



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Fakulta zdravotně sociální  
Katedra sociální práce

Diplomová práce

Práce jako sociální determinanta a její vliv  
na zdraví zdravotnického personálu ve  
vybraných nemocnicích

Vypracovala: Bc. et Bc. Anna Frydrýnová

Vedoucí práce: Doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.

České Budějovice 2015

## **Abstrakt**

Tato diplomová práce s názvem „Práce jako sociální determinanta a její vliv na zdraví zdravotnického personálu ve vybraných nemocnicích“ je rozčleněná na dvě hlavní části. První shrnuje dosavadní teoretické poznatky z tuzemských i světových literárních zdrojů z oblasti sociálních determinant vztahující se ke zdraví a práci. Druhý oddíl se zabývá cílem výzkumu, metodikou získávání a zpracování dat, samotným vyhodnocením výstupních informací a diskuzí nad zjištěnými výsledky.

Teoretická část je členěna do čtyř kapitol a obsahuje základní problematiku související s cílem diplomové práce. První kapitola popisuje sociální determinanty zdraví z několika úhlů pohledu. Součástí kapitoly je i popis aktuální koncepce těchto determinant. Druhá kapitola se zabývá pojmem zdraví, jeho definicí, pojetím a v neposlední řadě samotnou determinantou. Třetí kapitola shrnuje sociální determinantu práce a pojmy souvisejícími s prací. Dále se autorka zabývá významem práce pro člověka, bezpečností a hygienou práce. Poslední, čtvrtá kapitola, je věnovaná zdravotnictví v České republice, jeho historii, systému zdravotnické péče a dále je zaměřena na strukturu a služby v nemocnici v Ostrově a v Sokolově.

V empirické části je formulován cíl této diplomové práce, kterým bylo zmapovat vliv práce jako sociální determinanty na zdraví zdravotnického personálu ve vybraných nemocnicích. Dále byly stanoveny dílčí cíle, jejichž účelem bylo zmapovat vliv vztahů na pracovišti a jeho vliv na celkové zdraví zdravotníků a dále vlivy pracovních podmínek - finanční ohodnocení, pracovní doba, náplň práce a bezpečnost pracovišti na celkové zdraví zdravotnického personálu. V souvislosti s cíli práce byly stanoveny následující hypotézy: Základní hypotéza: Vybrané aspekty práce mají vliv na zvolené charakteristiky zdraví cílové skupiny. A dílčí hypotézy byly H1: Vztahy na pracovišti u zdravotníků mají vliv na jejich celkové zdraví. H2: Finanční ohodnocení má vliv na celkové zdraví zdravotníků. H3: Pracovní doba má vliv na celkové zdraví zdravotníků. H4: Náplň práce má vliv na celkové zdraví zdravotníků. H5: Bezpečnost na pracovišti má vliv na celkové zdraví zdravotníků. Na základě statistického testování byly potvrzeny hypotézy 1, 3, 4 a nebyly potvrzeny hypotézy 2, 5.

Výzkumné šetření v rámci této diplomové práce bylo provedeno formou kvantitativního výzkumu. K získání dat byla využita metoda dotazování, technika dotazníku. Vytvořený dotazník obsahoval celkově 23 otázek, nejčastěji byly použity otázky uzavřené (15 otázek), polootevřené (4 otázky) a otevřené (4 otázky). Dotazník byl složen z otázek týkající se demografických údajů související s problematikou zkoumání, dále otázek hodnotících subjektivní zdraví respondentů, otázek souvisejících se zaměstnáním oslovených a poslední okruh otázek byl zaměřen na zdraví vs. práce u respondentů. Některé otázky byly převzaty z výzkumu COST OC 10031, který prováděl výzkumný tým Doc. Mgr. et Mgr. Jitky Vackové, Ph. D. (jedná se o otázky z oblasti demografické údaje a práce). Dotazník byl anonymní. Distribuce dotazníku byla provedena prostřednictvím náměstků pro ošetrovatelskou péči v obou nemocnicích.

Výzkumný soubor byl tvořen ze zdravotnického personálu, který pracuje v nemocnici v Sokolově a v Ostrově. Zdravotnický personál nemocnice tvoří: lékaři, sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, zdravotničtí laboranti a pomocný zdravotnický personál.

Celkem bylo rozdáno 500 dotazníků. Z toho 200 do nemocnice v Ostrově a 300 do nemocnice v Sokolově. Pro výzkum použitelných dotazníků se vrátilo 201, tj. 40,2 %. Dotazníkové šetření probíhalo od počátku února do poloviny března 2015. Do výzkumu se zapojilo 176 (87,6%) žen a 25 (12,4%) mužů. Nejmladšímu oslovenému bylo 20 let, nejstaršímu 64 let, celkový průměr dotazovaných činil 42 let. Nejvíce zdravotníků bylo zastoupeno ve skupině s délkou praxe „15 let a více“ 84 (41,8%), nejméně respondentů odpovídalo s délkou praxe „6 - 10 let“ 36 (17,9%). Více respondentů hodnotilo v „nemocnici v Ostrově“ - 108 (53,7%) než v „nemocnici v Sokolově“ 93 (46,3%). Nejvíce oslovených bylo ve středním zdravotnickém personálu kategorie „zdravotní sestra/asistent“ 104 (51,7%). Nejméně početnou kategorií byla zdravotnické pozice „vrchní fyzioterapeut/ka“ 1 (0,5%). Při statistickém testování vlivů zdravotnické pozice a celkovým zdravím se určitý vztah prokázal, ale nedosáhl signifikantní hladiny významnosti 0,05.

Výsledná data byla zadána a zpracována pomocí programu SPSS verze 16,0 a 23,0. (Statistical Package for Social Science). Dále byla data vyhodnocena a zpracována pomocí grafů a tabulek v absolutních číslech a procentech

Hodnoty z výzkumu byly statisticky zpracovány za pomoci statistických metod, které jsou popsány podle Vackové (2012) - Pearson chí-kvadrát test na dohodnuté hladině významnosti  $\alpha \leq 0,05$ , analýza adjustovaných reziduí, která stanovuje významnost odchylek dat a očekávaných hodnot a pomocí níž lze sledovat signifikantní vztahy. V textu byly znázorněny prostřednictvím znaménkových schémat.

V kapitole Diskuse jsou pak srovnávána a diskutována získaná data z výzkumu této práce s tuzemskými a zahraničními poznatky zabývajícími se danou probátníkem.

Po vyhodnocení všech otázek z dotazníku jsem došla k závěru, že práce jako sociální determinanta zdraví má vliv na zdraví zdravotnického personálu a domnívám se, že většina oslovených ohodnotila celkovou spokojenost se svým povoláním vcelku kladně navzdory více psychické než fyzické náročnosti, která zdravotnickou profesi bezpochyby provází, a přes pracovní podmínky a vztahy na pracovišti, které mají dopad na jejich celkové zdraví.

**Klíčová slova:** sociální determinanty zdraví, zdraví, sociální determinanta práce, nemocnice v Ostrově, nemocnice v Sokolově.

## **Abstract**

This Master's thesis called "Labour as a Social Determinant and its Influence on the Health of Medical Staff in Selected Hospitals" is divided into two main sections. The first section summarizes current knowledge from both Czech and world literature from the field of social determinants related to health and labour. The second part of this work deals with the aim of the research, data collection and data processing methods as well as with the very evaluation of the output information and a discussion of the results elicited.

The theoretical part is divided into four chapters and consists of basic issues related to the aim of this Master's thesis. The first chapter describes social determinants of health from various points of view. One of the chapter's components is a description of a current conception of these determinants. The second chapter deals with the construct of health, its definition and its conception. Last but not least it treats health as a determiner. The third chapter summarizes a social determinant of labour and labour-related terms. The author is further concerned with the importance of work for humans and with labour safety and hygiene. The fourth and last chapter is dedicated to public health of the Czech republic, its history, the system of health care and further focuses on the structure and services of Ostrov hospital and Sokolov hospital.

The aim of this Master's thesis is proposed in the empirical part of this work. The aim was to map the influence of labour as a social determinant of the health of medical staff in selected hospitals. Next, constitutive objectives were established. Their purpose was to map the impact of workplace relationships and their influence on the overall health of medical staff as well as the impact of working environment including salary, working hours, work agenda and workplace security on the overall health of medical staff. The following hypotheses were assessed in connection with the objectives of this work: H1: Workplace relations of medical staff affects their overall health. H2: Salary affects the overall health of medical staff. H3: Working hours affects the overall health of medical staff. H4: Work agenda affects the overall health of medical staff. H5:

Workplace safety affects the overall health of medical staff. Based on the statistical testing hypotheses 1, 3 and 4 were confirmed. Hypotheses 2 and 5 were not confirmed.

The enquiry within the framework of this Master's thesis was conducted using a quantitative research. The interviewing method and the technique of questionnaire were used for data acquirement. The questionnaire created contained 23 questions in total, using the majority of close-ended questions (15 questions), semi open-ended questions (4 questions) and open-ended questions (4 questions). The questionnaire was composed from questions regarding the matter of inquiry, questions evaluating subjective health of the respondents, questions related to the occupation of the people addressed. The round of questions was finally targeted at the issue of respondents' health vs. their work. Some questions (from the field of demographic figures and labour) were adopted from a COST OC 10031 research which was conducted by a research team of Doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D. The questionnaire was anonymous. The research distribution was accomplished via Deputy Minister of health care in both hospitals.

The research file was formed by a medical staff who work in Sokolov hospital and Ostrov hospital. Their medical staff is created by doctors, nurses, physiotherapists, ergotherapists, medical laboratory workers and medical staff assistants.

There were 500 questionnaires distributed in total. 200 of them were distributed in Ostrov hospital and 300 in Sokolov hospital. The amount of 201 returned questions, i.e. 40.2%, were suitable for the research. The inquiry was taking place from the beginning of February to mid March 2015. 176 females (87.6%) and 25 males (12.4%) participated in the research. The youngest respondent was 20 years old and the eldest was 64 years old. The age profile was 42 years on average. The highest number of medical staff (84, i.e. 41.8%) represented a group of workers with work experience of "15 years and above," the lowest number of respondents (36, i.e. 17.9%) represented a group of workers with work experience of "6-10 years". The amount of respondents taking part in the research who were from Ostrov hospital (108, i.e. 53.7%) was higher than the number of respondents working in Sokolov hospital (93, i.e. 46.3%). The majority of respondents fell within the category of "nurse/nursing

assistant” 104 (51.7%). The least numerous category was the position of “head physiotherapist” 1 (0.05%). Certain relationship between the influence of job positions to the overall health of workers was established during their statistical testing, however, did not reach a significance level of 0.05%.

The resulting data were entered and processed using SPSS program version 16.0 and 23.0 (Statistical Package for Social Science). The data were further evaluated and processed via graphs and tables in absolute numbers and percentages.

The research data were statistically processed using statistical methods which are described according to Vacková (2012) - Pearson’s chi-square test on a given significance level of  $\alpha \leq 0.05$ , the adjusted residues analysis which determines the significance level of deviation and expected data and which enables that the significant relations can be observed. The statistical methods were displayed using mark schemes.

The data acquired in the research are compared and discussed in the context of both Czech and foreign findings on this subject in a chapter called Discussion.

After the evaluation of all questions in the questionnaire I reached a conclusion that labour as a social determinant of health has impact on the health of medical staff. I shall also assume that the majority of respondents were quite positive while rating the overall complacency with their jobs. Their complacency appears despite the mental rather than physical demand which undoubtedly goes with medical careers as well as despite their work conditions and workplace relationship which all impact their overall health

**Key words:** social determinants of health, health, social determinant of work, Ostrov hospital, Sokolov hospital.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 18. 5. 2015

.....

(jméno a příjmení)



## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala především paní Doc. Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, PhD. za odborné vedení, cenné rady a věnovaný čas. Dále bych ráda poděkovala všem zaměstnancům nemocnic, kteří se podíleli na výzkumné části diplomové práce, za jejich ochotu a spolupráci.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat celé své rodině, která mi byla oporou během studia.

## Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>12</b>
<b>1 SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>14</b>
<b>1. 1 Sociální determinanty zdraví.....</b>	<b>14</b>
1. 1. 1 Počátky sociálních determinant zdraví .....	14
1. 1. 2 Rozdělení sociálních determinant zdraví .....	15
1. 1. 2. 1 Rozdělení podle Marmota a Wilkinsona .....	15
1. 1. 2. 2 Rozdělení podle Dahlgrena a Whiteaheada.....	17
1. 1. 3 Sociální determinanty z několika úhlů pohledu .....	18
1. 1. 3. 1 Individuální a kontextuální determinanty zdraví .....	18
1. 1. 3. 2 Determinanty podle povahy.....	19
1. 1. 3. 3 Typy determinant podle místa v kauzálním řetězci .....	20
1. 1. 4 Snižování nerovností ve zdraví - Zdraví 21 .....	21
1. 1. 5 Aktuálnost koncepce sociální determinant zdraví.....	22
<b>1. 2 Zdraví .....</b>	<b>23</b>
1. 2. 1 Pojem zdraví.....	23
1. 2. 2 Definice zdraví .....	24
1. 2. 3 Pojetí zdraví .....	25
1. 2. 4 Zdraví a jeho determinanty .....	26
<b>1. 3 Sociální determinanta práce .....</b>	<b>28</b>
1. 3. 1 Definice práce.....	28
1. 3. 2 Pojmy související s prací .....	29
1. 3. 2. 1 Pracovní prostředí .....	29
1. 3. 2. 2 Pracovní podmínky .....	30
1. 3. 2. 3 Pracovní vztahy.....	30
1. 3. 3 Druhy práce .....	31
1. 3. 4 Význam práce pro člověka.....	31
1. 3. 5 Bezpečnost práce .....	32
1. 3. 6 Hygiena práce.....	33

<b>1. 4 Zdravotnictví v ČR .....</b>	<b>35</b>
1. 4. 1 Historický vývoj zdravotnické péče v ČR .....	35
1. 4. 2 Systém zdravotnické péče v ČR .....	36
1. 4. 3 Nemocnice Ostrov .....	37
1. 4. 3. 1 Struktura nemocnice a její služby .....	37
1. 4. 4 Nemocnice Sokolov .....	38
1. 4. 4. 1 Struktura nemocnice a její služby .....	38
<b>2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>40</b>
2. 1 Cíl práce .....	40
2. 2 Hypotézy .....	40
<b>3 METODIKA .....</b>	<b>41</b>
3. 1 Použitá metoda.....	41
3. 2. Charakteristika výzkumného souboru.....	42
3. 3 Zpracování výsledných dat.....	42
<b>4 VÝSLEDKY .....</b>	<b>43</b>
4. 1 Popisná statistika.....	43
4. 2 Statistické testy .....	67
<b>5 DISKUZE .....</b>	<b>80</b>
<b>6 ZÁVEŘ .....</b>	<b>87</b>
<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>91</b>
<b>8 PŘÍLOHY .....</b>	<b>100</b>
8. 1 Seznam příloh .....	100

## Úvod

*Člověk si může vydělat na slušné živobytí jen za předpokladu, že je zdravý!*

*J. Cingroš*

World Health Organization (WHO) definuje zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. Definice zdraví byla později upřesněna a doplněna. Nový program WHO Zdraví pro všechny v 21. století (HFA 21, Zdraví 21) přijatý v roce 1999 přináší operacionalizovanou definici zdraví, která z praktických důvodů vymezuje zdraví jako „snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí a poruch a nárůst pociťované úrovně zdraví“. Přijetím uvedené definice zdraví připravila WHO půdu pro budoucí uvažování o determinantech zdraví, jejich významu, vývoji a změnám. Determinanty zdraví lze definovat jako osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti (Nutbeam, 1998).

Téma této diplomové práce s názvem „Práce jako sociální determinanta a její vliv na zdraví zdravotnického personálu ve vybraných nemocnicích“ jsem zvolila z několika důvodů. Jedním z nich je jeho aktuálnost a stálé diskuze na téma zdraví a faktory, které ho ovlivňují. Zaměstnání zasahuje mnohem více lidem do osobního života, mnozí v práci tráví více času, nežli bylo dříve zvykem. Častěji se také začíná hovořit o nemocech souvisejících s výkonem povolání. Dalším důvodem je i můj osobní postoj ke zdraví, jež je ovlivněn mou současnou profesí fyzioterapeutky. Pracuji v jednom ze zkoumaných zdravotnických zařízení a denně se setkávám s lidmi, jejichž pohybový aparát trápí různé obtíže, různorodé etiologie. Pracovní pozice a časté pohybové úkony s ní spojené je jedna z oblastí, jež nesmí být v tomto oboru opomíjena.

Tato diplomová práce obsahuje dvě hlavní části – teoretickou a empirickou. V teoretické části jsou charakterizovány sociální determinanty zdraví z několika úhlů pohledu a aktuální koncepce těchto determinant. Dále pojem zdraví jeho definice a v neposlední řadě pojetí determinanta. V další kapitole shrnuji sociální determinanty práce a pojmy souvisejícími s prací, významem

práce pro člověka, bezpečností a hygienou práce. Poslední kapitola je věnovaná zdravotnictví v České republice, jeho historii, systému zdravotnické péče a je zaměřena na strukturu a služby nemocnice v Ostrově a v Sokolově.

Empirická část pak popisuje kvantitativní výzkum, jeho cíl a stanovené hypotézy, metodiku, charakteristiku výzkumného souboru a zpracování výsledných dat. Výsledky výzkumu jsou statisticky zpracované dle statistických testů a přehledně znázorněné ve formě tabulek, grafů, doplněné slovním popisem. V diskusi pak porovnávám výzkumné práce jiných autorů s výsledky mé práce. V závěru se lze dočíst shrnutí faktů plynoucích z mého výzkumu.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1. 1 Sociální determinanty zdraví

Sociální determinanty zdraví jsou jedním z nejstarších témat veřejného zdravotnictví. Význam, který je přikládán vlivu sociálních faktorů a podmínek na zdraví lidí se však mění.

Někdy se klade důraz na diagnostikování příčin nemocí a jejich následné péči a jindy jsou v popředí různá politická a zdravotní opatření s jejich analýzami.

### 1. 1. 1 Počátky sociálních determinant zdraví

Tento odstavec vychází z poznatků pana prof. Holčíka (2009), který popisuje, jak velký význam k tomuto tématu byl již zaznamenán v minulém století a soustavně studován v různých zemích, jako jsou například Švédsko, Velká Británie, Kanada, Mexiko. V samotné Velké Británii má vývoj sociálních determinant zdraví svou tradici, ať už je to Chadwickova zpráva z roku 1842, která dala základ pro první zdravotní zákon v zemi, nebo Blackova zpráva vydaná v roce 1980 a aktualizována v roce 1987. Další významnou událostí, kterou přispěla Kanada k zájmu o zdraví a jeho sociální podmíněnost, byla Landonova zpráva z roku 1974, kde byl souhrnně zpracován ekologicko - sociální model zdraví jako východisko úsilí o zlepšování zdraví v populačním měřítku. Poukázala na důležitost životního prostředí a životního stylu a na poměrně omezené možnosti rezortu zdravotnictví. Cenným podnětem byl dokument Rozvojové cíle tisíciletí (Milénium Development Goals), který byl přijat 1989 zeměmi. Tento dokument přispěl k sounáležitosti a spolupráci na celosvětové úrovni ohledně zdraví (Holčík 2009).

Holčík (2009) uvádí, že v roce 2005 vznikla komise pro sociální determinanty zdraví, kterou ustanovil tehdejší generální ředitel Světové zdravotnické organizace.

Předsedou komise byl zvolen sir Michael Marmot, který byl i členem Achesonovy komise jako předseda vědecké komise zaměřené na zdravotní nerovnosti (Holčík 2009). Sir Michael Marmot publikoval mnoho prací, které shrnují dosavadní poznatky o sociálních determinantách zdraví. Z nejznámějších publikací je Social determinants of health a Solid Facts.

