzkumu je zcela patrné, že se celková životní spokojenost (kvalita života) ve srovnání s dřívějšími šetřeními výrazně zlepšila, ale i nadále se index frustrace pohybuje v kladných hodnotách, což značí

nespokojenost až frustraci oslovených respondentek. Nárůst celkové životní spokojenosti oslovených sester může být způsoben tím, že v současné době pracují na pozicích všeobecných sester ženy i muži, kteří svou práci mají rádi a chtějí jí dělat. Rozdíl v celkové životní spokojenosti mezi respondentkami z FNHK a z ON Trutnov může být způsoben také pracovními podmínkami v obou nemocnicích. Sestry z Fakultní nemocnice, mají ke své práci dle mého mínění lepší podmínky, lepší přístrojové i materiální vybavení, než sestry z Oblastní nemocnice. Také jejich finanční ohodnocení je na vyšší úrovni, než u sester z Trutnova.

Cíl č. 2 Podchytit strukturu a povahu jejich spokojenosti ve vztahu k základním oblastem běžného života rozdělených do sedmi dimenzí.

První sledovanou oblastí byla kategorie **Životní a materiální zabezpečení - MA**. Výsledky našeho šetření jsou následující. Celkový index frustrace byl 0,98. U sester pracujících ve FNHK 1,2 a u sester z ON Trutnov byl mnohem nižší 0,5 (viz tabulka č. 8, s. 54, graf č. 8, s. 54). Jedná se opět o hodnoty značící nespokojenost respondentek, ale v porovnání s populačními normami nijak výrazně nevybočují. Bylo provedeno srovnání s předchozími výzkumy. V roce 1977 dosahovala tato oblast hodnoty 0,85, v roce 1991 5,47 a roku 2009 2,37 (viz obrázek č. 1, s. 37).

Je zřetelné, že v oblasti materiálního zabezpečení sestry po „sametové revoluci“ cítily velkou míru frustrace, která se postupně snižovala až ke stávající hodnotě zjištěné našim šetřením, která je srovnatelná s hodnotou z roku 1977. V současné době je velká dostupnost služeb, sítí obchodů, stravovacích zařízení. Existuje velká možnost výběru i při vysokých nárocích spotřebitelů. Celkový životní standart se zvyšuje, stejně tak jako možnost uspokojování společenských potřeb.

Druhou oblastí byla kategorie **Kulturního vyžití - KU**. Dotazníkovým šetřením byla zjištěna celková hodnota indexu frustrace všech dotazovaných sester 0,82. U sester pracujících ve FNHK 0,96 a v ON Trutnov 0,52 (viz tabulka č. 9, s. 55 a graf č. 9, s. 55). I v tomto případě se jedná o kladné hodnoty, které v porovnání s populačními normami mírně vybočují, ve smyslu vyšší míry frustrace.

Ve srovnání s předchozími šetřeními byl index frustrace v této kategorii nejnižší. V roce 1977 nebyl měřen, roku 1991 byla jeho hodnota 2,27 a v roce 2009 2,12 (viz obrázek č. 1, s. 37).

Je zřejmé, že v současné době je velká nabídka a dostupnost kulturních a estetických zážitků. Sestry mají možnost prohlubovat své zájmy a koníčky na vyšší úrovni. Předpokládala jsem, že sestry z FNHK budou v této oblasti pociťovat větší spokojenost s ohledem na krajské město a více možností kulturního, sportovního a společenského vyžití. Výsledek šetření, ale hovoří o opaku a sestry z menšího města jsou v této kategorii spokojenější, než jejich kolegyně z Hradce Králové.

Třetí sledovanou oblastí byla kategorie **Pracovní uplatnění - PR**. Celkový index frustrace v této oblasti u všech respondentek byl 3,03. U sester pracujících ve FNHK 2,74 a u sester v ON Trutnov 3,66 (viz tabulka č. 10, s. 56 a graf č. 10, s. 56). Zjištěné hodnoty jsou kladné a značí opět nespokojenost sester v této oblasti. Při porovnání s populačními normami se jedná o vyšší hodnoty, které však jen mírně vybočují nad průměr.

Provedly jsme srovnání výsledků předchozích výzkumů. V roce 1977 byla hodnota indexu frustrace 0,92, v roce 1991 byla hodnota indexu frustrace 5,44 a v roce 2009 dosáhla výše až 6,27 (viz obrázek č. 1, s. 37). Výsledky šetření ukazují, že se míra frustrace v této kategorii snížila ve srovnání s předchozími výzkumy. Výsledky z roku 2016 jsou vyšší pouze při porovnání s rokem 1977. V této oblasti se dle mého názoru odráží stav současného zdravotnictví. Celkový nedostatek sester v České republice zajišťuje stávajícím sestřám možnost výběru pozice a typu oddělení, který jim nejvíce vyhovuje. Dostupnost zaměstnání v blízkosti bydliště sester je také důležitým aspektem a důvodem k vyšší spokojenosti. Zdravotnická zařízení nabízejí sestřám řadu výhod a benefitů oproti předcházejícím létům. Dle vlastní zkušenosti mohu říci, že zdravotnická zařízení nyní také více podporují sestry ve vzdělávání a ve zvyšování jejich kvalifikace.

Čtvrtou oblastí, která byla sledována, byla **Rodinná situace - RO**. Celkový index frustrace respondentek byl 3,28. U sester pracujících ve FNHK dosáhl hodnoty 3,14 a v ON Trutnov 3,59 (viz tabulka č. 11, s. 57 a graf č. 11, s. 57). Kladné hodnoty znamenají a ukazují míru

frustrace sester, která je v porovnání s populačními normami vysoká a jasně vybočuje z průměrných hodnot indexu spokojenosti.

I přes vysokou hodnotu míry frustrace je výsledek z roku 2016 nižší než v předešlých letech. V roce 1991 byla zjištěna hodnota 4,41, v roce 2009 5,55. Pouze v roce 1977 byl index frustrace v této oblasti nižší, a to 0,98 (viz obrázek č. 1, s. 37). Lze se domnívat, že v roce 1977 byly lepší sociální podmínky a jistoty pro sestry - matky (mateřské školy, jesle, jisté pracovní umístění a jistota bydlení...). Současné sestry, díky svému pracovnímu vytížení, nemají dostatek času věnovat se své rodině, partnerům a dětem. Tento fakt vnímají jako velmi frustrující. Opět zde můžeme zmínit stav českého zdravotnictví, nedostatek kvalifikovaných pracovníků způsobuje, že sestry jsou nuceny pracovat přesčas a jejich společný čas s jejich blízkými se zkracuje.

Další hodnocenou oblastí byla kategorie **Zdraví - ZD** respondentek. Celková míra indexu frustrace v této oblasti dosáhla hodnoty 2,59. U sester z FNHK 2,42 a u sester z ON Trutnov byla hodnota indexu frustrace 2,97 (viz tabulka č. 12, s. 58 a graf č. 12, s. 58). Zjištěné hodnoty jsou opět kladné a ukazují míru nespokojenosti sester v oblasti zdraví. Srovnáním s populačními normami bylo zjištěno, že námi zjištěné hodnoty jsou výrazně vyšší, než průměrný index spokojenosti a jasně z něho vybočují.

Při porovnání výsledků s předchozími výzkumy bylo zjištěno, že se míra frustrace v této kategorii mírně snížila oproti roku 1991, kdy byla hodnota 3,44 a roku 2009, kdy hodnota indexu frustrace dosahovala 3,7. Pouze v roce 1977 byl index frustrace nižší 0,6 (viz obrázek č. 1, s. 37). Sestry mohou být díky velkému pracovnímu vytížení fyzicky i psychicky vyčerpané. Je patrné, že profese sestry je velmi náročná a působí negativně na zdraví oslovených sester.

Šestou sledovanou oblastí byla kategorie **Mezilidských vztahů - VZ**. Celkový index frustrace všech respondentek byl 1,44. U sester pracujících ve FNHK byl 1,3 a u sester z ON Trutnov 1,73 (viz tabulka č. 13, s. 59 a graf č. 13, s. 59). Jedná se opět o kladné hodnoty, které ukazují míru frustrace v dané oblasti. Při porovnání s populačními normami tyto hodnoty jasně vybočují nad hodnoty průměrného indexu spokojenosti.

Při srovnání hodnot našeho šetření s předchozími výzkumy jsme zjistily, že vyšší hodnoty indexu frustrace v této oblasti byly pouze v roce 2009 a to 2,4. V roce 1991 byla hodnota téměř identická s naším výsledkem 1,42. V roce 1977 byl index frustrace pouze 0,69 (viz obrázek č. 1, s. 37). Ze zjištěných výsledků lze usuzovat, že mezilidské vztahy, tak jak je sestry vnímají, se zlepšují ale bohužel se i nadále pohybují v kladných hodnotách indexu frustrace.

Poslední sedmou sledovanou oblastí byla kategorie **Sebehodnocení, zvládání životních nároků a realizace životních cílů - SE**. V této oblasti dosáhl celkový index frustrace hodnoty 2,87. U sester pracujících ve FNHK byla hodnota 2,79 a u sester z ON Trutnov byla ještě vyšší 3,05 (viz tabulka č. 14, s. 60 a graf č. 14, s. 60). Při porovnání s populačními normami zjištěné hodnoty opět jasně vybočují nad průměrem. Kladné hodnoty svědčí pro nespokojenost, až frustraci sester v této sledované oblasti.

Bylo provedeno srovnání výsledků ze všech dosavadních šetření. V roce 1977 byl index frustrace v této oblasti 0,89. V roce 1991 byl 4,51 a v roce 2009 4,75 (viz obrázek č. 1, s. 37). Po porovnání výsledků je možné konstatovat, že v oblasti sebehodnocení, plnění životních cílů a zvládání životních nároků jsou nyní sestry více spokojeny, než v roce 1991 a 2009. Oblast sebehodnocení byla pro oslovené respondentky také značně frustrující. Z výsledku lze usuzovat, že sestry při realizaci životních cílů pociťují značný rozdíl mezi důležitostí, kterou jim ve svém životě přisuzují, a spokojeností s možnostmi jejich realizace. Je ale zřejmé, že ve srovnání s předešlými výzkumy se zvyšuje jejich víra ve vlastní síly a schopnosti a celkový optimistický pohled na svět.

