



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Pedagogická fakulta  
Katedra Výchovy ke zdraví

Diplomová práce

Negativní aspekty životního stylu  
pracovníků Zdravotnické záchranné služby  
na Českobudějovicku

Vypracoval: Bc. Zuzana Pacholíkova  
Vedoucí práce: doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

České Budějovice 2017



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

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

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

Diploma Thesis

# The negative aspects of lifestyle of emergency workers in České Budějovice

Author: Bc. Zuzana Pacholíková  
Supervisor: doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

České Budějovice 2017

## **ABSTRAKT**

**Jméno a příjmení autora:** Bc. Zuzana Pacholíková

**Název diplomové práce:** Negativní aspekty životního stylu pracovníků Zdravotnické záchranné služby na Českobudějovicku

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

**Vedoucí práce:** doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

**Rok obhajoby:** 2017

**Klíčová slova:** negativní aspekty, životní styl, zdravotnická záchranná služba

Diplomová práce se zabývá negativními aspekty životního stylu pracovníků zdravotnické záchranné služby na Českobudějovicku. Teoretická část práce charakterizuje integrovaný záchranný systém a zařízení zdravotnické záchranné služby. Dále popisuje pojem životní styl a jeho možné negativní aspekty v oblasti výživy, pohybové aktivity, psychické zátěže, syndromu vyhoření, kvality spánku a návykových látek. Pro kvantitativní výzkum bylo použito dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo celkem 72 pracovníků zdravotnické záchranné služby spadající pod územní oblast Českobudějovicka. Praktická část vyhodnocuje získané odpovědi a porovnává je s danými hypotézami. Mezi hlavní zjištěné negativní aspekty životního stylu respondentů patří nedostatečná pohybová aktivita, nepravidelnost ve stravování, nedostatek spánku, nepravidelnost v regeneraci a relaxaci, nadměrný stres a vliv zážitků ze zaměstnání na osobní život.

## **ABSTRACT**

**Author name and surname:** Bc. Zuzana Pacholíkova

**Title of diploma thesis:** The negative aspects of lifestyle of emergency workers in České Budějovice

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

**Supervisor:** doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

**The year of presentation:** 2017

**Keywords:** negative aspects, life style, emergency workers

This diploma thesis deals the negative aspects of lifestyle of emergency workers in South Bohemia. The theoretical part describes the Integrated Rescue System and facility of emergency medical services. It also describes the concept of lifestyle and its possible negative aspects of nutrition, physical activity, stress, burnout syndrome, sleep quality and addictive substance abuse. For quantitative research were used a survey, which was attended by a total of 72 emergency workers belonging to area of České Budějovice. The practical part evaluates the responses and compares them with those hypotheses. The main identified negative aspects of lifestyle among respondents is: lack of physical activity, irregular eating habits, lack of sleep, irregular regeneration and relaxation, excessive stress and the impact of experiences from work to personal life.

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci „Negativní aspekty životního stylu pracovníků Zdravotnické záchranné služby na Českobudějovicku“ vypracovala samostatně pod odborným vedením doc. PaedDr. Vladislava Kukačky, Ph.D., 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 - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných pedagogickou fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 28. 4. 2017 .....

Bc. Zuzana Pacholíková

Ráda bych poděkovala doc. PaedDr. Vladislavu Kukačkovi, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady a věcné připomínky, které mi poskytl při zpracovávání mé diplomové práce.

# Obsah

1	ÚVOD.....	9
2	TEORETICKÁ ČÁST .....	10
2.1	Integrovaný záchranný systém.....	10
2.1.1	Zdravotnická záchranná služba.....	11
2.1.2	Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje .....	11
2.2	Životní styl .....	12
2.2.1	Zdravý životní styl.....	15
2.3	Negativní aspekty životního stylu.....	16
2.3.1	Nezdravá výživa .....	16
2.3.2	Nadměrná konzumace kofeinu .....	19
2.3.3	Nedostatečná fyzická aktivita .....	20
2.3.4	Nadměrná psychická zátěž a stres .....	21
2.3.5	Syndrom vyhoření.....	24
2.3.6	Nedostatečný a nekvalitní spánek.....	26
2.3.7	Kouření .....	27
2.3.8	Užívání alkoholu.....	29
3	METODOLOGIE .....	31
3.1	Cíle práce .....	31
3.2	Úkoly práce .....	31
3.3	Hypotézy .....	31
4	METODIKA .....	32
4.1	Charakteristika souboru .....	32
4.2	Organizace výzkumného šetření .....	32
4.3	Použité metody.....	32
5	VÝSLEDKY .....	34

5.1	Výsledky pro negativní aspekty životního stylu pracovníků ZZS .....	34
5.2	Vyhodnocení hypotéz.....	51
6	DISKUZE .....	61
7	ZÁVĚR .....	64
8	SEZNAM LITERATURY .....	66
9	SEZNAM SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	72
10	PŘÍLOHY .....	73



## 1 ÚVOD

Životní styl je jeden z nejlépe ovlivnitelných faktorů působících na zdravotní stav člověka. Působí na zdraví jedince jak pozitivně, tak negativně, záleží na jedinci, jak si svůj denní režim uzpůsobí. Avšak do určité míry má na vedení stylu života vliv zaměstnání, ve kterém se vyskytujeme velkou část dne a bohužel některá zaměstnání jsou tak časově, psychicky, ale i fyzicky náročná, že mnohdy nelze přemýšlet ještě nad tím, zdali je náš život veden ve zdravém duchu. A právě takovým zaměstnáním je dle mého názoru práce ve zdravotnictví, konkrétně mám na mysli příslušníky zdravotnické záchranné služby, kterých se bude diplomová práce týkat. Pracovníci zdravotnické záchranné služby jsou při záchraně lidských životů vystavováni velkému psychickému tlaku, který je potřeba kompenzovat relaxací, jinak může docházet až k patologickým změnám například až ve formě depresí. Díky směnnému provozu v zaměstnání se hůře mohou věnovat pravidelnému pohybu a také především pravidelnému a vyváženému stravování, což může vést k nadváze až obezitě či ke střevním potížím. Lidé pracující ve zdravotnictví by dle mého názoru měli jít vzorem běžné populaci a snažit se svůj život vést přiměřeně zdravým směrem. Avšak děje se tomu tak ve skutečnosti?

Téma diplomové práce jsem si sama vybrala mimo jiné ze zvědavosti, zdali personál u zdravotnické záchranné služby dodržuje základní pravidla zdravého životního stylu, která jistě znají a zdali jejich povolání ovlivňuje chod jejich života a následně i zdraví. Jak již bylo nastíněno, tato diplomová práce se zabývá tématem negativních aspektů životního stylu pracovníků působících u zdravotnické záchranné služby. Konkrétně se bude jednat o příslušníky zdravotnické záchranné služby v oblasti Českobudějovicka, a to z důvodu blízkosti mého bydliště. Práce se bude snažit nalézt, jaké negativní aspekty životního stylu přináší toto náročné zaměstnání.

Náplní teoretické části diplomové práce bude zpracování co nejvíce dostupné odborné a časopisecké literatury pro získání poznatků směřující k tématu práce. Konkrétně se bude jednat o pojmy týkající se zdravotnické záchranné služby, životního stylu a jeho negativních aspektů v oblasti výživy, pohybové aktivity, psychické zátěže, syndromu vyhoření, kvality spánku a návykových látek. Následně v praktické části práce dojde ke zpracování dotazníkového šetření, jehož prostřednictvím budou analyzovány informace od zaměstnanců zdravotnické záchranné služby na Českobudějovicku. Závěr poskytne výčet negativních aspektů životního stylu zkoumaného souboru, které byly výzkumnou částí práce zjištěny.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Integrovaný záchranný systém

Integrovaný záchranný systém je zákonem definován jako koordinovaný postup jeho složek při přípravě na mimořádné a zvláštní události a při provádění různých záchranných a likvidačních prací (Zákon č. 239, 2000).

Záchrannými pracemi jsou myšleny činnosti, které slouží k odvrácení či omezení bezprostředního působení rizik vzniklých určitou mimořádnou situací, a to zejména v úzkém vztahu k ohrožení života, zdraví, majetku nebo narušení životního prostředí. Tyto činnosti se snaží o přerušení příčin prostřednictvím likvidačních prací a činnostmi k odstranění následků způsobených danou mimořádnou událostí. K aktivaci integrovaného záchranného systému dochází v přípravě na vznik mimořádné události, anebo v případě, že je potřeba provádět současně záchranné a likvidační práce dvěma nebo více složkami integrovaného záchranného systému najednou. Integrovaný záchranný systém se dělí do dvou skupin, a to Základní složky IZS a Ostatní složky IZS (Smetana, Kratochvílová, 2007, s. 5).

Základní složky mají schopnost rychle a nepřetržitě zasahovat a jejich působnost je na celém území státu. Mezi základní složky tedy řadíme Hasičský záchranný sbor ČR, Jednotky požární ochrany zařazené do plošného pokrytí kraje jednotkami požární ochrany, Zdravotnická záchranná služba a Policie České republiky. Všechny tyto základní složky zajišťují dle zákona nepřetržitou pohotovost pro příjem ohlášení vzniku mimořádné události, dále vyhodnocují mimořádné události a zejména provádějí neodkladný zásah v místě dané mimořádné události. Za tímto účelem mají rozmístěné své síly po celém území ČR. Také obsluhují telefonní linku tísňového volání a díky těmto všem aspektům jsou schopny zasahovat rychle a nepřetržitě (Šenovský, Adamec, Hanuška, 2007, s. 33).

Mezi ostatní složky, které lze využít k záchranným i likvidačním pracím, patří Armáda ČR, ozbrojené bezpečnostní sbory, ostatní záchranné sbory, orgány ochrany veřejného zdraví, havarijní, pohotovostní, odborné a jiné služby, zařízení civilní ochrany a neziskové organizace a sdružení občanů. Začlenění těchto složek podmiňuje uzavření dohody o plánované pomoci na vyžádání (Šenovský, Adamec, Hanuška, 2007, s. 33).

### **2.1.1 Zdravotnická záchranná služba**

Šenovský a kolektiv (2007) hovoří o základním právním předpisu zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS), kterým je vyhláška Ministerstva zdravotnictví. Koncept ZZS vychází ze základní potřeby, kterou je poskytování přednemocniční neodkladné péče, a to jak na místě vzniku náhlého ohrožení života či zdraví jedince, tak během transportu postiženého jedince do zdravotnického zařízení a následného předání do odborného zařízení, které je schopno danou poruchu jedince napravit.

Zeman a Mika (2007) uvádí, že ZZS je tvořena celkem čtrnácti územními středisky, která rovnoměrně pokrývají území všech krajů ČR. Jednotlivá územní střediska mají sídla v Hradci Králové, Ústí nad Labem, Liberci, Plzni, Praze, Českých Budějovicích, Jihlavě, Brně, Olomouci, Ostravě a dále fungují územní střediska pro Středočeský kraj, Karlovarský kraj, Pardubický kraj a Zlínský kraj v místech sídla hasičského záchranného sboru kraje. Organizační struktura ZZS není jednomyslná a její řízení nevychází z žádné centrální jednotky, na rozdíl od jiných základních složek IZS. Systém ZZS je zkoncipován tak, aby všechny jeho střediska byla schopna poskytnout první pomoc přímo na místě do patnácti minut od oznámení. Při potížích a k dodržení daného limitu dopomáhá specifická složka letecká záchranná služba, která je určená k co nejrychlejšímu poskytnutí přednemocniční neodkladné péče a transportu do nejbližšího vhodného zdravotnického zařízení. Hlavním vybavením letecké záchranné služby je vrtulník a dále je tvořena leteckou obsluhou, lékařem a záchranářem. Dnes už ji provozuje většina územních středisek ZZS.

### **2.1.2 Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje**

Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje (dále jen ZZS JČK) vznikla sloučením hlavního Územního střediska zdravotnické záchranné služby České Budějovice s ostatními ZZS na území kraje v roce 2005, kdy došlo ke vzniku nového krajského uspořádání (Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, 2011).

ZZS JČK se rozděluje na jedno územní středisko v Českých Budějovicích a na šest dalších oblastních středisek (Český Krumlov, Jindřichův Hradec, Písek, Prachatice, Strakonice a Tábor). Dohromady pod všechna střediska spadá třicet výjezdových základen, na kterých je přes den k dispozici padesát dva výjezdových skupin, z toho třicet šest rychlé zdravotnické pomoci, sedm rychlé lékařské pomoci a devět Rendez-vous. Přes noc ve službě zůstává čtyřicet sedm výjezdových skupin (Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, 2011).

### **Typy výjezdových skupin ZZS JČK:**

Jak již bylo uvedeno, v ZZS existuje několik různých druhů výjezdových skupin s odlišným složením.

- RZP- rychlá zdravotnická pomoc: tato výjezdová skupina jezdí s velkým sanitním vozidlem a je složena ze dvou členů. Jedním z nich je nelékařský zdravotnický pracovník (dále jen NLZP), kterým může být zdravotnický záchranář nebo zdravotní sestra se specializací a druhým členem je řidič záchranáře.
- RLP- rychlá lékařská pomoc: tato tříčlenná posádka jezdí také s velkým sanitním vozidlem a skládá se z lékaře, z jednoho pracovníka NLZP a z řidiče záchranáře.
- RV- rendez-vous: tato výjezdová skupina je dvoučlennou posádkou malého zásahového vozidla a obsahuje lékaře a pracovníka NLZP. Rendez-vous systém je nový trend zavedený v celé České republice z důvodu dlouhodobého nedostatku potřebného počtu lékařů a ekonomické náročnosti. Tímto systémem je zachován přístup lékaře v přednemocniční neodkladné péči k co největšímu počtu pacientů. Jde o takzvaný potkávací systém, kdy se na jednom výjezdu spolu setkává velké sanitní vozidlo RZP s malým zásahovým vozem RV s přítomností lékaře. Po zajištění první pomoci lékař může odjet k jinému případu a posádka RZP se již o pacienta a jeho převoz postará.
- LZS- letecká záchranná služba: provoz této služby je plně zajišťován Armádou ČR, posádka vrtulníku je vytvořena ze dvou pilotů, z jednoho palubního technika, lékaře a sestry (Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, 2011).

### **2.2 Životní styl**

Dle Machové (2009) se životní styl řadí mezi jeden z hlavních determinantů našeho zdraví. Životní styl je formou dobrovolného chování každého jedince v různých daných životních situacích., kdy si jedinec vybírá z pestré škály možností, jak se může zachovat. Jedinec může vybírat ze zdravých alternativ a odmítnout ty, které jsou zdraví poškozující a ohrožující. Hlavní charakteristikou životního stylu je tedy souhra dobrovolného chování (výběru jedince) a životní situace (možností jedince). Na druhou stranu jedinec není zcela svobodný ve svém rozhodování, neboť většinou bývá v souladu rodinných a společenských tradic či zvyklostí, také velice závisí na ekonomické situaci daného jedince a v neposlední řadě je ovlivněno sociální pozicí, kterou jedinec zastává. Mezi další velice významné faktory ovlivňující životní styl patří věk, pohlaví, osobnostní

charakteristiky jedince, vzdělání, zaměstnání a s tím související příjem, příslušnost jedince k rase, a především jeho životní hodnoty a postoje.

J. Dufková rozděluje životní styl dle toho, jestli se jedná o konkrétního jednotlivce či o skupinu lidí se stejnými znaky. Pod životním stylem jednotlivce si můžeme představit způsob žití konkrétního jedince, jehož jednotlivé části jsou úzce propojeny a vycházejí ze společného základu a jádra. Naproti tomu životním stylem skupiny se mají na mysli typické společenské rysy způsobu žití, které jsou charakteristické pro převážnou většinu příslušníků nějaké společenské skupiny (Čeledová, Čevela, 2009, s. 50).

V současném 21. století je životní styl většiny lidí až alarmující. Značná část evropské populace trpí obezitou a psychické přetěžování není dostatečně kompenzováno klidem či různými relaxačními metodami, tudíž je velice často kumulováno velké množství stresu, kterým je vážně narušována psychika a tím i celkový zdravotní stav jedince (Kukačka, 2009, s. 8).

Dle Fořta (2004) vědecké poznatky jasně potvrzují, že více než 60 % všech onemocnění způsobuje nesprávný životní styl. Díky neustálému zanedbávání prevence, podceňování špatného životního stylu, narůstajícího stresu, genetických předpokladů či špatného životního prostředí a rizikových pracovních podmínek, většina lidí onemocní vlastní vinou. Jak již bylo zmíněno, veliký vliv na zdraví člověka má i kvalita pracovních podmínek. Většina lidí však naneštěstí svoji práci změnit nemůže, měl by se tedy změnit celkový přístup ke svému vlastnímu životu a přijmout rozhodnutí „starat se sám o sebe“.

Aby jedinec byl schopný zhodnotit svůj aktuální životní styl, potřebuje k tomu určité vědomosti a informace o tom, co lze vyhodnotit jako zdravé či nezdravé. Informování by mělo probíhat v každé rodině již od útlého věku, aby si dítě zakódovalo určité základní zdravé postoje a návyky a získalo správný pohled na důležitost životního stylu. Avšak to, zda jedinec svůj postoj přenesl i do životního stylu závisí na velké řadě osobních faktorů (hierarchie hodnot, morálka, zodpovědnost, pocit uvědomění, vůle apod.). Také může být jedinec limitován prostředím, ve kterém žije. Například formou nedostupnosti určité potraviny či nemožnosti změnit své rizikové zaměstnání kvůli finančním důvodům (Bašková, 2009, s. 17).