## **1. 1. 2 Rozdělení sociálních determinant zdraví**

### **1. 1. 2. 1 Rozdělení podle Marmota a Wilkinsona**

Wilkinson a Marmot ve své publikaci Fakta a souvislosti (2005) uvádějí celkem deset sociálních determinant zdraví - sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práce, nezaměstnanost, sociální opora, závislosti, výživa a doprava.

*Sociální gradient* - podle Čevelové a Čeledy (2010) se sociální gradient týká celé společnosti, protože sociální a materiální rozdíly napomáhají k rozdílnému výskytu nemocí a úmrtnosti napříč různými sociálními skupinami. Marmot a Wilkinson (2005) píší, že lidé vyskytující se na nižší úrovni sociálního žebříčku mají obvykle dvojnásobné riziko existence závažného onemocnění či předčasného úmrtí, než ti, kteří jsou na vrcholu sociálního gradientu.

*Stres* - dlouhodobě trvající pocity úzkosti, nejistoty, nízkého sebevědomí, sociální izolace a nedostatku kontroly nad vlastní prací a soukromým životem mají mimořádné účinky na zdraví (Wilkinson, Marmot, 2005). Křivohlavý (2001) poukazuje, že stres působí na zdravotní stav jedince dvojím způsobem a to buď přímo, nebo nepřímo. Přímým účinkem stresu na onemocnění se rozumí obvykle jeho vliv na imunitní, nervový a endokrinní systém. Nepřímým vlivem stresu na zdravotní stav se rozumí jeho vliv působení na chování člověka, například na změnu životního stylu.

*Dětství* - vytváří základy pro zdraví v dospělosti a důsledky tohoto vývoje se ve zdravotním stavu odrážejí po celý život (Čeledová a Čevela, 2010).

*Sociální vyloučení* - podle Zákona o sociálních službách (2006) je sociální vyloučení definováno jako vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace. Čím déle lidé žijí v nevyhovujících podmínkách, tím pravděpodobnější je výskyt širokého okruhu zdravotních potíží (Čeledová a Čevela, 2010).

*Práce* - lidé s větší kontrolou nad vlastní prací jsou na tom po zdravotní stránce lépe než lidé setkávající se se stresujícími situacemi na pracovišti (Marmot a Wilkinson, 2010).

*Nezaměstnanost* - ztráta zaměstnání a nezaměstnanost přináší řadu důsledků jak somatických, tak i psychických. Zhoršení tělesného zdraví bylo doloženo jak přítomností tělesných příznaků, tak i zvýšeným využíváním zdravotnických služeb nezaměstnanými (Buchtová, 2013).

*Sociální opora* - dodává lidem emociální a praktické prostředky, které potřebují a významně spolu s dobrými sociálními vztahy přispívají pozitivně ke zdraví (Marmot a Wilkinson, 2005). Mimo jiné mohou podpůrné vztahy podněcovat zdravější způsoby chování.

*Závislosti* - dle Marmota a Wilkinsna (2005) je užívání drog nejen reakcí na sociální problém, ale také důležitým faktorem zhoršování nerovností ve zdravotním stavu. Droga nabízí uživatelům falešnou vidinu útěku před stresem a nepříznivým osudem, ale ve skutečnosti zhoršuje jejich problémy. Jak píše Křivohlavý (2001), závislost znamená „být lapen“, chycen, zajat a pak pomalu zničen.

*Výživa* - příjem potravy je součástí života člověka, je zdrojem potřebných živin. Zdravotní rizika, která souvisejí s potravou, vyplývají přímo ze způsobu jejího příjmu nebo jsou potravou jen zprostředkována (Nováková, 2012). Nedostatek, nadbytek či špatné složení stravy způsobují zdravotní obtíže, někdy dokonce předčasná úmrtí, jak popisují autoři Čeledová a Čevela (2010).

*Doprava* - zdravá doprava dle Marmota a Wilkinsona (2005) znamená méně časté používání automobilu, více chůze a jízdy na kole s podporou lepší veřejné dopravy. V protikladu k automobilům, které lidi od sebe navzájem izolují, jízda na kole, chůze nebo cestování veřejnou dopravou podněcuje sociální interakci v ulicích. S úbytkem



chodců na ulicích přestávají být ulice sociálními prostory (Marmot a Wilkinson, 2005).

### **1. 1. 2 Rozdělení podle Dahlgrena a Whiteheada**

Pojem sociální determinanty zdraví má dvojí význam, jak ozřejmil Graham (2004). Graham (2004) označuje jak sociální podmínky a faktory, které ovlivňují zdraví jednotlivců i celých populací, tak strukturální procesy, které zapříčiňují, že jednotlivé sociální faktory a podmínky nejsou v populaci rozmístěny náhodně, ale kopírují existující sociální nerovnosti.

Rozvrstvení a vliv sociálních determinant zdraví bývá obvykle popisováno podle obrázku (příloha č. 1). Lidé stojící uvnitř soustředných kruhů představují vrstvené uspořádání determinant působících na různých úrovních sociální reality - od determinant blízkých až po determinanty vzdálené (Káňová, 2007). Samotní autoři schématu upozorňují, že jednotlivé determinanty jsou mezi sebou navzájem propojeny, tudíž nepůsobí na zdraví lidí izolovaně, ale neustále se ovlivňují a jejich vliv na zdraví je synergický (Káňová, 2007).

Dle Káňové (2007) se uvnitř kruhu nacházejí lidé, kteří jsou charakterizováni různou věkovou hranicí, pohlavím a genetickým základem. Tyto faktory nelze nijak ovlivnit. Mohou být potenciálně ovlivněny vnějšími faktory, jako je například vývoj plodu během těhotenství, který může být závislý na socioekonomické situaci matky.

První vrstva obrázku se skládá z životního stylu jedince. Do oblasti zdravého životního stylu patří - výchova ke zdraví, osobní a duševní hygiena, výživa a pohybová aktivita samotného člověka. Procházková (2012) píše, že životní styl je individuální souhrn postojů, hodnot a dovedností, které se odrážejí v činnosti člověka, v interpersonálních vztazích a v komunikaci.

Druhý obal kruhu tvoří faktory společnosti a komunity. Jde o sociální vztahy, kdy je člověk zapojen do sítě sociálních vztahů a záleží na kvalitě, množství a struktuře těchto vztahů, jelikož ovlivňují zdraví jedince (Káňová, 2007).

Další vrstva determinant se skládá z pracovních a životních podmínek, jinak řečeno socioekonomickým podmínek. Zahrnují postavení na trhu práce, pracovní podmínky, bezpečnost práce, vzdělání, bydlení a podmínky rodinné (Barták, 2010).

Vnější obal je tvořen z determinant, které představují na modelu širší politické, ekonomické, ekologické, kulturní, bezpečnostní a jiné prostředí, které udává charakter společnosti jako celku. Na podporu a ochranu zdraví se podílejí podle Čevelové a Čeveli (2010) zákonodárná, zdravotně politická opatření a činnosti, které podporují politiku zaměstnanosti a vytváření příznivého společenského klimatu pro ochranu zdraví všech společenských skupin.

V následujícím odstavci - podle Hubínkové (2008) - každá společnost a všechny sociální procesy a faktory, které v ní působí, jsou ale samy ovlivňovány globálními procesy. Ačkoli je sami autoři obrázku neuvádějí, jsou důležité a jejich význam jistě poroste. Globalizace přináší velmi různorodé názory. Jedna strana uvádí, že se podílí na zlepšování zdraví a prodlužování délky života tím, že přispívá k ekonomickému růstu a technickému rozvoji. Druhá strana si uvědomuje, že jde o proces, který vede k liberalizaci trhu, globální dělbě práce, ke změně vzorců spotřeby a životního stylu, k polarizaci rozdílů mezi chudými a bohatými zeměmi i mezi sociálními skupinami uvnitř jednotlivých společností.

### **1. 1. 3 Sociální determinanty z několika úhlů pohledu**

#### **1. 1. 3. 1 Individuální a kontextuální determinanty zdraví**

Ve 20. století převažoval výzkum zaměřený na objasňování a měření vlivu individuální socioekonomické pozice. Podle Káňové (2007) se kontextuální determinanty zdraví vztahují k charakteristikám sociálního prostředí, ve kterém lidé žijí, bez ohledu na jejich individuální vlastnosti.

Mezi místem a zdravím lidí existují souvislosti, které pojmenovala Macintyre (2010) jako kolektivní a kontextuální účinek místa. Vychází ze dvou poznatků. První se

váže na skutečnost, že lidé s rozdílným životním osudem a s odlišným způsobem života žijí na jiných místech. Tudíž zkoumané regionální rozdíly zdraví jsou často důsledkem toho, že prostřednictvím různých společenských mechanismů, jako je např. ghettoizace nebo segregace, jsou lidé s určitými podobnými charakteristikami sdružováni na stejném území (Káňová, 2007).

Kontextuální účinek místa se naproti tomu vztahuje k sociálnímu, ekonomickému, kulturnímu či politickému klimatu daného místa. Kontextuální účinek se projevuje tak, že lidé s velmi podobným osudem se mohou ve zdraví velmi lišit na základě odlišnosti míst, ve kterých žijí. To znamená, že místo, kde lidé žijí, ovlivňuje jejich šance na zdraví bez ohledu na jejich osobní charakteristiky (Káňová, 2007).

### **1. 1. 3. 2 Determinanty podle povahy**

Sociální determinanty zdraví lze rozdělit podle povahy na materiální, kulturní a psychosociální. Každá z těchto tří skupin determinant zahrnuje širokou škálu faktorů a podmínek. Všechny tyto faktory a podmínky jsou mezi sebou provázány (Káňová, 2007).

Následující informace vycházejí z Čeledové a Čevely (2010), kteří popisují typické materiální determinanty zdraví, kterými jsou přírodní prostředí, kvalita bydlení, socioekonomická úroveň obydlí, zaměstnání a pracovní prostředí a životní úroveň. Například prostorová segregace způsobuje, že lidé z nižších socioekonomických vrstev častěji žijí v oblastech, kde je větší míra znečištění ovzduší a vyšší míra hluku. Mají proto horší, často hygienicky závadné bytové podmínky, místa, která obývají, mají horší infrastrukturu, např. méně zařízení pro volnočasové aktivity, nebo nižší síť obchodů. Navíc vzhledem k převažující nízké kvalifikaci pracují ve fyzicky náročnějších průmyslových provozech s vyšším rizikem nepříznivých fyzikálních a chemických faktorů.

Mezi kulturní determinanty zdraví patří zejména normy, hodnoty a vzorce chování, osobnostní charakteristiky a postoje orientace, které jsou chápány jako důsledek životních zkušeností souvisejících se socioekonomickou pozicí člověka (Káňová, 2007).

Do psychosociálních determinant zdraví patří zejména sociální situace způsobující stres, ale také osobnostní charakteristiky a postoje orientace, které ovlivňují jak průběh, tak konečný dopad stresové situace na zdraví člověka. Mezi nejčastěji zmiňované psychosociální determinanty zdraví patří práce a pracovní prostředí, nezaměstnanost, sociální opora či sociální vyloučení (Čeledová a Čevela, 2010).

### **1. 1. 3. 3 Typy determinant podle místa v kauzálním řetězci**

Podle Žáčka (2001) je v akademické sféře patrný začínající posun k holistickému přístupu při zkoumání determinant zdraví. Holistický přístup vychází z představy, že determinanty zdraví a jejich shluky vytvářejí dlouhý řetězec příčin vedoucí od biologických až po společenské strukturální faktory. V tomto řetězci je pak možné rozdělovat např. příčiny bližší a vzdálenější, přímé a nepřímé nebo specifické a nespecifické. Navíc tento řetězec představuje hierarchické uspořádání determinant, kdy každý systém vyšší úrovně v sobě obsahuje systémy nižší úrovně (Žáček, 2001).

Brunner a Marmot (2006) vytvořili model, kterým je holistické pojetí vyjadřováno. Snaží se zachytit celý řetězec příčin, na jehož začátku stojí strukturální podmínky a na konci jsou biofyziologické procesy, které vyvolávají změny v organismu. Sociální struktura a zdraví jsou spojeny prostřednictvím materiálních a psychosociálních faktorů a chování vzhledem ke zdraví. Genetika, rané fáze života a kulturní faktory zde působí jako determinanty, jež určují podobu zmíněných cest (Brunner et Marmot, 2006).

Základním cílem studia sociálních determinant zdraví bylo od počátku nalézt ty sociální faktory, které ovlivňují lidské zdraví měrou největší a na základě tohoto poznání vytvářet opatření zaměřená na snížení nerovností ve zdraví (Káňová, 2007).

## **1. 1. 4 Snižování nerovností ve zdraví - Zdraví 21**

V dnešní době existuje tisíce prací, které dokazují důležitý vliv sociálních faktorů na zdravotní nerovnosti. Oživení této problematiky bylo v druhé polovině minulého století vyvoláno nárůstem výdajů na zdravotní péči, stagnací úrovně zdraví ve společnosti a marnou snahou podstatně ovlivnit zdravotní nerovnosti metodami moderní medicíny (Holčík 2010).

Možným řešením se stal program, který vytvořila Světová zdravotnická organizace (SZO) Zdraví 21, který navázal na program Zdraví pro všechny do roku 2000. Jak uvádí Holčík (2004), jde o podklad zdravotní politiky. Podle profesora Holčíka (2004) evropská varianta programu označilo Evropské shromáždění v roce 1998 za základ evropské zdravotní politiky a doporučila členským státům, aby jej včlenili do národní úrovně. Program Zdraví 21 poukazuje na změnu ve strategii péče o zdraví. Jde o aktivní zapojení celé společnosti, organizací, institucí, vlády, rodin a všech občanů, tudíž nejde pouze o činnost zdravotnických zařízení (Zdraví pro všechny 21. století, Ministerstvo zdravotnictví).

Komise věnována sociálním determinantám zdraví poukazuje na problematiku v nerovnosti ve zdraví, která je podmíněna sociálními podmínkami, a proto je důležité nereagovat pouze na následky, ale snažit vystihnout příčiny takových rozdílů. Na tyto rozdíly jsou přímo zaměřeny dva cíle programu Zdraví 21, a to první a druhý (Komise Evropských společenství 2009):

- Solidarita ve zdraví v evropském regionu
- Spravedlnost (ekvita) ve zdraví

## **1. 1. 5 Aktuálnost koncepce sociální determinant zdraví**

Komise Světové zdravotnické organizace vytvořila v roce 2008 zprávu *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, který v překladu znamená Překonávání rozdílů mezi generacemi: Dosažení spravedlnosti ve zdraví prostřednictvím ovlivňování sociálních determinant zdraví, kde jsou uveřejněny vědecké důkazy o závislosti sociálního prostředí na zdraví (Brabcová 2013).

V roce 2010 publikoval pan Marmot ve své výzkumné zprávě *Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post 2010* tzv. Marmot Review, která zkoumala vliv zdraví a sociálních podmínek během vývoje života člověka. V závěru poukazuje na sociální gradient, kdy mají lidé z nižší sociální skupiny horší zdraví než lidé, kteří se nacházejí ve vyšší sociální skupině. Navrhuje strategii o šesti cílech, které by zmírnily nerovnost ve zdraví:

- zajistit každému dítěti nejlepší start do života
- umožnit dětem, dospívajícím a dospělým plně využít svých schopností, a tak jim poskytnout kontrolu nad vlastním životem
- zajistit spravedlnost v zaměstnání a dobré pracovní podmínky pro všechny
- dosáhnout zdravý životní standard napříč celou populací
- vytvořit efektivní systém komunitní péče
- zesílit roli a dopad preventivních zdravotních opatření

Pro reálnost těchto cílů je třeba účast státní správy, samosprávy, neziskového a privátního sektoru, popřípadě komunitních skupin (Marmot, 2010; Subramanyam et al., 2010).

## 1. 2 Zdraví

Zdraví se týká každého člověka, je pro něj cennou hodnotou. Udržení si zdraví je ovlivněno tím, jak je člověk schopen získávat informace a schopnosti zdraví si ochraňovat (Nováková, 2012). Pro někoho představuje zdraví vnímání kladných pocitů, např. pocit přiměřené síly, výkonnosti, harmonie a nepřítomnost ubližujících projevů, jako je např. bolest, horečka, nevolnost, úzkost atd.

Jak zmiňuje Kebza (2005), zdraví patří mezi nejvýznamnější hodnoty v životě každého člověka, protože již od pradávna obsazuje zdraví přední místo v hierarchii hodnot. Umožňuje naplnění života, štěstí, dosažení a udržení stavu spokojenosti a plnohodnotné uplatnění ve společnosti.

### 1. 2. 1 Pojem zdraví

Podle Seedhouse (1995) lze dokázat, co si čtyři lidé různé profese představují pod pojmem zdraví:

- *lékař* - pojem zdraví chápe jako nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu
- *sociolog* - rozumí tomuto pojmu v případě, že je člověk schopen fungovat ve všech jemu příslušných sociálních rolí
- *idealista* - si představí člověka, který se cítí dobře v oblasti tělesné, duševní, duchovní i sociální
- *humanista* - pro něj je zdravý ten člověk, který je schopen se pozitivně vyrovnávat s různými životními úkoly

## 1. 2. 2 Definice zdraví

Podle Světové zdravotnické organizace jde o stav fyzické, psychické, sociální a estetické pohody (server World Health Organization, 2015). Tedy nejedná se jen o absenci nemoci nebo vady. Tato definice byla hojně kritizována, protože naznačuje, že zdraví je určitým ideálem, ke kterému se lze přiblížit, ve vzácném případě jej naplnit. Podle Bartáka (2010) stanovuje vizi, hlavní cíl a polemizuje o základních možnostech naplnění tohoto cíle - intervence v oblasti fyzického a duševního zdraví i jeho sociálních determinant. Tato vize naznačuje, že zdraví není jen otázkou individuální, ale otázkou celospolečenskou (Barták, 2010). V programu Zdraví 21 je používán spolu s pojmem zdraví i pojem zdravotní potenciál. Je to ta nejvyšší úroveň zdraví, kterou může konkrétní jedinec žijící v dané společnosti dosáhnout. Ta je podmíněna jednak možnostmi jedince starat se o sebe i o druhé, schopností se samostatně rozhodovat a přijmout svůj díl odpovědnosti za vlastní životní osud, a jednak tím, zda společnost, ve které žije, dbá na to, aby všichni její členové mohli dosáhnout plného zdraví (Ministerstvo zdravotnictví, 2004).

Dle Novákové (2011) vznikaly další upravené definice zdraví:

- je stav organismu, který vyjadřuje jeho odpovídající fungování za určitých podmínek prostředí
- je to schopnost člověka vyrovnat se s požadavky vnitřního a zevního prostředí bez poruchy jeho životních funkcí
- je stav optimální tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí
- k dosažení stavu úplné fyzické, duševní a sociální pohody musí být jednatel nebo skupina lidí schopni stanovit a realizovat své cíle, uspokojit své potřeby, změnit své prostředí nebo se s ním vyrovnat



Mnoho autorů nad definicí Světové zdravotnické organizace diskutovalo. Například Bártlová (2005) pokládá zdraví za složitý systém vymezený třemi vzájemně souvisejícími složkami - tělesnou, duševní, sociální, tvořící se svým okolím dynamický celek. Jaro Křivohlavý (2001) se ve své publikaci pokusil vytvořit vlastní definici: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální, a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“

Existuje mnoho dalších definic, které jsou odlišné, ale mají společné znaky (Nováková, 2011):

- chápou zdraví jako důležitý prostředek k uskutečňování životních cílů, chápou zdraví jako dynamický jev
- zdraví není stálý stav dokonalé pohody. Zdraví je neustále se měnící a vyvíjející se proces. Neexistuje žádná absolutní úroveň zdraví, která by nebyla závislá na řadě faktorů individuálních, společenských a ekologických
- zdraví má pro člověka vždy vyšší životní hodnotu, nejedná se jen o normální fungování lidského těla

## 1. 2. 3 Pojetí zdraví

Existují různá pojetí zdraví, dle Novákové (2011) jsou čtyři:

- *Biomedicínský model zdraví*

Jde o stav dokonalé harmonie a souladu činnosti buněk a orgánů těla. Organismus je zdravý, pokud funguje bez poruchy. Zdraví je v tomto případě chápáno jako protiklad smrti či nemoci.