Cíl č. 3: Zmapovat dimenze, ve kterých se vyhrocují postoje k životní, pracovní, rodinné a jiné realitě, vykazující výrazný vnitřní konflikt mezi pociťovanou potřebou seberealizace a možnostmi nalézt v tomto směru potřebné vnitřní uspokojení.

Mezi oblastmi s nejvíce významným vnitřním konfliktem se řadí oblast **Rodinné situace - RO**. Oslovené sestry v této oblasti dosáhly indexu frustrace 3,28. Sestry pracující v ON Trutnov dokonce 3,59. Populační průměr je 0,9. Z toho vyplývá, že námi zjištěné hodnoty ukazují na značnou míru frustrace, kterou sestry v dané oblasti prožívají.

Další vyhocenou oblastí byla kategorie **Zdraví - ZD**. Zjištěná hodnota celkového indexu frustrace u všech oslovených sester byla 2,59. Populační průměr spokojenosti je 0,8. Opět se jedná o kladné hodnoty, které ukazují míru nespokojenosti až frustrace všeobecných sester v této kategorii.

V kategorii **Mezilidských vztahů - VZ** byla také překročena hodnota populačního průměru, který je v této oblasti 0,5. Námí zjištěný index frustrace u sester pracujících ve FNHK byl 1,3 a u sester z ON Trutnov 1,73.

Poslední oblastí s významným rozdílem mezi populačním průměrem a zjištěnými hodnotami při šetření je kategorie **Sebehodnocení - SE**. Populační průměr spokojenosti je 0,6 a námí zjištěná hodnota indexu frustrace u všech sester byla 2,87. Tato hodnota značí velkou míru nespokojenosti při realizaci a dosahování životních cílů u oslovených sester.

Lze shrnout, že oblasti rodinného zázemí, zdraví, mezilidských vztahů a sebehodnocení jsou pro oslovené sestry nejvíce frustrující. V těchto oblastech pociťují výrazný vnitřní konflikt mezi pociťovanou potřebou a možností jejího naplnění.

Dotazníkové šetření bylo doplněno kvalitativním výzkumným přístupem k objasnění a dokreslení životní, pracovní, rodinné a jiné reality, které v dotazníkovém šetření vykazovaly výrazný vnitřní konflikt mezi pociťovanou potřebou seberealizace a možností nalézt v tomto směru potřebné vnitřní uspokojení. Za pomoci rozhovorů se čtyřmi všeobecnými sestrami jsem se snažila zaměřit na nejvíce frustrující oblasti.

Oblast rodinného zázemí byla pro čtyři oslovené sestry také velmi důležitá. Veškerý svůj volný čas tráví se svými blízkými, bez ohledu na to kde. Jsou spokojené, když mohou být pohromadě s těmi, které mají rády. A nedostatek času pro rodinu vnímají velmi negativně.

Zdravotní stav rozhovorem oslovených sester není na dobré úrovni, což potvrzuje výsledky našeho dotazníkového šetření. Sestry uváděly obtíže týkající se fyzického zdraví a vyčerpanosti, ale také se objevily známky oslabeného duševního zdraví ve smyslu nesoustředěnosti a pesimismu.

V oblasti týkající se **mezilidských vztahů** se potvrdila obezřetnost respondentek při výběru přátel a lidí, kterým by mohly důvěřovat. Je zřejmé, že ne vždy jsou kolem nás vztahy idylické a téměř všichni si neseme svou negativní zkušenost, která nás ovlivňuje při vnímání lidí kolem nás.

Cíl č. 4: Ověřit, zda je kvalita života všeobecných sester podmíněna vybranými proměnnými.

První hypotéza byla stanovena na předpokladu, že celková životní spokojenost je závislá na věku všeobecných sester. Testováním statistické hypotézy nebyla zamítnuta nulová hypotéza $1H_0$.

Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi věkem všeobecných sester a jejich celkovou životní spokojeností (viz tabulka č. 16, s. 62). Z toho vyplývá, že celková životní spokojenost oslovených sester nezávisí na jejich věku.

Druhá hypotéza byla stanovena na předpokladu, že subjektivní míra frustrace v oblasti rodinného života je závislá na počtu dětí oslovených všeobecných sester. Testováním statistické hypotézy nebyla zamítnuta nulová hypotéza $2H_0$.

Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi počtem dětí oslovených všeobecných sester a subjektivní mírou frustrace v oblasti rodinného života (viz tabulka č. 17, s. 63). Z výsledku je tedy patrné, že počet dětí oslovených sester je neovlivňuje ve vnímání zvýšeného pocitu frustrace v oblasti rodinného života.

Třetí hypotéza byla stanovena na předpokladu, že subjektivní míra frustrace v pracovní oblasti je závislá na typu pracoviště. Testováním statistické hypotézy nebyla zamítnuta nulová hypotéza $3H_0$.

Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi typem pracoviště a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti pracovní. To znamená, že typ pracoviště nemá přímý vliv na pracovní spokojenost sester (viz tabulka č. 18, s. 64). Třetí hypotéza nepotvrdila mou domněnku, že typ pracoviště má vliv na pracovní spokojenost. Domnívala jsem se, že bude rozdíl v pracovní spokojenosti u sester, které pracují na interním či chirurgickém oddělení a sestrami, které pracují v ambulantním provozu nebo na oddělení intenzivní medicíny. Oslovené sestry vyplněním dotazníků vyvrátily můj předpoklad o přímé závislosti typu pracoviště a pracovní spokojenosti.

Čtvrtá hypotéza byla stanovena na předpokladu, že subjektivní míra spokojenosti v pracovní oblasti je závislá na typu směnného provozu. Testováním statistické hypotézy **byla** přijata alternativní hypotéza $4H_A$, ze které vyplývá, že typ směnného provozu má vliv na subjektivní míru spokojenosti v pracovní oblasti. Z tabulky Dunnova testu (viz tabulka č. 19, s. 65) je patrné, že v jednosměnném a třisměnném provozu jsou tyto všeobecné sestry mnohem spokojenější než sestry pracující ve dvousměnném provozu. Jedním z důvodů může

být fakt, že sestry pracující na dvě směny mohou pociťovat nedostatek volného času. Sestry v třísměnném a jednosměnném provozu mají více možností si svůj volný čas lépe rozvrhnout a přizpůsobit si ho tak, aby jim co nejvíce vyhovoval. Dle vlastních zkušeností jsem předpokládala, že dotazované sestry budou spokojenější v třísměnném provozu a moje domněnka se potvrdila.

Pátá hypotéza byla stanovena na předpokladu, že subjektivní míra frustrace v oblasti zdraví je závislá na typu směnného provozu. Testováním statistické hypotézy nebyla zamítnuta nulová hypotéza $5H_0$.

Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi typem směnného provozu a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví u všech oslovených všeobecných sester (viz tabulka č. 20, s. 66). Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že oslovené sestry nepociťují zvýšenou míru nespokojenosti v oblasti zdraví v souvislosti se směnným provozem. Ze zjištěných výsledků jsem byla překvapena, myslela jsem si, že směnnost bude zdraví sester negativně ovlivňovat. Ve smyslu narušení jejich biorytmů a denního režimu.

Tato hypotéza byla testována zvláště u 137 sester pracujících ve FNHK, kde byl výsledek odlišný - **byla** přijata alternativní hypotéza $5H_A$. Byla prokázána statisticky významná závislost mezi spokojeností oblasti zdraví a třísměnným provozem. Z tabulky Dunnova testu (viz tabulka č. 21, s. 67) je patrné, že třísměnný provoz má vliv na spokojenost v oblasti zdraví. Což potvrdilo můj předpoklad, domnívala jsem se, že sestry v jednosměnném provozu budou v oblasti zdraví spokojenější, např. díky pravidelnému režimu. Negativní vliv třísměnného provozu na zdraví potvrzuje nejnovější studie britských a francouzských vědců, kteří výsledky své studie zveřejnili v časopisu Occupational and Environmental Medicine (Marquié et al., 2014).

U 64 sester pracujících v ON Trutnov **nebyla** prokázána statisticky významná závislost mezi typem směnného provozu a mírou spokojenosti v oblasti zdraví. Nezamítáme tedy nulovou hypotézu $5H_0$ (viz tabulka č. 22, s. 67). Z výsledků vyplývá, že sestry z trutnovské nemocnice nepociťují zvýšenou míru nespokojenosti ve zdravotní oblasti v souvislosti se směnným provozem.

Šestá hypotéza byla stanovena na předpokladu, že subjektivní míra frustrace v oblasti zdraví je závislá na době aktivního vykonávání profese všeobecné sestry. Testováním statistické hypotézy nebyla zamítnuta nulová hypotéza $6H_0$.

Nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi dobou aktivního vykonávání profese všeobecné sestry a subjektivní mírou spokojenosti v oblasti zdraví (viz tabulka č. 23, s. 68). Výsledkem této hypotézy se opět nepotvrdily mé předpoklady. Domnívala jsem se, že sestry ve vyšší věkové kategorii, ty které delší dobu vykonávají svou profesi, budou pocíťovat zvýšenou míru frustrace v oblasti zdraví. K mému překvapení tomu tak není.

Sedmá hypotéza byla stanovena na předpokladu, že počet dětí, které všeobecné sestry mají, je závislý na věku sester. Testováním statistické hypotézy **byla** přijata alternativní hypotéza $7H_A$, ze které vyplývá, že věk všeobecných sester má vliv na počet dětí, které tyto sestry mají, zvláště ve věkové kohortě 41 - 50 let. Z kontingenční tabulky (viz tabulka č. 24, s. 69) je patrné, že ve věkové kategorii 24 - 30 let a v kategorii 41 - 50 let je značný počet bezdětných sester. Co se týká nižší věkové kohorty, není tento výsledek nijak zneklidňující. V současné době se zvyšuje věk prvorodiček a není žádnou výjimkou, že ženy v tomto věkovém rozmezí děti ještě nemají. Je trendem nejdříve si vybudovat kariéru, finančně se zabezpečit, cestovat a užívat si života, teprve potom přichází na řadu děti. Je také velmi moderní žít „single“. Domnívám se, že tento životní styl je spíše obranná reakce těch, kteří si nemohou najít stálého partnera. Ve věkové kategorii 41 - 50 let může jednat v podstatě o důvod stejný. V době, kdy byly tyto sestry v reprodukčním věku, bylo krátce po „sametové revoluci“. Otevřel se jim svět nových možností a příležitostí. Když přišla na řadu otázka potomků, v mnohých případech bylo již pozdě.