V současné společnosti se u většiny populace objevuje životní styl s velkou řadou negativních prvků. Nešpor se snažil tyto negativa životního stylu vymezit.

### Nedostatky životního stylu (Nešpor, 2007)

- „Přešponovaný životní styl“- jedná se o neustálý spěch, přeceňování svých schopností. Kladení příliš vysokých nároků a nabitý program nás často zahání do časové tísně.
- „Prázdný životní styl“- velice častý životní styl zejména u mládeže, která cítí prázdnotu a nudu. Nedokážou manipulovat s takovým množstvím volného času, vymýšlí různé činnosti, koukají na televizi, aniž by věděli, co sledují.
- „Zmatený životní styl“- tento styl často souvisí s prací na poslední možnou chvíli. Jedná se o střídání velikého napětí a nečinnosti.
- „Rizikový a stresující životní styl“- typický životní styl pro lidi, kteří vykonávají rizikové a stresující zaměstnání, jako jsou například zdravotníci, policisté či manažeři. V tomto případě bývá problémem především charakter práce.
- „Neradostný životní styl“- tento styl je charakteristický nepříjemnými povinnostmi, neobsahuje žádnou radost ani potěšení. Pověšinou v člověku s takovým životním stylem přeroste trpělivost, kdy provede nějakou nerozumnou věc, která ho vzápětí mrzí, avšak dále pokračuje ve svém životním stylu.

Ke změně životního stylu je potřeba silná motivace a velice pevné osobní rozhodnutí. Dané změny by měly být prováděny po konzultaci s odborníkem ve svém odvětví, může jím být lékař, psycholog, pedagog či trenér. Dá se tím předcházet nežádoucím efektům dané změny. Poradenství je vhodné především v odvětví výživy či pohybu, abychom tím předešli případnému ohrožení lidského zdraví (Kukačka, 2009, s. 9).

Stejskal (2004) tvrdí, že největší motivací pro změnu stávajícího životního stylu bývá nevyhovující zdravotní stav jedince a někdy i nevyhovující společenské hodnocení od našeho okolí. Dospěje-li člověk k názoru, že změna v této oblasti je nutná, prošel si tedy již takzvaným obdobím bezstarostnosti, ve kterém byl spokojený a neviděl žádná negativa. Z této fáze jedinec pokračuje do stádia přemýšlení, kde rozpozná svůj problém a chce najít řešení. V této fázi každý jedinec plánuje podrobnosti dané změny, ale ještě to neznámá, že změnu opravdu uskuteční, ještě na ní nemusí být zcela připraven (Kukačka, 2009, s. 9).

I Státní zdravotní ústav (2010) uvádí, že převážná část rizikových faktorů ohrožující zdraví přicházejí ze způsobu života. Takové faktory se nazývají ovlivnitelné, dají se tedy z velké části ovlivnit samotným jedincem. Patří sem zejména kouření, přemíra alkoholu, nevhodné a nepřiměřené stravování, nízká pohybová aktivita, stres a nadměrná duševní

zátěž. Avšak existují také neovlivnitelné rizikové faktory zahrnující věk, protože se stoupajícím věkem stoupá riziko, dále pohlaví, kdy k některým onemocněním jsou náchylnější více ženy a k jiným muži a na konec dědičnost, poněvadž je řada nemocí podmíněna vrozenými vlastnostmi. Z toho důvodu je základem znalost vlastního zdraví včetně možných rizik. Taková znalost totiž umožňuje aktivní životní styl, kterým lze ovlivnit rizika snížením či úplným vyloučením ze života.

### **2.2.1 Zdravý životní styl**

Hlavním předpokladem zdravého životního stylu je pevné a dobré zdraví. Míru zdraví určuje stupeň tělesného, duševního a sociálního blaha člověka. Nejedná se tedy jen o nepřítomnost nemoci či poruchy funkce. Světová zdravotnická organizace tedy definuje zdraví jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody (Bašková, 2009, s. 9).

Zdravým životním stylem bychom měli chtít docílit snížení zátěže lidského organismu. Lidé se snaží, avšak jejich snahy jsou chaotické a nemají systematický charakter a řád. Důležité je také umění střídat práci a odpočinek, dokázat relaxovat po fyzické i psychické stránce. Díky zanedbávání zdravého životního stylu dochází k výraznému zkracování života či ke zhoršení zdravotního stavu (Jonáš, 2007).

Nešpor (2007) tvrdí, že k rozumnému životnímu stylu patří:

- Vhodná, pravidelná strava a dostatek tekutin. Člověk, který vypije dostatek tekutin, disponuje větší aktivitou mozku. Do pitné režimu se však nezapočítává káva, alkohol a kolové nápoje, protože vysušují organismus zvýšeným vylučováním tekutin.
- Dostatečný spánek, díky kterému se navyšuje duševní výkonnost.
- Rovnováha mezi povinnostmi a zábavou, aby vznikl rovnovážný poměr mezi činnostmi, co musím dělat a činnostmi, které chci dělat.
- Střední míra zátěže. Větší přetěžování škodí, a to zejména z důvodu vzniku stresu a časového tlaku.
- Dostatečná pohybová aktivita zaměřená na kompenzaci jednostranného pracovního zaměření a zatížení. Dostatek pohybu je zásadním požadavkem pro zdravý životní styl.
- Pravidelná relaxace, a to zejména u jedinců, kteří jsou vystaveni větší míře působení stresových situací.

- Péče o zdraví, které by se měl věnovat individuálně každý jedinec a co nejvíce eliminovat rizikové faktory, čímž je například kouření. Velice důležité jsou také preventivní lékařské prohlídky (Kukačka, 2009, s. 11).

### **2.3 Negativní aspekty životního stylu**

Dle Machové z rozboru příčin chorob s vysokou nemocností a úmrtností vyplývá, že zdraví je nejvíce ovlivňováno a poškozováno následujícími faktory:

- nesprávnou výživou,
- nízkou pohybovou aktivitou,
- nadměrnou psychickou zátěží,
- kouřením,
- nadměrnou konzumací alkoholu,
- zneužíváním drog,
- rizikovým sexuálním chováním.

Avšak žádný z uvedených rizikových faktorů nepůsobí na tělo izolovaně, všechny faktory spolu úzce souvisejí, navzájem se ovlivňují a jsou od sebe neoddelitelné. Proto při pozitivní změně životního stylu je nutné komplexní dodržování všech správných zásad (Machová, Kubátová, 2009, s. 16).

#### **2.3.1 Nezdravá výživa**

Státní zdravotní ústav (2010) uvádí, že na nedostatečně uspokojivém zdravotním stavu populace se významně podílel a dodnes podílí velice závažný faktor, kterým je nevhodné složení výživy. Ve většině řadě problémů se jedná o nadměrný energetický přívod, převažující živočišné tuky a jednoduché cukry, nadměrné solení, nedostatečná konzumace vlákniny, zeleniny i ovoce. I když v posledních letech bylo zaznamenáno zlepšení v pozitivní změně potravin, avšak stále není současný stav výživy populace ČR uspokojivý. Doporučené dávky potravin jsou dodržovány například u cereálií, ale spotřeba zeleniny kolísá pouze na 60 % doporučené hodnoty, spotřeba ovoce asi na 65 % doporučení a mléka také pouze na 60 % doporučeného ustanovení. A naopak spotřeba masa je přibližně o 20 % vyšší, než zní doporučená hranice. Přitom v současné době je již všeobecně známo, že vhodné potraviny dokážou snížit riziko mnoha chorob.

Chopra et al. (2014) zveřejňují tvrzení, že s nesprávnou výživou významně souvisí pojem obezita. Obezita se stává velkým problémem veřejného zdraví po celém světě, a to především díky zvyšujícímu se riziku vzniku těžké obezity, ischemické choroby srdeční, diabetes mellitus II. typu, onemocnění dýchacích cest a dalších jiných



závažných onemocnění. Věnují se pojmu obezita podrobněji a charakterizují ho jako nadměrné hromadění tuku v důsledku chronické nerovnováhy mezi příjmem a výdejem energie. Celkový výdej a příjem energie nejsou však jedinými faktory, které regulují množství tělesného tuku. Závisí také na procentuální vyváženosti jednotlivých makronutrientů, které se taky významně podílejí na regulaci celkové tělesné hmotnosti a metabolismu. Tuky a sacharidy jsou primárně považovány za zdroje energetických zásob, zatímco bílkoviny plní funkci stavebního prvku. U všech třech makroživin závisí především na formě, typu a množství v přijímané stravě. Dlouhodobé požívání potravin s vysokým obsahem tuku a sacharidů často vede k rozvoji nadváhy a poruch metabolismu.

Další pojem, který významně souvisí s nesprávnou výživou, je malnutrice. Světová zdravotnická organizace WHO (2016) hovoří o malnutrici jako o nedostatcích či nerovnováze živin v příjmu energie člověka. Termín malnutrice lze rozdělit do dvou skupin. V jedné skupině jsou lidé, kteří na základě hladovění či nedostatečného příjmu potravin, trpí nedostatkem potřebných živin (základní makronutrienty, ale i vitaminy, minerály, stopové prvky). Tento stav se často nazývá podvýživou, lidé, kteří jí trpí, jsou zakrnělí a velice hubení. Avšak existuje i druhá skupina lidí, kteří sice přijímají nadbytek svého energetického příjmu, avšak také trpí malnutricí, protože přijímané potraviny jsou chudé na vitaminy, minerály a stopové prvky. V tomto případě se hovoří o hypovitaminóze (nedostatek vitamínu) či kwashiorkor (nedostatek důležitých aminokyselin).

Hlavním důvodem malnutrice je, že mnoho rodin si nemůže dovolit bohaté výživné potraviny jako je čerstvé ovoce, zelenina, luštěniny, maso a další jiné potraviny, a tak raději nakupují levnější a snáze dostupnější potraviny a nápoje s vysokým obsahem tuků, cukrů a solí. Avšak v dubnu 2016 se shodlo Valné shromáždění OSN, že jejich jedním z cílů od roku 2016 do roku 2025 bude zajištění snazšího přístupu ke zdravějším potravinám pro všechny lidi. Měl by být transformován potravinový systém od produkce, zpracování až k distribuci. A cílem je i zajištění lepšího vzdělání především žen a matek v ohledu výživy, aby dětem byla zabezpečena lepší strava již od útlého věku (WHO, 2016).

### 2.3.1.1 Pitný režim

Pitný režim je faktor úzce související s výživou. Lidé dokáží přežít i týdny bez nezbytných vitaminů a minerálů, ale bez vody přežijí pouze několik dní, ve výživě je tedy velice významná. Voda se nachází v každé tělesné buňce, u většiny dospělých je jejich organismus tvořen z 60 % právě vodou. Proto je lidský organismus velmi citlivý na ztrátu vody a již při ztrátě 3 % tělesné vody dochází ke snížení tělesného výkonu. Potřeba vody se mnohonásobně zvyšuje vzhledem k vysokým ztrátám při namáhavé tělesné pracovní či sportovní činnosti. Dále množství potřebných tekutin závisí na mnoha vnitřních i vnějších faktorech, například na tělesné hmotnosti, věku i pohlaví jedince, složení požití stravy, frekvenci a druhu tělesné aktivity, teplotě a vlhkosti prostředí, proudění vzduchu, druhu oblečení, na aktuálním zdravotním stavu a na spoustě dalších jiných faktorech (Kastnerová, 2011, s. 107).

Dále Kastnerová (2011) uvádí, že minimální denní příjem tekutin by měl činit 1,5 litru. Dodáme-li tělu dostatek tekutin, zajistíme tím tělu látkovou výměnu, dobrou funkci ledvin a tím tedy i plnou výkonnost ostatních orgánů, tělesných i duševních funkcí a také tím podporujeme normální vzhled pokožky. Nedostatek vody v těle nazýváme dehydratací, která způsobuje akutní problémy, jako je malátnost, bolest hlavy, únava, pokles fyzické a duševní výkonnosti. Někdy při vyšší ztrátě tekutin může docházet až k přehřátí organismu, oběhovému selhání a šoku. Pokud dehydratace trvá delší dobu, hrozí organismu chronické problémy v podobě ledvinových a močových kamenů, vzniku infekce močových cest, zánětu slepého střeva, některých druhů rakovin (rekta a močového měchýře), kardiovaskulárních chorob i trombózy.

Kukačka (2010) se zabývá tím, co bychom vůbec měli pít. V minerálních vodách jsou velmi často obsaženy nevyvážené poměry jednotlivých minerálních látek, proto je důležité druhy vod střídat, aby se nám dostalo všech minerálních látek. Avšak není dobré minerální vody pít stále každý den, protože nadměrné pití stejného druhu může zapříčinit vznik ledvinových nebo močových kamenů. Velký pozor bychom měli dát zejména na minerální vody ochucené, obsahují totiž zdraví škodlivé konzervační látky. Jeden z nejlepších zdrojů pitné vody je voda z vodovodního potrubí, avšak je doporučováno ji pít až po odpaření chlóru, který je v ní obsažen. Kvalita této vody je závislá na zdroji a kvalitě čištění. Dalším zdrojem mohou být balené vody, které jsou však málo mineralizované, obsahují kolem 90 mg minerálních látek na litr vody. A dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je optimální množství 200-400 mg na litr vody. Dále si

můžeme dopřát i ovocné šťávy, jejichž nevýhodou je však vysoký obsah cukru nebo umělých sladidel, proto jsou vhodné spíše ve zředěném stavu. A na závěr stojí za zmínku pití čajů, kdy v každou denní dobu je vhodný jiný druh čaje. Ráno je dobré pít spíše černý čaj, díky obsahu theinu, který dokáže vzpružit. V době dopoledne jsou doporučovány spíše čaje bílé, zelené a čaj maté obsahující vysoký obsah antioxidačních látek polyfenolů a v odpoledních hodinách je lepší konzumovat čaje podporující trávení, kterými mohou být ovocné a bylinkové čaje, obsahující látky, jako jsou třísloviny, katechiny, taniny. Večer jsou vhodné čaje s uklidňujícím účinkem s obsahem máty, meduňky a třezalky (Kukačka, 2010, s. 107). Čaje mají významné blahodárné účinky na zdraví člověka. Například Tachebele et al. (2014) uvádějí, že přítomnost polyfenolů v zeleném čaji je velice účinná v prevenci rakoviny, kardiovaskulárních onemocnění, infekcí způsobenými mikroorganismy a také udržuje rovnovážnou hladinu glukózy v krvi, a to několika způsoby, zabraňuje trávení sacharidů a vstřebává glukózu ve střevě, také stimuluje sekreci inzulínu a následně aktivuje inzulínové receptory.

V pitném režimu je také důležité zmínit způsob příjmu tekutin. Hlavní zásadou pitného režimu je postupný a pravidelný příjem tekutin, a to během celého dne. Pokud totiž jednorázově doplníme velké množství tekutin, organismus bude reagovat zvýšeným vylučováním. Důležitý je tedy způsob doplnění tekutin, měli bychom pít pomalu a neměli bychom převyšovat 200 až 300 ml vody najednou. Tato zásada je však závislá na klimatických podmínkách, ve kterých se vyskytujeme a na počasí (Kukačka, 2010, s. 83).

### **2.3.2 Nadměrná konzumace kofeinu**

Kukačka (2010) uvádí, že kofein patří do rostlinné skupiny látek alkaloidů a je obsažen v kakaových bobech, ořeších kola, maté, plodech guarany a v jiných rostlinách. Mimo kávy je kofein přítomen v kofeinových energetických nápojích. Obsah kofeinu v kávě je závislý na postupu přípravy kávy, ale v průměru to činí kolem 100 mg. Do krevního oběhu se kofein dostává postupně během třiceti až čtyřiceti pěti minut a následně se pomocí tělesných tekutin rozšiřuje dál do těla, metabolizuje se a na konec je vyloučen prostřednictvím moče. Kofein se v těle vyskytuje dohromady kolem čtyř hodin.

Sanchez et al. (2013) tvrdí, že u kofeinu byl prokázán pozitivní i negativní vliv na zdravotní stav člověka, avšak významným určujícím činitelem je množství spotřebovaného kofeinu. Při nadbytečné konzumaci může dojít k významnému narušení spánku, protože kofein významně zkracuje dobu spánku, prodlužuje dobu vnímání

před upadnutím do spánku a také narušuje samotnou kvalitu průběhu spánku. Nadměrné užívání kofeinu je dáváno do souvislosti s nárůstem nočních pohybů těla a s poruchy ve vývoji hlubších fází spánku.

Jedním z fenoménů současné moderní doby jsou energetické nápoje. Lidé se snaží být stále svěží a co nejvíce výkonní, v tom jim mají energetické nápoje pomoci. Avšak termín „energetický“ je zavádějící, protože produkt je popisován jako zdroj energie, ovšem principem těchto nápojů není dodávka „paliva“, ale zvýšení subjektivního pocitu energie, a to prostřednictvím působení na nervovou soustavu. Tyto nápoje obsahují velké množství jednoduchých cukrů, syntetického kofeinu a hlavním přídavkem je taurin (Fořt, 2004, s. 148).