- *Ekologicko - sociální model zdraví*

Vidí zdraví u člověka jako stav ovlivněný jeho přírodním a sociálním prostředím. Tento model rozšiřuje biomedicínský model zdraví.

- *Celostní (holistický) model zdraví*

Je charakterizováno jako soubor složek, které fungují na podkladě vztahu mezi sebou a vzájemného ovlivnění. Jde o propojení složky tělesné, duševní, citové, osobní (seberealizační), sociální (společenské) a duchovní (spirituální).

- *Behaviorální model zdraví*

Chápe zdraví jako určité projevy chování, které hodnotí jako významné a účelné pro zdraví člověka. Využívá poznatků psychologických disciplín (psychopatologie, mentální hygiena, klinická psychologie, psychologie zdraví a psychologie nemoci).

## **1. 2. 4 Zdraví a jeho determinanty**

Lze definovat jako osobní, společenské, ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými, a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti (Nutbeam, 1998).

Obecně lze determinanty zdraví podle jejich charakteru rozdělit na čtyři základní typy, a to na genetický základ, životní prostředí, zdravotnický systém a životní styl (Rengelink a Schrijvers, 1998). Pro praxi je však nutná nejen identifikace jednotlivých determinant, ale i jejich účinnosti. Došlo k rozpoznání jednotlivých typů determinant a jejich poměrnému kvantitativnímu vyjádření vlivů. Williams (1990) uvádí, že genetika a životní prostředí se na zdravotním stavu populace podílejí shodně 20 %, zdravotní péče 10 % a že zbývajících 50 % připadá na individuální chování a životní styl.

Podle Čeledové (2010) byly determinanty zdraví rozděleny na vnitřní a zevní. Mezi vnitřní patří dědičné neboli genetické faktory, což je základ, který každý dostává od svých rodičů. Genetické faktory jsou ovlivňovány dalšími determinantami, jaké jsou

socioekonomické a životní prostředí, životní styl a kvalita zdravotní péče (Čeledová, 2010). Ivanovová (2010) ve své publikaci určuje determinanty zdraví jako faktory nebo příčiny, podmínky, které komplexním způsobem působí na zdraví člověka. Určitým způsobem ovlivňují lidské zdraví pozitivně - chrání ho a upevňují, nebo na něj působí negativně - ohrožují ho a napomáhají vzniku nemoci (Ivanovová, 2010). O této podobě rozdělení determinant zdraví pojedná i Nováková (2011) a zároveň je rozlišuje na vnitřní a zevní determinanty zdraví. Do vnitřních patří již zmiňované genetické determinanty jako je pohlaví, věk a vrozené předpoklady neboli genetické dispozice, které nelze ovlivnit a člověk s nimi musí počítat, případně upravit svůj způsob života. Do vnějších determinant patří - životní prostředí, životní podmínky, životní způsob, životní styl (Nováková, 2011).

Později byly některé sociálně ekonomické faktory prostředí (charakteristika místa, kde lidé žijí) a životní styl spojeny do jedné kategorie sociálních determinant zdraví (Wilkinson, Marmot 2005). Jindy jsou behaviorální faktory obsažené v životním stylu a jiné psychologické a sociální faktory (typ osobnosti, zvládání stresu, sociální opora a jiné) sloučeny do specifické třídy psychosociálních determinant zdraví (Kebza, 2005).

Hnilicová a Janečková (2009) uvádějí v odstavci, že jsou sociální determinanty propojeny komplexem velmi složitých vztahů. Rozsah vlivů jednotlivých determinant a jejich vzájemná proporce se mění spolu s rozvojem lékařských věd, například genetického výzkumu, i s novými možnostmi léčby a účinnými zásahy do různých patogenetických procesů. Změny se odehrávají s vysokou rychlostí, jsou akcelerovány a v globalizovaném světě lehce překračují hranice jednotlivých států. Prostředí a nová rizika v něm navíc vyvolávají vzrůstající nároky na schopnosti adaptace člověka.

Teprve celistvý pohled na komplex spektra všech procesů ve vztahu organismu a prostředí, jehož výslednou projekcí určitý model životního stylu, se uplatňuje jako determinanta zdraví (Payne, 2005).

## **1. 3 Sociální determinanta - Práce**

Práce je jednou z deseti sociálních determinant zdraví, které uvádějí ve své publikaci Wilkinson a Marmot (2005). Je potřeba si uvědomit, že velkou část života strávíme v práci. Za vykonanou práci získáváme finanční odměnu. Zároveň nám určuje místo ve společnosti a ovlivňuje naše psychické a fyzické zdraví (Schraggeová, 2011). Pro mě osobně jde o aktivní činnost, která mi přináší socioekonomické uspokojení.

### **1. 3. 1 Definice práce**

Definice práce prošla pestrým historickým vývojem a existuje mnoho pojetí tohoto výrazu. Na práci můžeme pohlížet z různých hledisek: antropogenetického, historického, ekonomického, z hlediska fyziky, biologicko - fyziologického, sociologického a psychologického.

Dle Hartla a Hartlové (2010) se prací rozumí tělesná nebo duševní činnost zaměřená na výdělek, výživu, uspokojení potřeb a tvorby hodnot. Dohnalová a Malina (2006) definují práci jako účelnou lidskou činnost konanou určitým úsilím, které slouží primárně k zajištění obživy a případně k uspokojení psychického ustrojení. Podle Giddense (1999) přináší práce člověku nejenom výdělek, ale i základ pro získávání a zdokonalování se v dovednostech a schopnostech, které podporují rozmanitost žití, osobní identity, což souvisí se zdrojem sociálních kontaktů a v neposlední řadě se smysluplností strukturace času a organizování denních aktivit.

## 1. 3. 2 Pojmy související s prací

### 1. 3. 2. 1 Pracovní prostředí

Vévoda (2013) popisuje pracovní prostředí jako místo, kde pro zaměstnance nehrozí žádná havárie, úraz, ani jiné poškození zdraví. Mělo by jít o prostředí, které podporuje zdraví, pohodu tělesnou, duševní i sociální. Do pracovního prostředí patří činitelé fyzikální, biologické, sociální, kulturní a jiní, kteří působí na zaměstnance (jejich zdraví, spokojenost, motivaci, schopnosti, výsledky a chování) v pracovním procesu při vykonávání sjednané práce a dosahování požadovaného výkonu (Šikýř, 2012).

Vytváření příjemného, bezpečného a zdraví neohrožujícího pracovního prostředí souvisí s takovými problémy jako jsou (Šikýř, 2012):

- prostorové řešení pracoviště
- barevná úprava pracoviště
- mikroklimatické podmínky na pracovišti
- osvětlení pracoviště
- hluk na pracovišti

Nováková (2012) rozlišuje faktory pracovního prostředí na:

- *fyzikální* - přírodní zdroj prostředí, umělý zdroj infračerveného záření, ionizující záření, neionizující záření, mikroklima, světelné záření, hluk a vibrace
- *chemické* - prach, těžké kovy, organická rozpouštědla
- *biologické* - všechny mikroorganismy, jež jsou schopny vyvolat infekční onemocnění, jsou původci nákaz nebo při manipulaci s biologickým materiálem

Základní požadavky jsou definovány v zákoně č.309/2006 sb. o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, ve znění pozdějších předpisů.

### **1. 3. 2. 2 Pracovní podmínky**

Pojem pracovní podmínky je třeba užívat ve smyslu souhrnu práv a povinností, které se týkají pracovního závazku, zatímco pojem „péče organizace o pracovníky“ nutno užívat ve smyslu souhrnu povinností, které nemají přímou souvislost s plněním pracovního závazku (Nováková, 2008). Tyto pojmy se vzájemně prolínají a není jednoduché mezi nimi stanovit jednoznačnou rozlišovací hranici. I dle názoru V. Vitáska (1973) je třeba pojem pracovní podmínky chápat tak, že jde o soubor práv a povinností, které mají přímou souvislost s plněním pracovních úkolů pracovníka. Vyplynají ovšem z pracovněprávních vztahů, jejichž objektem je vykonaná práce, popřípadě s ním související zajištění výchovy mladistvých k povolání, a nikoli tedy jen z pracovního poměru, který je jen jedním, i když nejtypičtějším druhem pracovněprávních vztahů (Vitásek, 1973).

Lze tedy konstatovat, že pracovními podmínkami rozumíme soubor práv a povinností zaměstnavatele a zaměstnance, které mají přímou souvislost s plněním konkrétních pracovních vztahů, jejichž objektem je výkon práce a zajištění výchovy mladistvých k povolání.

### **1. 3. 2. 3 Pracovní vztahy**

Jde o vztahy, které vznikají v souvislosti s vykonáváním práce, které je možné členit do několika skupin (Koubek, 2009).

- 1) Vztahy mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem, tedy tzv. *zaměstnanecké vztahy*. Jsou vždy upraveny závazným dokumentem - pracovní smlouva, kolektivní smlouva, zákoník práce.
- 2) Vztahy *mezi zaměstnancem a zaměstnaneckým sdružením* (odborníky nebo komory zaměstnanců).
- 3) Vztahy mezi odborníky, popřípadě mezi jinými druhy sdružení zaměstnanců, a zaměstnavatelem, popřípadě vedením organizace či sdruženími

zaměstnavatelů upraveno zpravidla celostátními zákonnými normami. Pro tento vztah se používá termín *kolektivní pracovní vztahy*.

4) Vztahy *mezi nadřízeným a podřízeným*, které jsou upraveny pracovní smlouvou, organizačním řádem či pracovním řádem.

5) Vztahy *k zákazníkům a veřejnosti*

6) Vztahy *mezi pracovními kolektivy v organizaci*, které jsou též upraveny organizačním či pracovním řádem.

7) Vztahy *mezi spolupracovníky* jsou neformální, tedy neupravené žádnými předpisy.

### 1. 3. 3 Druhy práce

Křivohlavý (2006) rozděluje práci z hlediska psychologie na tři druhy:

- Práce jako *povolání*, kdy člověk vyžaduje za nutné využít vlastní schopnosti pro nějaký vyšší účel. Tato motivace se objevuje například u učitelů, sociálních pracovníků či umělců.
- Práce jako *zaměstnání*, které má zajistit podmínky pro přežití, osobní prestiž pracujícího člověka je posilována vědomím, že něco umí, je schopen si vydělávat a není druhým lidem na obtíž.
- Práce jako *příležitost pro dosažení kariéry*, kdy vedle faktu, že daný člověk má práci, dosahuje jeho činnost dalšího rozměru. V zaměstnání, které vykonává, může postupovat po společenském a ekonomickém žebříčku. V tomto případě převyšuje motivace osobního postupu (Křivohlavý, 2006).

### 1. 3. 4 Význam práce pro člověka

Podle Mareše (1994), který shrnuje podle Giddense šest charakteristik placené práce, mají pro život člověka klíčový význam:

- *peníze* - zdrojem a určování potřeb člověka
- *úroveň činnosti* - získávání, zdokonalování dovedností a schopností člověka
- *rozmanitost žití* - práce představuje vstup do kontextu kontrastujícího s domácím prostředím
- *struktura času* - smysluplné uspořádání denních aktivit
- *sociální kontakt* - zaměstnání přináší přátelství a možnost participace na dalších aktivitách
- *osobní identita* - zaměstnání je ceněno pro svou stabilní sociální identitu

Práce se svým strukturovaným a regulovaným charakterem uspokojuje pět základních potřeb (Mareš, 1994) a ty jsou:

- struktura času (den, týden, rok)
- sdílení sociálních zkušeností mimo rámec rodiny
- podílení se na cílech a účelech, které jedince přesahují
- osobní status a osobní identitu
- vymezuje řadu aktivit, k nimž bez zaměstnání není člověk motivován



### 1. 3. 5 Bezpečnost práce

Podle Koubka (2009) má každý zaměstnavatel povinnost provádět taková opatření, která odstraňují příčiny ohrožení života a zdraví zaměstnance a vytvářejí bezpečné pracovní podmínky. Dozorem nad bezpečností práce je u nás Ministerstvo práce a sociálních věcí, kterému je podřízen Český úřad bezpečnosti práce. V oblasti hygieny práce provádí kontrolu i hygienická služba. Štikař (2003) uvádí základní úkoly bezpečnosti práce: zjišťování příčin nehodovosti a úrazovosti, uspořádání pracovního procesu a pracovních podmínek. Dále vyjmenovává závislost bezpečnosti práce na (Štikař, 2003):

- na způsobilosti člověka - charakterové vlastnosti, připravenost a tělesné, duševní, smyslové předpoklady
- na požadavcích práce takové - druh pracovní činnosti, pracovní situace, pracovní předpisy a jiné faktory jako je konstrukce pracovního prostředí apod.

V České republice je legislativní rámec uveden v Zákoníku práce (2006), kde jsou sepsána všechna opatření, práva a povinnosti, kterými by se měli řídit zaměstnavatelé a zaměstnanci při výkonu svého povolání. Všechny mají hlavní cíl předcházet rizikům, odstraňovat je či minimalizovat vliv neodstranitelných rizik.

Jednou z významných institucí, která se zabývá bezpečností a ochranou zdraví při práci v rámci Evropské unie, je Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci. Cílem této instituce je sdílet, shromažďovat informace a poznatky týkající se bezpečnosti a ochrany zdraví při práci se zaměřením především na oblast prevence rizik při práci (stránky Evropské agentury pro BOZP - článek Help). Významným cílem tedy je zvyšování kvality pracovního prostředí, protože jen bezpečné a zdravé pracovní prostředí vytváří předpoklady pro odvádění kvalitní práce. Jedná se o nejpropracovanější odvětví v rámci sociální politiky (Pochopová, 2012).

### 1. 3. 6 Hygiena práce

Hlavním zaměřením hygieny práce je sledovat vlivy pracovního prostředí na zdraví jedince i skupiny osob. Úkolem hygieny práce podle Novákové (2012):

- *rozpoznání* faktorů pracovního prostředí, podmínek práce a vlivu faktorů spojených s výkonem práce na zdraví pracovníka a jeho pracovní pohodu
- *zhodnocení*, významu těchto vlivů vzhledem k možnosti poškození lidského zdraví a pracovní pohodě (pocitu zdraví)
- *navržení* kontrol za účelem omezení nepříznivého působení faktorů pracovního prostředí pracovních podmínek

Tato specializovaná oblast ochrany zdraví se snaží zajistit tělesnou, duševní a sociální pohodu při práci. Pokud není vytvořena pohoda na pracovišti a převažují v pracovním prostředí faktory, které negativně ovlivňují zdraví pracovníka, může vzniknout nemoc z povolání (Nováková, 2012).

Nemocí z povolání se rozumí nemoc vznikající nepříznivým působením chemických, fyzikálních a biologických faktorů nebo jiných škodlivých faktorů souvisejících s prací (Tuček 2013). Nemoci z povolání jsou uvedeny v seznamu nemocí z povolání. Uznávání nemocí z povolání pro účely úrazového pojištění provádějí zdravotnická zařízení stanovená zvláštním zdravotním předpisem, kterým se stanoví postup při uznávání nemocí z povolání a vydává seznam zdravotnických zařízení, která tyto nemoci uznávají (Tuček 2013).

## **1. 4 Zdravotnictví v ČR**

Podle Kebzy (2014) představuje zdraví jednu ze základních individuálních a společenských hodnot, a proto jednotlivé státy postupem doby vytvořily sofistikované zdravotní systémy. Tyto systémy nabývají v různých zemích různou podobu. Lze je definovat jako formálně uspořádanou soustavu vztahů mezi základními subjekty - pacienty (potřebují a spotřebovávají), poskytovateli (smí nabízet služby a pečují o pacienty) a plátcí, kteří ji finančně zprostředkovávají (Křížová, 1998).

### **1. 4. 1 Historický vývoj zdravotnické péče v ČR**

Historický vývoj systému péče o zdraví na našem území souvisí s počátky zdravotního pojištění, kdy se u nás na konci 19. stol. vyskytovaly stovky vzájemných pokladen s několika tisíci členy. Nemocenské pojištění bylo zavedeno v Rakousku - Uhersku v průmyslu od roku 1888 (Kebza, 2014).

Dalším mezníkem v 1. polovině 20. stol. bylo zavedení povinného zdravotního pojištění pro vybrané profese. Postupně působilo několik typů pojišťoven, fondů a pokladen. Nakonec ve třicátých letech 20. století působilo v Československu přes 300 nemocenských pojišťoven (Barták, 2010).

Po 2. světové válce bylo sjednoceno nemocenské a důchodové pojištění do jednoho povinného systému, jehož správu převzala Ústřední zdravotní pojišťovna. Ambulantní péče byla poskytována převážně privátními lékaři. Nemocnice, léčebné ústavy, lázně a zdravotnický průmysl byly znárodněny (Bártlová2005). V roce 1951 byl v Československu zaveden sovětský model zdravotnictví. Stát převzal zodpovědnost za poskytování zdravotní péče a za zdraví celé populace. Ústřední zdravotní pojišťovna byla zrušena a financování zdravotnictví převzal stát, tudíž péče pro občany se stala bezplatnou a byla financována z daní prostřednictvím státního rozpočtu (Kebza, 2014). Podle Kebzy (2014) došlo k rozvoji zdravotnických zařízení, byla postavena řada nemocnic, ústavů, ozdravoven atd. Byl zaznamenán pokles nemocnosti a úmrtnosti na

infekční onemocnění a zároveň zvýšen pokrok v oblasti pediatrie a neonatologie, kde došlo ke snížení kojenecké úmrtnosti.

Po roce 1989 došlo k transformaci od státem řízeného a z daní financovaného systému k modelu všeobecného zdravotního pojištění, kde hlavní odpovědnost za financování a organizování zdravotní péče přebírají zdravotní pojišťovny (Křížová, 1998).

Podstatou modelu veřejného zdravotního pojištění jsou finanční příspěvky, které občan povinně odvádí do fondu zdravotních pojišťoven bez ohledu na své budoucí potřeby. Pojišťovny proplácejí úhrady za poskytovanou zdravotní péči poskytovatelům, se kterými mají uzavřené smlouvy (Barták, 2010).

#### **1. 4. 2 Systém zdravotnické péče v ČR**

Na území České republiky existují jak státní, tak nestátní zdravotnická zařízení. Téměř všechna zařízení mají uzavřenou smlouvu o úhradě a poskytování zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou a poskytují svým pojištěným klientům zdravotní péči bez přímé úhrady (Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004).

Zdravotní služby poskytuje soustava zdravotních zařízení:

- ambulantní péče
- ústavní (lůžkové) péče
- zařízení závodní preventivní péče
- zařízení neodkladné péče
- zařízení dopravy nemocných, raněných a rodiček
- zařízení lázeňské péče
- zařízení zajišťující léčiva, zdravotní pomůcky a stomatologické výrobky

Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných

pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zapracovává příslušné předpisy Evropské unie.

### **1. 4. 3 Nemocnice Ostrov**

Ostrovská nemocnice leží v Karlovarském kraji, v Podkrušnohoří a její historie sahá až do 50. let 20. let minulého století, kdy byla v regionu prioritní těžba uranu, a proto bylo nutné zajistit v tomto kraji zvýšenou zdravotní péči. Samotná výstavba nemocnice byla započata roku 1957, slavnostní otevření nemocnice se uskutečnilo v roce 1961 (Ostrovská nemocnice, webové stránky 2015).

Po celou dobu své počáteční existence byla nemocnice součástí organizace OÚNZ (Okresní ústav národního zdraví) a v rámci řízení pod ní spadala i místní poliklinika. V roce 1994 prošla zásadní transformací a stala počtem lůžek největším nestátním soukromým zdravotním zařízením (Ostrovská nemocnice, webové stránky 2015).