Osmá hypotéza byla stanovena na předpokladu, že subjektivní míra spokojenosti v oblasti kulturního vyžití je závislá na typu směnného provozu. Testováním statistické hypotézy **byla** přijata alternativní hypotéza $8H_A$, ze které vyplývá, že typ směnného provozu má vliv na subjektivní míru spokojenosti v oblasti kulturního vyžití. Z tabulky Dunnova testu (viz tabulka č. 25, s. 70) je patrné, že ve dvousměnném provozu jsou sestry mnohem více nespokojené v oblasti kulturního vyžití, než sestry pracující na jednu směnu. Jedním z důvodů může být fakt, že sestry pracující na dvě směny mohou mnohem více pocíťovat nedostatek volného času. Mohou být omezovány odpoledními směnami v možnostech navštěvovat rozličné kulturní a společenské akce.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života pomáhajících profesí z pohledu všeobecných sester. Jejím úkolem bylo zjistit, jaké dopady má výkon povolání všeobecných sester na subjektivní vnímání kvality jejich života. Podchytit strukturu a povahu jejich spokojenosti ve vztahu k základním oblastem běžného života. Zmapovat dimenze, ve kterých sestry pociťují největší míru nespokojenosti. Zjistit míru celkové životní spokojenosti (kvality života) všeobecných sester. **Všechny cíle byly splněny.**

Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část se zaměřuje na pojem kvalita života, jeho historii a definici. Zabývá se podrobněji dimenzemi kvality života, jejich rozdělením a stručným popisem jednotlivých oblastí. Přibližuje pojem osobní pohoda (well - being) a jejími determinanty. Jsou zde také uvedeny různé metody a způsoby měření kvality života. Rozdělení metod, možnosti a příklady jejich použití v praxi. Jedna z kapitol se věnuje termínu pomáhající profese. Specifikuje profese, kterých se toto označení týká, uvádí obecné předpoklady pracovníků k vykonávání pomáhajících profesí a etické zásady, kterými by se měli řídit. Práce charakterizuje profesi všeobecné sestry včetně předpokladů k jejímu vykonávání ve smyslu právních i etických norem. Podrobně se zabývá profesní rolí všeobecné sestry, náplní sesterské práce a prestiží sester. Zmiňuje např. výzkum Centra pro výzkum veřejného mínění, kde se profese sestry umístila na třetím místě žebříčku profesní prestiže. V bakalářské práci jsou také zmíněny výzkumy z předešlých let, zabývající se tématem kvality života všeobecných sester a jejich výsledky, které jsou následovně porovnávány s naším šetřením.

Empirická část obsahuje analýzu výsledků dotazníkového šetření adresovaného všeobecným sestrám ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové a v Oblastní nemocnici v Trutnově a.s.. Dále také souhrnnou analýzu subkategorií z kvalitativní formy výzkumu - rozhovorů se čtyřmi sestrami. Bylo provedeno porovnání zjištěných výsledků mezi oběma nemocnicemi a také výsledky našeho šetření s výzkumy z předešlých let. Lze shrnout, že sestry v Oblastní nemocnici Trutnov pociťují větší míru nespokojenosti až frustrace, než oslovené sestry z Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Nejvíce negativně byla sestrami hodnocena oblast pracovního uplatnění, rodinné situace, oblast sebehodnocení a celkové životní spokojenosti.

Ve srovnání s předešlými výzkumy, však došlo k velmi výraznému zlepšení. Sestry v roce 1991 pocítovaly celkovou míru frustrace v hodnotě 26,96. V roce 2009 dosahovala míra celkové frustrace hodnoty 27,52 a při našem šetření v roce 2016 jsme zjistily hodnotu celkové frustrace „pouze“ 15,13. I přes nadále vysokou výslednou hodnotu lze říci, že se celková míra životní spokojenosti (kvality života) všeobecných sester zvyšuje. Když přihlédneme k faktu, že profese všeobecné sestry je psychicky a fyzicky náročná, tak jsou námi zjištěné výsledky velmi pozitivní a ukazují na to, že pro většinu sester je jejich povolání opravdu posláním.

ANOTACE

Autor:	Tereza Dudáčková
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Kvalita života pomáhajících profesí z pohledu všeobecných sester
Vedoucí práce:	Mgr. Veronika Gigalová
Počet stran:	127
Počet příloh:	7
Rok obhajoby:	2016
Klíčová slova:	Kvalita života, pomáhající profese, všeobecná sestra

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života všeobecných sester. Rozdělena je na teoretickou a empirickou část. V teoretické části je popisován pojem kvalita života, jeho historie, definice, dimenze kvality života a rozsah pojetí tohoto pojmu. Zabývá se termínem osobní pohoda, jeho definicí a determinantami osobní pohody. Dále jsou zde uvedeny různé metody měření kvality života. V teoretické části je rovněž charakterizována profese všeobecné sestry a požadavky potřebné k jejímu vykonávání. Jsou také zmíněny dříve prováděné výzkumy zabývající se kvalitou života všeobecných sester.

Empirická část je zaměřena na dotazníkové šetření všeobecných sester a je doplněna rozhovory se čtyřmi všeobecnými sestrami. Dochází k analýze výsledků jednotlivých položek. Práce má za úkol ze zjištěných výsledků posoudit, jak sestry subjektivně vnímají kvalitu svého života a podmínky, které ji ovlivňují. Výsledná data poukazují na fakt, že ve všech zkoumaných oblastech sestry pociťují nespokojenost, až frustraci. Výsledky šetření byly porovnány s výzkumy z předešlých let zabývajícími se stejným tématem.

ANOTATION

Autor: Tereza Dudáčková
Institution: Charles University in Prague
Faculty of Medicine in Hradec Kralove, Department of Social Medicine
Division of Nursing
Title: Quality of life from perspective of helping profession of nurses
Supervisor: Mgr. Veronika Gigalová
Number of pages: 127
Number of attachments: 7
Year of defense: 2016
Keywords: Quality of life, helping profession, nurse

The bachelor thesis deals with the quality of life of general nurses. The thesis is divided into a theoretical and an empirical part. The theoretical part describes the term quality of life, its history, definitions, dimensions and delimitation of this term in the thesis. It further focuses on the term personal well-being, its definition and determinants. This is followed by introduction of various methods of measuring the quality of life. The profession of a general nurse and demands related to it are characterized in the theoretical part as well. Former researches on the quality of life of general nurses are mentioned there, too.

The empirical part is focused on a questionnaire survey and interviews with four general nurses. Results of individual items of both inquiries are further analysed. The aim of the thesis is to use the analysis of the acquired data to evaluate nurses' subjective perception of the quality of their life and conditions affecting it. The final data indicate the fact that nurses feel dissatisfaction if not frustration in all scrutinized areas. The results of the analysis were compared to the former researches of this particular area.

LITERATURA A PRAMENY

BÁRTLOVÁ, Sylva, CHLOUBOVÁ Ivana a Marie TREŠLOVÁ. *Vztah sestry - lékař.* 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 126 s. ISBN 978-80-7013-526-6.

CVACHOUČKOVÁ, Barbora. *Kvalita života sester a administrativních pracovníků.* Diplomová práce obhájená na 1. lékařské fakultě v Praze v r. 2009. 78 s. Depon in: 1. lékařské fakultě, Univerzity Karlovy v Praze

DIENER, Ed. *Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index.* American Psychologist, 2000. 55, s. 34-43.

DOSEDLOVÁ, Jaroslava. *Předpoklady zdraví a životní spokojenosti.* 1. vyd. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-010-4.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Ctirad ŠKODA, C. *Kvalita života. Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii.* ČS Psychiatrie, 93, 1997, č. 2, s. 102- 108.

ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ [online]. 2004 [cit. 2016-03-31] Dostupné na WWW: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html>

FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství - teorie.* 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

GEIST, Bohumil. *Sociologický slovník.* Praha: Victoria Publishing, 1992. 648 s. ISBN 80-85605-28-7.

GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou.* Vyd. 1. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-394-3.

GROHAR-MURRAY, Marry Ellen a Helen R DICROCE. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0267-3.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.

HAVLÍK, Radomír a Jaroslav KOŤA. *Sociologie výchovy a školy*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 167 s. ISBN 80-7178-635-7.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.

HNILICOVÁ, Helena. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In: PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

HRDLIČKA, Michal, Julián KURIC a Marek BLATNÝ. *Krize středního věku*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-168-9.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-269-0.

JANOUSHKOVÁ, Hana a Alena MELLANOVÁ. *Prestiž povolání sestry ve zdravotnictví*. Sestra. [online]. 2005. [cit. 2016-03-31]. Dostupné na WWW: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/prestiz-povolani-sestry-ve-zdravotnictvi-283928>>

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem*. *Československá psychologie*, 2003. 47, 333-345.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti*. In BLATNÝ, Marek. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-86633-35-7.

KRAUS, Jiří. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1351-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.

KUČERA, Zdeněk. *Podpora zdraví a kvalita života*. In: *Kvalita života - Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. [online]. [cit. 31. 3. 2016]. <<http://www.izpe.cz/files/vysledky/130.pdf>>

MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-65-9.

MARQUIÉ, Jean-Claude et al. *Chronic effects of shift work on cognition: findings from the VISAT longitudinal study*. *Occupational Environmental Medicine*. [online]. 2014. [cit. 2016-04-28]. Dostupné na WWW: <<http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2013-101993>>

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.

McDONALD, John H. *Handbook of Biological Statistics* [online]. 2009. [cit. 2016-4-14]. Dostupné na WWW: <<http://udel.edu/~mcdonald/statfishers.html>>.

MIKŠÍK, Oldřich a Václav BŘICHÁČEK. *Výzkum psychických zátěží u zdravotnických pracovníků*. Československé zdravotnictví, roč. 25, č. 6 (1977) s. 244-253.

MIKŠÍK, Oldřich. *Dotazník DUSIN zjišťování struktury a dynamiky životní spokojenosti a frustrogenních podmínek a situací*. 1. vyd. Brno: Psychodiagnostika, 2004. 42 s.