### **2.3.3 Nedostatečná fyzická aktivita**

Světová zdravotnická organizace WHO (2016) definuje fyzickou aktivitu jako jakýkoli tělesný pohyb produkovaný kosterním svalstvem, který vyžaduje energetický výdej. Fyzická nečinnost byla prohlášena čtvrtým nejčastějším rizikovým faktorem pro globální úmrtnost způsobující odhadem 3,2 milionů úmrtí na celém světě. Pravidelná pohybová aktivita mírné intenzity, jako je chůze, jízda na kole, má velice významný přínos pro zdraví člověka. Působí například na snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění, cukrovky, rakoviny tlustého střeva a prsu a také na deprese. Navíc adekvátní úroveň fyzické aktivity má zásadní význam pro energetickou bilanci a napomáhá kontrolovat tělesnou váhu. Pojem „tělesná aktivita“ by neměl být zaměňován s pojmem „cvičení“. Cvičení je zahrnováno do podkategorie fyzické aktivity, která je plánovaná, strukturovaná, opakující se a účelná v tom smyslu, že je prováděná za účelem zlepšení či udržení jedné nebo více složek fyzické zdatnosti. Naproti tomu fyzická aktivita zahrnuje mimo cvičení i další jiné činnosti, které provádíme během dne, jedná se o činnosti v práci a doma, aktivní transport do nějakého místa, pohybové činnosti, které jsou součástí nějaké hry, rekreační aktivity a jiné.

Dle výsledků Světové zdravotnické organizace WHO (2016) bylo v roce 2008 nedostatečně aktivních celých 31 % dospělých ve věku 15 a více let. Důvodem současné nízké úrovně fyzické aktivity je nedostatečná účast na pohybové aktivitě ve volném čase a zvýšení sedavého způsobu chování během pracovních i domácích činností. Také se navyšuje nárůst ve využívání pasivních druhů dopravy. Ovšem zvýšená urbanizace nese následek několika faktorů životního prostředí, které mohou lidi odradit od účasti na fyzické aktivitě. Do těchto faktorů se řadí více se objevující násilí, vysoká

hustota provozu, nízká kvalita ovzduší, nedostatek parků, chodníků a vhodných rekreačních zařízení. Členské státy WHO se tedy dohodly na globálním cíli snížit o 10 % fyzickou nečinnost do roku 2025.

The Canadian Fitness and Lifestyle Research (2011) tvrdí, že existuje stále více důkazů podporující tvrzení, že cvičení má pozitivní vliv na spánek. U jedinců s vysokou pohybovou aktivitou je méně pravděpodobný výskyt poruchy spánku. Naopak se u těchto osob našla větší koncentrace po probuzení a snížená potřeba spánku během dne. Neexistuje žádná definitivní teorie, která by určovala, jak pravidelná fyzická aktivita ovlivňuje spánek, i když je velmi pravděpodobné, že jsou zapojeny různé složité mechanismy. Zatím je ale známo, že pravidelné cvičení pomáhá při kontrole hmotnosti, při snížení užívání léků (různá sedativa, diuretika, antidepresiva apod.) a také pomáhá předcházet či zlepšovat průběh některých chronických onemocnění. A všechny tyto aspekty prokazatelně negativně ovlivňují kvalitu spánku.

S tělesnou aktivitou významně souvisí tělesná zdatnost. Křivohlavý (2003) definuje tělesnou zdatnost jako soubor celé řady charakteristických individuálních znaků fyzických pohybů a pohyblivosti, jako je svalová síla, doba výdrže svalové námahy, flexibilita a její měnitelnost a dechová zdatnost. Tělesná zdatnost rozdělujeme na tzv. organickou zdatnost a dynamickou zdatnost. Organická zdatnost je genetická složka fyzických předpokladů, se kterými jsme se narodili. A dynamickou zdatností se rozumí všechno to, co jsme se na základě vrozených předpokladů a dispozic naučili pomocí tělesné práce a cvičení. Hovoří-li někdo, že je tělesně zdatný a fit, rozumí se tím spíše ta dynamická složka, kterou si daný člověk během života vybudoval.

#### **2.3.4 Nadměrná psychická zátěž a stres**

Jobánková (2003) o psychické zátěži souhrnně hovoří jako o náročných životních situacích, se kterými se člověk vyrovnává metodami většinou odvozenými buď od agrese či od úniku. Tyto životní situace mohou mít na zdraví jedince různý dopad. Zátěžové situace zcela přirozeně patří do lidského života, dokonce se dá říci, že jsou nezbytnou součástí pro normální utváření osobnosti. Pokud by se tyto situace nevyskytovaly v životě lidí, byl by narušen zdravý a plnohodnotný vývoj osobnosti. Avšak v případě, že by se takové situace staly neúměrně silnými a nastal by vznik kumulace v krátkém časovém úseku, tak již není v silách jedince na ně přiměřeně reagovat či se adaptovat.

Stres je zvláštní formou psychické zátěže, která je již delší dobu vystupňovaná po kvalitativní i kvantitativní stránce. Hans Selye definoval stres jako stav organismu

projevující se jako zvláštní syndrom, který vyplívá z nespécificky vyvolaných změn uvnitř těla jedince. Pojmem stresor stanovil určitou danou podmínku či faktor, který stresovou situaci vzbuzuje. V 60. letech byla definice rozšířena o kategorii psychologického stresu, kdy je stres souborem řídicích mechanismů, které se objevují při ohrožení vnitřní rovnováhy organismu (Kastnerová, 2011, s. 208). Definice byla rozšířena z toho důvodu, že Selye používal termín stres k označení reakce organismu pouze při mimořádných či extrémních situacích, jako je například posttraumatický šok, šok z popálenin, chladu nebo tepla. V současné době je pojem stres používán ve spojení s psychickou zátěží a Hladký stres definuje jako specifickou formu zátěže, při níž je organismus nucen mobilizovat rezervní zdroje energetických zásob, přičemž není důležité, jaké činitele jej vyvolávají a zda se jedná o působení fyzikální či psychosociální povahy, a také není důležité, zda je začáteční vyvolávající činitel příjemný nebo nepříjemný. Postupně tedy bylo celou řadou výzkumů dokázáno, že stresový stav může být způsoben čistě jen psychologickým působením, což vzbudilo k pojetí stresu zdůrazňující především jeho psychologické aspekty (Jobánková, 2003, s. 38). I přestože mají stresory spíše charakter psychologického ohrožení, organismus vyvolává reakci jako by se jednalo o fyzickou hrozbu, avšak s tím rozdílem, že neproběhne následné odbourání nahromaděné energie a stresových hormonů prostřednictvím boje nebo útěku (Praško, Prašková, 2004, s. 16).

Existuje modernější definice, která hovoří o stresu jako o souboru řídicích mechanismů způsobující zatížení, tíseň či tlak ohrožující homeostázu uvnitř organismu a jednotu osobnosti jedince. Jde tedy o souhrnný proces vznikající jako odezva na vysoké požadavky, které jsou kladeny na naše zdravé tělo i duše. Dále Kastnerová uvádí uspořádání průběhu stresu podle H. Selye, který vytvořil koncepci generálního adaptačního syndromu. Tato koncepce podle něj tvoří tři stádia, prvním je „stádium poplachu“, kdy se organismus snaží rychle zmobilizovat všechny síly pro odvrácení stresu pomocí aktivace sympatiku a dochází k vyplavení cukrů, tuků a škrobů ze zásob do krve. Druhé „stádium rezistence“ se vyznačuje adaptací na danou zátěž a v následujícím třetím „stádiu exhauce“ organismus vyčerpává všechnu energii potřebnou k adaptaci, čímž dochází k patologickým změnám v organismu (Kastnerová, 2011, s. 208).

Do stresové situace nás nemusejí přivádět pouze nepříjemné a nežádoucí záležitosti, proto se stres rozděluje na distres a eustres. Pojem distres je vysvětlován jako

negativně prožívaný stres a dochází k němu tehdy, kdy se domníváme, že již nemáme dostatek sil a možností ke zvládnutí nějaké situace či ohrožení a díky tomu nám není emocionálně dobře. Naopak u pojmu eustres se nejedná o negativní emocionální zážitek, ale o situaci, kdy se snažíme zvládnout něco, co nám přináší radost, avšak vyžaduje to určitou námahu. Typickou situací může být svatba, narození dítěte, výhra či různé oslavy, ale také do této skupiny patří situace, které jsou schválně vyhledávány a při nichž se lidé dostávají do hraničních rizikových situací. Příkladem mohou být vysokohorští horolezci, cestovatelé, sportovci a jiní (Křivohlavý, 2003, s. 171).

Praško a Prašková (2004) vnímají prožívání stresu jako varovný signál před vážnějšími důsledky, pokud na něj včas nepříjde reakce v podobě změny životního stylu. Vždy je lepší prevence než léčba již vzniklého problému, proto bychom měli předcházet i stresu. Prevencí může být rytmický život s dostatkem aktivního odpočinku, fyzické aktivity a relaxace se schopností se uvolnit. Důležitým preventivním faktorem je také umění těšit se ze života, zažívat dostatek příjemných aktivit a dovednost otevřeně komunikovat s ostatními lidmi.

Jsou uváděny různé zdravotní důsledky stresu jako například, že nadměrná psychická zátěž nás zbavuje kyslíku, který však nutně potřebujeme k normálnímu fungování srdce, mozku a pohybového aparátu. Dále stres nese vinu za třetinu všech bolestí zad a má na svědomí žaludeční dvanácterníkové vředy. Kyslíková krize ve vnitřním uchu vede k přechodné ztrátě sluchu a zvonění v uších. Dalším závažným důsledkem je oslabení imunitního systému, čímž se člověk stává náchylnější k různým alergiím, rakovině a dalším jiným onemocněním. Stres trvající dlouhodobě také dokáže narušit hormonální obranný mechanismus a tím snížit možnost regenerace (Schnack, Schnacková, 2006, s. 10). Pokud dochází k častému opakování stresové reakce, vede to k přetěžování psychiky, ale i tělesného systému. Může docházet ke vztahovým problémům, různým konfliktům mezi partnery, rodinou, kolegy, také mohou vznikat psychické poruchy jako například deprese, úzkosti, nespavost, sexuální problémy. Tou horší variantou dopadů jsou psychosomatická onemocnění, která se mohou projevit v podobě obezity, bolesti hlavy či páteře, vysokého krevního tlaku, ale také může nastat diabetes mellitus, zažívací problémy, vředy, snížení funkce imunity nebo infekční onemocnění. V důsledku rychlejšího transportu krve k orgánům určeným pro „boj a útěk“, srdce pracuje rychleji a tepny jsou více zúžené. Tak po čase postupně dochází ke vzniku vyššího krevního tlaku a srdečním chorobám. Stres také ovlivňuje

svalstvo, které je při psychické zátěži permanentně ve zvýšeném napětí a tím dochází k nadlimitnímu zatěžování kloubů, zejména v oblastech více podléhajících napětí, v krční a křížové páteři. Pokud se dostatečně nevěnujeme pohybu, nemůže docházet k odbourání vyplaveného adrenalinu a noradrenalinu. Tělo je neustále v bojovém režimu s připravenou energií, která se po nevyužití začne ukládat v cévní stěně. Při záplavě nadbytkem cukru může docházet ke změně v citlivosti buněk v pankreatu produkující inzulín a tím i k rozvoji diabetes mellitus. Také hrozí riziko vzniku žaludečních vředů v důsledku vyplavení adrenalinu a noradrenalinu, kteří nedovolí dostatečné prokrvení žaludeční stěny. Na žaludeční sliznici vysoce působí i vyšší hladina kortizolu a kortizonu (Praško, Prašková, 2004, s. 17).

Každý člověk se se stresem vypořádává jinak, proto existuje mnoho strategií zvládnání stresu. Můžeme zkusit nalézt řešení daného problému, pokusit se uklidnit své rozrušené emoce, postavit se problému tváří v tvář nebo se naopak od daného problému distancovat. Dalšími metodami je hledání pozitivních stránek na dané situaci, hledání pomoci u druhých lidí, přijetí osobní odpovědnosti za nastalý problém či úplné vyhnutí se stresové situaci (Křivohlavý, 2010, s. 27).

### **2.3.5 Syndrom vyhoření**

Syndrom vyhoření je v oblasti zdravotnictví velmi často skloňovaným pojmem, neboť při této práci se zaměstnanci často setkávají s trpícími i umírajícími pacienty, což klade velké nároky na emocionalitu a duševní pohodu pracovníků. Objevují se typické pocity vyhoření u zdravotních sester jako „sáhla jsem si na své dno, jsem vyčerpaná, tělo mě zradilo, jsem slaboch, nezvládla jsem náročnou situaci“ (Venglářová, 2011, s. 25).

Při charakterizování syndromu vyhoření se lze setkat s vícero definicemi, avšak všechny mají společný znak jako je nadměrná pracovní náročnost, častý kontakt s lidmi, neodpovídající ohodnocení a zejména osobní zapálení pro danou profesi (Kelnarová, Matějková, 2010, s. 62). Charakterizování tohoto pojmu se věnovali i Hartl s Hartlovou (2009), kteří tvrdí, že syndrom vyhoření, častěji spíše burnout syndrom, který vyplývá najevo po letech praktické, citově náročné práce spojené se ztrátou profesionálního nebo osobního zájmu, týkající se především tzv. pomáhajících profesí, souvisí se ztrátou aktivity a poslání, s pocity zklamání, hořkosti a aktivní účasti v práci. Postupně se objevuje každodenní stereotyp, rutina a s tím související snaha přežít bez větších problémů. Venglářová (2011) také uvádí, že nejvíce v ohrožení jsou lidé,



kteří nedokážou zavrhnout požadavky ostatních, osoby velmi nadšené pro své zaměstnání a velmi usilovně pracující, dále také lidé, kteří se museli vzdát svých věcí pro vykonávání své vysněné profese. Velmi ohroženi jsou rovněž osoby těžce prožívající vlastní neúspěch a nemající příliš zájmových aktivit mimo pracovní dobu a osoby trpící pocitem nepostradatelnosti, kteří si nepřipouští riziko vyhoření.

Mezi rizikové činitele vzniku syndromu vyhoření nesporně patří věk, ve kterém se jedinec setkává s náročnými okolnostmi. Například zdravotníci se s bolestí, utrpením, a dokonce i se smrtí seznamují již při svém studiu na střední škole. Velký vliv má také vysoká pracovní zátěž, nedostatek uznání, špatný kolektiv, ale i různé osobnostní faktory jako vzorce chování, základní postoje a zásady, jimiž se jedinec řídí a nízká odolnost po všech stránkách: fyzické, psychické, emocionální i povahové (Kelnarová, Matějková, 2010, s. 64).

Křivohlavý (2003) se věnuje příznakům, které rozděluje do dvou skupin. První příznaky jsou subjektivního charakteru, kdy jedinci chybí sebezpojetí, sebehodnocení, zdravé sebevědomí, a naopak se velmi často vyskytuje značná únava, neschopnost soustředit se. U jedince převažuje negativní myšlení, nerozhodnost, nechť cokoli tvořit a veškeré cíle ztrácí svůj prvotní smysl. Do druhé skupiny Křivohlavý řadí objektivní příznaky, kdy si blízké okolí všimá, že výkonnost postiženého výrazně klesá, což setrvává i několik měsíců. Dle Bartošíkové (2006) může syndrom vyhoření způsobit až dehumanizaci postojů vůči pacientovi, zdravotní pracovník provádí již jen ty nejnnutnější výkony vyplývající z náplně jeho zaměstnání a ztrácí schopnost empatie. Dokonce může dojít až k odpudivosti vůči nářkům a bolesti pacienta. Takový přístup negativně působí jak na pacienta, tak na celý zdravotnický kolektiv. Schmidbauer (2008) uvádí pojem regresivní deprofesionalizace projevující se úbytkem struktur či naopak velkou strukturovaností, která však neplní funkci. Z práce se ztrácí kreativita, prvotní zvědavost, emoce a empatie, může docházet až k zneužívání převažující moci zdravotníka nad pacientem. Pokud se takové sklony rozšiřují po celém oddělení, negativně to ovlivňuje průběh léčení nemocných. Závažnými důsledky vyhoření mohou být sociálně patologické jevy, jako je nadměrné užívání alkoholu, gamblerství či závislost na lécivech proti úzkosti, čímž se stav ještě více prohlubuje a zhoršuje.

Nejvýznamnějším pilířem nepropuknutí syndromu vyhoření je prevence. Informovanost a poučení je velmi důležité především u profesí kladoucích mnoho požadavků po duševní, tělesné a emocionální stránce. Zásvěcený jedinec je schopen

rozeznat první příznaky a může si pomoci sám či vyhledat odbornou pomoc. Avšak informovanost by měla probíhat v rámci celého pracovního týmu, například prostřednictvím různých teambuildingových aktivit (Kelnarová, Matějková, 2010, s. 67). Důležitá proti vyhoření je také víra ve smyslu poslání, vědomí, že je člověk potřebný a že existuje možnost dalšího rozvoje. Prevence může probíhat prostřednictvím duševní hygieny a relaxace (Hartl, Hartlová, 2010, s. 575).

### **2.3.6 Nedostatečný a nekvalitní spánek**

Šonka (2008) vysvětluje spánek jako období motorického klidu, kdy dochází k ustávání volní lokomoce a k výraznému snížení mimo volního pohybu kosterních svalů kromě svalů potřebných k dýchání. Kukačka (2009) uvádí, že spánek je pro člověka důležitá fyziologická nutnost stejně jako doplňování tekutin a výživy. Jeho hlavním významem je obnova centrálního nervového systému. Při nedostatku či špatné kvalitě spánku se objevuje zhoršené myšlení, nízká pozornost a pocit únavy. Při dlouhodobých obtížích se spánkem mohou vznikat závažné duševní poruchy a dochází ke zhoršené kvalitě života. Možná z těchto důvodů Šonka (2002) spánek spolu s vhodnou stravou a zvládnutím stresu řadí mezi tři nevýznamnější faktory dobrého zdraví. Avšak také tvrdí, že kolem 80 % dospělé populace nikdy o svých problémech se spánkem nehovořilo s odborníkem.