Od roku 2008 je vlastníkem nemocnice NEMOS PLUS s. r. o. Pod tímto vedením prošla nemocnice v posledních letech mnoha projekty. Jedním z nich je vybudování nového oddělení následné intenzivní péče, které je zaměřeno na péči o klienty, kteří vyžadují dlouhodobou intenzivní péči jipového charakteru (Ostrovská nemocnice, webové stránky 2015).

#### **1. 4. 3. 1 Struktura nemocnice a její služby**

Nemocnice se skládá ze dvou samostatných budov, kdy druhá prochází celkovou rekonstrukcí a první se skládá z několika budov tvořící monoblok. Nemocnice zaměstnává kolem 500 lidí, lůžková kapacita činí 330 lůžek.

Nemocnice poskytuje komplexní péči v oboru gynekologie - porodnictví, chirurgie, interny, psychiatrie, pediatrie, rehabilitace, dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče a následné péče. Lůžková oddělení mají vlastní multioborové jednotky intenzivní péče (MOJIP). V nemocnici je nepřetržitá konziliární služba v oborech například interna, chirurgie, pediatrie atd. (Ostrovská nemocnice, webové stránky 2015).

#### **1. 4. 4 Nemocnice Sokolov**

Sokolovská nemocnice leží cca 15 km od nemocnice Ostrov směrem na západ, nachází se v Karlovarském kraji. Její rozloha je oproti ostrovské nemocnici o něco větší a je i služebně starší. Její výstavba byla zahájena v červnu 1909 a zkolaudována byla v listopadu 1911. Během 2. světové války byl provoz nemocnice omezen. Po válce došlo k rozšíření nemocnice a zároveň prošla několika organizačními správními celky (Sokolovská nemocnice, webové stránky 2015).

Od 1. 1. 2011 je zdravotnické zařízení řízeno a spravováno společností NEMOS PLUS s. r. o. Jako nemocnice v Ostrově, tak nemocnice v Sokolově, prošla a prochází několika projekty. V roce 2013 byla dokončena rekonstrukce iktového centra, specializovaného oddělení zaměřeného na diagnostiku a terapii akutní cévní mozkové příhody - mrtvice – CMP – iktu. Přístrojová technika byla pořízena z dotačních prostředků ministerstva zdravotnictví z programu IOP (Sokolovská nemocnice, webové stránky 2015).

##### **1. 4. 4. 1 Struktura nemocnice a její služby**

Nemocnice je klasickou nemocnicí pavilónovou. Jednotlivé budovy jsou propojeny chodbami a výtahy. Stavební práce byly hrazeny z prostředků uvolněných z rozpočtu Karlovarského kraje. Fungují zde lůžková oddělení v oborech anesteziologicko resuscitační péče, pediatrie, gynekologie a jiné. Oproti ostrovské nemocnici disponuje nemocnice

sokolovská křivým centrem, kostní tkáňovou bankou, mammoscreeningem, pracovištěm pro léčbu bolesti, soudním lékařstvím a toxikologií atd. (Sokolovská nemocnice, webové stránky 2015).

## **2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2. 1 Cíl práce**

Cílem diplomové práce je zmapovat vliv práce jako sociální determinanty na zdraví zdravotnického personálu ve vybraných nemocnicích. Dílčí cíle jsou především zmapovat vliv vztahů na pracovišti a jeho vliv na celkové zdraví zdravotníků. Dalšími dílčími cíli jsou vlivy pracovních podmínek - finanční ohodnocení, pracovní doba, náplň práce a bezpečnost pracovišť na celkové zdraví zdravotnického personálu.

### **2. 2 Hypotézy**

V souvislosti s cíli práce byly stanoveny následující hypotézy:

Základní hypotéza

Vybrané aspekty práce mají vliv na zvolené charakteristiky zdraví cílové skupiny.

Dílčí hypotézy

Hypotéza 1

Vztahy na pracovišti u zdravotníků mají vliv na jejich celkové zdraví.

Hypotéza 2

Finanční ohodnocení má vliv na celkové zdraví zdravotníků.

Hypotéza 3

Pracovní doba má vliv na celkové zdraví zdravotníků.

Hypotéza 4

Náplň práce má vliv na celkové zdraví zdravotníků.

Hypotéza 5

Bezpečnost na pracovišti má vliv na celkové zdraví zdravotníků.



## 3 METODIKA

### 3.1 Použitá metoda

Výzkumné šetření v rámci této diplomové práce bylo provedeno formou kvantitativního výzkumu. K získání dat byla využita metoda dotazování, technika dotazníku. Podle Reichla (2009) se předpokládá, že zkoumaný předmět u kvantitativního přístupu lze měřit, uspořádat a třídit. Hodnoty získané kvantitativní formou výzkumu se analyzují statistickými metodami za účelem ověřit, zda platí mínění o výskytu charakteristik k sobě navzájem, či k jiným objektům, procesům a jejich znakům (Reichel, 2009).

Technika dotazníku je dle Dismana (2007) velice účinná a lze podle ní snadno a rychle získat informace od většího počtu respondentů v poměrně krátkém časovém úseku. Nevýhodou této techniky jsou vysoké požadavky na ochotu dotazovaných a často neochota otázku zodpovědět vůbec (Disman, 2007).

Vytvořený dotazník (Příloha č. 2) obsahoval celkově 23 otázek, nejčastěji byly použity otázky uzavřené (15 otázek), polootevřené (4 otázky) a otevřené (4 otázky). Dotazník byl složen z otázek týkajících se demografických údajů k problematice zkoumání, dále otázek hodnotící subjektivní zdraví respondentů, otázek souvisejících se zaměstnáním dotazovaných a poslední okruh dotazů byl zaměřen na zdraví vs. práce u respondentů. Některé otázky byly převzaty z výzkumu COST OC 10031, který prováděl výzkumný tým Doc. Mgr. et Mgr. Jitky Vackové, Ph. D. (jedná se o otázky z oblasti demografické údaje a práce). Dotazník byl anonymní.

Distribuce dotazníku byla provedena prostřednictvím náměstků pro ošetrovatelskou péči v obou nemocnicích.

## 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen zdravotnickým personálem nemocnice v Sokolově a Ostrově. Zdravotnický personál nemocnice tvoří: lékaři, sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, zdravotničtí laboranti a pomocný zdravotnický personál. Respondenti byli ve výsledcích popisováni jako oslovení, dotazovaní, zdravotníci, zaměstnanci, zdravotnický personál.

Celkem bylo rozdáno 500 dotazníků. Z toho 200 do nemocnice Ostrov a 300 do nemocnice Sokolov. Pro výzkum použitelných dotazníků se vrátilo 201, tj. 40,2 %. Dotazníkové šetření probíhalo od počátku února do poloviny března 2015.

## 3.3 Zpracování dat

Výsledná data byla zadána a zpracována pomocí programu SPSS verze 16,0 a 23,0. (Statistical Package for Social Science). Dále byla data vyhodnocena a zpracována pomocí grafů a tabulek v absolutních číslech a procentech.

Hodnoty výzkumu byly statisticky zpracovány za pomoci níže uvedených statistických metod, které jsou popsány podle Vackové (2012) a Skalské (2009).

- Pearson chí-kvadrát test na dohodnuté hladině významnosti  $\alpha \leq 0,05$  (Vacková, 2012).
- Obsazenost buněk - více než 2 buňky (20 %) mají očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost (Skalská, 2009).
- Analýza adjustovaných reziduí, která stanovuje významnost odchylek dat a očekávaných hodnot a pomoci níž lze sledovat signifikantní vztahy v kontingenční tabulce. V textu je znázorněna prostřednictvím znaménkových schémat (Vacková, 2012).

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Popisná statistika

Pro vyhodnocení dotazníkového šetření byla použita popisná statistika ve formě četnostních tabulek, zajímavé vztahy jsou znázorněny pomocí kontingenčních tabulek. Dále jsou výsledky převedeny do grafů. Získaná data byla zadána a vyhodnocena pomocí programu SPSS (Statistical Package for Social Science) verze 16,0 a Microsoft Office Excel 2007.

#### Otázka č. 1: Pohlaví

Tabulka 1 Rozdělení četností zachycující zastoupení pohlaví

Pohlaví	Četnost	Procenta
Ženy	176	87,6
Muži	25	12,4
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 1 zobrazuje počet respondentů. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 201 osob (100%), z toho 176 žen (87,6%) a 25 mužů (12,4%).

## Otázka č. 2: Věk

Tabulka 2 **Četnostní tabulka zobrazující věkové rozložení**

Věková generace	Četnost	Procenta
18 - 29 let (mladá)	47	23,4
30 - 49 let (střední)	110	54,7
50 a více let	44	21,9
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 2 zachycuje věkové rozložení respondentů. Z odpovědí respondentů jsem vytvořila 3 věkové generace. Z celkového počtu 201 (100%), nejvíce respondentů zaujímá „střední generace“, což je 110 (54,7%) a nejméně „50 a více let“ 44 (21,9%). Přehledně zobrazeno v grafu 1.

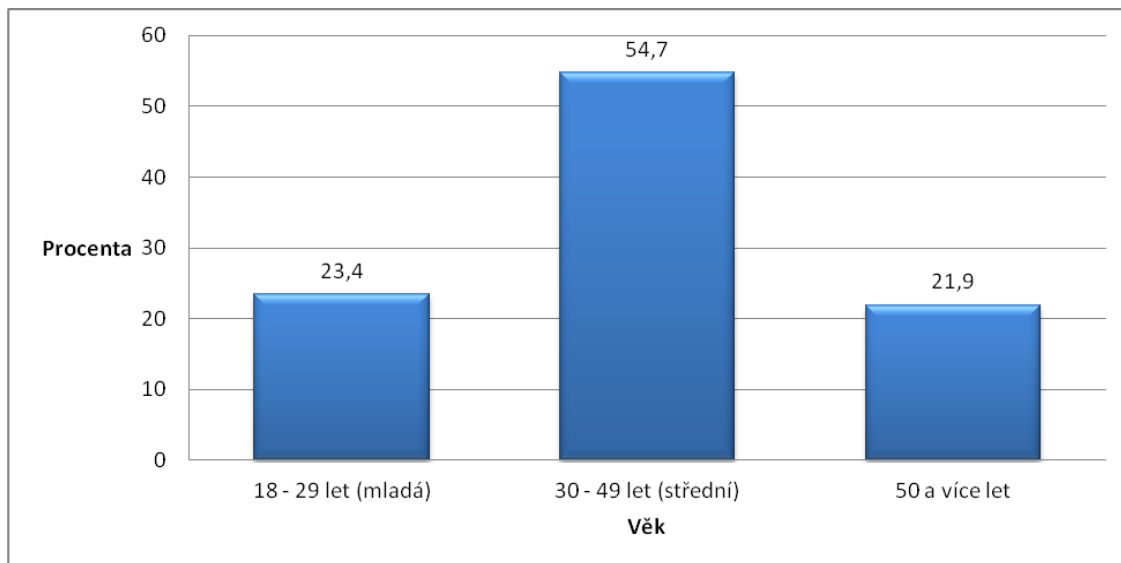
Tabulka 3 **Četnostní tabulka charakterizující soubor dle věku**

	Počet prvků	Min.	Max.	Průměr
Věk	201	20	64	42

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 3 zobrazuje další charakteristiky dotazovaných dle věku. Průměrný věk dotazovaných je 42 let, nejvyšší věk byl 64 let a nejnižší 20 let.

**Graf 1 Procentuální zobrazení věkového zastoupení respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2007.

#### **Otázka č. 4: Délka výkonu zdravotnické profese**

**Tabulka 4 Četnostní tabulka zobrazuje délku výkonu zdravotnické profese ve zdravotnictví**

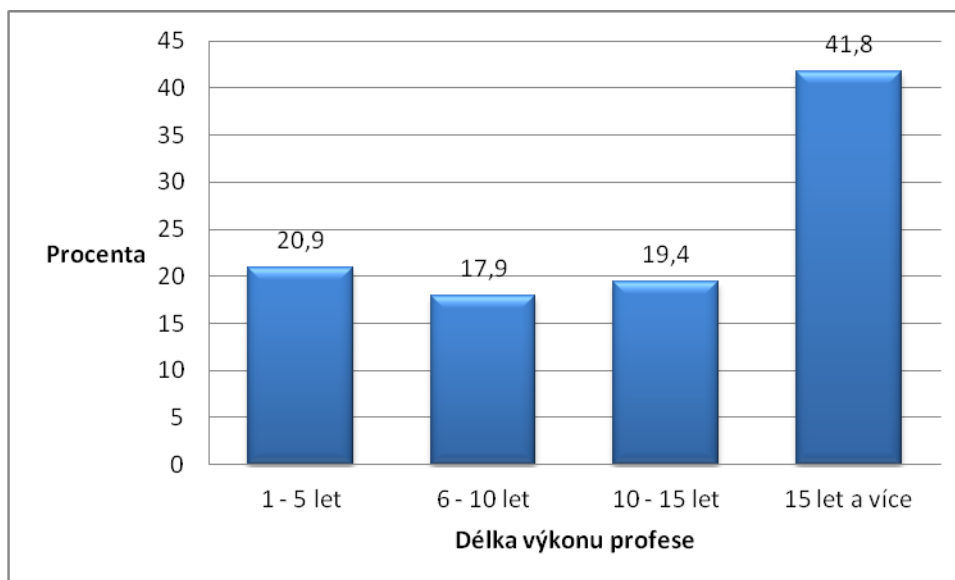
Délka výkonu profese	Četnost	Procenta
1 - 5 let	42	20,9
6 - 10 let	36	17,9
10 - 15 let	39	19,4
15 let a více	84	41,8
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 4 popisuje, jak dlouho jednotliví zaměstnanci pracují ve zdravotnictví. Nejvíce respondentů bylo zastoupeno ve skupině s délkou praxe „15 let a více“ 84 (41,8%), nejméně respondentů odpovídalo s délkou praxe „6 - 10 let“ 36 (17,9%). Ostatní skupiny měly obsazenost 42 respondentů (20,9%) s výkonem praxe „1 -

5 let“ a poslední kategorie „10 - 15 let“ 39 dotazovaných (19,4%). Přehledně zobrazeno v grafu 2.

**Graf 2 Procentuální zastoupení délky výkonu profese ve zdravotnictví**



Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2007.

### **Otázka č. 5: Místo výkonu zdravotnické profese**

**Tabulka 5 Četnostní tabulka obsahující místo výkonu zdravotnického povolání**

Místo výkonu profese	Četnost	Procenta
Ostrovská nemocnice	108	53,7
Sokolovská nemocnice	93	46,3
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 5 uvádí místo výkonu zdravotnické profese. Jednalo se o 2 zařízení - v nemocnici v Ostrově a nemocnici v Sokolově. Větší počet respondentů měla Ostrovská nemocnice 108 (53,7%), v Sokolovské nemocnici odpovídalo 93 (46,3%) zdravotníků.

## Otázka č. 6: Léta odpracovaná v nemocnici

Tabulka 6 Četnostní tabulka ukazuje léta odpracovaná v nemocnici

Roky	Četnost	Procenta
1 rok	27	13,4
2 - 3 roky	25	12,4
4 - 5 let	20	10,0
6 - 10 let	51	25,4
11 - 15 let	35	17,4
16 - 20 let	19	9,5
21 a více let	24	11,9
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 6 rozšiřuje předchozí otázku č. 5, kdy respondenti odpovídali, jak dlouho v daném zařízení pracují. Nejvíce zaměstnanců mělo odpracováno v kategorii „6 - 10 let“ 51 (24,5%), nejméně bylo oslovených v kategorii „16 - 20 let“ (9,5%).

## Otázka č. 7: Zdravotnická pozice

Tabulka 7 Zobrazuje četnost zdravotnické pozice

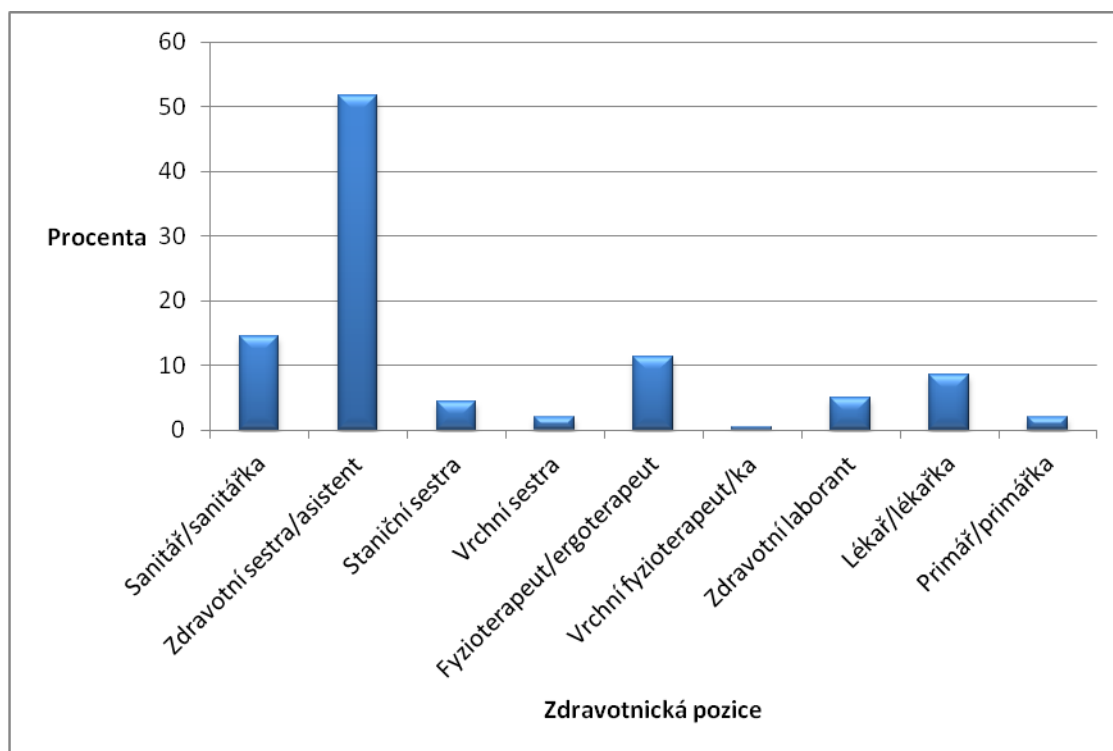
Zdravotnická pozice	Četnost	Procenta
Sanitář/sanitářka	29	14,4
Zdravotní sestra/asistent	104	51,7
Staniční sestra	9	4,5
Vrchní sestra	4	2,0
Fyzioterapeut/ergoterapeut	23	11,4
Vrchní fyzioterapeut/ka	1	0,5
Zdravotní laborant	10	5,0
Lékař/lékařka	17	8,5
Primář/primářka	4	2,0
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 7 charakterizuje zastoupení zdravotnických pozic ve výzkumu. Nejvíce bylo zastoupeno „zdravotních sester/ asistentek“ 104 (51,7%), další početnou skupinou byla kategorie „sanitář/sanitářka,“ kde bylo 29 respondentů (14,4%). Z vyššího zdravotnického personálu se zúčastnilo 17 „lékařů“ (8,5%) a 4 „primáři“ (2%). Nejméně respondentů bylo v kategorii „vrchní fyzioterapeut/ka“ 1 (0,5%).



**Graf 3 Rozdělení respondentů podle zdravotnické pozice**



Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2007.