MIKŠÍK, Oldřich. *Ekonomické, osobnostní a situační pozadí základních postojů k životní realitě*. In: Pražské sociálně vědní studie - Psychologická řada PSY-017. 1. vyd. 2006, Praha: FSV UK; s. 1-48.

MUSIL, Libor. *"Ráda bych Vám pomohla, ale--": dilemata práce s klienty v organizacích*. Vyd. 1. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-197-5.

PETRUSEK Miloslav a Alena VODÁKOVÁ. *Velký sociologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-311-3.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PLEVOVÁ, Ilona, et al. *Ošetřovatelství I: historie - vzdělávání - současné ošetřovatelství - role sestry a nemocného - ošetřovatelský proces - konceptuální modely a teorie - klasifikační systémy - výzkum - praxe založená na důkazech*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.

POCHYLÁ, Karla. *České ošetřovatelství 1: Koncepce českého ošetřovatelství*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.

PREAMBLE TO THE CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

SLOVÁČEK, Ladislav et al. *Kvalita života onkologických nemocných: koncepční model, možnosti měření*. Vojenské zdravotnické listy: odborný časopis vojenských lékařů a lékárníků. 2005, roč. 74, č. 5-6, s. 180-182. ISSN 0372-7025.

SLOVÁČEK, Ladislav a Birgita Slováčková. *Kvalita života nemocných v programu paliativní onkologické péče*. Solen: Paliativna medicína [online]. 2012. [cit. 2016-03-21]. Dostupné na WWW:

<http://www.solen.sk/index.php/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5711&magazine_id=1>

STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 11: Sestra - reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 78 s. ISBN 8070133686.

ŠANDEROVÁ, Jadwiga. *Sociální stratifikace*. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 176 s. ISBN 80-246-0025-0.

ŠOLCOVÁ, Iva a Vladimír KEBZA. *Nezaměstnanost a zdraví*. Československá psychologie 2001. 45 (2): s. 127-134.

ŠPALEK, Jiří. *Aplikovaná statistika I*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 126 s. ISBN 80-210-3412-2.

TUČEK, Milan. *Prestiž povolání - únor 2016*. Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR [online]. 2016. [cit. 2016-03-31]. Dostupné na WWW: <<http://cvvm.soc.cas.cz/prace-prijmy-zivotni-uroven/prestiz-povolani-unor-2016>>

ÚSTAV TEORIE A PRAXE OŠETŘOVATELSTVÍ 1. LF UK. *Životní a pracovní spokojenost českých a rakouských sester*. Sestra, roč. 3, č. 6 (1993) s. 45-47.

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: Učebnice metod sociální praxe*. 2. vyd. Praha: Slon, 2005. 128 s. ISBN 80-86429-36-9.

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

VATTAIOVÁ, Monika. *Osobní pohoda a životní styl budoucí sestry*. Sestra. 2012, roč. 22, č. 9, s. 28-30. ISSN: 1210-0404.

VYHLÁŠKA č. 4/2010 Sb. [online]. 2009 [cit. 2016-03-31] Dostupné na WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-4>>

VYHLÁŠKA č. 55/2011 Sb. [online]. 2011 [cit. 2016-03-31] Dostupné na WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>>

ZÁKON č. 105/2011 Sb. [online]. 2011 [cit. 2016-03-31] Dostupné na WWW: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-105>>

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Pohlaví.....	47
Graf č. 2 - Věkové kohorty.....	48
Graf č. 3 - Rodinný stav.....	49
Graf č. 4 - Počet dětí.....	50
Graf č. 5 - Pracoviště všeobecných sester.....	51
Graf č. 6 - Délka praxe v oboru.....	52
Graf č. 7 - Směnný provoz.....	53
Graf č. 8 - Kategorie základních životních podmínek (MA).....	54
Graf č. 9 - Kategorie kulturního vyžití (KU).....	55
Graf č. 10 - Kategorie pracovní uplatnění (PR).....	56
Graf č. 11 - Kategorie rodinná situace (RO).....	57
Graf č. 12 - Kategorie zdraví (ZD).....	58
Graf č. 13 - Kategorie mezilidské vztahy (VZ).....	59
Graf č. 14 - Kategorie sebehodnocení (SE).....	60
Graf č. 15 - Celková životní spokojenost.....	61

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Pohlaví.....	47
Tabulka č. 2 - Věkové kohorty.....	48
Tabulka č. 3 - Rodinný stav.....	49
Tabulka č. 4 - Počet dětí.....	50
Tabulka č. 5 - Pracoviště všeobecných sester.....	51
Tabulka č. 6 - Délka praxe v oboru.....	52
Tabulka č. 7 - Směnný provoz.....	53
Tabulka č. 8 - Kategorie základních životních podmínek (MA).....	54
Tabulka č. 9 - Kategorie kulturního vyžití (KU).....	55
Tabulka č. 10 - Kategorie pracovní uplatnění (PR).....	56
Tabulka č. 11 - Kategorie rodinná situace (RO).....	57
Tabulka č. 12 - Kategorie zdraví (ZD).....	58
Tabulka č. 13 - Kategorie mezilidské vztahy (VZ).....	59
Tabulka č. 14 - Kategorie sebehodnocení (SE).....	60
Tabulka č. 15 - Celková životní spokojenost.....	61
Tabulka č. 16 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 1“.....	62
Tabulka č. 17 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 2“.....	63
Tabulka č. 18 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 3“.....	64
Tabulka č. 19 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 4“.....	65
Tabulka č. 20 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 5 - u všech 201 všeobecných sester“.....	66
Tabulka č. 21 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 5 - všeobecné sestry pracující ve FNHK“.....	67
Tabulka č. 22 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 5 - všeobecné sestry pracující v ON Trutnov“.....	67
Tabulka č. 23 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 6“.....	68
Tabulka č. 24 - Kontingenční tabulka „Hypotéza č. 7“.....	69
Tabulka č. 25 - Tabulka Dunnova testu „Hypotéza č. 8“.....	70
Tabulka č. 26 - Spokojenost s profesí sestry.....	71
Tabulka č. 27 - Nová volba profese.....	72
Tabulka č. 28 - Finanční ohodnocení.....	72

Tabulka č. 29 - Vztahy na pracovišti.....	72
Tabulka č. 30 - Vztahy s nadřízenými.....	72
Tabulka č. 31 - Předchozí pracovní zkušenost.....	73
Tabulka č. 32 - Volný čas, dovolená.....	73
Tabulka č. 33 - Fyzické zdraví.....	73
Tabulka č. 34 - Duševní zdraví.....	73
Tabulka č. 35 - Mezilidské vztahy.....	74
Tabulka č. 36 - Rodinný život.....	74
Tabulka č. 37 - Vliv profese sestry na rodinný život.....	75
Tabulka č. 38 - Potřeba řešit situace ze zaměstnání po návratu domů.....	75

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 - Míra frustrace v kategoriích životních situací.....	37
--	----

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

EU - Evropská unie

FNHK - Fakultní nemocnice Hradec Králové

KU - Kulturní vyžití

MA - Základní životní jistoty

ON Trutnov a.s. - Oblastní nemocnice Trutnov

PR - Pracovní uplatnění

QOL - Kvalita života

RO - Rodinná situace

SE - Sebehodnocení

UK - Univerzita Karlova

USA - Spojené státy americké

ÚTPO - Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

VZ - Mezilidské vztahy

WHO - Světová zdravotnická organizace

ZD - Zdraví

ZZS - Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Žádosti o provedení výzkumné činnosti

Příloha 2. Dotazník

Příloha 3. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

Příloha 4. Péče o pečovatelky podle Sheily Cassidy

Příloha 5. Prestiž povolání - únor 2016

Příloha 6. Kvantitativní výzkumný přístup - Míra frustrace v jednotlivých okolnostech života

Příloha 7. Kvalitativní výzkumný přístup - rozhovory dle pracoviště sester

Příloha 1. Žádosti o provedení výzkumné činnosti

Vážená paní

Mgr. Jarmila Wonková
Hlavní sestra
Oblastní nemocnice Trutnov a.s.
M. Gorkého 77
Kryblice
Trutnov
541 01

V Malých Svatoňovicích 25. 5. 2015

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Trutnov a.s.

Vážená paní magistro,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Terezy Dudáčkové, narozené 1. 2. 1978, Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit, jak profese všeobecné sestry ovlivňuje kvalitu jejího života. Dále bychom chtěly zmapovat, kterých oblastí života sester se tato problematika nejvíce dotýká a porovnat vliv demografických proměnných (věk, rodinný stav, typ pracoviště a směnnost). Výzkum bude prováděn ve Vaší nemocnici a ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku a rozhovoru se čtyřmi sestrami z výše uvedených institucí.

Závěrečná práce je zpracovávána pod odborným vedením Mgr. Veroniky Gígalové, asistentky Oddělení ošetrovatelství Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Tereza Dudáčková
Úpická 343
542 34 Malé Svatoňovice

Mgr. Veronika Gígalová
Asistent oddělení ošetrovatelství
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové
Šimkova 870
500 38 Hradec Králové
Tel.: 495 816 420

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 28. 5. 2015

Podpis a razítko

Oblastní nemocnice Trutnov a.s.
hlavní sestra
Mgr. Jarmila Wonková

Vážená paní

Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

V Malých Svatoňovicích 25. 5. 2015

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Vážená paní magistro,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Terezy Dudáčkové, narozené 1. 2. 1978, Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit, jak profese všeobecné sestry ovlivňuje kvalitu jejího života. Dále bychom chtěly zmapovat, kterých oblastí života sester se tato problematika nejvíce dotýká a porovnat vliv demografických proměnných (věk, rodinný stav, typ pracoviště a směnnost). Výzkum bude prováděn ve Vaší nemocnici a v Oblastní nemocnici Trutnov a.s.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku a rozhovoru se čtyřmi sestrami z výše uvedených institucí.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Veroniky Gígalové, asistentky Oddělení ošetrovatelství Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem

Tereza Dudáčková
Úpická 343
542 34 Malé Svatoňovice

Mgr. Veronika Gígalová
Asistent oddělení ošetrovatelství
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové
Šimkova 870
500 38 Hradec Králové
Tel.: 495 816 420

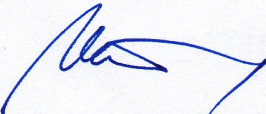
Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:

1. 6. 2015

Podpis a razítko


Mgr. Dana Vaňková

FAKULTNÍ NEMOCNICE
ředitelství
500 05 Nový Hradec Králové
-10-

Příloha 2. Dotazník

DOTAZNÍK K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI NA TÉMA: KVALITA ŽIVOTA POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ Z POHLEDU VŠEOBECNÉ SESTRY

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Dudáčková a jsem studentkou bakalářského studia - obor Všeobecná sestra, na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Ráda bych Vás touto cestou poprosila o vyplnění dotazníku týkajícího se problematiky profese všeobecné sestry a jejího vlivu na kvalitu života všeobecných sester. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit k napsání mé závěrečné bakalářské práce. Zakroužkujte, prosím, vždy pouze jednu vybranou odpověď.