Hlavní funkcí spánku je zabezpečení jednoty a harmonie mezi fyzickým a duševním zdravím. Průměrná ideální doba spánku dospělého člověka se pohybuje v rozmezí 7-9 hodin za den, avšak tato doba závisí na individuálních dispozicích daného jedince, které jsou výrazně rozdílné (Kastnerová, 2011, s. 217). Potřeba spánku se během celého života s navyšováním věku výrazně mění. Novorozenec se věnuje spánku převážnou část dne, prospí kolem 20-22 hodin. Tato výrazně dlouhá doba se postupně zkracuje, až se časem ustálí na 8-10 hodinách za den (Mourek, 2005, s. 176).

Praško (2009) uvádí, že důležitým faktorem je vedle délky spánku i jeho kvalita, jejíž ukazatel je velmi subjektivního rázu. Pokud z postele vstaneme odpočatí a plní sil, poznáme, že náš spánek byl kvalitní. Praško a Prašková (2004) dále vysvětlují, že kvalitní spánek nám přináší lepší řešení každodenních záležitostí. Tvrzení je platné i naopak, pokud jsme spokojeni s kvalitou prožitého dne, následně se to pozitivně projeví i na kvalitě spánku. Nevšimalová (2007) hovoří o tom, že člověk tráví celou jednu třetinu svého života spánkem, tudíž je kvalita spánku má významný dopad na kvalitu života. Spánek je výrazný činitel při regeneraci duševních i fyzických sil, také hraje důležitou

roli při vzniku paměťových stop a při řadě metabolických pochodů. Vědecké studie ukazují, že daleko důležitější, než délka spánku je jeho kvalita. Spánek, který je vícekrát za noc přerušovaný probuzením, se řadí mezi spouštěcí mechanismy vylučování stresových hormonů a dysfunkcí v autonomní oblasti. Tyto negativní změny mají výrazný podíl na vysokém riziku vzniku různých civilizačních onemocnění. Proto je důležité brát na vědomí fakt, že kvalita spánku do značné míry ovlivňuje kvalitu našeho života. Sanchez et al. (2013) se také věnují negativním důsledkům nekvalitního spánku a ve svém článku zdůrazňují fakt, že doba spánku menší jak sedm hodin, může mít až trvalé následky na kardiovaskulární, endokrinní, imunitní a nervový systém. Konkrétně může způsobit denní spavost, vyčerpání, nepozornost, vyšší riziko obezity, poruchy nálad a zneužívání návykových látek.

Weil (1997) uvádí nejčastější faktory narušující kvalitu spánku, patří mezi ně hluk, který je nejčastější překážkou zdravého a kvalitního spánku. Dalším faktorem jsou stimulancia aktivizující mozek k vyšší činnosti, mezi které patří káva, silný čaj, energetické nápoje či různé léky proti nachlazení obsahující kofein. Také tělesné bolesti způsobují nesnadné usínání, mezi časté bolesti se většinou zařazují bolesti zad. Posledním důležitým faktorem negativně ovlivňující spánek jsou myšlenky na nějakou nepříjemnou denní událost, která se nám přihodila během dne.

### **2.3.7 Kouření**

Kouření tabáku patří mezi nejzávažnější známé rizikové faktory, které mají zásadní vliv na vznik a průběh mnoha chorob nejvíce ovlivňující hodnoty nemocnosti a úmrtnosti celé populace. Existuje mnoho forem spotřeby a použití tabáku, patří mezi ně například kouření cigaret, doutníků, dýmky nebo také žvýkání či šňupání tabáku. Všechny tyto aktivní formy, ale i pasivní vystavení produktům hoření tabáku, výrazně přispívají ke zrodu více než dvaceti odlišných onemocnění a předčasnému úmrtí na ně (Kastnerová, 2011, s. 241).

I. B. Omotowo et al. (2016) hovoří o tom, že kouření cigaret se řadí mezi příčinné faktory v rozvoji mnoha vážných zdravotních problémů, a to zejména kardiovaskulární onemocnění, onemocnění v oblasti mozku, rakovina plic, chronická obstrukční nemoc dýchacích cest a nádorové onemocnění nejčastěji dutiny ústní, hrtanu či močového měchýře. V důsledku negativních vlivů tabáku zemře každoročně více než pět milionů lidí a také se podílí na 10% úmrtnosti dospělých. Pokud bude tento trend pokračovat,

tabák bude zodpovědný za sedm milionů úmrtí v roce 2020 a za více než osm milionů úmrtí ročně do roku 2030.

Křivohlavý (2003) se zabýval otázkou, proč lidé kouří? Nachází kladné hodnoty kouření, kvůli kterým lidé začínají kouřit. Mezi krátkodobé kladné vlivy mimo jiné patří pocit zvládnání stresu a překonání pocitů nejistoty a méněcennosti. Dále kouření dočasně zlepšuje soustředění, výkon, zvyšuje radost či potěšení, navyšuje kapacitu paměti a snižuje napětí a úzkost. Avšak existují a spíše převažují vlivy negativní. V dlouhodobé perspektivě má kouření vliv na rakovinu a kardiovaskulární onemocnění. Dále kouření zvyšuje riziko chronické bronchitidy, dýchacích obtíží, emfyzému a vzniku žaludečních vředů. Také se výrazně navyšuje nebezpečí nehod, založení ohně a má negativní vliv na vývoj plodu při těhotenství kouřící matky. Obecně kuřáci kladou menší váhu na hodnotu zdraví, povětšinou pijí více kávy a alkoholu než nekuřáci a jsou méně fyzicky aktivní.

Závislost na tabáku se rozděluje na dva typy závislosti, dle místa účinku: psychosociální a fyzickou. Kouření startuje závislostí sociální, kdy se jedinec většinou přizpůsobuje prostředí, kde se nachází a chce zapadnout mezi ostatní. Poté se začne vyvíjet psychická vazba na cigaretě, která se stala pomocníkem při řešení různých situací a problémů. Psychosociální závislost je závislostí na cigaretě jako takové, bez ohledu na to složení a účinky nikotinu. Teprve po dané individuální době nastává závislost fyzická neboli drogová, a to na určité látce: nikotinu. Nikotin se pojí na určité receptory v mozku a tím dává vznik neurochemickým reakcím poskytující jedinci očekávanou reakci, ale také nežádoucí abstinenční příznaky (Králiková, Kozák, 2003, s. 23).

I. B. Omotowo et al. (2016) tvrdí, že poskytovatelé zdravotní péče hrají klíčovou roli v prevenci kouření tabáku. Lékař stojí ve vedoucí pozici při pomáhání pacientům s kouřením díky rychlosti styku s veřejností. Obecně platí, že lékaři a sestry mají autoritativní moc a jsou považovány za spolehlivé a dobře informované zdroje zdravotnických informací. Odhaduje se, že asi 70 % kuřáků se vidí s lékařem každý rok, tudíž mají možnost být ovlivněni. Ovšem lékaři nevyužívají této příležitosti k identifikaci kuřáků a následné osvětě či poradenství. Naopak v kampani k omezení užívání tabáku působí jako překážka kouření samotných zdravotníků. Vysoká míra kouření mezi lékaři přetrvává v několika industrializovaných zemích a představují normu v zemích rozvojových. Zdravotničtí pracovníci jsou vysoce respektováni a jsou tedy zodpovědní

za základní zdravotní péči a vzdělání v otázkách související s tabákem a měli by být svým pacientům vzorem.

### **2.3.8 Užívání alkoholu**

Ve společnosti existuje velká řada odlišných a protichůdných názorů na užívání alkoholu, ovšem důležitým hlediskem pro správné posuzování je vždy způsob pití, množství a kvalita daného alkoholu. Do názorů autorů se také většinou promítá subjektivní vztah k alkoholu (Kukačka, 2009, s. 171).

Toft et al. (2012) déle trvajícím výzkumem zjistili, že dlouhodobější příjem alkoholu je významným rizikovým faktorem pro vznik ischemické choroby srdeční, zvýšení triglyceridů v krvi a snížení hladiny HDL cholesterolu. Avšak zvýšený příjem vína vyvolal v těle snížení diastolického tlaku. Cowie (2004) poukazuje na komplikovanost vztahu mezi alkoholem a fyzickým zdravím. Častá konzumace alkoholu může přímo způsobit onemocnění jater či je nepřímo spojena s problémy jako například vysoký krevní tlak, srdeční choroby, rakovina ústní dutiny a horní části trávicího traktu. Také existuje určitá souvislost mezi nárazovým pitím a infarktem. Již probíhající závislost na alkoholu je úzce spjata s problémy v oblasti duševního zdraví včetně depresí a sebevražd. Ohrožení v rozvoji duševních problémů nejsou pouze těžce závislí jedinci na alkoholu, ale i častější konzumenti (Cowie, 2004, s. 123).

Alkohol, i jako jiné chemické látky, nemá jen svou negativní stránku, ale je prokázáno, že v malých dávkách působí i pozitivně. Bylo objeveno, že malé dávkování alkoholu pozitivně působí na snižování mortality v důsledku kardiovaskulárních chorob (Křivohlavý, 2003, s. 197). Současné lékařské výzkumy a studie připouští, že pravidelné pití alkoholu v omezené dávce může pozitivně ovlivňovat lidský organismus. Profesor Zima a ostatní autoři považují za poměrně bezpečnou dávku alkoholu konzumaci 30 až 40 gramů alkoholu za den. Pro konkrétní představu je třeba si koncentrovaný alkohol převést na množství určitého alkoholického nápoje, například přibližně 25 gramů alkoholu je obsaženo v jednom dvanáctistupňovém pivě či ve dvou deci vína a 50 ml tvrdého čtyřicetiprocentního alkoholu obsahuje 20 gramů alkoholu (Kukačka, 2010, s. 171). Stále přibývá více důkazů, že přiměřená konzumace alkoholu přináší zdravotní výhody, a to nejen v ochraně před ischemickou chorobou srdeční, ale i před onemocněním periferních cév, diabetes mellitus, žlučovými kameny a onemocněním kognitivních funkcí (Ashley et al., 2000).

Kastnerová (2011) uvádí, že člověk s pevným zdravím nemusí být nutně striktní abstinents, ovšem konzumace alkoholu by neměla překročit určitou hraniční dávku. Mírná spotřeba alkoholu způsobuje protektivní účinek, například víno, především díky látce resveratrol disponuje antioxidačními, protizánětlivými účinky, také snižuje riziko infekce, rakoviny a kardiovaskulárních chorob. Tento vliv potvrzují i Šamánek a Urbanová (2004), kteří odhalili, že pravidelné pití vína snižuje hladinu fibrinogenu v krvi, čímž se snižuje nebezpečí vzniku trombů, které způsobují ucpáním tepny infarkt myokardu, mozkovou příhodu či embolii. Kukačka (2010) uvádí i blahodárné účinky piva, kdy v případě vypití jednoho až dvou sklenic piv za den, s ohledem na pohlaví a hmotnost, dochází k navýšení hladiny HDL cholesterolu v krvi, který dokáže bránit tepny před usazováním látek ve stěnách. Pivo také příznivě působí na krevní oběh v těle, čímž se omezuje riziko srdečních onemocnění a nebezpečí vysokého krevního tlaku.

### **3 METODOLOGIE**

#### **3.1 Cíle práce**

Cílem diplomové práce bylo zjištění hlavních negativních aspektů životního stylu pracovníků Zdravotnické záchranné služby na Českobudějovicku.

#### **3.2 Úkoly práce**

Na základě výše uvedeného cíle byly stanoveny následující úkoly a zásady pro vypracování práce:

1. Vyhledat a následně zanalyzovat obsah zahraniční a české odborné knižní a časopisecké literatury zabývající se daným tématem.
2. Na základě konzultací s vedoucím diplomové práce sestavit obsah a zpracovat teoretické poznatky z vybrané odborné knižní a časopisecké literatury.
3. Prostřednictvím získaných informací stanovit cíle, úkoly a hypotézy diplomové práce.
4. Oslovit skupinu potenciálních respondentů pracujících u ZZS na Českobudějovicku a seznámit ji s průběhem dotazníkového šetření.
5. Vypracovat dotazník na základě stanovených cílů a hypotéz a následně dotazník zaslat na Územní středisko ZZS v Českých Budějovicích.
6. Zpracovat a zanalyzovat získaná výsledná data.
7. Zhodnotit a porovnat výsledky se stanovenými hypotézami.
8. Provést diskuzi.
9. Uvést v závěru zjištěné negativní aspekty životního stylu.

#### **3.3 Hypotézy**

Na základě prostudovaných teoretických materiálů a konzultací s vedoucím práce bylo stanoveno celkem pět hypotéz:

H1 Pracovníci ZZS, kteří znají zásady zdravé výživy, denně konzumují zeleninu a ovoce.

H2 Pracovníci působící delší dobu u ZZS, více pociťují syndrom vyhoření.

H3 Pracovníci ZZS věnující se často pohybové aktivitě hodnotí kladně svoji tělesnou zdatnost.

H4 U pracovníků ZZS, kteří denně zažívají více stresových situací se častěji objevují zdravotní komplikace spojené s výkonem povolání.

H5 Znalost některého ze způsobů zvládnání stresových stavů zmírňuje vliv extrémních zážitků ze zaměstnání na spánek.

## **4 METODIKA**

### **4.1 Charakteristika souboru**

Zkoumaný soubor byl složen z pracovníků Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje, což bylo jediné spojující kritérium výzkumného souboru. Pro získání většího počtu výsledných dat byly dotazníky rozeslány z Územního střediska v Českých Budějovicích i do některých ostatních oblastních středisek, které však spadají pod hlavní územní středisko Českobudějovicka. Na dotazník odpovědělo dohromady 72 respondentů, z toho bylo 37 (51 %) mužů a 35 (49 %) žen, muži tedy byli v mírné převaze. Věk dotazovaných osob se pohyboval v širokém rozmezí od 23 do 60 let.

### **4.2 Organizace výzkumného šetření**

K získání potřebných informací byl zvolen kvantitativní typ výzkumu. Výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím dotazníku, který byl vytvořen v elektronické podobě na webové stránce [www.google.cz](http://www.google.cz) a byl dostupný na odkaze: [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfWNDbM2psOYpVFw4OZusQEv9XBvDtrNnXeYtYEBoiq\\_Aebkw/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfWNDbM2psOYpVFw4OZusQEv9XBvDtrNnXeYtYEBoiq_Aebkw/viewform).

Následně byl dotazník rozeslán mezi všechny zaměstnance za pomoci vrchní sestry Mgr. Petry Mynaříkové. Dotazník byl příslušníkům ZZS k dispozici v období od ledna 2017 do února 2017. Výsledné odpovědi se zobrazovaly ihned po vyplnění na mém osobním účtu internetové stránky [www.google.cz](http://www.google.cz). Dotazník obsahoval celkem třicet dva uzavřených otázek a úvodní informace, kde byli respondenti seznámeni s účelem dotazníkového šetření a byli ubezpečeni o anonymitě vyplnění. Celkem bylo vyplněno a navraceno sedmdesát dva dotazníků, z nichž všechny odpovědi byly použitelné. Výsledná data byla vložena do tabulky Excel, kde docházelo k dalšímu zpracování a vyhodnocení. Nakonec následovalo statistické vyhodnocování stanovených hypotéz pomocí Chí-kvadrat testu.

### **4.3 Použité metody**

#### **A) Diagnostické metody**

Hlavní metodou výzkumného šetření byl strukturovaný dotazník (viz. Příloha I), prostřednictvím kterého byly získány potřebné odpovědi. V dotazníku bylo obsaženo třicet dva uzavřených otázek zaměřujících se na zjištění negativních aspektů životního stylu respondentů, konkrétně v oblasti pohybové aktivity, výživy, pitného režimu, návykových látek, spánku, stresu, syndromu vyhoření a zdravotních komplikací, které by mohly mít spojitost s výkonem povolání. Dohromady bylo navraceno sedmdesát dva dotazníků.



## B) Statistické metody

### Microsoft Excel

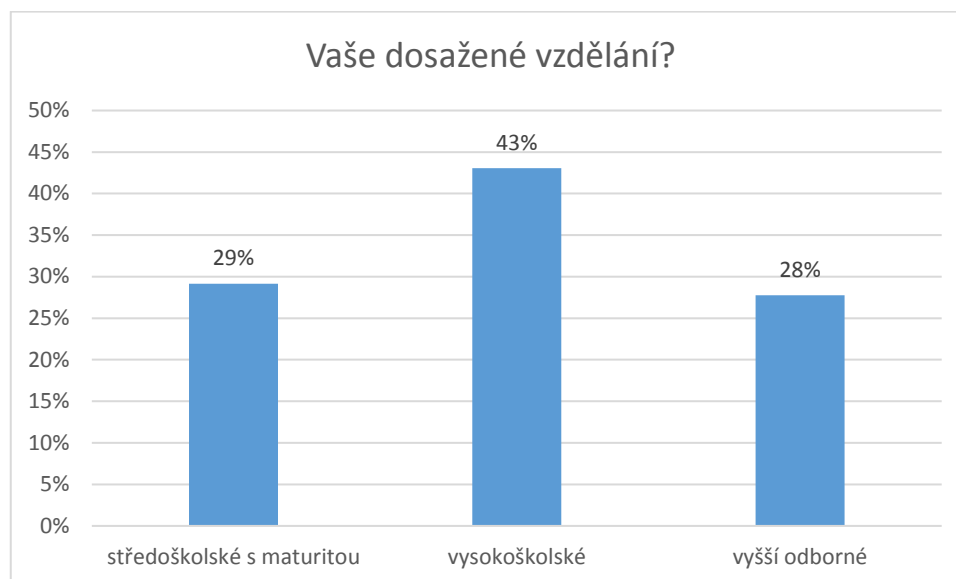
Ke zpracování výsledných dat a k přehlednému zobrazení výsledků prostřednictvím grafů a tabulek byl využit počítačový program Microsoft Excel, který je velmi často používán při vyhodnocování výsledků kvantitativních výzkumných šetření. Výsledná data jsou znázorněna v grafech v procentech a jsou zaokrouhlena na celá čísla.