### Otázka č. 8 a 9: Fyzického a psychického zdraví

**Tabulka 8 Četnostní tabulka popisující fyzické zdraví**

Fyzické zdraví	Četnost	Procenta
Velmi špatně	2	1,0
Spíše špatně	5	2,5
Průměrné (ani dobře, ani špatně)	51	25,4
Spíše dobře	92	45,8
Velmi dobře	51	25,4
<b>Celkem</b>	<b>201</b>	<b>100,0</b>

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

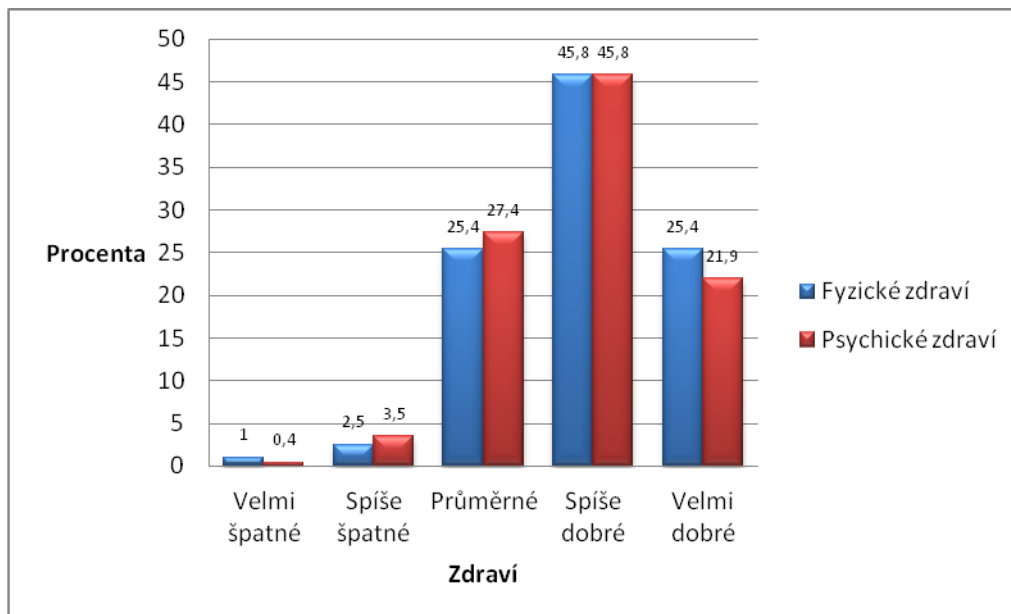
Tabulka 9 Četnostní tabulka charakterizující psychické zdraví

Psychické zdraví	Četnost	Procenta
Velmi špatně	1	0,4
Spíše špatně	7	3,5
Průměrné (ani dobře, ani špatně)	57	27,4
Spíše dobře	92	45,8
Velmi dobře	44	21,9
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulky 8 a 9 obsahují hodnocení zdravotníků z hlediska jejich subjektivního zdraví. První tabulka znázorňuje jejich fyzické zdraví - 92 respondentů (45,8%) hodnotilo „spíše dobře“, stejně zdravotníků 51 (25,4%) popisovalo své zdraví jako „průměrné až velmi dobré“. Kategorie „velmi špatně“ obsahovala pouze 2 (1%) respondenty a zbytek oslovených bylo v kategorii „spíše špatně“ 5 (2,5%). Stejně dopadlo i psychické zdraví. 92 zaměstnanců (45, %) hodnotilo své psychické zdraví jako „spíše dobré“, 57 (27,4%) zaměstnanců jako „průměrné“ a pouze 1 (0,4%) zdravotník popsal své psychické zdraví jako „velmi špatné“. Porovnání fyzického a psychického zdraví je přehledně znázorněno v grafu 4.

**Graf 4 Porovnání respondentů fyzického a psychického zdraví**



Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2007.

### Otázka č. 10: Vliv zaměstnání na zdraví

**Tabulka 10 Četnostní tabulka zobrazující vliv zaměstnání na zdraví**

Zaměstnání vliv na zdraví	Četnost	Procenta
Nemá žádný vliv	78	38,8
Má vliv	123	61,2
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 10 poukazuje vliv zaměstnání na zdraví zdravotníků a 123 (61,2%) respondentů hodnotilo, že „má vliv“ na jejich zdraví. Zbytek hodnotil, že „nemá žádný vliv“ 78 (38,8%).

### Otázka 11 - a,b: Fyzická a psychická náročnost práce

Tabulka 11a Četnostní tabulka popisující fyzickou náročnost zaměstnání zdravotníků

Fyzická náročnost	Četnost	Procenta
Zcela nenáročná	6	3,0
Spíše nenáročná	24	11,9
Středně náročná	60	29,9
Spíše náročná	64	31,8
Velmi náročná	47	23,4
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 11b Četnostní tabulka popisující psychickou náročnost zaměstnání zdravotníků

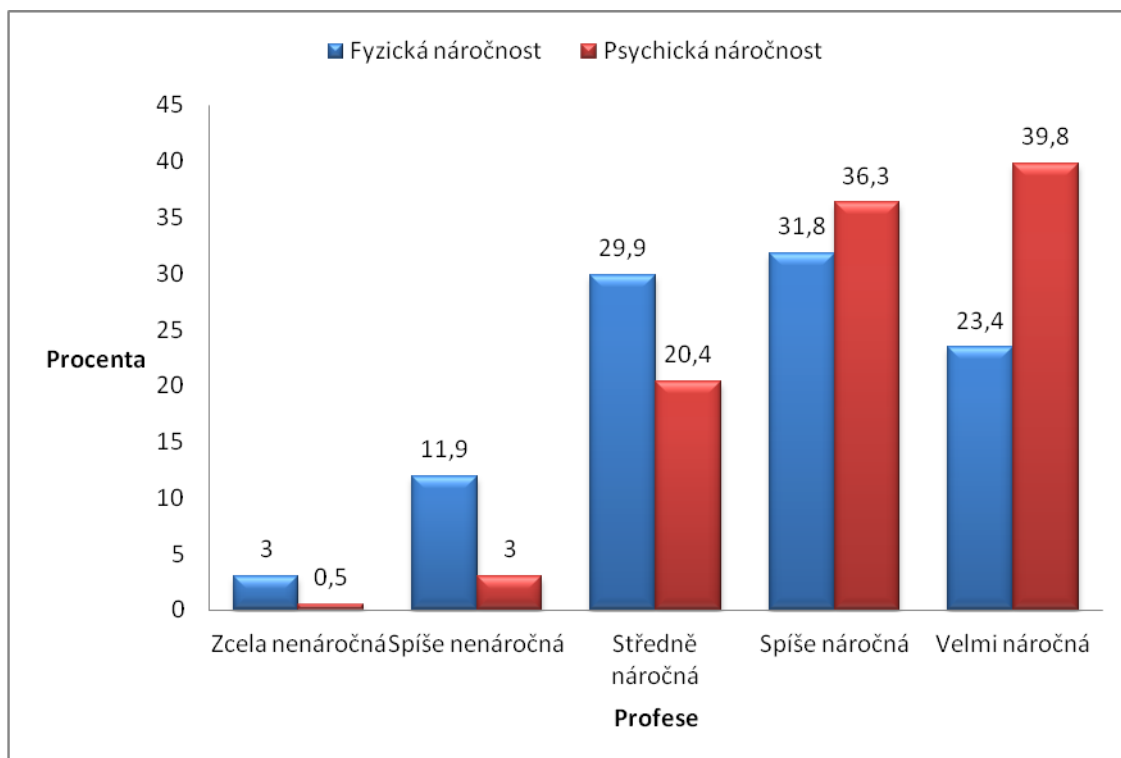
Psychická náročnost	Četnost	Procenta
Zcela nenáročná	1	0,5
Spíše nenáročná	6	3,0
Středně náročná	41	20,4
Spíše náročná	73	36,3
Velmi náročná	80	39,8
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulky 11.1,2 popisují náročnost zdravotnické pozice po fyzické a psychické stránce. Ve fyzické náročnosti hodnotilo nejvíce zdravotníků v kategorii „spíše náročná“ 64 (31,8%), pouze 6 (3%) zaměstnanců posuzovalo svou fyzickou náročnost zaměstnání jako „zcela nenáročnou“. U psychické náročnosti hodnotilo 80 (39,8%) zdravotníků jako „velmi náročnou“, na druhém místě skončila kategorie „spíše náročná“

73 (36,3%). Nejméně respondentů bylo v kategorii „zcela nenáročná“ - 1 (0,5%).  
Přehledné porovnání v grafu 5.

**Graf 5 Porovnání fyzické a psychické náročnosti v rámci profese respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2007.

## Otázka č. 12: Náročnost profese

Tabulka 12 Četnostní tabulka charakterizující náročnost profesí

	Lékař		Zdravotní sestra		Fyzioterapeut		Zdravotní laborant		Sanitář	
	Četnost	Procenta	Četnost	Procenta	Četnost	Procenta	Četnost	Procenta	Četnost	Procenta
Zcela nenáročná	1	,5	3	1,5	3	1,5	16	8,0	2	1
Spíše nenáročná	8	4,0	1	0,5	24	11,9	75	37,3	11	5,5
Středně náročná	39	19,4	34	16,9	77	38,3	70	34,8	45	22,4
Spíše náročná	64	31,8	80	39,8	62	30,8	27	13,4	73	36,3
Velmi náročná	89	44,3	83	41,3	35	17,4	13	6,5	70	34,8
Celkem	201	100,0	201	100,0	201	100,0	201	100,0	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 12 zobrazuje, jak respondenti hodnotili náročnost různých zdravotnických povolání. Jako „velmi náročnou“ profesi označila většina zdravotníků 89 (44,3%) pozici lékaře, za „středně náročnou“ profesi se 77 (38,9%) respondenty je pozice fyzioterapeut a za „spíše nenáročnou“ označili povolání zubní laborant 75 (37,3%).

## Otázka č. 13: Zdravotní obtíže

Tabulka 13 Četnostní tabulka popisující zdravotní obtíže související s výkonem povolání

Zdravotní obtíže	Četnost	Procenta
Ne	111	55,2
Ano	90	44,8
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 13 popisuje vliv související s výkonem povolání a zdravotních obtíží zdravotníků. 111 (55,2%) zaměstnanců popsalo, že zdravotní obtíže nejsou příčinou jejich povolání a 90 (44,8%) respondentů hodnotilo opačně.

**Respondenti nejčastěji uváděli kategorie onemocnění (dle četnosti zastoupení):**

- Bolesti páteře a kloubů
- Záněty žil
- Poruchy spánku
- Zvýšený krevní tlak
- Kožní obtíže
- Záněty šlach

**Otázka č. 14: Pracovní neschopnost**

Tabulka 14 Četnostní tabulka zobrazující pracovní neschopnost zapříčiněnou výkonem své profese

Pracovní neschopnost	Četnost	Procenta
Ano - důvodem byly fyzické obtíže	28	13,9
Ano - důvodem byly psychické obtíže	2	1,0
Ano - důvodem byly psychické i fyzické obtíže	4	2,0
Ne	164	81,6
Jiné	3	1,5

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 14 popisuje pracovní neschopnost zapříčiněnou výkonem povolání. 28 (13,9%) zdravotníků ohodnotilo svou pracovní neschopnost v kategorii „ano - důvodem byly fyzické obtíže“, naopak 164 (81,6%) dotazovaných uvádělo, že důvodem pracovní neschopnosti nebylo jejich povolání.

### Otázka č. 15: Stresové situace

Tabulka 15 Četnostní tabulka zachycuje četnost stresových situací

Stresové situace	Četnost	Procenta
Nikdy	1	0,5
Denně	114	56,7
Týdně	45	22,4
Měsíčně	12	6,0
Několikrát do roka	6	3,0
Velmi nepravidelně	23	11,4
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 15 poukazuje, jak často si zdravotníci mysleli, že jsou vystaveni stresovým situacím. 114 (56,7%) ohodnotilo otázku „denně“, pouze 1 (0,5%) zdravotník si myslel, že „nikdy“.



## Otázka č. 16: Pracovní podmínky

### 16a) Pracovní podmínka - finanční ohodnocení

Tabulka 16a Rozdělení četnosti zachycující hodnocení pracovní podmínky - finanční ohodnocení

Finanční ohodnocení	Četnost	Procenta
Velmi nespokojen/a	30	14,9
Spíše nespokojen/a	49	24,4
Průměrně spokojen/a	72	35,8
Spíše spokojen/a	47	23,4
Velmi spokojen/a	3	1,5
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 16a lze vyčíst, že nejvíce respondentů je „průměrně spokojeno“ 72 (35,8%) se svým finančním ohodnocením. V kategorii „spíše nespokojen“ označilo 49 (24,4%) zdravotníků a 30 (14,9%) z nich hodnotilo v kategorii „velmi nespokojen“. Pouze 3 (1,5%) byli „velmi spokojeni“ se svým finančním ohodnocením.

### 16b) Pracovní podmínka - pracovní doba

Tabulka 16b Rozdělení četností zachycující hodnocení pracovní podmínky - pracovní doba

Pracovní doba	Četnost	Procenta
Velmi nespokojen/a	4	2,0
Spíše nespokojen/a	16	8,0
Průměrně spokojen/a	47	23,4
Spíše spokojen/a	115	57,2
Velmi spokojen/a	19	9,5
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 16b je patrné, že 115 (57,2%) respondentů hodnotili svou pracovní dobu jako „spíše spokojenou“. Kategorii „velmi nespokojen“ - označilo pouze 4 (2%) oslovení.

### 16c) Pracovní podmínka - náplň práce

Tabulka 16c Rozdělení četností zachycující hodnocení pracovní podmínky - náplň práce

Náplň práce	Četnost	Procenta
Velmi nespokojen/a	2	1,0
Spíše nespokojen/a	14	7,0
Průměrně spokojen/a	40	19,9
Spíše spokojen/a	127	63,2
Velmi spokojen/a	18	9,0
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 16c uvádí, že 127 (63,2%) respondentů bylo „spíše spokojeno“ se svou náplní práce, 40 (19,9%) respondentů označilo, že jsou „průměrně spokojeni“, „spíše

nespokojeno“ bylo 14 (7%) zaměstnanců. Pouze 2 (1%) oslovení hodnotili svou náplň práce jako „velmi nespokojenou“, zbytek zdravotníků 18 (9%) bylo „velmi spokojeno“.

#### 16d) Pracovní podmínka - bezpečnost na pracovišti

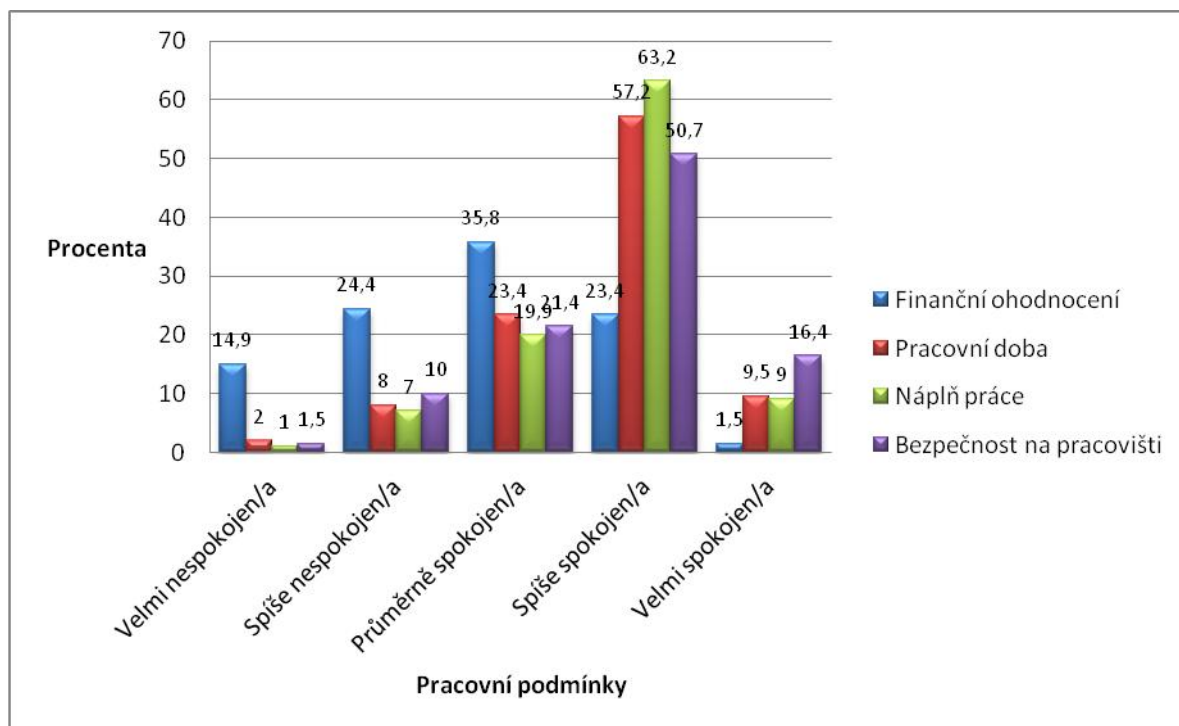
Tabulka 16d Rozdělení četností zachycující hodnocení pracovní podmínky - bezpečnost na pracovišti

Bezpečnost na pracovišti	Četnost	Procenta
Velmi nespokojen/a	3	1,5
Spíše nespokojen/a	20	10,0
Průměrně spokojen/a	43	21,4
Spíše spokojen/a	102	50,7
Velmi spokojen/a	33	16,4
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 16d je možné vyčíst, že 102 (50,7 %) dotazovaných bylo „spíše spokojeno“ s bezpečností na pracovišti, „průměrně spokojeno“ bylo 43 (21,4%) zdravotníků, „velmi nespokojeni“ byli pouze 3 (1,5%) respondenti a „velmi spokojeno“ bylo 33 (16,4%) oslovených. Přehledné porovnání pracovních podmínek v grafu 6.

**Graf 6 Porovnání procentuálního hodnocení pracovních podmínek u respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2007

### Otázka č. 17: Vztahy na pracovišti

Tabulka 17 Četnostní tabulka charakterizující vztahy na pracovišti mezi spolupracovníky

Vztahy na pracovišti	Četnost	Procento
Velmi špatné	4	2,0
Spíše špatné	16	8,0
Průměrně dobré	54	26,9
Spíše dobré	95	47,3
Velmi dobré	32	15,9
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 17 je patrné, že 95 (47,3%) respondentů hodnotí vztahy na pracovišti jako „spíše dobré“, „průměrně dobré“ 54 (26,9%) a „velmi dobré“ 32 (15,9%). Za „velmi špatné“ vztahy na pracovišti označili pouze 4 (2%) respondenti a za „spíše špatné“ 16 (8%) zdravotníků.