Předem děkuji za pravdivé odpovědi a za Váš čas, který si na vyplnění dotazníku najdete. Vyplněný dotazník vložte, prosím, do připravené obálky.

Tereza Dudáčková

ČÁST I. DEMOGRAFICKÉ A IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

- 1) **Jste:** a) muž
b) žena

- 2) **Uveďte váš věk:** let

- 3) **Jaký je Váš rodinný stav?**

- a) vdaná/ženatý
- b) ovdovělá/ovdovělý
- c) rozvedená/rozvedený
- d) svobodná/svobodný

- 4) **Kolik máte dětí?**

- 5) **Nyní pracujete na:** a) ambulanci

- b) oddělení intenzivní medicíny
- c) standardním oddělení interních oborů
- d) standardním oddělení chirurgických oborů

- 6) **Jak dlouho pracujete v oboru všeobecná sestra?**

- a) 5 - 10 let
- b) 11 - 20 let
- c) 21 - 30 let
- d) 31 - 40 let
- e) 41 a více let

- 7) **V jakém druhu směnného provozu pracujete?**

- a) jednosměnný provoz
- b) dvousměnný provoz
- c) třisměnný provoz

ČÁST II.: DUSIN - ZJIŠŤOVÁNÍ STRUKTURY A DYNAMIKY ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI A FRUSTROGENNÍCH PODMÍNEK A SITUACÍ.

V dotazníku jsou uvedeny některé základní podmínky, okolnosti života.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na některou otázku zodpovědět, **vyberte a zakroužkujte odpověď, která Vás napadne jako první.**

U každé otázky označte:

- a) za jak důležitou ji pro sebe sám/ sama považujete
- b) jak jste spokojen(a) s úrovní jejího dosahování

Toto označení provádějte zakroužkováním příslušných číslic a sice:

u škály důležitosti:

- 0 - zcela nedůležité
- 1 - málo důležité
- 2 - podprůměrně důležité
- 3 - průměrně důležité
- 4 - značně důležité
- 5 - obzvláště důležité

u škály spokojenosti:

- 0 - zcela nespokojen
- 1 - velmi málo spokojen
- 2 - podprůměrně spokojen
- 3 - průměrně spokojen
- 4 - značně spokojen
- 5 - plně spokojen

Podmínky či okolnosti života	Důležitost pro Vás	Spokojenost s dosahováním	Suma	Poř. č.
Základní materiální zabezpečení: zabezpečení základních prostředků k životu (bydlení, nasycení, ošacení apod.)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		1.
Životní úroveň životní standart umožňující uspokojovat potřeby a záliby na společensky přijatelné úrovni	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		2.
Dostupnost služeb sít' obchodů, prádelen, opravárenských, pečovatelských, stravovacích a jiných zařízení	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		3.
Možnosti kulturního vyžití dostupnost kulturních podniků a zařízení, zábavy, estetických zážitků a zájmů	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		4.
Uspokojování zájmů a koníčků dostatek možností a času přiměřeně se věnovat svým mimopracovním zájmům a pěstovat koníčky	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		5.
Pracovní možnosti dostupnost přiměřeného zaměstnání či možnosti vhodně podnikat v dosahu svého bydliště	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		6.
Pracovní uspokojení zaměstnání spjaté s výkonem osobně uspokojivé, zajímavé a schopnostem odpovídající činnosti	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		7.
Ohodnocení práce materiální a společenské ohodnocení	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		8.

Podmínky či okolnosti života	Důležitost pro Vás	Spokojenost s dosahováním	Suma	Poř. č.
odpovídá kvalifikačním nárokům a vynakládané námaze				
Perspektivy pracovního růstu možnost zvyšovat kvalifikaci a získat vyšší pracovní zařazení, či ocenění	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		9.
Vztahy s nadřízenými korektnost vzájemných vztahů s nadřízenými se smyslem pro vzájemnou úctu a spolupráci	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		10.
Vztahy se spolupracovníky vzájemné vztahy bez výraznějších konfliktů, se smyslem pro spolupráci a vzájemnou pomoc	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		11.
Výběr partnera výběr životního partnera v souladu s představou – skutečnost, u svobodných pravděpodobnost	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		12.
Partnerské soužití vzájemné porozumění s partnerem, soulad zájmů a ochota i čas se sobě navzájem věnovat	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		13.
Soulad v rodině porozumění a soulad v rámci širšího rodinného zázemí se společnými aktivitami rodičů a dětí	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		14.
Zabezpečení dětí přiměřené sociální a materiální podmínky pro rozvoj dětí a jejich budoucí možnost uplatnění	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		15.
Soužití v místě bydliště dobré sousedské vztahy, vycházení se spolubydlicími, vzájemná pomoc v případě potřeby	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		16.
Vztahy a přátelství vytvoření hlubších vztahů přátelství, vzájemného porozumění, pomoci, shody potřeb a zájmů	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		17.
Tělesné zdraví stav bez vážnějších zdravotních potíží a pocit přiměřené dobré fyzické kondice	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		18.
Duševní zdraví stav bez vážnějšího narušení psychiky a s pocitem přijatelné psychické kondice	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		19.
Sociální a zdravotní péče dostupnost dostatečně kvalitní zdravotní péče a přiměřeného sociálního zabezpečení	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		20.
Přiměřenost životních nároků zvládnutelnost pracovních úkolů, životních nároků, plnění rodinných a jiných povinností	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		21.
Realizování životních cílů				

Podmínky či okolnosti života	Důležitost pro Vás	Spokojenost s dosahováním	Suma	Poř. č.
možnost dosáhnout svůj základní životní cíl a uspokojit představu o smyslu a náplni života	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		22.
Optimismus a sebedůvěra optimistický pohled na budoucnost, důvěra ve vlastní síly a schopnosti, zvládnutí situací	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		23.
Celková životní spokojenost pocit spokojenosti s dosavadním průběhem života a se současnou životní realitou	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		24.
Jiné	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		25.

SUMA CELKEM:

Příloha 3. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

ZN.: 13469/04/VVO

REF. Bc. Köhlerová Irena

Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník a spoluobčané

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).

- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.
- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník a společnost

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotnický pracovník a profese

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.

Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

Příloha 4. Péče o pečovatelky podle Sheily Cassidy

1. Buď k sobě mírná, vlídná a laskavá.
2. Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem a ne jen zcela změnit. Změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy ne druhého člověka – ať jím je kdokoliv a ať je tvá snaha sebevětší.
3. Najdi si své „útočiště“, tj. místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.
4. Druhým lidem na oddělení, svým spolupracovníkům a spolupracovnicím i vedení buď oporou a povzbuzením. Neboj se pochválit, když si to i třeba jen trochu zaslouhují.
5. Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsme denně svědky, cítit se zcela bezmocnou a bezbrannou. Připusť si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku (být s nimi) a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější než mnohé jiné.
6. Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokaždé pokud možno jinak.
7. Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby naříkání: mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci, a tím, které bolest a utrpení tiší.
8. Když jdeš domů z práce, soustřeď se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo v práci dnes udělat a raduj se z toho.
9. Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat např. tím, že nebudeš vždy stejným způsobem (stereotypně) vykonávat své práce. Snaž se z vlastní iniciativy, z vlastní vůle a nikým nenucena něco udělat jinak - tvořivě.
10. Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.
11. Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegyněmi a kolegy, vyhýbej se jakémukoliv rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání. Odpočiň si tím, že budete hovořit o věcech, které se netýkají vaší práce a vašeho „úředního“ styku.
12. Plánuj si předem „chvíle útěku“ během týdne. Nedovol, aby ti cokoliv tuto radost překazilo nebo ti ji někdo narušil.
13. Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“ než „musím“ nebo „mám povinnost“, či „měla bych“. Podobně se nauč říkat raději „nechci“ než „nemohu“. Takto vedená osobní řeč sama k sobě pomáhá.
14. Nauč se druhým lidem říkat nejen „ano“, ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu pak asi má tvé „ano“?

15. Netečnost (apatie) a zdrženlivost (rezervovanost) ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá více zla a hořkosti než připuštění si skutečnosti (reality), že více, než děláš, se opravdu udělat nedá. Připust' si to - uvědom si, že nejsi všemohoucí.