### Chí-kvadrat test

Ke statistickému zpracování výsledných dat byl využit Chí-kvadrat test posuzující faktory pomocí kontingenčních tabulek, které jsou základem pro testování závislosti mezi dvěma faktory. Důležitým předpokladem tohoto testu bylo, aby teoretické četnosti v dílčích polích neklesly pod hodnotu 5, a to alespoň v 80 % polích a ve zbylých polích pod hodnotu 2, protože by došlo k nespolehlivosti statistik. Tabulka obsahující menší počet políček byla testována pomocí Fisherova testu, který spadá pod přesnější testy odhalující nezávislost. Ke zjištění nezávislosti dvou faktorů byla zvolena vysoká hladina významnosti 1 %, čemuž odpovídají p-hodnoty menší než 0,01. Pokud tedy při testování vyjde p-hodnota menší než 0,01, hypotézu o nezávislosti dvou faktorů zamítáme a potvrzujeme vysoce významnou závislost (Hendl, 2004).

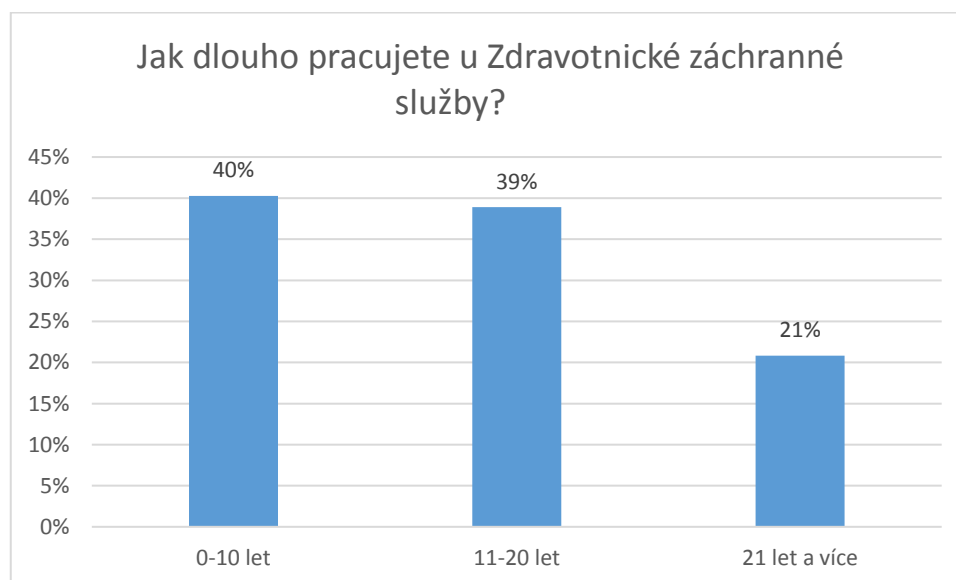
## 5 VÝSLEDKY

### 5.1 Výsledky pro negativní aspekty životního stylu pracovníků ZZS



Graf 1: Dosažené vzdělání zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)

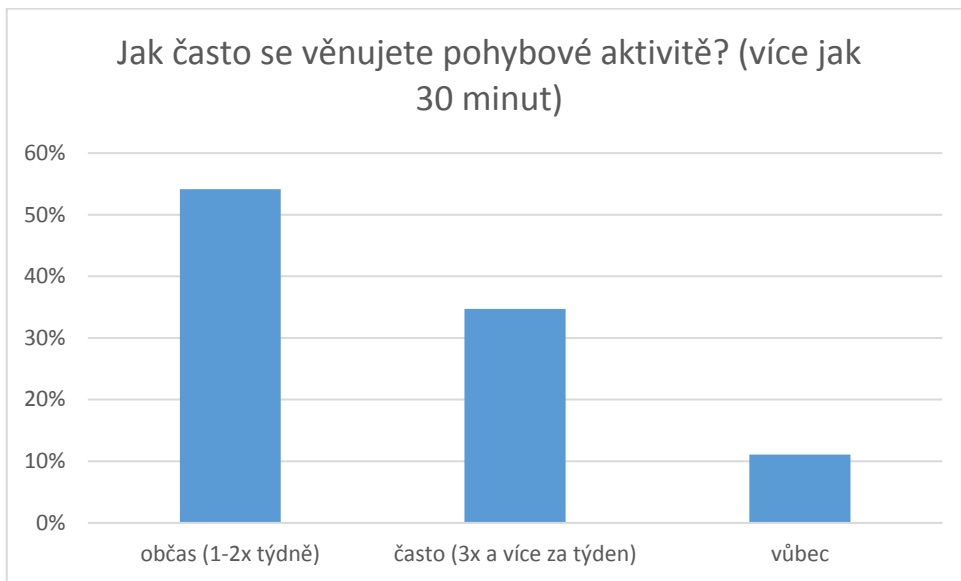
Graf č. 1 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 21 (29%) dosáhlo pouze středoškolského vzdělání s maturitou a 51 (71 %) se dále vzdělávalo na vyšší odborné škole či vysoké škole.



Graf 2: Doba působení zkoumaného souboru u ZZS vyjádřené v procentech (n=72)

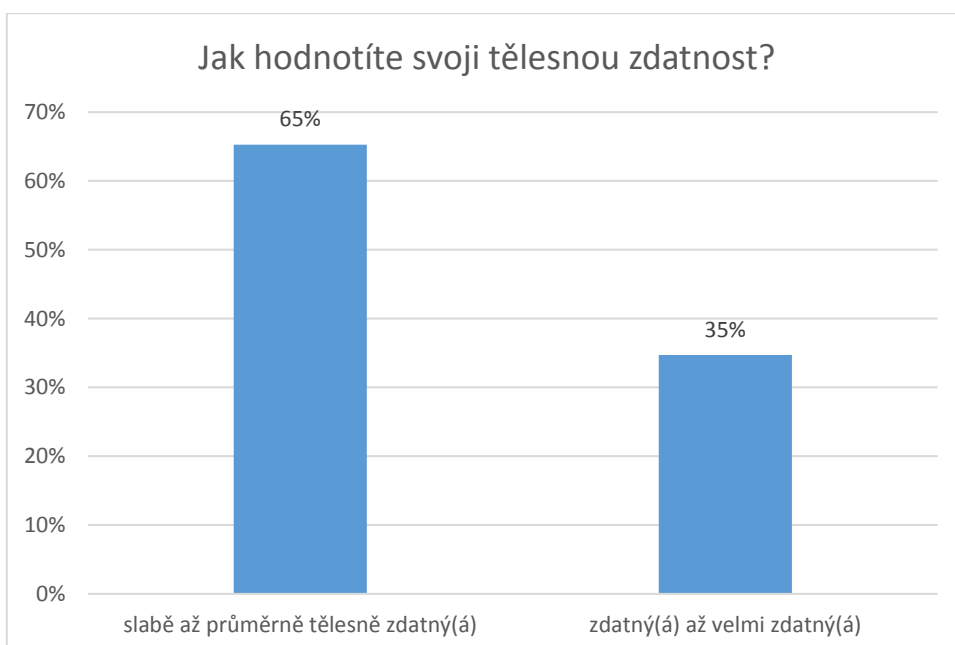
Graf č. 2 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 29 (40 %) pracuje u ZZS v rozmezí 0 až 10 let, dalších 28 (39 %) pracuje u ZZS v rozmezí 11 až 20

let. Pouhých 15 (21 %) respondentů pracuje u ZZS nejdelší dobu, a to v rozmezí 21 let a více.



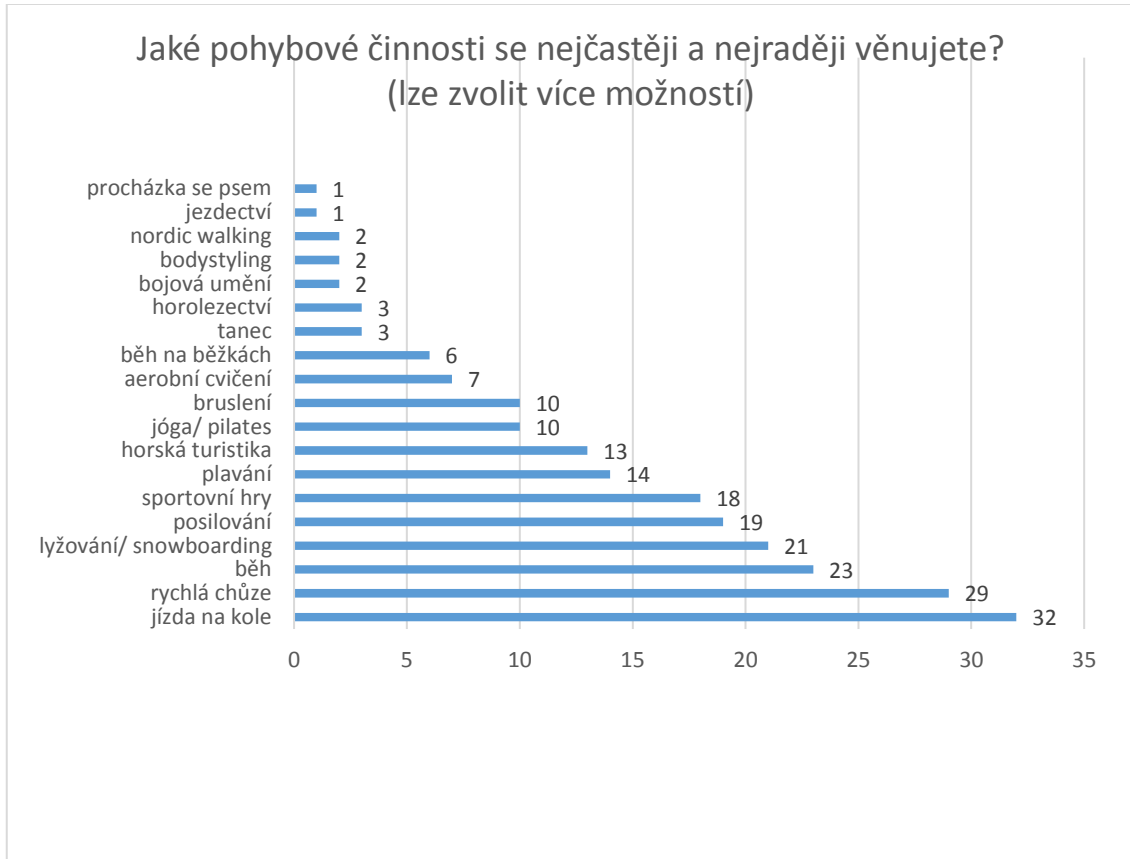
Graf 3: Četnost provozování pohybové aktivity u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)

Graf č. 3 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) se jich 39 (54 %) věnuje pohybové aktivitě jen občas 1-2x týdně, dalších 25 (35 %) sportuje častěji, a to 3-5x za týden a 8 (11 %) respondentů se sportu nevěnuje vůbec.



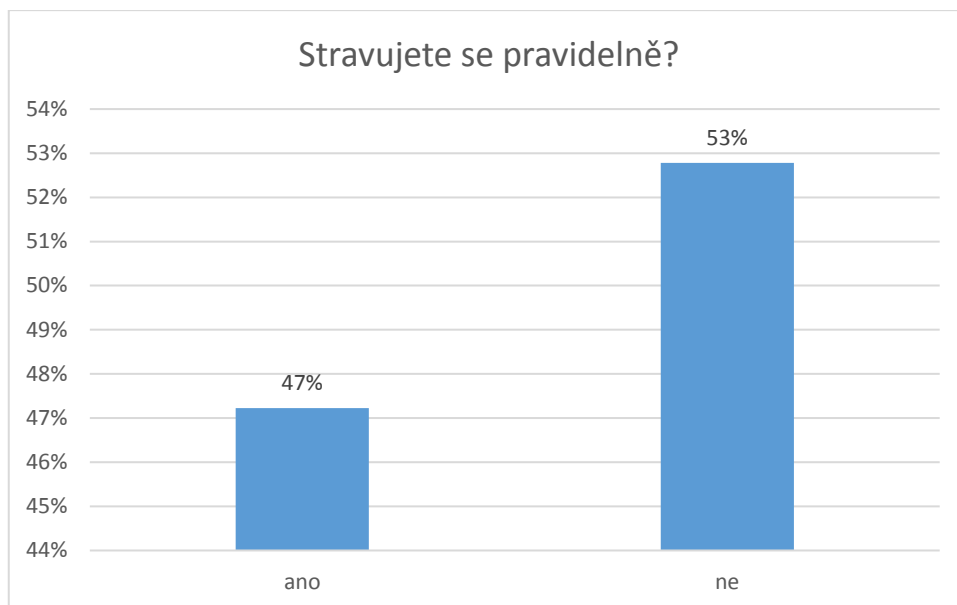
Graf 4: Subjektivní hodnocení tělesné zdatnosti zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)

Graf č. 4 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 47 (65 %) hodnotí svoji tělesnou zdatnost jako průměrnou až slabou, zbylých 25 (35 %) respondentů sami sebe hodnotí jako zdatné až velmi zdatné.



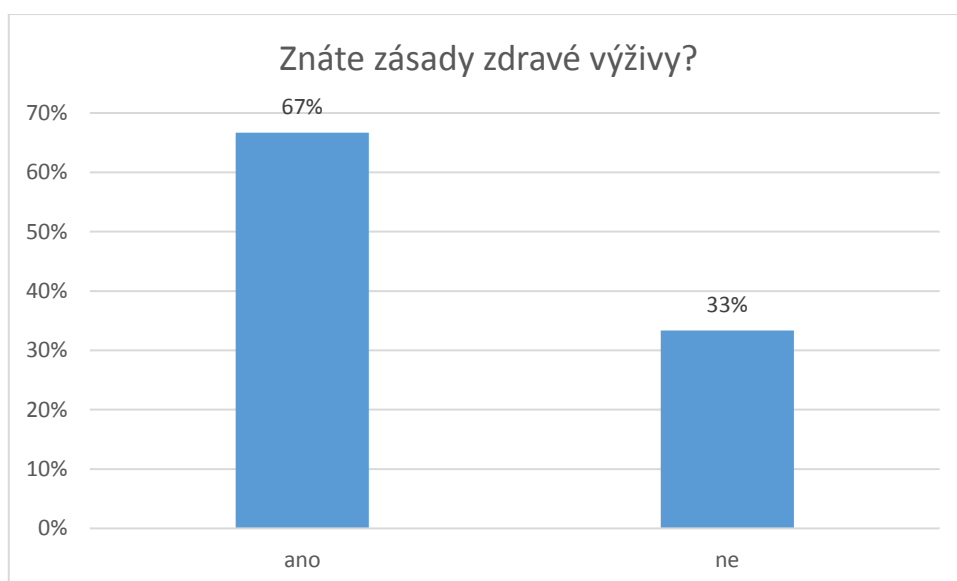
Graf 5: Oblíbené pohybové činnosti zkoumaného souboru (n=72)

U této otázky se liší počet odpovědí z důvodu možnosti výběru většího množství odpovědí. Graf č. 5 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 32 nejradyji volí variantu jízdy na kole. Rychlou chůzi preferuje 29 respondentů, běh preferuje 23 respondentů, lyžování a snowboarding preferuje 21 respondentů, posilování preferuje 19 respondentů, sportovní hry preferuje 18 respondentů, plavání preferuje 14 respondentů, horskou turistiku preferuje 13 respondentů, jógu a pilates preferuje 10 respondentů, bruslení preferuje 10 respondentů, aerobní cvičení preferuje 7 respondentů, běh na běžkách preferuje 6 respondentů, tanec preferují 3 respondenti, horolezectví preferují 3 respondenti, bojová umění preferují 2 respondenti, bodystyling preferují 2 respondenti, nordic walking preferují 2 respondenti, jezdectví preferuje 1 respondent a procházku se psem preferuje rovněž jen 1 respondent.