### Otázka č. 18: Celková spokojenost

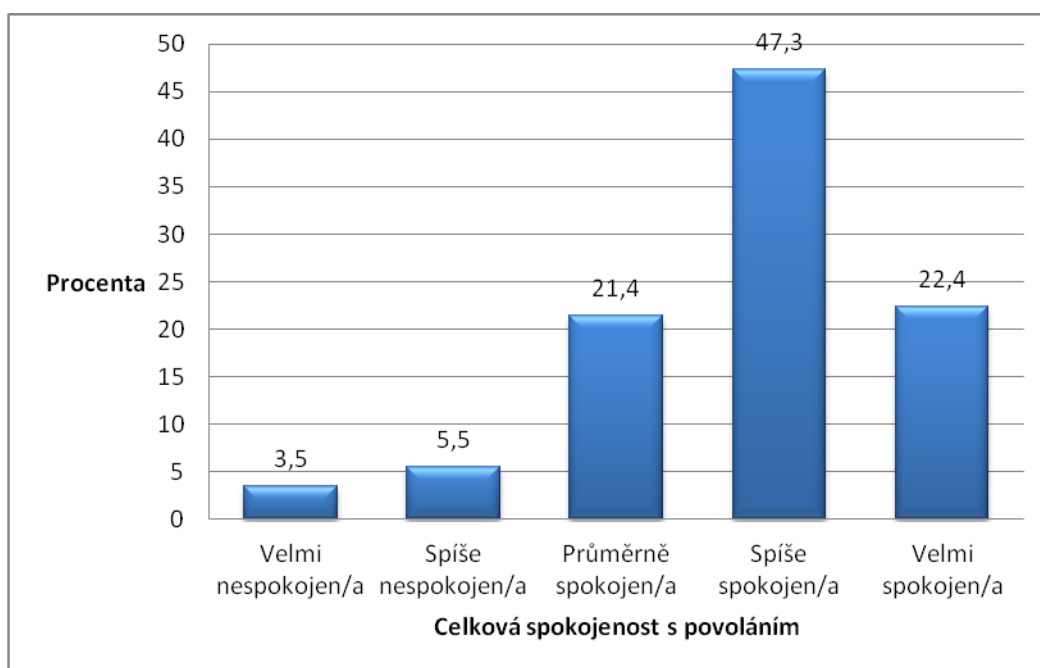
Tabulka 18 Četnostní tabulka zobrazující celkovou spokojenost s povoláním

Celková spokojenost s povoláním	Četnost	Procenta
Velmi nespokojen/a	7	3,5
Spíše nespokojen/a	11	5,5
Průměrně spokojen/a	43	21,4
Spíše spokojen/a	95	47,3
Velmi spokojen/a	45	22,4
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 18 lze vyčíst, že nejvíce respondentů hodnotilo kategorii „spíše spokojen/a“ 95 (47,3%), o něco menší zastoupení měla kategorie „velmi spokojen/a“ 45 (22,4%) a kategorie „průměrně spokojen/a“ 43 (21,4%). Méně respondentů bylo v kategorii „spíše nespokojen/a“ 11 (5,5%) a nejméně v kategorii „velmi nespokojen/a“ 7 (3,5%). Názornější zobrazení je v grafu 8.

**Graf 8 Celková spokojenost respondentů se svou profesí**



Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2007

## Otázka 19: Celkové zdraví

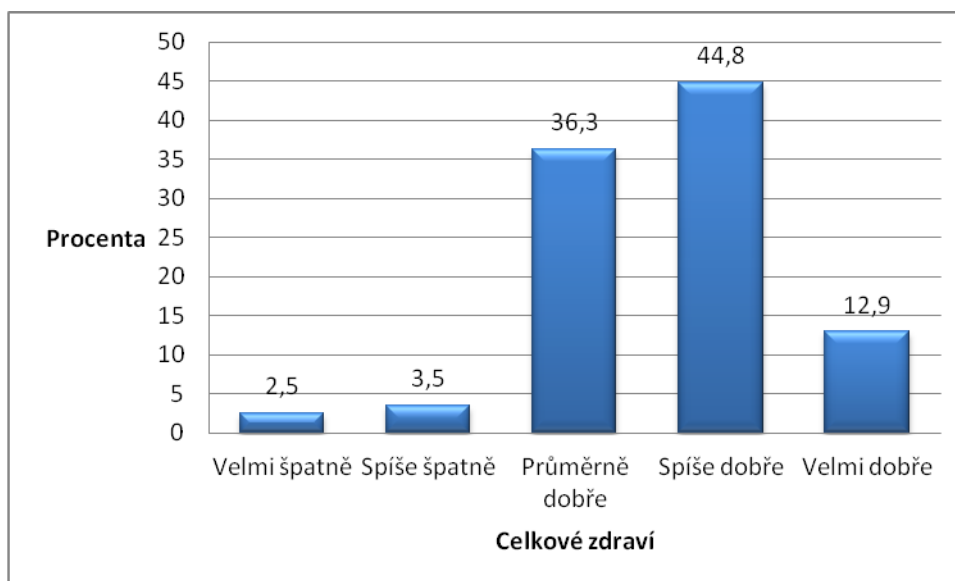
Tabulka 19 Rozdělení četností zachycující hodnocení celkového zdraví

Celkové zdraví	Četnost	Procenta
Velmi špatně	5	2,5
Spíše špatně	7	3,5
Průměrně dobře	73	36,3
Spíše dobře	90	44,8
Velmi dobře	26	12,9
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 19 zachycuje hodnocení celkového zdraví respondentů. Nejvíce respondentů 90 (44,8%) označilo, že se cítí „spíše dobře“, „průměrně dobře“ se cítí 73 (36,3%) zaměstnanců a „velmi dobře“ ohodnotilo 26 (12,9%) oslovených. Nejméně skončilo zdravotníků v kategorii „velmi špatně“ 5 (2,5%) a „spíše špatně“ označilo 7 (3,5%) respondentů. Přehledněji zobrazuje výsledky graf 9.

Graf 9 Hodnocení celkového zdraví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v Microsoft Office Excel 2007

### Otázka č. 20: Onemocnění

Tabulka 20 Četnostní tabulka zobrazující výskyt onemocnění v životě zdravotníků

Onemocnění	Četnost	Procenta
Ne	152	75,6
Ano	49	24,4
Celkem	201	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 20 popisuje, že 152 (75,6%) respondentů označilo, že nemá onemocnění. Zbytek zdravotníků naopak označilo, že má 49 (24,4%) ve svém životě nějaké onemocnění.

### Otázka č. 21: Typ onemocnění

Tabulka 21 Četnostní tabulka charakterizující zastoupení onemocnění u respondentů

Onemocnění	Četnost	Procenta
Nemoci šlach	5	2,5
Nemoci kostí a kloubů	18	9,0
Nemoci kůže	6	3,0
Nemoci týkající se dýchacího ústrojí	8	4,0
Jiné	12	6,0
Celkem	49	24,4

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 21 rozšiřuje předchozí otázku u dotazovaných, kteří odpověděli v otázce č. 20 ano. Respondenti uváděli, jakým typem onemocněním trpí. Nejvíce respondentů bylo v kategorii „nemoci kostí a kloubů“ 18 (9%), 12 (6%) zdravotníků označilo kategorii „jiné“. Na dalších pozicích skončila kategorie „nemoci týkající se dýchacího



ústrojí“ 8 (4%), „nemoci kůže“ 6 (3%) a nejméně respondentů bylo v kategorii „nemoci šlach“ 5 (2,5%).

### Otázka č 22: Omezení při výkonu povolání

Tabulka 22 Četnostní tabulka poukazující vliv omezení při práci

Omezení při práci	Četnost	Procenta
Ne	17	8,5
Ano	26	12,9
Nevím	6	3,0
Cekem	49	24,4

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky je patrné, že respondenti, kteří odpovídali v předchozí otázce č. 21 ano, hodnotili i otázku č. 22. Šlo o onemocnění, které uvedli v předchozí otázce a které ovlivnilo jejich výkon povolání. 26 (12,9%) respondentů odpovědělo, že „ano“, 17 (8,5%) dotazovaných odpovědělo, že „ne“ a 6 (3%) zdravotníků hodnotilo, že „nevím“.

### Otázka č. 23: Změny ve zdravotnictví

Tabulka 23 Rozdělení četností zachycující změny ve zdravotnictví

Změny ve zdravotnictví	Četnost	Procenta
Zlepšit/zvýšit vybavení a materiál	8	4,0
Zlepšit finanční ohodnocení	87	43,3
Navýšit zdravotní personál	23	11,4
Zlepšit systém vzdělávání	8	4,0
Snížit administrativu	8	4,0
Změnit pracovní dobu	4	2,0
Jiné	3	1,5
Celkem	141	70,1

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 23 zobrazuje, že 87 (43,3%) respondentů by chtělo změnit „finanční ohodnocení“ ve zdravotnictví, 23 (11,4%) by chtělo „navýšit zdravotní personál“. Se stejným ohodnocením skončily tři kategorie, kde hodnotilo stejný počet respondentů 8 (4%) - „zlepšit, zvýšit vybavení a materiál“ ve zdravotnictví, „zlepšit systém vzdělávání“ ve zdravotnictví a „snížit administrativu“. Pouze 4 (2%) respondenti by chtěli změnit „pracovní dobu“ a zbytek napsal „jiné“ změny ve zdravotnictví.

## 4. 2 Statistické testy

Data z výzkumu byla statisticky zpracována za pomoci statistických metod popsaných v kapitole 3 Metodika. Z důvodu statistického testování byly odpovědi na některé otázky rekatégorizovány.

### **H1: Vztahy na pracovišti u zdravotníků mají vliv na jejich celkové zdraví.**

Hypotéza byla testována na základě níže uvedených otázek:

8 č. Jak hodnotíte své fyzické zdraví?

9 č. Jak hodnotíte své psychické zdraví?

17 č. Jaké jsou na Vašem pracovišti vztahy mezi spolupracovníky?

19 č. Uveďte prosím, jak se po zdravotní stránce celkově cítíte?

Tabulka 24 Statisticky významné vztahy mezi celkovým, fyzickým, psychickým zdravím a vztahy na pracovišti (Pearson chí-kvadrát test)

		Vztahy na pracovišti
<b>Celková zdravotní stránka</b>	Signifikance	0,000 <sup>a</sup>
<b>Fyzické zdraví</b>	Signifikance	0,000 <sup>a</sup>
<b>Psychické zdraví</b>	Signifikance	0,003 <sup>a</sup>

Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích.

<sup>a</sup>2 buňky mají očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 24 je zobrazena celková zdravotní stránka, fyzické a psychické zdraví ve vztahu ke vztahům na pracovišti. Z výsledků je zřejmé, že mezi uvedenými proměnnými byla prokázána signifikantní souvislost ( $p\text{-value} < 0,05$ ). Test je třeba ověřit na větším počtu

respondentů, vzhledem k porušení předpokladů pro adekvátní použití chí-kvadrát testu (obsazenost buněk). Vztahy uvnitř buněk doplňuje znaménkové schéma (viz tabulka 25).

Tabulka 25 Vztah celkového zdraví a vztahů na pracovišti mezi zdravotníky

		Celková zdravotní stránka		
		Velmi až spíše špatné	Průměrně dobré	Spíše až velmi dobré
Vztahy na pracovišti	Velmi až spíše špatné	+++	0	---
	Průměrně dobré	0	0	-
	Spíše až velmi dobré	---	0	+++

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); +/+- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/- - - (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

Na základě Pearsonova chí-kvadrát testu - tabulka 24 - byl prokázán statisticky významný vztah mezi ( $p\text{-value} < 0,05$ ) vztahy na pracovišti a hodnocením celkového zdraví. Znaménkové schéma tabulky 25 vypovídá, že ti, kteří hodnotí vztahy na pracovišti jako velmi až spíše špatné, označují statisticky významně častěji své celkové zdraví za velmi až spíše špatné. Naopak ti, kteří považují vztahy na pracovišti za spíše až velmi dobré, hodnotí shodně i své celkové zdraví.

Tabulka 26 **Vztah fyzického zdraví a vztahů na pracovišti mezi zdravotníky**

		Fyzické zdraví		
		Velmi až spíše špatně	Průměrně dobré	Spíše až velmi dobré
Vztahy na pracovišti	Velmi až spíše špatné	++	+	--
	Průměrně dobré	o	++	---
	Spíše až velmi dobré	--	---	+++

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

Zdravotníci, kteří hodnotili své fyzické zdraví za velmi až spíše špatné, zároveň statisticky významně hodnotili své vztahy na pracovišti za velmi až spíše špatné. Opačný vztah dosáhli ti respondenti, kteří hodnotí vztahy na pracovišti jako velmi až spíše špatné považují své zdraví (celkové, fyzické i psychické) za velmi až spíše špatné. Je tedy patrné, že to, jaké jsou na pracovišti vztahy, se statisticky významně odráží i na zdraví zaměstnanců Podrobněji tabulka 26.

Tabulka 27 Vztah psychického zdraví a vztahů na pracovišti

		Psychické zdraví		
		Velmi až spíše špatně	Průměrně dobré	Spíše až velmi dobré
Vztahy na pracovišti	Velmi až spíše špatné	++	0	-
	Průměrně dobré	0	0	0
	Spíše až velmi dobré	--	0	++

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/-- -- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

Na základě Pearsonova chí-kvadrát testu byl prokázán statisticky významný vztah mezi ( $p\text{-value} < 0,05$ ) vztahy na pracovišti a psychickým zdravím respondentů. Zdravotníci, kteří označili své psychické zdraví za velmi až spíše špatné, shodně zaškrtnuli vztahy na pracovišti jako velmi až spíše špatné. Jiní zdravotníci své psychické zdraví subjektivně ohodnotili za spíše až velmi dobré a zároveň napsali i své vztahy na pracovišti za spíše až velmi dobré (viz. tabulka 27).

Na základě výše uvedených výsledků testů Pearson chí-kvadrát testů, ve kterých se potvrdila statistická významnost vztahů, lze konstatovat, že hypotéza 1 (Vztahy na pracovišti u zdravotníků mají vliv na jejich celkové zdraví) byla potvrzena.

## H2: Finanční ohodnocení má vliv na celkové zdraví zdravotníků.

Hypotéza byla testována na základě níže uvedených otázek:

č. 8 Jak hodnotíte své fyzické zdraví?

č. 9 Jak hodnotíte své psychické zdraví?

č. 16 Jak jste celkově spokojen/a s pracovními podmínkami, ohodnoťte, prosím, v tabulce:

č. 19 Uveďte prosím, jak se po zdravotní stránce celkově cítíte?

Tabulka 28 Statisticky významné vztahy mezi spokojeností s finančním ohodnocením, fyzickým zdravím, psychickým zdravím a celkovým zdravím (Pearson chí-kvadrát test)

		Fyzické zdraví	Psychické zdraví	Celkové zdraví
<b>Spokojenost s finančním ohodnocením</b>	Signifikance	0,157 <sup>a</sup>	0,084 <sup>a</sup>	0,094 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> 3 buňky (33,3%) mají očekávanou četnost menší než 5.

Chí - kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 28 jsou popsány vztahy mezi spokojeností s finančním ohodnocením zdravotníků a dopadem na jednotlivé oblasti. Z tabulky lze vyčíst, že závislost mezi jednotlivými parametry se neprokázala ( $p\text{-value} < 0,05$ ). Je zde ale patrný určitý vztah mezi psychickým, fyzickým zdravím a spokojeností s finančním ohodnocením. Výsledek ale není na dohodnuté hladině 0,05. Vztah na signifikantní hladině by se mohl prokázat při zvýšení počtu dotazovaných zdravotníků. Na výsledky je nutné pohlížet pouze jako na informativní (vzhledem k porušení předpokladů pro adekvátní použití chí-kvadrát testu).

Na základě výše uvedených výsledků testů Pearson chí-kvadrát testů, ve kterých se nepotvrdila statistická významnost vztahů, lze konstatovat, že hypotéza 2 (Finanční ohodnocení má vliv na celkové zdraví zdravotníků) nebyla potvrzena



### H3: Pracovní doba má vliv na celkové zdraví zdravotníků.

Hypotéza byla testována na základě níže uvedených otázek:

č. 8 Jak hodnotíte své fyzické zdraví?

č. 9 Jak hodnotíte své psychické zdraví?

č. 16 Jak jste celkově spokojen/a s pracovními podmínkami, ohodnoťte, prosím, v tabulce:

č. 19 Uveďte prosím, jak se po zdravotní stránce celkově cítíte?

Tabulka 29 Statisticky významné vztahy mezi spokojeností s pracovní dobou, fyzickým zdravím, psychickým zdravím a celkovým zdravím (Pearson chí-kvadrát test)

		Fyzické zdraví	Psychické zdraví	Celkové zdraví
<b>Spokojenost s pracovní dobou</b>	Signifikance	0,312 <sup>a</sup>	0,533 <sup>b</sup>	<b>0,002<sup>b</sup></b>

<sup>a</sup>3 buňky (33,3%) mají očekávanou četnost menší než 5.

<sup>b</sup> 2 buňky (22,2%) mají očekávanou četnost menší než 5.

Chí - kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 29 je patrné, že vztahy mezi vybranými proměnnými nebyly prokázány. Kromě vztahu spokojenosti s pracovní dobou respondentů a celkovým zdravím, kde byla splněna hranice hladiny významnosti ( $p\text{-value} < 0,05$ ). Pro interpretaci výsledků chí-kvadrát testu je třeba ověřit na větším počtu respondentů, vzhledem k porušení předpokladů pro adekvátní použití chí-kvadrát testu (obsazenost buněk). Vztahy uvnitř buněk jsou zobrazeny taktéž znaménkovým schématem (tabulka 30).

Tabulka 30 **Vztah mezi spokojeností s pracovní dobou a celkový zdravím**

		Celkové zdraví		
		Velmi až spíše špatně	Průměrně dobré	Spíše až velmi dobré
Spokojenost s pracovní dobou	Velmi až spíše špatná	+++	o	-
	Průměrně dobrá	o	o	o
	Spíše až velmi dobrá	-	o	o

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/-- -- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

Tabulka 30 popisuje znaménkové schéma o subjektivním hodnocení celkového zdraví respondentů a jejich spokojeností s pracovní dobou. Je patrné, že zdravotníci, kteří své celkové zdraví označili jako velmi až spíše špatné, byli zároveň velmi až spíše nespokojeni s pracovní dobou.

Na základě výše uvedených výsledků testů Pearson chí-kvadrát testů, ve kterých se potvrdila statistická významnost vztahů, lze konstatovat, že hypotéza 3 (Pracovní doba má vliv na celkové zdraví zdravotníků) nebyla potvrzena k fyzickému a psychickému zdraví dotazovaných, ale k hodnocení celkového zdraví byla potvrzena.

#### H4: Náplň práce má vliv na celkové zdraví zdravotníků.

Hypotéza byla testována na základě níže uvedených otázek:

č. 8 Jak hodnotíte své fyzické zdraví?

č. 9 Jak hodnotíte své psychické zdraví?

č. 16 Jak jste celkově spokojen/a s pracovními podmínkami, ohodnoťte, prosím, v tabulce:

č. 19 Uveďte prosím, jak se po zdravotní stránce celkově cítíte?

Tabulka 31 **Statisticky významné vztahy mezi spokojeností s náplní práce, fyzickým zdravím, psychickým zdravím a celkovým zdravím (Pearson chí-kvadrát test)**

		Fyzické zdraví	Psychické zdraví	Celkové zdraví
<b>Spokojenost s náplní práce</b>	Signifikance	<b>0,006<sup>a</sup></b>	0,122 <sup>a</sup>	<b>0,005<sup>b</sup></b>

<sup>a</sup> 3 buňky (33,3%) mají očekávanou četnost menší než 5.

<sup>b</sup> 2 buňky (22,2%) mají očekávanou četnost menší než 5.

Chí - kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 31 popisuje vztah mezi spokojeností s náplní práce respondentů a fyzickým, psychickým, celkovým zdravím. Z výsledků je jasně patrná statisticky významná souvislost mezi parametry - fyzické zdraví, celkové zdraví a spokojenost náplní práce zdravotníků. Výsledky je třeba ověřit rozsáhlejším výzkumem z důvodu nesplnění podmínek pro adekvátní použití chí-kvadrát testu. Hranice hladiny významnosti byla překročena ( $p\text{-value} < 0,05$ ). Vztahy uvnitř buněk jsou zobrazeny také znaménkovým schématem, které je níže uveden v tabulce 32.

Tabulka 32 **Vztah mezi spokojeností s náplní práce a fyzickým zdravím**

		Fyzické zdraví		
		Velmi až spíše špatně	Průměrně dobré	Spíše až velmi dobré
Spokojenost s náplní práce	Velmi až spíše špatná	+	+	-
	Průměrně dobrá	o	o	o
	Spíše až velmi dobrá	o	-	++

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/--- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

Z tabulky 32 je patrné, že dotazovaní, kteří hodnotili spokojenost s náplní práce spíše, až velmi dobře zároveň zaškrtnuli fyzické zdraví jako spíše až velmi dobré. Dále lze ze znaménkového schématu vyčíst, že respondenti, kteří se subjektivně po fyzické stránce cítí průměrně dobře nebo velmi až spíše špatně, označili spokojenost s náplní práce jako velmi až spíše špatnou.