16. Raduj se, hraj si a směj se - ráda a často. (In: Křivohlavý, Pečenková, 2004)

Příloha 5. Prestiž povolání - únor 2016

eu160309

Tabulka 1: Prestiž povolání (průměrné bodové hodnocení) v letech 2004-2016

	11/2004		6/2007		6/2011		6/2013		2/2016	
	prům.	poř.	prům.	poř.	prům.	poř.	prům.	poř.	prům.	poř.
<i>Profese</i>										
<i>Lékař</i>	89,5	1.	89,8	1.	89,1	1.	91,5	1.	90,2	1.
<i>Vědec</i>	80,7	2.	81,8	2.	75,4	2.	76,3	2.	77,2	2.
<i>Zdravotní sestra</i>					73,9	3.	74,8	3.	72,9	3.
<i>Učitel na vysoké škole</i>	78,5	3.	78,2	3.	72,4	4.	74,6	4.	72,9	4.
<i>Učitel na základní škole</i>	71,3	4.	70,7	4.	70,3	5.	71,1	5.	70,8	5.
<i>Soudce</i>	64,8	6.	65,0	7.	61,0	7.	66,3	6.	64,0	6.
<i>Projektant</i>	64,1	7.	65,5	6.	61,7	6.	62,6	8.	61,2	7.
<i>Programátor</i>	66,3	5.	65,7	5.	60,8	8.	59,7	9.	59,7	8.
<i>Soukromý zemědělec</i>	59,1	10.	59,0	8.	60,3	9.	63,9	7.	58,2	9.
<i>Policista</i>	47,6	20.	52,1	13.	53,9	11.	55,7	10.	56,3	10.
<i>Starosta</i>	60,1	8.	57,4	9.	52,6	14.	53,1	13.	54,1	11.
<i>Voják z povolání</i>	44,8	22.	46,4	21.	48,3	17	49,7	16.	53,6	12.
<i>Truhlář</i>	50,8	16.	51,4	14.	53,2	12.	55,6	11.	52,0	13.
<i>Účetní</i>	53,5	14.	51,3	15.	54,1	10.	52,3	14.	50,4	14.
<i>Majitel malého obchodu</i>	51,2	15.	50,1	16.	51,4	15.	54,8	12.	50,1	15.
<i>Profesionální sportovec</i>	56,1	11.	55,6	10.	51,2	16	47,6	18.	49,3	16.
<i>Opravář elektro</i>	50,2	17.	49,7	18.	-	-	-	-	-	-
<i>Soustružník</i>	47,7	19.	49,0	19.	-	-	-	-	-	-
<i>Manažer</i>	59,4	9.	55,4	11.	53,0	13	50,2	15.	48,8	17.
<i>Ministr</i>	53,8	13.	50,0	17.	38,0	24	37,9	24.	46,5	18.
<i>Stavební dělník</i>					48,1	18	49,3	17.	44,0	19.
<i>Bankovní úředník</i>	50,2	18.	48,7	20.	46,9	19	45,7	19.	42,4	20.
<i>Novinář</i>	54,4	12.	53,0	12.	46,5	20	43,8	21.	41,2	21.
<i>Kněz</i>	46,1	21.	43,2	22.	42,8	22	38,0	23.	41,2	22.
<i>Prodavač</i>	42,8	24.	41,5	23.	43,6	21	44,7	20.	40,3	23.
<i>Sekretářka</i>	43,7	23.	40,5	24.	41,4	23	40,0	22.	37,3	24.
<i>Poslanec</i>	39,9	25.	36,5	25.	27,0	26	25,1	26.	31,2	25.
<i>Uklízečka</i>	29,4	26.	29,0	26.	34,0	25	34,2	25.	28,9	26.

Zdroj: CVVM SOÚ AV ČR, v.v.i., Naše společnost 8. – 15. 2. 2016, 1080 respondentů starších 15 let, osobní rozhovor.

Příloha 6. Kvantitativní výzkumný přístup - Míra frustrace v jednotlivých okolnostech života

Okolnosti	Sestry 2016	Sestry 2009	Sestry 1991
Základní materiální zabezpečení	0,72	1,37	1,79
Životní úroveň	0,40	0,93	1,46
Dostupnost služeb	- 0,15	0,3	0,76
Možnosti kulturního vyžití	- 0,11	0,43	0,83
Uspokojování zájmů a koníčků	0,93	0,69	0,44
Pracovní možnosti	0,51	0,77	0,28
Pracovní uspokojení	0,60	0,4	1,14
Ohodnocení práce	1,13	2,83	2,1
Perspektivy pracovního růstu	0,25	1,27	0,8
Vztahy s nadřízenými	0,56	1,5	1,11
Vztahy se spolupracovníky	0,67	1,5	1,33
Výběr partnera	0,82	1,07	0,78
Partnerské soužití	0,92	1,67	1,22
Soulad v rodině	0,77	1,13	0,74
Zabezpečení dětí	0,84	1,68	1,66
Soužití v místě bydliště	0,31	0,3	0,09
Vztahy a přátelství	0,46	0,6	-----
Tělesné zdraví	0,99	1,27	0,99
Duševní zdraví	1,03	1,13	0,8
Sociální a zdravotní péče	0,55	1,3	1,65
Přiměřenost životních nároků	0,67	0,8	0,79
Realizování životních cílů	0,62	1,31	1,51
Optimismus a sebedůvěra	0,74	1,37	0,93
Celková životní spokojenost	0,84	1,27	1,28
Míra frustrace celkem	15,13	27,52	26,96

Příloha 7. Kvalitativní výzkumný přístup - rozhovory dle pracoviště sester

Rozhovor č. 1

Oslovila jsem respondentku a poprosila jsem ji o rozhovor. Při setkání jsme se navzájem představily a následně jsem jí vysvětlila, jaké otázky bych jí položila, jak bude probíhat celý rozhovor. S rozhovorem souhlasila. Celý rozhovor trval cca 20 minut.

IDENTIFIKACE DOTAZOVANÉ:

Věk: 44 let

Rodinný stav: rozvedená

Děti: nemá

Oddělení, na kterém pracuje: ARO ON Trutnov

Směnnost: třísměnný provoz

Jak dlouho pracuje v oboru - všeobecná sestra: 26 let

1. Když se zamyslíte nad svou profesí pomáhajícího pracovníka, můžete říci, jak jste spokojena a do jaké míry Vás práce naplňuje?

„S prací jsem spokojena. Moje práce mě zcela naplňuje a miluji ji. Opravdu. Pomáhám, baví mě to.“

2. Pokud byste znovu stála před rozhodnutím o výběru profese, stala byste se opět sestrou a proč?

„Od malička jsem chtěla být doktorka. Nedotáhla jsem to až do konce, ale práce sestry na ARO mě ten dětský sen naplnilo. Stala bych se asi doktorkou, kdyby to šlo znovu.“

3. Jste spokojena po finanční stránce?

„Jsem spokojená. Všechno co potřebuji, mám. Nemamoním, užívám a zatím na to plat stačí. Kdyby to bylo lepší, tak bych zbytečně utrácela za blbiny.“

4. Jak se Vám spolupracuje s kolektivem?

„Jsem v kolektivu mladých sestřiček, ale jsme prima parta. Mám štěstí, že mě postarší bábu mají rády, respektují mě a chodí si pro radu jak v pracovní tak i osobní oblasti.“

5. Jak vycházíte s nadřízeným (staniční/vrchní sestrou)?

„Myslím, že velmi dobře. Naše vrchní je o deset let mladší než já a dalo by se říct, že jsme kamarádky. Ovšem v práci je nadřízená a ta se musí poslouchat.“

6. V jakém jiném zařízení jste pracovala?

„Po maturitě jsem pracovala tři roky na chirurgické ambulanci. Při práci jsem si udělala specializaci a jedenáct let jsem pracovala na ZZS.“

7. Popište mi prosím, jak trávíte svůj volný čas, dovolenou.

„Můj volný čas je fotoaparát. Fotím všechno. Přírodu, lidi, koncerty. Když je nevlídno, fotografie třídím a upravuju. A ještě knihy. Ráda čtu. Dovolenou nejraději trávím na horách. V klidu a tichu. Párkrát jsem byla u moře, ale to mě nenadchlo. Nebo na Moravě. Kolem Hustopečí je spousta vesniček se zajímavými stavbami ... smích ... a tam je taky moc dobře.“

8. Pokuste se zamyslet a zhodnotit vaše fyzické zdraví, cítíte se být plně zdravá?

„Práce záchranáře mě připravila o hodně sil. Teď je to díky klidnější práci, procházkám a výletům lepší. Zdraví pomalu odchází, ale nesmíme fňukat. Mohlo by být hůř.“

9. Když byste se měla zamyslet nad svou psychickou a duševní pohodou, cítíte se být vyrovnaná?

„Jsem vyrovnaná. Všechno, co mě v životě potkalo, mě spíš posílilo, než srazilo na kolena. Občas, když mi třeba zemře pacient, cítím se pod psa... Hrozně... Ale rychle se srovnám. Ostatní mě potřebují. Jsem optimistka... realistická optimistka. Nepřipouštím si myšlenky, co bylo a co by bylo kdyby... Ani co bude. Stoprocentně se soustředím na to, co právě dělám.“

10. Můžete mi něco říci o Vašem společenském životě (kamarádi, přátelé, známí)?

„Kamarádů mám spoustu. Pár z nich má tu výsadu být mými přáteli. Přátele si vybírám. Pečlivě a dlouho. Mám jich akorát, ale hýčkám si je. Známi. Já mám spoustu známých. Mám taky pár slavných známých.“

11. Co byste mi řekla o svém rodinném životě (nejbližší rodina, příbuzní, kde a s kým žijete)?

„Bydlím sama. Mám byt 2+1 na sídlišti. Vlastně ne sama. Se mnou bydlí Rio, papoušek. Rodiče mám 30 km, ale často je navštěvuju. Sestra bydlí na Slovensku. S rodiči párkrát do roka jedeme do Blavy za sestrou a její rodinou. Máme se rádi. Můžeme se na sebe spolehnout. Rádi se vidíme a těšíme se na sebe.“

12. Jak profese sestry ovlivňuje Váš rodinný život?

„Práce záchranáře mě stála rodinný život. Děti jsem nestihla a manžel si našel náhradu a nakonec mě vyměnil ticho. Tak to stačilo ... úsměv ... děkuji.“

Rozhovor č. 2

Oslovila jsem respondentku a poprosila jsem ji o rozhovor. Při setkání jsme se navzájem představily a následně jsem jí vysvětlila, jaké otázky bych jí položila, jak bude probíhat celý rozhovor. S rozhovorem souhlasila. Celý rozhovor trval cca 25 minut.

IDENTIFIKACE DOTAZOVANÉ:

Věk: 31 let

Rodinný stav: vdaná

Děti: dvě

Oddělení, na kterém pracuje: lůžkové oddělení Rehabilitační kliniky

Směnnost: třísměnný provoz

Jak dlouho pracuje v oboru - všeobecná sestra: 11 let

1. Když se zamyslíte nad svou profesí pomáhajícího pracovníka, můžete říci, jak jste spokojena a do jaké míry Vás práce naplňuje?