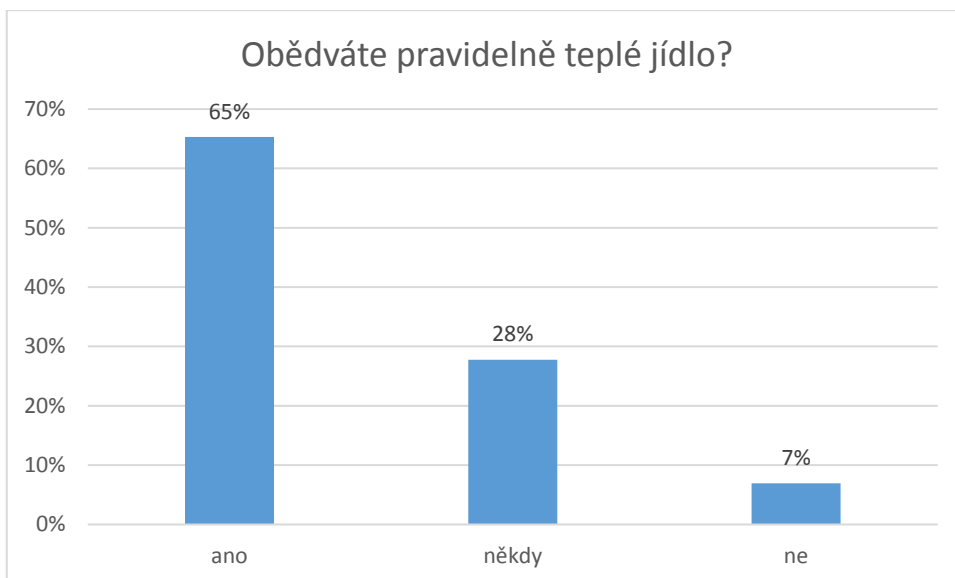
Graf 6: Pravidelnost ve stravování zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)

Graf č. 6 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 38 (53 %) pravidelnost ve stravování nedodržuje a dalších 34 (47 %) respondentů potvrzuje dodržování pravidelnosti ve stravování.



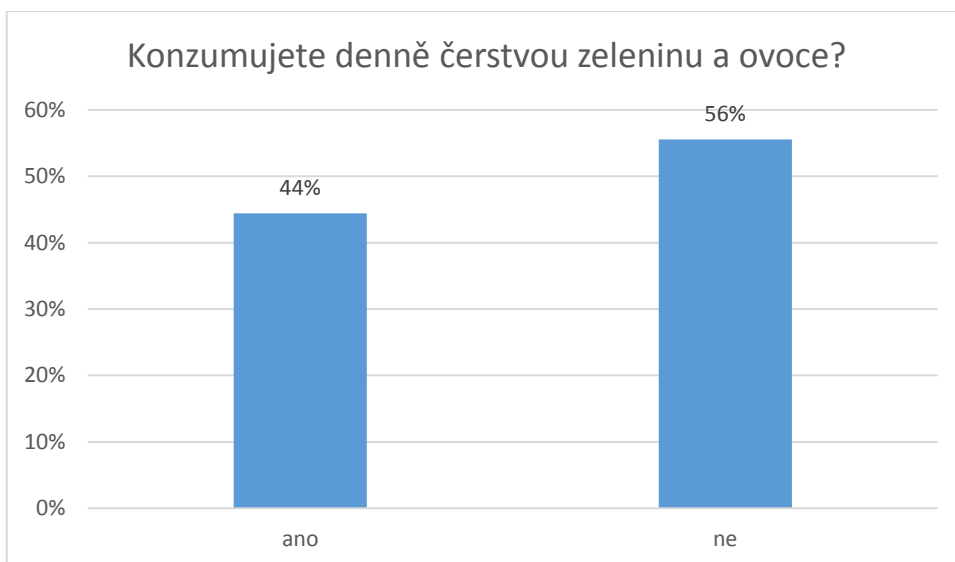
Graf 7: Znalost zkoumaného souboru zásad zdravé výživy vyjádřené v procentech (n=72)

Graf č. 7 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 48 (67 %) zná zásady zdravé výživy a zbylých 24 (33 %) respondentů přiznalo neznalost v oblasti zásad zdravého stravování.



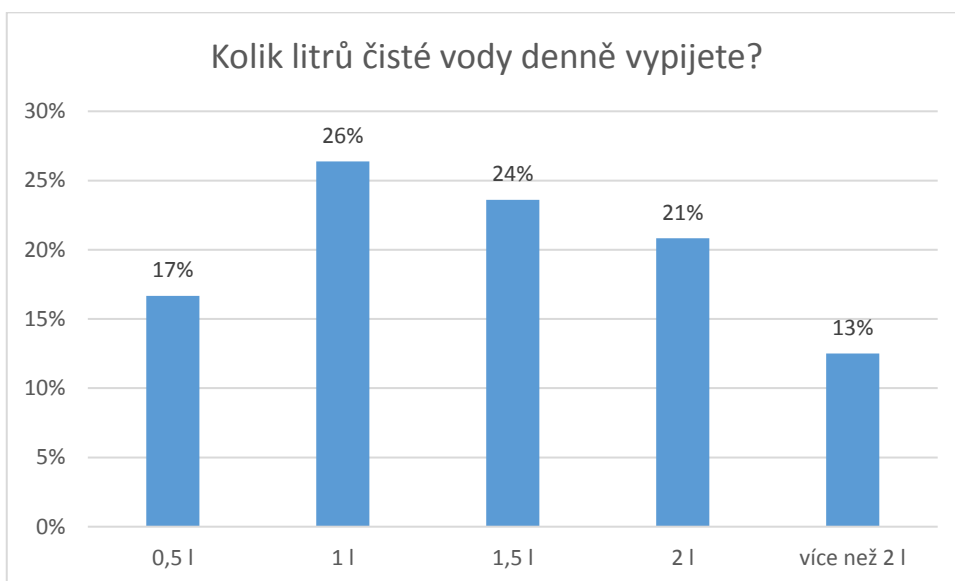
*Graf 8: Pravidelnost v konzumaci teplého oběda u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)*

Graf č. 8 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 47 (65 %) pravidelně konzumuje teplý oběd, dalších 20 (28 %) respondentů uvádí jen občasnou pravidelnost v konzumaci teplého oběda a 5 (7 %) respondentů přiznává úplnou nepravidelnost v konzumaci teplého jídla k obědu.



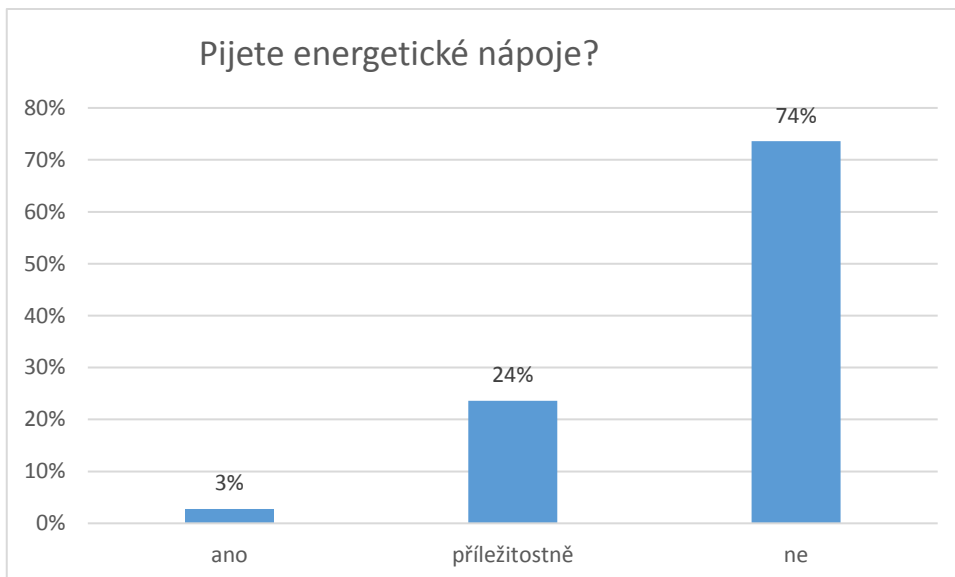
*Graf 9: Denní konzumace čerstvé zeleniny a ovoce u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)*

Graf č. 9 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 40 (56 %) přiznává, že denně čerstvou zeleninu a ovoce nekonzumují, zbylých 32 (44 %) respondentů uvádí, že čerstvou zeleninu a ovoce denně zařazují do svého jídelníčku.



Graf 10: Denní konzumace čisté vody u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)

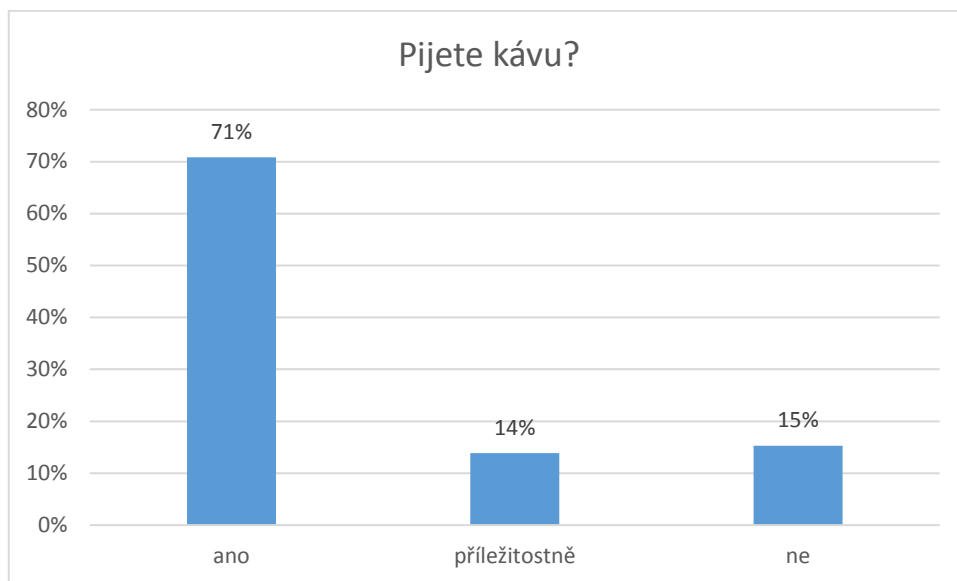
Graf č. 10 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 31 (43 %) vypije denně do 1 l čisté vody, dalších 32 (45 %) respondentů zkonzumuje denně 1,5 až 2 l čisté vody a pouze 9 (13 %) respondentů uvádí větší denní spotřebu čisté vody než 2 l.



Graf 11: Konzumace energetických nápojů zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)

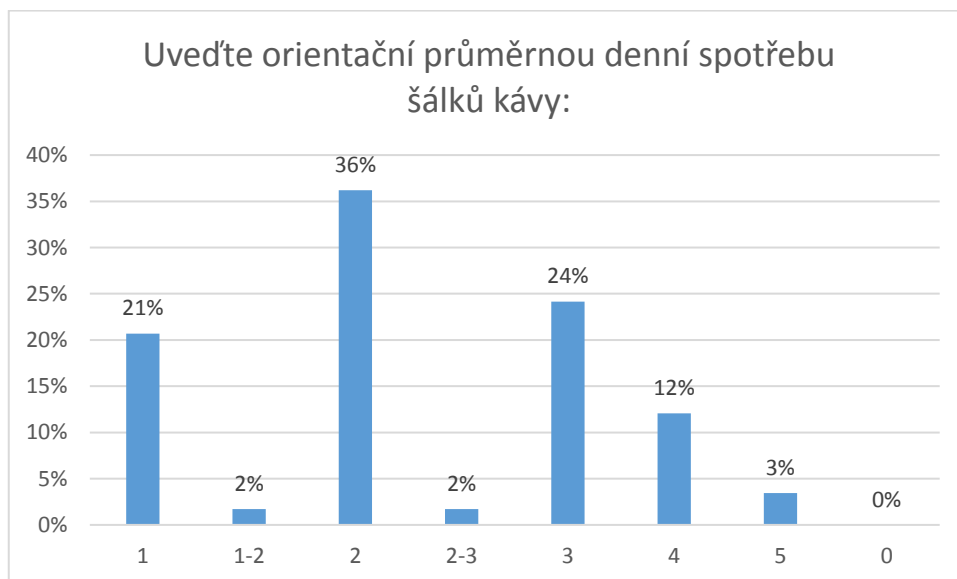
Graf č. 11 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 53 (74 %) vůbec nekonzumuje energetické nápoje, dalších 17 (24 %) respondentů konzumuje

energetické nápoje jen příležitostně a pouze 2 (3 %) respondenti konzumaci energetických nápojů potvrdili.



Graf 12: Konzumace kávy zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)

Graf č. 12 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 51 (71 %) kávu pije a dalších 10 (14 %) kávu konzumuje pouze příležitostně. Pouze 11 (15 %) respondentů kávu nepije vůbec.

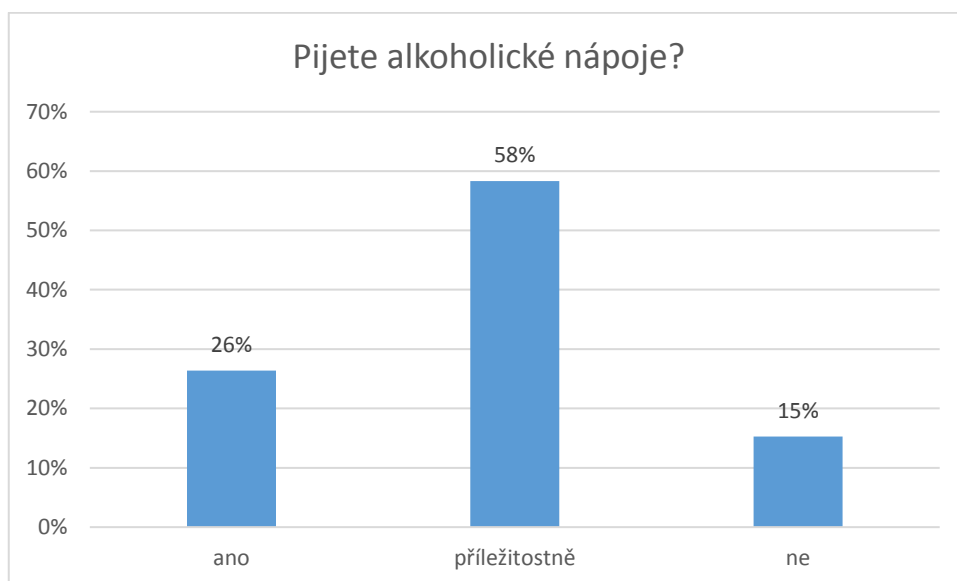


Graf 13: Denní spotřeba kávy zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=58)

U této otázky se liší počet přijatých odpovědí, protože na ní odpovídali pouze ti respondenti, kteří u předešlé otázky uvedli, že kávu pijí. Graf č. 13 znázorňuje, že ze

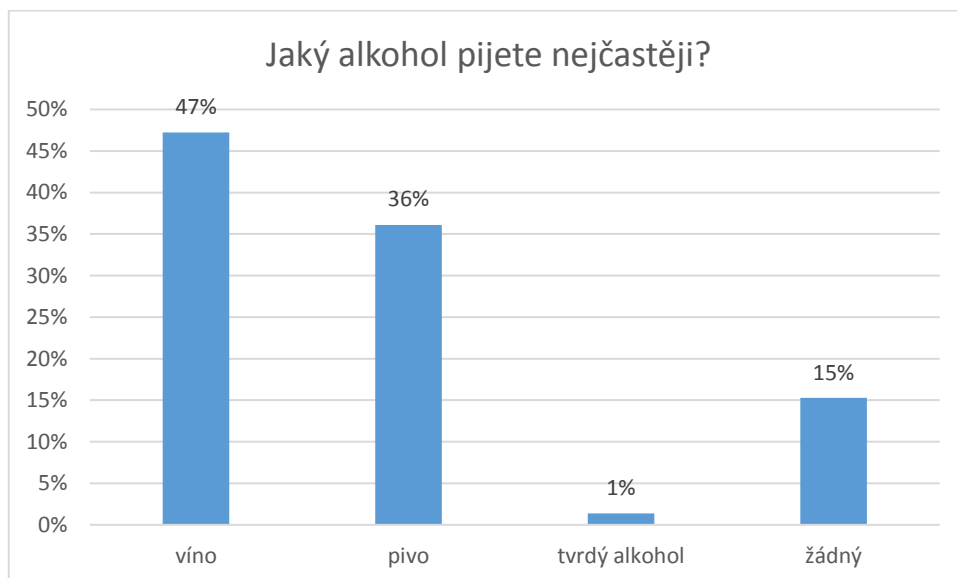


zkoumaného souboru pracovníků ZZS pijící kávu (n=58) jich 49 (85 %) denně zkonsumuje 1-3 šálky kávy a dalších 9 (15 %) respondentů vypijí denně 4-5 šálků kávy.



Graf 14: Konzumace alkoholických nápojů zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)

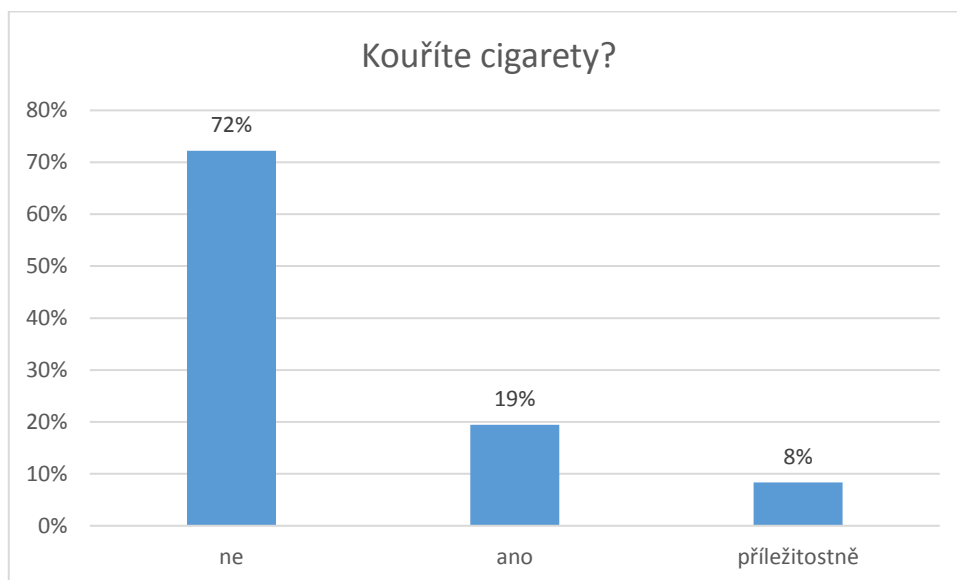
Graf č. 14 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 42 (58 %) konzumuje alkoholické nápoje pouze příležitostně, dalších 19 (26 %) konzumuje alkoholické nápoje častěji a jen 11 (15 %) respondentů nepije alkoholické nápoje vůbec.