Tabulka 33 **Vztah mezi spokojeností s náplní práce a celkovým zdravím**

		Celkové zdraví		
		Velmi až spíše špatně	Průměrně dobré	Spíše až velmi dobré
Spokojenost s náplní práce	Velmi až spíše špatná	+++	o	o
	Průměrně dobrá	o	o	o
	Spíše až velmi dobrá	--	o	o

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,05$ ); ++/-- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,01$ ); +++/-- -- (pro hladinu významnosti  $\alpha \leq 0,001$ )

Ve znaménkovém schématu z tabulky 33 lze vidět, že zdravotníci, kteří hodnotili svou spokojenost s náplní práce jako velmi až spíše špatnou, uvádí statisticky významně, že se cítí po celkové zdravotní stránce velmi až spíše špatně.

Na základě výše uvedených výsledků testů Pearson chí-kvadrát testů, ve kterých se potvrdila statistická významnost vztahů, lze konstatovat, že hypotéza 4 (Náplň práce má vliv na celkové zdraví zdravotníků) nebyla potvrzena ve vztahu k psychickému zdraví zdravotníků, ale platila v hodnocení vztahu k fyzickému a celkovému zdraví.

### H5: Bezpečnost na pracovišti má vliv na celkové zdraví zdravotníků.

Hypotéza byla testována na základě níže uvedených otázek:

č. 8 Jak hodnotíte své fyzické zdraví?

č. 9 Jak hodnotíte své psychické zdraví?

č. 16 Jak jste celkově spokojen/a s pracovními podmínkami, ohodnoťte, prosím, v tabulce:

č. 19 Uveďte prosím, jak se po zdravotní stránce celkově cítíte?

Tabulka 34 Statisticky významné vztahy mezi spokojeností s bezpečností na pracovišti, fyzickým zdravím, psychickým zdravím a celkovým zdravím (Pearson chí-kvadrát test)

		Fyzické zdraví	Psychické zdraví	Celkové zdraví
<b>Spokojenost s bezpečností na pracovišti</b>	Signifikance	0,093 <sup>a</sup>	0,465 <sup>b</sup>	0,344 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> 3 buňky (33,3%) mají očekávanou četnost menší než 5.

<sup>b</sup> 2 buňky (22,2%) mají očekávanou četnost menší než 5.

Chí - kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 34 uvádí souvislost se spokojeností s bezpečností na pracovišti, fyzickým, psychickým a celkovým zdravím. Je zřejmé, že mezi výše zmíněnými proměnnými se statisticky významný vztah nepodařilo prokázat, protože mezi uvedenými proměnnými nebyla prokázána signifikantní souvislost ( $p\text{-value} < 0,05$ ). Na výsledky musíme pohlížet jako informativní (vzhledem k porušení předpokladů pro adekvátní použití chí-kvadrát testu).

Na základě výše uvedených výsledků Pearson chí-kvadrát testů, kdy nebyly prokázány statisticky významné vztahy mezi proměnným, lze konstatovat, že hypotéza 5 (Bezpečnost na pracovišti má vliv na celkové zdraví zdravotníků) nebyla potvrzena.

## 5 DISKUZE

### *Zdravotník v pomáhající profesi*

Zdravotnictví jako výslovně pomáhající profese klade vysoké požadavky na výkon a zodpovědnost, přináší zdravotníkům zátěž v podobě chronických stresů a tlaku na neustálé vzdělávání. Vévoda (2013) píše o motivaci lidí, kteří chtějí pracovat v pomáhající profesi, bývá velmi podobná - pomáhat druhým. Vstupují do profese s nadšením a ideály a teprve postupně zjišťují, s jak velkým výkonnostním a emočním nasazením musí počítat. Poměr mezi investicí do práce a ziskem z ní se snadno stane nerovným.

Jak konstatuje Simonová a Ozorovský (2010) pomáhající více vydává, než dostává. Emoční nebo osobní zisk z práce nemusí být tak velký, jak byl očekáván. Zdravotnické povolání patří z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi povolání náročná. Velký význam je kladen ve zdravotnictví na dodržování žádoucích forem jednání jak ve vztahu k nemocným, tak i ke spolupracovníkům. Očekává se, že dnešní zdravotník zvládne vysoce odbornou činnost, práci s moderní technikou, unese fyzickou zátěž své práce, dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných, vykonává různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopen se vypořádat s pracovními a rodinnými problémy, které život přináší.

### *Gender ve zdravotnictví*

Kubálková a Wennerholm-Čáslavská (2010) ve své publikaci, která je zaměřená na tematické analýzy a zprávy, uvádějí údaje o vzdělání a pracovním trhu poukazují na přetrvávající gendrovou segregaci podle oborů. Již na úrovni středních škol se setkáváme s tzv. dívčími a chlapeckými školami. Dívky převažují na školách zdravotních, sociálních a ve službách, jako jsou kadeřnictví či kosmetika, a chlapečci dominují na školách s technickým zaměřením. Obory tradičně považované za ženské nabízí svým absolventkám zpravidla horší uplatnění.

Kreimer (2008) poukazuje na to, že ženská povolání jsou méně diverzifikována, v evropských zemích pracuje 75% žen v pouhých osmi z 27 zaměstnaneckých kategorií.



Dále Kubálková a Wennerholm-Čáslavská (2010) konstatují, že ženy jdou studovat feminizované obory, protože předpokládají, že se v těchto oborech snáze uplatní - nebudou muset soupeřit s muži. Naproti tomu Kutnohorská (2009) uvádí, že ženy jsou více ve zdravotnictví z důvodu jejich schopnosti vcítit se do světa druhého jedince. Být empatický může být pro výzkum v ošetrovatelství jedinečná a mimořádně přínosná vlastnost. S tímto tvrzením souhlasí autorky Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011), které píšou o studiích, jež dokazují, že ženy mají schopnost lépe naslouchat, protože používají více neverbálních způsobů komunikace. Výše uvedená zjištění se shodovala s výsledky výzkumu. Z celkového počtu respondentů bylo 176 (87,6%) žen a 25 (12,4%) mužů.

#### *Zaměstnání a zdraví*

Workman a Bennett (2006) poukazují na to, že současné zdravotní problémy můžou mít vliv na zaměstnání nemocného a naopak. Zaměstnání může přispívat k rozvoji onemocnění dokonce i tehdy, když nemocný profesi již nevykonává. Na druhé straně může být práce i motivem k překonání nemoci nebo může pomoci procesu rehabilitace. Nezaměstnanost nebo nadbytečnost v práci ovlivňují ekonomický status nemocného a působí negativně na jeho duševní zdraví.

Čeledová a Čevela (2010) popisují, že k nárokům k prostředí beze sporu patří práce, neboť člověk působí svou prací na okolní prostředí. Práce totiž formuje člověka jako komplexní biopsychosociální bytost. Mohou vznikat pracovní úrazy a nemoci z povolání. Pracující na rizikových pracovištích jsou pravidelně sledováni, jsou prováděny preventivní prohlídky, vstupní, periodické, výstupní a dispenzarizace.

Tento fakt dokládají i výsledky z dotazníkového šetření, které bylo v otázce č. 10 zaměřeno na *vliv zaměstnání na zdraví* zaměstnanců, kde z celkově dotazovaných hodnotilo, že jejich zaměstnání má vliv na zdraví - 123 (61,2%). Respondenti měli možnost napsat, jaký vliv má jejich zaměstnání. Nejvíce zdravotníků se shodlo na bolesti zad a kloubů - 33 (16,4), dalšími vlivy byl stres 22 (10,9%), únava 21 (10,4%), porucha spánku 16 (8%), nepravidelné stravování 6 (3%), práce s dezinfekcí 3 (1,5%), záněty šlach 1 (0,5%) a jiné 21 (10,4%).

Podle Schraggeové (2011) má práce pro člověka z hlediska duševního i fyzického zdraví podstatný význam. Při statistickém testování vlivů zdravotnické pozice a celkovým zdravím se určitý vztah prokázal, ale nedosáhl signifikantní hladiny významnosti 0,05. Vztah na signifikantní hladině by se mohl prokázat, kdyby byl zvýšen počet respondentů.

### *Pracovní podmínky*

Čeledová a Čevela (2010) poukazují na to, že pracovní potenciál je část potenciálu zdraví, která ovlivňuje možnost pracovního uplatnění jedince. Pracovní podmínky kladou na člověka různé požadavky v závislosti na charakteru jeho práce a pracoviště. Požadavky mohou být přiměřené nebo nepřiměřené lidskému pracovnímu potenciálu. Přesahují-li požadavky zaměstnání na pracovní potenciál člověka, může dojít k poruše zdraví, k onemocnění a ztrátě pracovní schopnosti. Pracovní proces a pracovní prostředí mohou být zdrojem patogenních činitelů především na tzv. rizikových pracovištích. Mohou vznikat nemoci z povolání a pracovní úrazy.

Soudobé zákonodárství ustanovuje právo pracovníků na bezpečné a zdravé pracovní podmínky a prostředí. Vévoda (2013) konstatuje povinnost zaměstnavatelů na jejich vytvoření a úlohu státu při tvorbě předpisů a dozoru na jejich dodržování.

Podle usnesení vlády České republiky č. 475 z roku 2003, které schválilo národní politiku Bezpečnost a ochrana zdraví na pracovišti (BOZP), uvádí: „Péče, bezpečnost a ochrana zdraví při práci přispívá ke zvýšení kvality života, udržení pracovní schopnosti pracovníků, pohody při práci, k sociální a právní ochraně zaměstnanců a dalších osob, které se účastní a podílejí na pracovním procesu, např. formou pracovních služeb, případně mohou být pracovním procesem ovlivněny. Usilují přitom o omezení všech negativních aspektů souvisejících s prací, včetně stresu mobbingu, obtěžování, nerovného zacházení na pracovišti, dětské práce atd. se záměrem naplnit pojem zdraví jako stav fyzické, psychické a sociální pohody člověka.“

Respondenti byli ve výzkumu dotazováni v otázce č. 16 na spokojenost s vybranými pracovními podmínkami na pracovišti - finanční ohodnocení, pracovní doba, náplň práce a bezpečnost na pracovišti. Pro přehlednost pracovních

podmínek byl vytvořen graf 6, kde je zřejmá „spíše spokojenost“ s náplní práce 63, 2%, s pracovní dobou 57,2%, s bezpečností na pracovišti 50,7%, ale s finančním ohodnocením v této kategorii pouze 23,4%. V kategorii „velmi nespokojen“ u pracovní podmínky finanční ohodnocení bylo 14,9% zdravotníků a pouze 1% oslovených bylo „velmi nespokojeno“ s náplní práce. V tabulce 31 je možné vidět vztahy mezi spokojeností s náplní práce, fyzickým zdravím, psychickým zdravím a celkovým zdravím. Z výsledků je jasně patrná statisticky významná souvislost mezi parametry - fyzické, celkové zdraví a spokojenost s náplní práce. Ve znaménkovém schématu (tabulky 32,33) je možné vyzorovat, že respondenti, kteří hodnotili subjektivně své fyzické zdraví jako „průměrné“ nebo „velmi až spíše špatné“, označili spokojenost s náplní práce jako „velmi až spíše špatnou“. Totožné výsledky lze vyzorovat u zdravotníků, kteří hodnotili svou spokojenost s náplní práce jako „velmi až spíše špatnou“ a zároveň uváděli, že statisticky významně se cítí po celkové zdravotní stránce „velmi až spíše špatně“.

Jak tvrdí Zacharová (2010), kvalita pracovního prostředí má vliv na celkový výkon celého zdravotnického týmu a tím je snížena nebo zvýšena úroveň poskytování ošetrovatelské a léčebné péče pacientům. Šachová a Brabcová (2012) dále poukazují na to, že pracovní prostředí hraje v otázce spokojenosti personálu ve zdravotnické instituci velkou roli. Pracovní prostředí netvoří pouze hmatatelné složky, technické a materiální vybavení. Spadají sem i administrativní složky, se kterými se personál denně setkává, mezilidské vztahy, dostatek nebo naopak nedostatek personálu na oddělení.

### *Stres v profesi*

Kebza (2005) uvádí, že psychosociální stres (pracovní i mimopracovní) byl v posledních letech intenzivně studován. Důležitost tohoto směru výzkumu je zdůrazněna jednak „tvrdými daty“ statistik, ukazujícími, že více než 70% absencí v práci z důvodu pracovní neschopnosti je zapříčiněno nemocemi, které mají souvislost se stresem. A dále známou zásadou, že nemocem je lépe předcházet než je léčit. Psychosociální stres v pracovních podmínkách souvisí se sociálním prostředím v práci, organizačními aspekty zaměstnání a obsahem i určitými operačními aspekty

prováděného úkolu (úkonu). V oblasti mimopracovního stresu je předmětem výzkumu především problematika chronických denních nepříjemností, mikrostressorů a tzv. velkých životních událostí, reprezentovaných např. ztrátou blízké osoby, změnou zaměstnání, ztrátou zaměstnání, hypotékou, nemocí apod. Obě oblasti (pracovní i mimopracovní) mohou být zdrojem pracovních rizik. Navíc nadměrné požadavky a stresogenní podmínky v jedné oblasti zasahují do prožívání v druhé oblasti. Naopak pozitivní zisky z jedné oblasti mohou příznivě ovlivňovat druhou oblast.

Tuto skutečnost dokládá i analýza odpovědí respondentů. Téměř polovina 114 (56,7%) zdravotníků uvedla, že se *denně* setkávají se stresovými situacemi a 2 (1%) respondenti uvedli, že díky *psychickým problémům (v důsledku stresu) byli v pracovní neschopnosti* a pouze 1 (0,5%) respondent uvedl, že se *nikdy* se stresovou situací nesešel.

Jak ale píše Křivohlavý (2003), v případě působení stresu je důležitý poměr mezi intenzitou stresu a schopností danou situaci zvládnout. O stresové situaci lze hovořit jen tehdy, pokud intenzita stresů je vyšší než schopnost člověka situaci zvládnout. Podle Marmota a Wilkinsna (2010) lidé s větší kontrolou nad vlastní prací jsou na tom po zdravotní stránce lépe než lidé setkávající se stresujícími situacemi na pracovišti.

#### *Vztahy na pracovišti*

Podle Kociánové (2010) dochází ve vztazích na pracovišti k uspokojování mnoha potřeb. Uvádí jak potřeby sociálního kontaktu, tak potřeby přijímat a poskytovat pomoc, potřeby někoho ovládat, někomu se podřizovat, potřeby být přijímán, akceptován, náležet k určité skupině, potřeby nalézt osoby blízké vlastní hodnotové orientaci, potřeby sociálních jistot.

Nejspíše jen málo lidí by vypovědělo, že pro ně vztahy na pracovišti nemají význam. S tímto tvrzením se ztotožňuje i Pauknerová (2012), která zdůrazňuje význam sociálních vztahů na pracovišti především tím, že právě v těchto vztazích dochází

k uspokojování sociálních potřeb člověka - potřeba sociálního kontaktu, potřeba poskytnout, přijímat pomoc atd.

Tento názor se potvrdil i ve výzkumném šetření, kde byla prokázána velmi silná souvislost mezi vztahy na pracovišti a celkovým zdravím zdravotníků. V otázce 17 respondenti posuzovali spokojenost se vztahy na jejich pracovišti. 95 (47,3%) jich uvedlo, že jsou „spíše dobré“, za „velmi špatné“ vyjádřili pouze 4 (2%). Statisticky významný vztah se prokázal mezi vlivem vztahů na pracovišti a fyzickým, psychickým a celkovým zdravím respondentů. Signifikance byla přehledně zobrazena v tabulce 24 a vztahy lépe vyjadřují znaménkové schémata (tabulky 25,26,27), která uvedla, že ti kteří, cítili svou celkovou zdravotní stránku jako „velmi až spíše špatnou“, měli zároveň „velmi až spíše špatné“ vztahy na pracovišti.

Tvrzení potvrzuje i Kociánová (2010), která konstatuje, že pro mnoho lidí jsou dobré pracovní vztahy a dobrá spolupráce velmi cenné, špatnou atmosféru spočívající v problémech mezi spolupracovníky či nadřízenými zvládají velmi obtížně. Špatné interpersonální vztahy na pracovišti jsou pro mnoho lidí významným stresorem. Obecně se předpokládá, že dobré pracovní vztahy pozitivně ovlivňují výkonnost jednotlivců i skupin, špatné ji ovlivňují negativně. Není výjimkou, že nepříznivá atmosféra na pracovišti je důvodem odchodu lidí ze zaměstnání. Uvedený fakt ve své studii předkládá Haroková a Gurková (2012), interpersonální vztahy mezi sestrami jsou považované za nejvýznamnější faktor pracovní spokojenosti. Každá práce v sobě zahrnuje společenský charakter, lidé ji nevykonávají sami, ale téměř vždy se uplatňuje spolupráce s druhými lidmi. Význam mezilidských vztahů, týmové práce, efektivní komunikace se zintenzivňuje v práci zdravotníků, zlepšení zdravotního stavu pacienta je vždy výsledkem spolupráce v multioborového týmu.

Závěrečná otevřená otázka v dotazníku nabízela prostor pro individuální formulaci změn ve zdravotnictví, na které by chtěli sami zdravotníci upozornit. Otázku využilo pouze 141 respondentů. Zajímavé bylo, že 87 (43,3%) zdravotníků napsalo zlepšit finanční ohodnocení, přitom v otázce 16 byli oslovení s pracovní podmínkou „průměrně spokojeni“ 72 (35,8%). Dalším poznatkem, který zdravotnický personál uváděl, bylo

navýšení zdravotního personálu, zlepšit/zvýšit vybavení a materiál na pracovištích a zlepšit systém vzdělávání.

Po vyhodnocení všech otázek z dotazníku jsem došla k závěru, že práce jako sociální determinanta zdraví má vliv na zdraví zdravotnického personálu. Domnívám se, že většina oslovených ohodnotila celkovou spokojenost se svým povoláním v celku kladně. Toto tvrzení potvrdily i výsledky z výzkumu, kdy zdravotnický personál u otázky č. 18 hodnotili svou celkovou spokojenost se svým povoláním. 47,3 % dotazovaných bylo „spíše spokojeno“ a dokonce 22,4% respondentů ohodnotilo svou spokojenost s profesí jako „velmi spokojenou“ (graf 8). Psychická, spíše než fyzická náročnost, která bezpochyby zdravotnickou profesi provází. Pracovní podmínky a vztahy na pracovišti mají bezesporu dopad na jejich celkové zdraví.

## 6 ZÁVĚR

V diplomové práci byl zkoumán vliv práce jako sociální determinanty zdraví u zdravotnického personálu ve vybraných pracovištích. Teoretické části diplomové práce tvoří poznatky týkající se oblasti sociálních determinant vztahující se ke zdraví a práci.

Praktická část se zabývá zkoumáním vlivu práce na zdraví zdravotnického personálu ve dvou vybraných nemocnicích - v nemocnici v Ostrově a v Sokolově. Výzkumné šetření bylo provedeno metodou kvantitativního výzkumu, metody dotazování, techniky dotazníku. Získaná data byla zpracována pomocí programu SPSS (Statistical Package for Social Science), použity byla statistické metody Pearson chí-kvadrát test a analýza adjustovaných reziduí zobrazená pomocí Znaménkového schématu..

V práci byl stanoven cíl zmapovat vliv práce jako sociální determinanty na zdraví zdravotnického personálu ve vybraných nemocnicích. Dílčími cíli bylo především zmapovat vliv vztahů na pracovišti na celkové zdraví zdravotníků. Druhým cílem byl vliv pracovních podmínek na celkové zdraví zdravotnického personálu. Společně s cíli práce byly stanoveny následující hypotézy.

Byla stanovena základní hypotéza, která byla - Vybrané aspekty práce mají vliv na zvolené charakteristiky zdraví cílové skupiny. Dílčí hypotézy byly stanoveny - H1: Vztahy na pracovišti u zdravotníků mají vliv na jejich celkové zdraví. H2: Finanční ohodnocení má vliv na celkové zdraví zdravotníků. H3: Pracovní doba má vliv na celkové zdraví zdravotníků. H4: Náplň práce má vliv na celkové zdraví zdravotníků. H5: Bezpečnost na pracovišti má vliv na celkové zdraví zdravotníků.