„Spokojena v práci jsem, ráda pomáhám lidem a práce mě i přes určité výhrady baví. Někdy dokonce i naplňuje radostí a spokojeností.“

2. Pokud byste znovu stála před rozhodnutím o výběru profese, stala byste se opět sestrou a proč?

„Když jsem šla na zdravotní školu, vůbec jsem neměla ponětí, do čeho jdu. Na zdrávku šla moje nejlepší kamarádka, tak jsem šla prostě s ní. Nevěděla jsem, co bych chtěla v životě dělat ... Ale myslím, že bych se určitě rozhodla znovu pro práci zdravotní sestry. Proč? Nevím, prostě mě to baví.“

3. Jste spokojena po finanční stránce?

„Mohlo by to být o trochu lepší s porovnáním s jinými zeměmi, ale i horší, tak jsem v podstatě spokojená. I když každá koruna navíc se hodí, co si budeme povídat ... smích.“

4. Jak se Vám spolupracuje s kolektivem?

„Velice dobře, až na některé situace, jsme jen ženský kolektiv, tak si někdy o sobě navzájem podrbeme, ale to je asi všude. Vycházíme spolu dobře i přes celkem značný věkový rozdíl.“

5. Jak vycházíte s nadřízeným (staniční/vrchní sestrou)?

„Řekla bych, že dobře, nikdy jsme spolu neměly problém. Pochopitelně mi občas vytkne nějaký prohrěšek, ale pokud je to oprávněné, tak to беру. Vždyť je to vedoucí smích.“

6. V jakém jiném zařízení jste pracovala?

„Jsem od maturity ve stejné nemocnici, jen jsem změnila oddělení z interny na rehabilitaci. Jedinou pauzu jsem měla při mateřské dovolené. Zde pracuji čtvrtým rokem a jsem moc spokojená.“

7. Popište mi prosím, jak trávíte svůj volný čas, dovolenou.

„Jaký? V současné době žádný nemám. Pokud se ale chvilka najde, jdeme si posedět s přáteli, nebo se konečně můžu věnovat své rodině. Dovolenou trávím nejraději v klidu a tichu, nikam se nehonit a vyhýbat se lidem ... Jezdíme s manželem a dětmi na malou chaloupku do lesa u jeho rodičů. Není tam elektřina voda ani záchod. Svítíme petrolejkou, myjeme se v potoce a postavili jsme si krásnou kadibudku. Tam jsem opravdu spokojená a šťastná. Ani se mi nechce vracet do normálního života, asi jsem měla být divoženka ... smích.“

8. Pokuste se zamyslet a zhodnotit vaše fyzické zdraví, cítíte se být plně zdravá?

„Ne, zdravá se necítím, jsem unavená a opotřebovaná, bolí mě celé tělo, hlavně záda, ale co budu povídat, myslím, že každá z nás to zná velmi dobře.“

9. Když byste se měla zamyslet nad svou psychickou a duševní pohodou, cítíte se být vyrovnaná?

„Většinou ano, máme hezký vztah s manželem, a když je mi špatně u srdíčka, tak mě vyslechne a podpoří. Manžel mě hodně podporuje a já se učím být hrdá sama na sebe a na to, co jsem v životě dokázala. Rodina je zcela fungující a i v práci máme celkem dobrý kolektiv, že se často můžeme zasmát a podpořit se. Jsem optimista, mám ráda život, zábavu a snažím se nezkatit žádnou legraci. Někdy mám náladu pod psa a jsem protivná i sama sobě, ale kdo není. Když si chci odpočinout, tak si zalezu do postele a spím. Někdy ... poslední dobou stále víc mám problém soustředit se. Mám plnou hlavu dětí, rekonstrukce domu a z čeho zaplatíme střechu ... Musím se opravdu zaměřit na určitou věc, abych ji dokázala úplně vnímat.“

10. Můžete mi něco říci o Vašem společenském životě (kamarádi, přátelé, známí)?

„Jak jsem se už zmínila, pokud je čas jdeme si s nimi posedět a pobavit se, zahrát si. Hrajeme totiž s manželem v country kapele a moc nás to baví. Své přátele si pečlivě vybírám. Mnohdy jsem se zklamala v lidech, kterým jsem bezmezně věřila. Přátel mám tak akorát a jsem za ně vděčná.“

11. Co byste mi řekla o svém rodinném životě (nejbližší rodina, příbuzní, kde a s kým žijete)?

„Žijeme s manželem a dvěma dětmi v rodinném domě, který postupně rekonstruujeme. Takže práce máme až nad hlavu, rozhodně se nenudíme ... smích. Střídáme se s manželem ve směnách, kvůli hlídání dětí, tak je pro nás spíše svátek, když můžeme být všichni společně doma. Potom si to dokonale užijeme. U nás doma se máme moc rádi a ostatní ať si dělají, co chtějí, když mají potřebu se dohadovat, je to jen jejich věc. Už se tím netrápím. V širší rodině jsou vztahy komplikované, ale snažíme se vidat. Moji rodiče jsou rozvedení a mají každý svého nového partnera a společně spolu nevychází příliš dobře, když máme oslavu narozenin mých dětí, tak musíme pozvat babičku i dědečka zvlášť, abychom se vyhnuli nepříjemným situacím. Se sestrou se vidáme a navštěvujeme často, má stejně staré děti, tak spolu udržujeme pravidelný kontakt. Manželovi rodiče nás nenavštěvují vůbec.“

12. Jak profese sestry ovlivňuje Váš rodinný život?

„Bohužel asi docela dost, hodně času trávím v práci a pokud jsem někde s přáteli kolikrát se ptají co by jim mohlo být, když je bolí to ... či ono ... Hlavně mě mrzí, že nemám dostatek času na děti, jsou ještě malé a potřebují být se mnou a trhá mě srdíčko, když odjíždím na noční a malý Tomík se mě drží za rukáv a nechce mě nechat odjet.“

13. Co nejčastěji řešíte se svými blízkými ve vztahu k vaší profesi?

„Drobné pracovní neshody s kolegyněmi, jsme samé baby, tak si zkrátka občas vjedeme do vlasů, potřebuji znát od manžela jeho názor a musím si mu postěžovat, kdo mě v práci naštvá. Jinak pochopitelně řešíme nemoci a bolesti, zdravotní sestra je přeci půl doktor, tak musí vědět všechno ... smích.“

Rozhovor č. 3

Oslovila jsem respondentku a poprosila jsem ji o rozhovor. Při setkání jsme se navzájem představily a následně jsem jí vysvětlila, jaké otázky bych jí položila, jak bude probíhat celý rozhovor. S rozhovorem souhlasila. Celý rozhovor trval cca 15 minut.

IDENTIFIKACE DOTAZOVANÉ:

Věk: 34 let

Rodinný stav: svobodná, ve společné domácnosti s partnerem

Děti: jeden syn

Oddělení, na kterém pracuje: onkologická ambulance ON Trutnov

Směnnost: jednosměnný provoz

Jak dlouho pracuje v oboru - všeobecná sestra: 14 let

1. Když se zamyslíte nad svou profesí pomáhajícího pracovníka, můžete říci, jak jste spokojena a do jaké míry Vás práce naplňuje?

„Já jsem se svou prací velice spokojena a nedovedu si představit, že bych dělala jinou. Vždycky jsem chtěla být zdravotní sestra, i když začátky byli těžké. Byla jsem děsné trdlo a myslela jsem si, že toho nechám, že nejsem schopna vše zvládnout, ale vydržela jsem a jsem ráda.“

2. Pokud byste znovu stála před rozhodnutím o výběru profese, stala byste se opět sestrou a proč?

„Ano, už kolikrát jsem přemýšlela, co bych dělala, když bych nebyla zdravotní sestrou, ale nikdy jsem na nic vhodnějšího nepřišla. Prostě si pro sebe jinou práci nedovedu představit. Mám svou práci ráda a jsem v ní spokojená. Já už od malička tíhla ke zdravotnictví, už jako malá holka jsem měla doktorské kufříky a léčila křečky.“

3. Jste spokojena po finanční stránce?

„Představovala bych si za tu zodpovědnost, jakou neseme asi lepší finanční ohodnocení.“

4. Jak se Vám spolupracuje s kolektivem?

„Dobře. Vždy se najde někdo, kdo vám neseďne, ale vcelku jsem spokojená. V předchozím zaměstnání kolektiv dobrý nebyl, ale tady jsem opravdu spokojená a nebojím se říct, že šťastná.“

5. Jak vycházíte s nadřízeným (staniční/vrchní sestrou)?

„Myslím si, že máme velice dobrý vztah. O jakémkoliv problému si dokážeme rozumně promluvit. Já ji řeknu, co se mi nelíbí a ona zase mě. Je ochotná přijmout nové nápady a návrhy změn na oddělení.“

6. V jakém jiném zařízení jste pracovala?

„Od maturity pracuji v nemocnici, pouze jsem změnila oddělení. Z interního oddělení lůžkového, jsem přešla na onkologickou ambulanci, kde setrávám již 10 let. A moc se mi tady líbí. Zpočátku jsem měla strach, onkologie je pro mnohé strašák, přítomnost smrti děsí asi každého, ale jsem ráda, že jsem do toho šla. Pracuji na ambulanci, tak popravdě se se smrtí přímo nesetkávám, ale mám moc ráda, když se pacienti vracejí a mají radost z každého dalšího dne, kdy mohou být ještě mezi námi.“

7. Popište mi prosím, jak trávíte svůj volný čas, dovolenou.

„Snažím se hodně sportovat, velice ráda čtu a vejletím se synem a partnerem. Je nám hezky, když jsme všichni spolu pohromadě. Dovolenuo trávíme buď u vody s knihou, nebo poznávací dovolené. Jsem cestovatelka tělem i duší, moc mě to baví a je úplně jedno, jestli cestujeme po Egyptě, nebo po Krkonoších. Jsem akční člověk a tak mám ráda, když se pořád něco děje. Na druhou stranu nemůžu říct, že bych se někdy nerada nevyvalila na sluníčko s dobrou knížkou.“

8. Pokuste se zamyslet a zhodnotit vaše fyzické zdraví, cítíte se být plně zdravá?

„Cítím se velice dobře, co se týká zdraví, nikdy jsem nestonala, kromě dětských nemocí a občasné angíny a chřipky. Myslím si, že mi absolutně nic nechybí. Jsem spokojená, navíc se s přítelem snažíme o miminko, tak na sebe dávám pozor.“