Graf 15: Nejčastěji konzumovaný druh alkoholu zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)

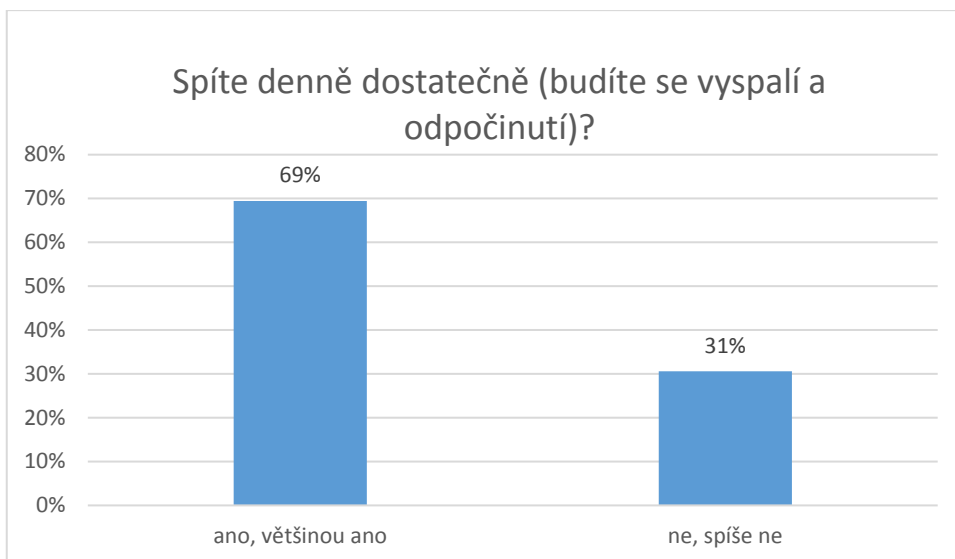
Graf č. 15 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 34 (47 %) preferuje víno, kdy 9 respondentů denně vypije průměrně 1 dcl vína, dalších 9 respondentů denně vypije průměrně 2 dcl vína a 4 respondenti denně vypijí průměrně

3 dcl i více vína. Dalších 26 (36 %) preferuje pití piva, kdy 9 respondentů denně vypije průměrně 1 pivo, další 4 respondenti denně vypijí průměrně 2 piva, 2 respondenti denně vypijí průměrně 3 piva. Pouhý 1 (1 %) respondent preferuje pití tvrdého alkoholu. Zbylých 11 (15 %) respondentů nemá v preferenci žádný typ alkoholického nápoje, protože nekonzumují alkoholické nápoje vůbec, jak můžeme vidět u předešlé otázky.



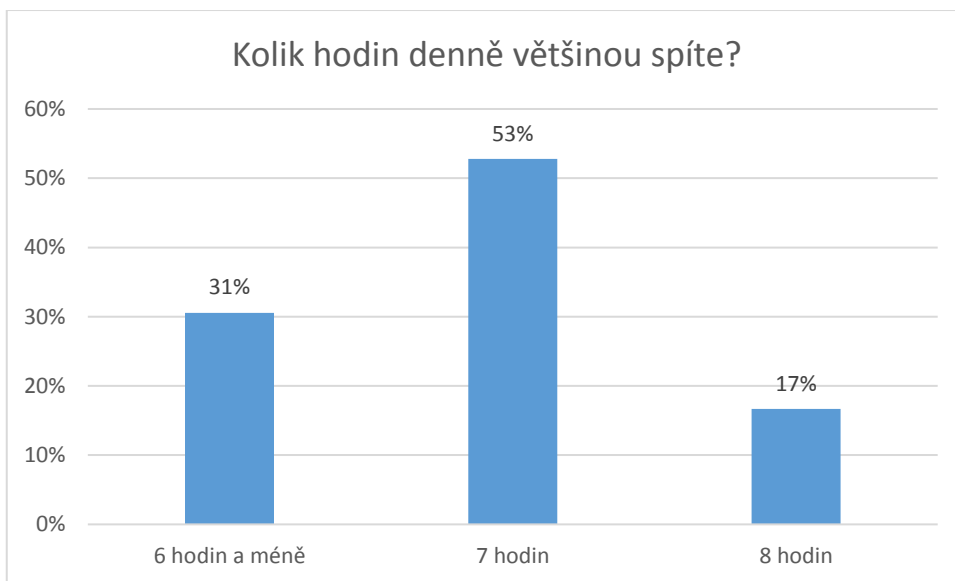
Graf 16: Výskyt kuřáctví u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)

Graf č. 16 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 52 (72 %) cigarety nekouří. Pouhých 14 (19 %) v dotazníku uvedlo, že kouří a dalších 6 (8 %) kouří cigarety jen příležitostně. Z toho 8 respondentů uvedlo denní průměrnou spotřebu cigaret v rozmezí 1-5. Další 4 respondenti denně průměrně vykouří 6-10 cigaret a 6 respondentů denně průměrně vykouří 10-20 cigaret.



Graf 17: Dostatečnost spánku zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)

Graf č. 17 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) se jich 50 (69 %) většinou budí vyspalí a odpočínutí. Dalších 22 (31 %) respondentů se po spánku spíše necítí odpočatí ani vyspalí.



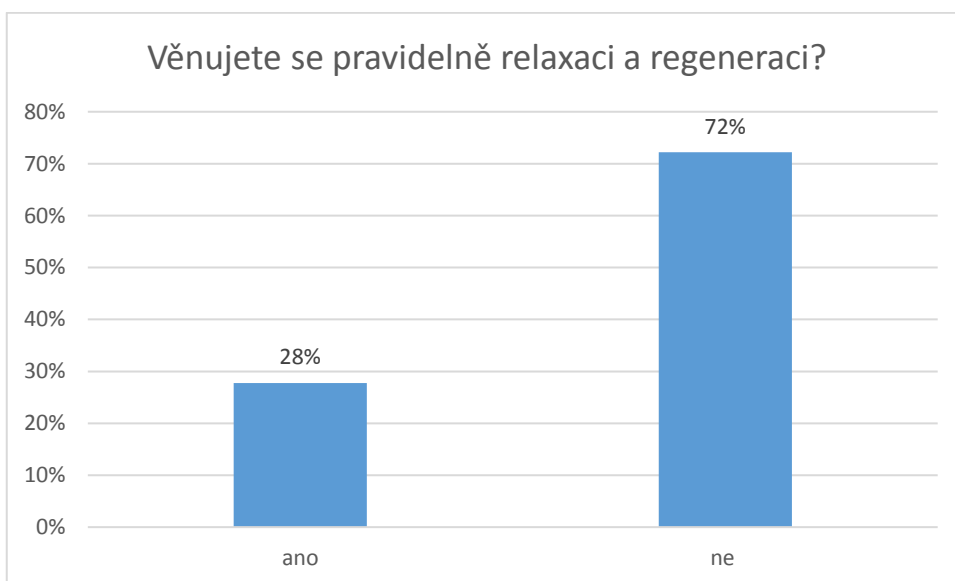
Graf 18: Délka doby spánku zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)

Graf č. 18 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 38 (53 %) většinou denně spí sedm hodin. Dalších 22 (31 %) respondentů většinou denně naspí pouze šest hodin a jen 12 (17 %) respondentů většinou denně spí až osm hodin.



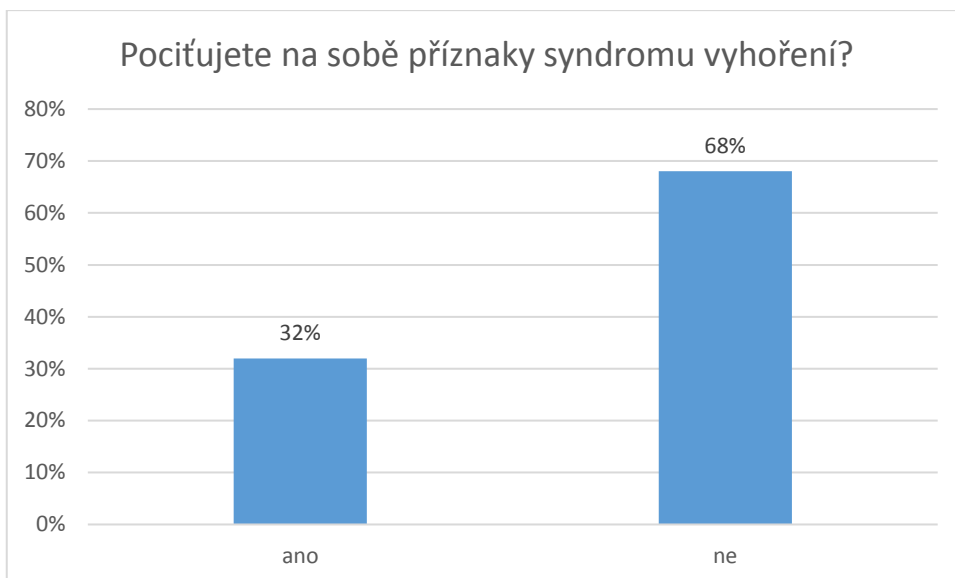
*Graf 19: Vliv extrémních zážitků v zaměstnání na spánek zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)*

Graf č. 19 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 45 (63 %) pociťuje vliv extrémních zážitků na svůj spánek. Dalších 27 (38 %) respondentů žádný vliv extrémních zážitků ze zaměstnání na svůj spánek nepociťuje.



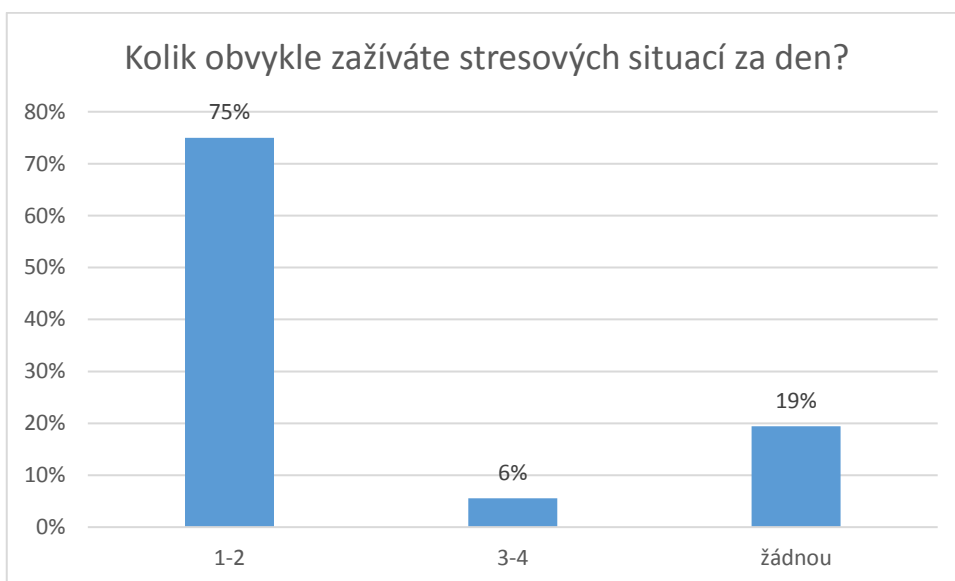
*Graf 20: Pravidelnost relaxace a regenerace u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)*

Graf č. 20 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 52 (72 %) přiznává, že se relaxaci a regeneraci pravidelně nevěnuje. Dalších 20 (28 %) respondentů se naopak oddává relaxaci a regeneraci v pravidelných intervalech.



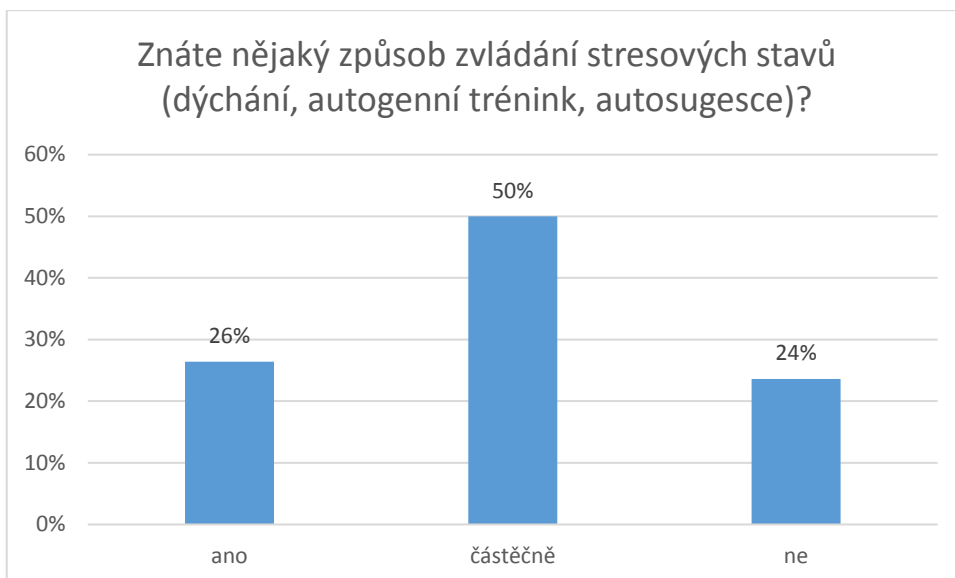
Graf 21: Subjektivní pocit syndromu vyhoření u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)

Graf č. 21 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 49 (68 %) na sobě vůbec syndrom vyhoření nepocítuje. Dalších 23 (32 %) respondentů na sobě pocity syndromu vyhoření pozoruje.



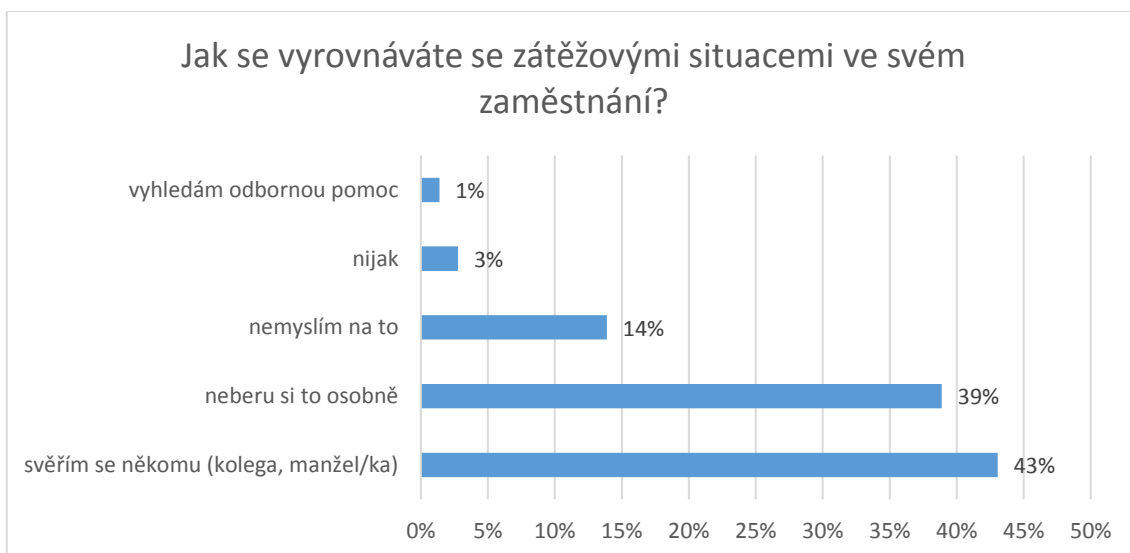
Graf 22: Počet stresových situací za den u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)

Graf č. 22 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 54 (75 %) obvykle zažívá 1-2 stresové situace za den. Dalších 14 (19 %) respondentů nepocítuje během dne žádnou stresovou situaci a 4 (6 %) respondenti uvádějí až 3-4 stresové situace za den.