U H1 byl prokázán statisticky významný vztah mezi vztahy na pracovišti a hodnocením celkového zdraví. Z výsledků lze tedy usuzovat, že zdravotníci, kteří hodnotili vztahy na pracovišti jako velmi až spíše špatné, označují své celkové zdraví za velmi až spíše špatné. Hypotéza H2 nebyla na základě statistického testování potvrzena. To znamená, že nebyl potvrzen statisticky významný vztah mezi spokojeností s finančním ohodnocením a celkovým zdravím zdravotníků. Hypotéza H3

byla ve statistickém testování potvrzena. Byl potvrzen vztah mezi subjektivním hodnocením celkového zdraví zdravotníků a jejich spokojeností s pracovní dobou. Bylo patrné, že respondenti, kteří své celkové zdraví označili jako velmi až spíše špatné, byli zároveň velmi až spíše nespokojeni s pracovní dobou. Hypotéza H4 byla na základě statistického testování potvrzena. Byl zde potvrzen vztah mezi spokojeností s náplní práce zdravotnického personálu a jejich celkovým zdravím. Zdravotníci, kteří hodnotili svou spokojenost s náplní práce jako velmi až spíše špatnou, se cítili po celkové zdravotní stránce velmi až spíše špatně. Závěry výzkumu však není možno generalizovat na všechny zaměstnance nemocnic v České republice, poskytují však velmi důležité informace pro vedení nemocnic, které mohou sloužit ke zlepšení pracovních podmínek jejich zaměstnanců. U hypotézy H5 nebyly statisticky významně prokázány vztahy mezi spokojeností s bezpečností práce na pracovišti a s celkovým zdravím respondentů, tudíž lze konstatovat, že hypotéza nebyla potvrzena.

Statistické testování však odhalilo souvislost mezi fyzickým zdravím respondentů a jejich náplní práce. Zdravotníci, kteří hodnotili svou spokojenost s náplní práce spíše až velmi dobře, se zároveň po fyzické stránce cítili spíše až velmi dobře. U psychického zdraví se spokojenost s náplní práce respondentů neprokázala na dohodnuté hladině významnosti, ale již popisná statistika poukazuje na výrazný převis negativních hodnocení psychické náročnosti zaměstnání. 39,4% zdravotníků označilo svou profesi jako velmi náročnou a 36,3 % jako spíše náročnou po psychické stránce.

Zajímavý výsledek se týkal změn ve zdravotnictví, kdy skoro polovina zdravotníků (43,3%) by chtěla zlepšit finanční ohodnocení. Sice se nepotvrdila statisticky významná souvislost mezi finančním ohodnocením a celkovým zdravím na dohodnuté hladině, ale hodnota signifikance byla téměř hraniční. Důvodem však může být nedostatečný počet respondentů. Doporučuji tedy toto zjištění ověřit na širším výzkumném souboru.

Diplomová práce může sloužit jako podkladový materiál pro další studie v této oblasti. Informace obsažené v teoretické i praktické části práce mohou být prospěšné nejenom k edukaci zaměstnanců v podobných typech zařízení. Především však pro vedení jednotlivých zařízení, které se prostřednictvím těchto informací dozví, s čím jsou jejich zaměstnanci spokojeni či nespokojeni při výkonu jejich povolání.



Co se týče přínosu práce pro mě samotnou, mohu říci, že mě obohatila o mnoho teoretických a praktických znalostí z oblasti vlivu práce na zdraví zdravotníků.

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

BOZP Bezpečnost a ochrana zdraví na pracovišti

CMP Cévní mozková příhoda

MOJIP Multioborové jednotky intenzivní péče

SZO Světová zdravotnická organizace

SPSS Statistical Package for Social Science

WHO World Health Organization

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha 2005, Grada s.188. ISBN 80-247-1197-4.

BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha 2010, Wolters Kluwer ČR, s. 224. ISBN 978-80-7357-503-8.

BRABCOVÁ, I., *Vybrané sociální determinanty zdraví imigrantů ve zvolených lokalitách v České republice*. České Budějovice 2013 Zdravotně sociální fakulta v Českých Budějovicích. disertační práce.

BRUNNER, E., MARMOT, M. *Social organization, stress, and health*. In: MARMOT, M., WILKINSON, R. G. (ED.) *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press 2006, s. 6-30

BUCHTOVÁ, B., ŠMAJS, J. a BOLELOUCKÝ, Z. *Nezaměstnanost*. 2. vyd. Praha 2013, Grada. 192 s. ISBN 978 - 80-247-4282-3.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČELEVA., *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha 2010, Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost:příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha 2007, Karolinum. 367 s. ISBN 978-80-246-0139-7.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK. *Help*. [online]. [cit. 2014-12-7] Dostupné z: [https://osha.europa.eu/en/help/index\\_html](https://osha.europa.eu/en/help/index_html).

EUROPEAN COMMISSION. *Health and safety at work*. [online]. [cit. 2014-12-7] Dostupné z: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health\\_safety\\_work](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health_safety_work).

GRAHAM, H., *Social Determinants and their unequal distribution: clarify politic understandings*. The Milbank Quarterly, 2004, 82 s. 101-124.

HOLČÍK, J., Nespravedlnost, která zabíjí zpráva o sociálních determinantách zdraví. *Časopis lékařů českých*. 2009, roč. 148, č. 1, s. 4-9. ISSN 0008-7335.

HOLČÍK, J., Perspektivy péče o zdraví a zdravotnictví. *Časopis lékařů českých*, Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2011, roč. 150, č. 9, s. 475-479. ISSN 0008-7335.

HOLČÍK, J., Zvládání zdravotních nerovností. Jedna z priorit Evropské unie. *Zdravotnictví v České republice*. 2010, roč. 13, č. 3, s 86-90. ISSN 1213-6050.

HUBÍKOVÁ, Z. a kol. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 280 s. ISBN 987-80-247-1593-3.

INSTITUT ZDRAVOTNÍ POKITIKY A EKONOMIKY. *Průvodce systémem zdravotní péče České republiky. Informační příručka pro cizince*. 3. vyd., Kostelec nad Černými lesy, 2004 s. 40 ISBN 80-86625-22-2.

IVANOVOVÁ, K. *Sociální determinanty zdraví ve vztahu ke zranitelným a etnickým skupinám, obecně a speciálně k Romům*. In. DAVIDOVÁ, E. et al. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. 1. vyd. Praha 2010, Triton s. 131-136. ISBN 978-80-7387-428-5.

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ., *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

KAŇOVÁ, P., *Sociální determinanty nerovností ve zdraví*. Brno, 2007, Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, disertační práce.

- KAŇOVÁ, P., *Sociální determinanty zdraví*. Brno, 2002, Masarykova Univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociologie, diplomová práce.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha 2005, Academica, 263 s. ISBN 80-2001-307-5.
- KEBZA, V a kol. *Psycholog ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha 2014, Univerzita Karlova v Praze 104 s. ISBN 978-80-246-2446-4.
- KOCIÁNOVÁ, R. *Personální činnosti a metody personální práce*. 1. vyd. 2010 Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-247-6933-2.
- KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ. *Solidarita v oblasti zdraví: Snížení nerovnosti v oblasti zdraví v EU*. [online]. [cit. 2014-12-8] Dostupné z: ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/com2009\\_cs.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_cs.pdf)).
- KOUBEK, J. *Řízení lidských zdrojů*. 4. vyd. Praha: Management Press, 2009. 399 s. ISBN 978-80-7261-168-3.
- KREIMER, M. 2008. „ *Labour Market Segregation and the Gender-Based Division of Labour*. “ In: *European Journal of Women's Studies*, str. 225.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘÍŽOVÁ, E. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. 1. vyd. 1998, 133 s. ISBN 80-2380-937-7.
- KUBÁLKOVÁ, P., WENNERHOLM ČÁSLAVSKÁ, T. *Ženy a česká společnost: Hodnocení implementace Pekingské akční platformy na národní a mezinárodní úrovni*

(Peking+15). 1. vyd. 2010 Otevřená společnost, o. p. s. 156 s. ISBN 978-80-87110-19-5.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd., Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUZNÍKOVÁ, Iva a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

LEE JONG -WOOK 2005. *Offiial Commision Launch.Santiago, Chile, 18. 3. 2005* [online]. [cit. 2014-12-8]  
Dostupnéz:<http://www.who.int/dg/lee/speeches/2005/socialdeterminantsofalth/en/>.

MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. 1. vyd. Praha 1994, 152 s. ISBN 80-901424-9-4.

MARMOT, M. *Fair society, healthylives:Strategic rewiev of health inequalities in Englandpost 2010*. London: Marmot review.ISBN 978-0-956-4870-0-1.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Zdraví pro všechny 21. století*. [online]. [cit. 2014-12-8] Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, *Zdraví 21. Výklad základních pojmů*. Praha 2004, Ministerstvo zdravotnictví.

NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.

NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 3. díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 144 s. ISBN 978-80-247-3707-2.

NOVÁKOVÁ, Z. *Pracovní podmínky některých skupin zaměstnanců a jejich postavení na trhu práce*, Masarykova univerzita Brno 2008, rigorózní práce, Katedra pracovního práva a sociálního zabezpečení.

NUTBEAM, D. Health Promotiong Glossary. *In: Health promotion international*. Geneva: WHO, 1998, roč. 13, č. 4, s. 349-364.

NEMOCNICE OSTROV. *Historie nemocnice*. [online]. [cit. 2015-1-3] Dostupné z: <http://www.nemostrov.cz/historie/>.

NEMOCNICE OSTROV. *Struktura nemocnice a její služby*. [online]. [cit. 2015-1-3] Dostupné z: <http://www.nemostrov.cz/zdravotnicke-sluzby/>.

NEMOCNICE SOKOLOV. *Historie nemocnice*. [online]. [cit. 2015-1-3] Dostupné z: <http://www.nemosok.cz/historie/>.

NEMOCNICE SOKOLOV. *Struktura nemocnice a její služby*. [online]. [cit. 2015-1-3] Dostupné z: <http://www.nemosok.cz/fakta/>.

NĚMCOVÁ, M., *Jak se stát úspěšnou ženou*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 180 s. ISBN 80-247-1597-X.

OLIŠAROVÁ, Věra, TÓTHOVÁ, Valérie a BRABCOVÁ, Iva. Determinanty zdraví imigrantů. *Kontakt*. 2014, roč. 16, č. 1, s. 3-11. ISSN 1212-4117.

PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. 3. vyd. 2012 Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-247-3809-3.

PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005 629 s. ISBN 80 -7254-657-0.

PROCHÁZKOVÁ, M. *Sociální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012 288 s. ISBN 987-80-247-4033-1.

RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

POCHOPOVÁ, J. *Práce její vliv na zdraví*. České Budějovice, 2012, Jihočeská Univerzita, Fakulta zdravotně sociální, Katedra sociální práce, diplomová práce.

REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 192. s. ISBN 978-80-247-3006-6.

RENGELINK, H., SCHRIJVERS, A.J.P. 1997. „Prevention and Municipal Health Authorities.“ Pp. 35-43 in *Health and Health Care in the Netherlands*, ed. by Schrijvers, A.J.P. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

SCHRAGGEOVÁ, M. *Nezamestnanosť v psychologických súvislostiach*. Nové Zámky: Psychoprof, 2011. ISBN 987-80-89322-08-4.



SIMONOVÁ, I., OZOROVSKÝ, V. Role stresu v práci zdravotnických pracovníků. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 7-8, s. 24-25. ISSN 1210-0404.

SKALSKÁ, H., *Aplikovaná statistika*. Přednášky a materiály k předmětu APSTA, 2009, pred\_3\_2009.pdf,

SUBRAMANYAM, M. A., I. KAWACHI a S. V. SUBRAMANIAM, 2010. Reactions to Fair Society, Healthy Lives (the Marmot Review). *Social Science & Medicine* 71, 1221 - 1222, ISSN 0277-9536.

ŠACHOVÁ, Z., BRABCOVÁ, I. Vyhodnocení organizační kultury nemocnice v dimenzi komunikace a vztahu k práci. *Kontakt*: 2013, roč. VX/1, s. 38 - 45 ISSN 1804-7122.

ŠIKÝŘ, M. *Personalistika pro manažery a personalisty* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 208 s. ISBN 978-80-247-4151-2.

ŠTIKAŘ, J., RYMEŠ, M., RIEGEL, K., HOSKOVEC, J. *Psychologie ve světě práce*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova V Praze, nakladatelství Karolinum 461 s. ISBN 80-246-0448-5.

TUČEK, M. a kol. *Hygiena a epidemiologie*. 1. vyd. Praha 2013: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum s. 358 ISBN 978-80-246-2025-1.

URBAN, David, KAJANOVÁ, Alena, MATULAY, Stanislav (2010). *Práce ve vztahu ke zdraví Romů*. In: DAVIDOVÁ, EVA et al. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. 1. vyd. Praha: Triton. s 181 - 182. ISBN 978-80-7387-428-5.

VACKOVÁ, Jitka, 2012. Metodologie, výběr cílové skupiny, sběr a zpracování dat. In: VACKOVÁ, Jitka a kol. *Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice*. Praha: Triton 17 - 21 s. ISBN 978-80-7387-514-5.

VÉVODA, J. a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

VITÁSEK, V. *Pracovní podmínky těhotných žen a matek*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1973. 215 s. ISBN 80-210-3558-7.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. [online]. [cit. 2014-12-7] Dostupné z:<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262#cast5>.

WILLIAMS, D.R. 1990. „Socioeconomic Differentials in Health: A review and Redirection.“ *Social Psychology Quarterly* 53 (2): 81-89.

WILKINSON, R. G., MARMOT, M. *Fakta a souvislosti. Sociální determinanty zdraví*. 1. vyd. 2005. Kostelec nad Černými lesy.

WORKAMN, B., BENNETT, C. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.

ZACHAROVÁ, E. Motivační faktory v sesterském povolání. *Sestra*: 2010, roč. 20/6, s. 30-31 ISSN 1210-0404.

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ, J. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262#cast5>.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. [online]. [cit. 2015-02-15] Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

ŽÁČEK, A. *Nalezne lékařství v novém století svou identitu? Část I: Lékařství – zdraví–nemoc*. Časopis lékařů českých, 2001. 140 s. 615-618.

## **8 PŘÍLOHY**

### **8. 1 Seznam příloh**

Příloha č. 1: Determinanty zdraví populace, Whitehead & Dahlgren, 2006

Příloha č. 2: Dotazník

## Příloha č. 1



Obrázek č. 1. Determinanty zdraví populace, Whitehead & Dahlgren, 2006

## **Příloha č. 2**

Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a chtěla bych Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku pro účely výzkumné části mé diplomové práce. Se všemi údaji bude nakládáno dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Vaše odpovědi mohou významně pomoci k ozřejmení některých skutečností souvisejících se sociálními determinantami zdraví u zdravotníků. Na případné dotazy Vám ráda odpovím. Vaše odpovědi, prosím, zakroužkujte nebo barevně či jinak zvýrazněte.

Předem děkuji za porozumění, ochotu i za Váš čas věnovaný tomuto dotazníku.

Anna Frydrýnová, kontakt: 737 737 137

### **Demografické údaje**

1) Uveďte, prosím, své pohlaví:

1. žena
2. muž

2) Uveďte, prosím, Váš věk:.....

3) Uveďte, prosím, Váš rok narození:.....

4) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

1. 1 - 5 let
2. 6 - 10 let
3. 10 - 15 let

4. 15 let a více

5) Uveďte, prosím, v jaké nemocnici pracujete.

1. Ostrovská nemocnice
2. Sokolovská nemocnice

6) Jak dlouho pracujete v nemocnici? (Číselný údaj uveďte, prosím, v letech).....

7) Jaká je Vaše zdravotnická pozice?

1. sanitář/sanitářka
2. zdravotní sestra/asistent
3. staniční sestra
4. vrchní sestra
5. fyzioterapeut/ergoterapeut
6. vrchní fyzioterapeut/ka
7. zdravotní laborant
8. lékař/ lékařka
9. primář/primářka

## **Subjektivní zdraví**

8) Jak hodnotíte své fyzické zdraví?

1. velmi špatně
2. spíše špatně
3. průměrné (ani dobře, ani špatně)
4. spíše dobře
5. velmi dobře

9) Jak hodnotíte své psychické zdraví?

1. velmi špatně
2. spíše špatně
3. průměrné (ani dobře, ani špatně)
4. spíše dobře
5. velmi dobře

10) Uveďte, prosím, zda má zaměstnání vliv na Vaše zdraví.

1. nemá žádný vliv
2. má vliv (uveďte, prosím, jaký)

.....

.....

.....

## Práce

11) Jak je Vaše práce fyzicky a psychicky náročná?

NÁROČNOST	(1) Zcela nenáročná	(2) Spíše nenáročná	(3) Středně náročná	(4) Spíše náročná	(5) Velmi náročná
Fyzická					
Psychická					



12) Ohodnořte náročnost u všech profesí v tabulce.

PROFESE	(1) Zcela nenáročná	(2) Spíše nenáročná	(3) Středně náročná	(4) Spíše náročná	(5) Velmi náročná
Lékař					
Zdravotní sestra					
Fyzioterapeut					
Zubní laborant					
Sanitář/ka					

13) Máte nějaké zdravotní obtíže, které dle Vašeho názoru souvisí s výkonem Vaší profese?

1. ne

2. ano (uveďte, prosím, jaké zdravotní obtíže)

.....  
.....  
.....  
.....

14) Byl/a jste někdy v pracovní neschopnosti zapříčiněné výkonem Vaší profese?

1. ano - důvodem byly fyzické obtíže

2. ano - důvodem byly psychické obtíže

3. ano - důvodem byly psychické i fyzické obtíže

4. ne

5. jiné

15) Jak často jste vystaven/a stresovým situacím?

1. nikdy
2. denně
3. týdně
4. měsíčně
5. několikrát do roka
6. velmi nepravidelně
7. ....

16) Jak jste celkově spokojen/a s pracovními podmínkami, ohodnoťte, prosím,  
v tabulce:

PRACOVNÍ PODMÍNKY	(1) Velmi nespokojen/a	(2) Spíše nespokojen/a	(3) Průměrně nespokojen/a	(4) Spíše spokojen/a	(5) Velmi spokojen/a
Finanční ohodnocení					
Pracovní doba					
Náplň práce					
Bezpečnost na pracovišti					

17) Jaké jsou na Vašem pracovišti vztahy mezi spolupracovníky?

1. velmi špatné
2. spíše špatné
3. průměrně dobré
4. spíše dobré
5. velmi dobré

18) Zhodnoťte, jak jste celkově spokojen/a se svým povoláním.

1. velmi nespokojen/a
2. spíše nespokojen/a
3. průměrně spokojen/a
4. spíše spokojen/a
5. velmi spokojen/a

### **Zdraví vs. práce**

19) Uved'te, prosím, jak se po zdravotní stránce celkově cítíte?

1. velmi špatně
2. spíše špatně
3. průměrně dobře
4. spíše dobře
5. velmi dobře

20) Trpíte nějakým onemocněním, které Vás v životě omezuje (přináší Vám některé omezení)?

1. ne
2. ano

21) Pokud jste na otázku č. 20 odpověděl/a ano, pak se jedná o:

1. nemoci šlach
2. nemoci kostí a kloubů
3. nemoci kůže
4. nemoci týkající se dýchacího ústrojí
5. infekční onemocnění
6. jiné, uveďte, prosím jaké.....

22) Pokud jste na otázku č. 21 odpověděl/a ano, omezuje Vás při výkonu Vaší práce?

1. ne

2. ano

3. nevím

23) Kdybyste měl možnost něco ve zdravotnictví změnit, co by to bylo?

.....  
.....