9. Když byste se měla zamyslet nad svou psychickou a duševní pohodou, cítíte se být vyrovnaná?

„Většinou ano. Ale občas mě dokáží rozhodit i maličkosti. Třeba když můj dvanáctiletý syn přinese špatné známky ze školy a hrozně se tomu diví. V práci se cítím dobře, i když pracuji na onkologickém oddělení, tak máme velmi hezké prostředí a výborný kolektiv. Občas mi dělá problém soustředit se, ale pouze tehdy, když jsem v nějakém stresu, to naštěstí nebývá moc často. Myslím si o sobě, že jsem normální pohodová ženská. Trochu paličatá, mám buď černou, nebo bílou. Jsem asi spíš pesimista. Učím se ale myslet pozitivně, dokonce mám na to vhodnou četbu, ke které se v nouzi největší obracím. Jsem maličko drzkatá, ale jsem i milá a usměvavá a troufám si říct, že mě lidi mají rádi.“

10. Můžete mi něco říci o Vašem společenském životě (kamarádi, přátelé, známí)?

„Mám ráda lidi, společnost, velice ráda se svými přáteli posedím, poklábosím o životě, ale jsou chvíle, kdy jsem ráda, že můžu být úplně sama, poslouchat hudbu a jen tak si lenošit. Myslím si, že ve svém okruhu mám velice dobrých známých a kamarádů. Opravdových přátel mám pár. Kamarádů je víc a musím je od sebe odlišovat. Mnohdy mě moji nejbližší ublížili, tak jsem už obezřetná.“

11. Co byste mi řekla o svém rodinném životě (nejbližší rodina, příbuzní, kde a s kým žijete)?

„Žiju se svým přítelem a synem v panelovém bytě. Vždycky se objeví nějaký ten mráček, ale jinak si myslím, že si žijeme spokojeným životem. Svou rodinu miluju. Můj syn, není syn přítele, ale mají spolu výborný vztah. Mají se rádi. Dominik i začal Michalovi říkat tati, to mě dostalo na kolena. Svého pravého otce nikdy nepoznal, je to alkoholik a jsem opravdu ráda, že můj syn má svého tátu v mém příteli. Myslím si, že máme velice hezké vztahy a máme se rádi. S rodinou svého přítele vycházím dobře, a myslím si, že i můj přítel vychází dobře s tou mou. Scházíme se často.“

12. Jak profese sestry ovlivňuje Váš rodinný život?

„Někdy mám pocit, že si myslí, že jsem doktor, který je vyléčí, aniž by museli ke skutečnému lékaři. Je mi tohle a tohle, co mám dělat? Stalo se tohle a tohle, co mám dělat? Tenhle a tenhle leží v nemocnici, nevíš co mu je...? a podobně.“

13. Co nejčastěji řešíte se svými blízkými ve vztahu k vaší profesi?

„Snažím se svou práci domů nebrat. Ale jsou situace, kdy se potřebuji vypovídat. Přítel má pro mě vždy připravenou dobrou radu a popřípadě i rameno na vyplání.“

Rozhovor č. 4

Oslovila jsem respondentku a poprosila jsem ji o rozhovor. Při setkání jsme se navzájem představily a následně jsem jí vysvětlila, jaké otázky bych jí položila, jak bude probíhat celý rozhovor. S rozhovorem souhlasila. Celý rozhovor trval cca 30 minut.

IDENTIFIKACE DOTAZOVANÉ:

Věk: 44 let

Rodinný stav: vdaná

Děti: dvě dcery

Oddělení, na kterém pracuje: ambulantní provoz FN HK

Směnnost: jednosměnný provoz

Jak dlouho pracuje v oboru všeobecná sestra: 26 let

1. Když se zamyslíte nad svou profesí pomáhajícího pracovníka, můžete říct, jak jste spokojena a do jaké míry Vás práce naplňuje?

„Se svou prací jsem spokojena a naplňuje mě v maximální míře, někdy je člověk unavený a nic se mu nechce, ale moje práce mi dodává energii. I po těch letech jsem opravdu ráda, že jsem zdravotní sestra a musím říct, že jsem na tuto skutečnost hrdá. Ráda pomáhám lidem, jsem šťastná, když jim mohu pomoci a i mě samotnou to naplňuje. Jsem uspokojena, pokud vidím pacienty, kteří přišli do nemocnice s nějakým zdravotním problémem, odcházet po vlastních nohou a v pořádku.“

2. Pokud byste znovu stála před rozhodnutím o výběru profese, stala byste se opět sestrou a proč?

„Ano, stala. Neumím si představit, že bych dělala něco jiného. Neváhala bych ani chvíli. Moje maminka byla také zdravotní sestra a od dětství jsem se jí chtěla stát také. Tatínek byl často nemocný, byla jsem zvyklá se o něj spolu s maminkou starat, nikdy by mě nenapadlo, že bych byla něco jiného. Ano, byl to můj sen od dětství. Vždy se mi líbila uniforma, práce s lidmi a možnost pomoci druhým, pokud sami nemůžou.“

3. Jste spokojena po finanční stránce?

„Jsem spokojena, umím si představit vyšší plat, ale nemůžu si stěžovat, mohlo by být hůř.“

4. Jak se Vám spolupracuje s kolektivem?

„S kolektivem se mi spolupracuje dobře, pouze mě nebaví své kolegy přesvědčovat o tom, že můžeme být rádi, že máme takovou práci, plat na kontě pravidelně, teplo a zázemí. Všichni lidé jsou různí a někdo není spokojený nikdy a s ničím. A to mě rozčiluje, nemyslím si, že jsem moc skromná, ale člověk musí mít v sobě trochu pokory.“

5. Jak vycházíte s nadřízeným (staniční/ vrchní sestrou)?

„Velice dobře, je to moje kamarádka, známe se již několik let a mnohým je naše přátelství trnem v oku.“

6. V jakém jiném zařízení jste pracovala?

„V domově pro seniory a na interním oddělení.“

7. Popište mi prosím, jak trávíte svůj volný čas, dovolenou.

„Cykloturistikou, lyžováním, se svojí rodinou a nejráději jen ležím na sluníčku na zahradě a nedělám nic smích. Ráda si i něco přečtu, nesmím teda večer, protože u toho většinou usnu. Dovolenou trávím aktivně s rodinou, jezdíme na výlety na kolech, chodíme plavat. Moc rádi jezdíme na hory, v létě podnikáme túry a v zimě na lyžovačku. Já teda preferuji běžky, protože na sjezdovkách bych se zřejmě přerazila. Ale snažíme se vždycky vymyslet něco společně, i když dcery už jsou velké, tak společné dovolené nás baví všechny.“

8. Pokuste se zamyslet a zhodnotit vaše fyzické zdraví, cítíte se být plně zdravá?

„Jsem po resekci části ilea, po konizaci děložního čípku, jinak jsem zdravá, jako řepa ... smích. Momentálně se cítím vyčerpaná a unavená, bolí mě poslední dobou záda, ale tento stav se jistě brzylepší. V současné době ale již nemám mnoho sil.“

9. Když byste se měla zamyslet nad svou psychickou a duševní pohodou, cítíte se být vyrovnaná?

„Pohodově se v současné době rozhodně necítím. Moje psychika a duševní zdraví jsou v současné době v dysharmonii. V rodinném životě procházím krizí, cítím se být vnitřně prázdná, nepotřebná a neužitečná. Někdy mi dělá problém soustředit se, potřebuji na soustředění absolutní klid a to mnohdy není možné. Rozhodně se vyrovnaná necítím, ale nevím jak svůj stav zlepšit. Dcery mě podporují, ale co se týká mého manželství, tak cítím, že

jsem selhala. Už od mala mám sklon k podceňování se. I když mi dcery a přátelé říkají, že není důvod k tomu podceňovat se, tak musím přiznat, že sama sobě příliš nevěřím a nemám se moc ráda. Myslím si, že jsem zátěž pro okolí, hlavně pro manžela. Často vybuchuji, protože nejsem spokojená sama se sebou a se svým současným životem. Nemám trpělivost a nerozumím sama sobě.“

10. Můžete mi něco říci o Vašem společenském životě (kamarádi, přátelé, známi)?

„Pár jich mám a můžu se o ně opřít. Stýkám se s nimi bohužel sporadicky, svůj čas nyní soustředím na udržení své vnitřní vyrovnanosti. Vím, že se na přátele můžu vždy obrátit a oni mi pomůžou, ale nechci je zatěžovat svými problémy.“

11. Co byste mi řekla o svém rodinném životě (nejbližší rodina, příbuzní, kde a s kým žijete)?

„Jsem vdaná, ale svému manželovi jsem spíš na obtíž. Nechce se mi o tom ani mluvit, musela bych se zase rozbrečet. Mám dvě dcery, na které se můžu spolehnout. Dcery jsou pro mě velikou oporou, hlavně v tomto nehezkém období mého života. Jsou už dospělé, ale pro mě to jsou moje malé milované holčičky. Bydlíme v rodinném domku kousek od města. Mám také maminku, která mě podporuje a můžu se na ni vždy spolehnout. Manžela musím podporovat spíše já, což mi ubírá dost sil. Pravidelně se s příbuznými vidáme, hlavně s mojí maminkou. Měla jsem sestru, která bohužel již zemřela, je to už šest let, ale stále mi chybí. S její rodinou se vidáme tak dvakrát do roka, hlavně o Vánocích.“

12. Jak profese sestry ovlivňuje Váš rodinný život?

„Atmosféra v naší rodině je momentálně napnutá, hlavně mezi manželem a mnou, rozvádíme se, protože má milenku. Většinou je klid, protože já své pocity v sobě dlouho držím a potom vybuchnu. V zaměstnání musí jít všechny osobní problémy stranou, pacienti ani kolegové nemůžou za to, že se mi něco nedaří. V člověku se nahromadí utrpení pacientů a potom někdy přijde čas, že co je nastrádáno pod pokličkou musí jít jak z tlakového hrnce ven a většinou je pára odpuštěna doma mezi nejbližšími, kteří za to nemůžou.“

13. Co nejčastěji řešíte se svými blízkými ve vztahu k vaší profesi?

„Nemám, protože to nikoho nezajímá, bohužel. Někdy bych si opravdu potřebovala popovídat.“