*Graf 23: Znalost způsobů zvládnání stresových situací u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)*

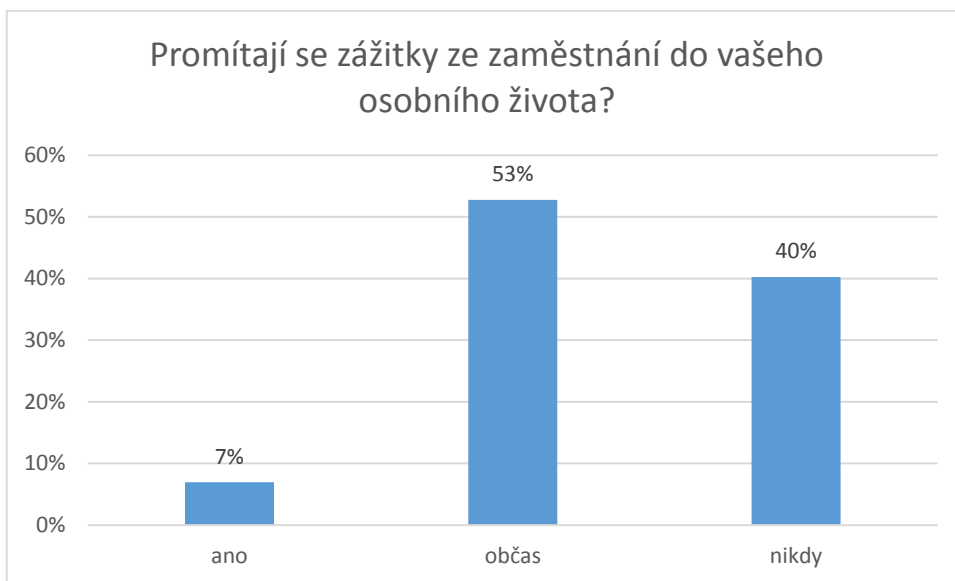
Graf č. 23 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 36 (50 %) má částečně v povědomí některé techniky zvládnání stresových stavů. Dalších 19 (26 %) respondentů zná nějaké konkrétní způsoby zvládnání stresových stavů a ostatních 17 (24 %) respondentů nemá v povědomí žádné z technik pro zvládnání stresových stavů.



*Graf 24: Způsob vyrovnání se se zátěžovými situacemi v zaměstnání zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)*

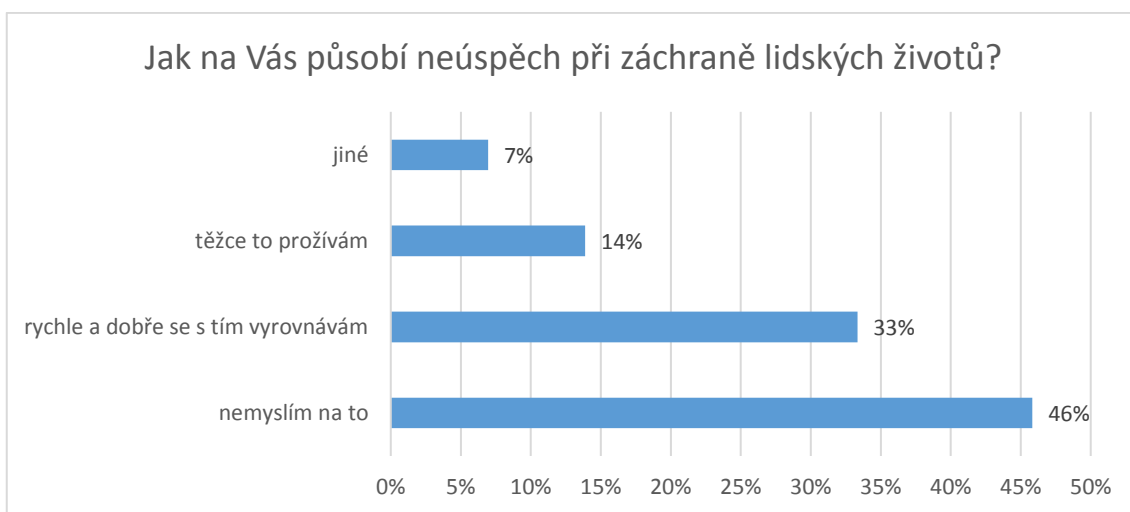
Graf č. 24 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) se jich 31 (43 %) se zátěžovou situací v zaměstnání vyrovnává skrze sociální oporu v podobě svěřeni problému někomu druhému. Dalších 28 (39 %) respondentů se snaží si zátěžové

situace ze zaměstnání nebrat osobně a 10 (14 %) respondentů na tyto situace vůbec nemyslí. Pouze 2 (3 %) respondenti nijak zátěžové situace neřeší a jen 1 (1 %) respondent pro vyrovnaní se s psychickou zátěží v zaměstnání vyhledává odbornou pomoc.



Graf 25: Vliv zážitků ze zaměstnání na osobní život zkoumaného souboru vyjádřený v procentech (n=72)

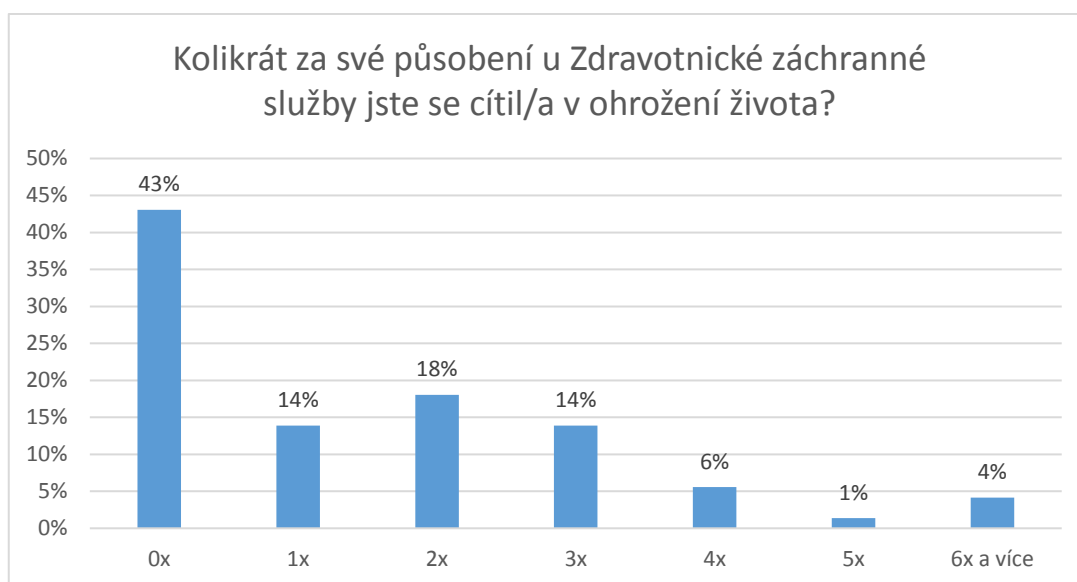
Graf č. 25 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 38 (53 %) občas zaznamenává promítání zážitků ze zaměstnání do svého osobního života. Dalších 29 (40 %) respondentů nepocítuje žádný vliv zážitků ze zaměstnání na svůj osobní život a 5 (7 %) respondentů uvádí, že se zážitky ze zaměstnání promítají i do jejich osobního života.



Graf 26: Vliv neúspěchu při záchraně lidských životů na zkoumaný soubor vyjádřený v procentech (n=72)

Graf č. 26 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 33 (46 %) na neúspěch při záchraně lidských životů nemyslí. Dalších 24 (33 %) respondentů se s neúspěchem při záchraně lidských životů dovedou rychle a dobře vyrovnat, avšak 10 (14 %) respondentů tyto neúspěchy v zaměstnání velmi těžce prožívá. Dalších 5 (7 %) respondentů u této otázky uvedli svoji rozepsanou odpověď:

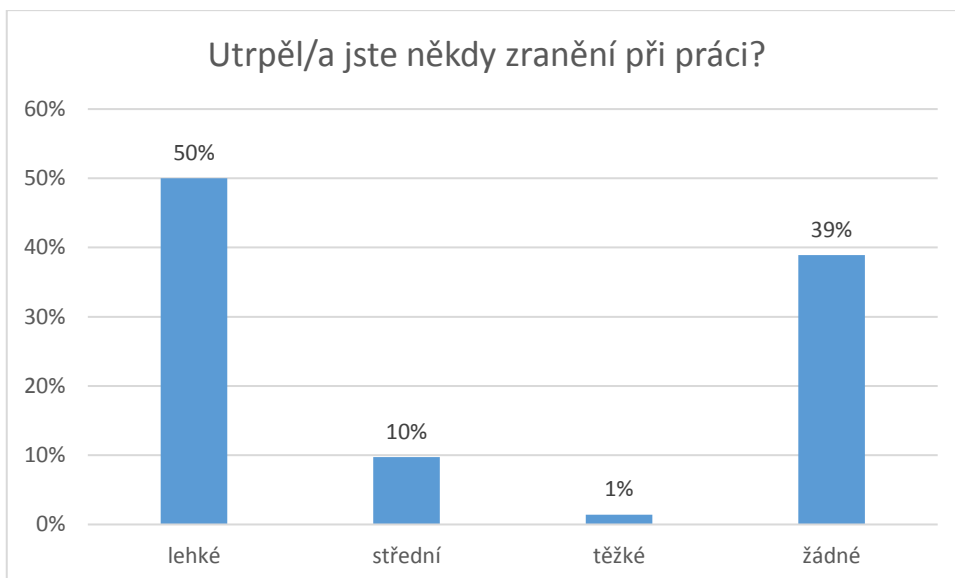
- „většinou se s tím rychle vyrovnám, u některých případech, zejména u dětí to trvá déle, děti by umírat neměly“
- „některé mi dlouho 'leží v hlavě“
- „vždy je rozdíl, jestli se jedná např. o mladého zdravého pacient, nebo těžce nemocného pacienta atd.“
- „jak kdy, podle situace a podle výjezdu“
- „chvíli mi to trvá“



*Graf 27: Četnost pocitu ohrožení života za dobu působení u ZZS u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)*

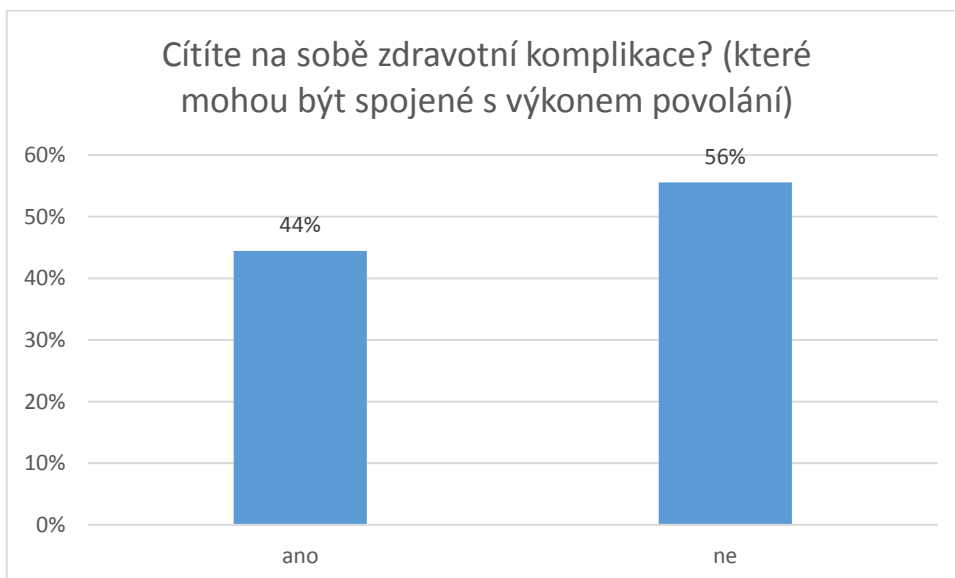
Graf č. 27 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) se jich 31 (43 %) v ohrožení života neocitlo a 10 (14 %) respondentů uvedlo pouze jednu zkušenost s ohrožením života ve svém zaměstnání. Dalších 23 (32 %) respondentů se cítilo v ohrožení života dvakrát či třikrát za dobu působení u ZZS. U 5 ti (7 %) respondentů došlo k ohrožení na životě dokonce čtyřikrát až pětkrát. A další 3 (4 %) účastníci se cítili v ohrožení života dokonce šestkrát i vícekrát za své působení u ZZS.





Graf 28: Výskyt pracovního zranění u zkoumaného souboru vyjádřený v procentech (n=72)

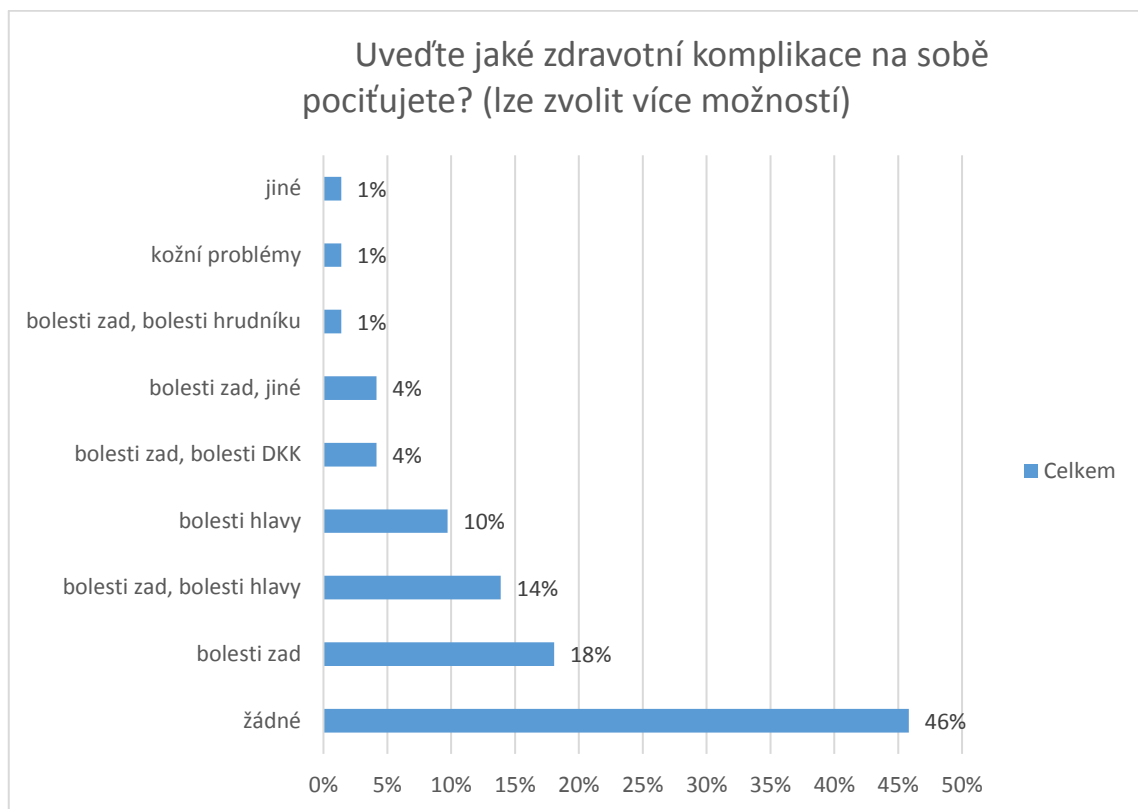
Graf č. 28 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 36 (50 %) utrpělo lehké zranění v důsledku svého zaměstnání a naopak 28 (39 %) respondentů žádné zranění v důsledku svého zaměstnání neutrpělo. Dalších 7 (10 %) respondentů ve svém zaměstnání prodělalo středně závažné zranění a pouze 1 (1 %) respondent zažil těžké zranění v důsledku svého zaměstnání.



Graf 29: Subjektivní pocit zdravotních komplikací, které mohou být spojené s výkonem povolání u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)

Graf č. 29 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 40 (56 %) na sobě nepocítuje žádné zdravotní komplikace, které by mohly mít spojitost s výkonem

povolání a naopak 32 (44 %) respondentů na sobě pozoruje zdravotní komplikace, které mohou být spojené s výkonem povolání.



*Graf 30: Subjektivní pocit konkrétních zdravotních komplikací u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72)*

Graf č. 30 znázorňuje, že ze zkoumaného souboru pracovníků ZZS (n=72) jich 33 (46 %) uvádí, že netrpí žádnými zdravotními komplikacemi, avšak 39 (54 %) na sobě zdravotní komplikace pociťuje. Nejvíce respondentů trpí bolestmi zad, konkrétně se jedná o 13 (18 %) osob. Dalších 10 (14 %) respondentů trpí bolestmi zad spojené s bolestmi hlavy a 7 (10 %) respondentů pociťuje samotné bolesti hlavy bez jiných komplikací. Další 3 (4%) dotazovaní účastníci si stěžují na bolesti zad spojené s bolestmi dolních končetin. Jiní 3 (4 %) respondenti mají spojené potíže ještě s jiným typem zdravotních komplikací neuvedené v možnostech dotazníku (stres, celková únava díky pracovní době, sluch). Pouze 1 (1 %) účastník dotazování přiznává bolesti v oblasti zad a hrudníku, další 1 (1 %) respondent na sobě pociťuje kožní problémy a poslední 1 (1 %) osoba uvádí jiné zdravotní komplikace neuvedené v možnostech dotazníku, a to konkrétně komplikace se spánkem.

## 5.2 Vyhodnocení hypotéz

Pro vyvrácení platnosti nulových hypotéz a následné potvrzení zvolených hypotéz byla zvolena hladina významnosti 1 %, tedy statistická vysoká významnost, které odpovídají hodnoty  $p \leq 0,01$ .

### H1 Pracovníci ZZS, kteří znají zásady zdravé výživy, denně konzumují zeleninu a ovoce.

7) Znáte zásady zdravé výživy? * 9) Konzumujete denně čerstvou zeleninu a ovoce? Crosstabulation					
			9) Konzumujete denně čerstvou zeleninu a ovoce?		
			ano	ne	Total
7) Znáte zásady zdravé výživy?	ano	Count	29	19	48
		% within 7) Znáte zásady zdravé výživy?	60,4 %	39,6 %	100,0 %
		% within 9) Konzumujete denně čerstvou zeleninu a ovoce?	90,6 %	47,5 %	66,7 %
		Adjusted Residual	+++	---	
	ne	Count	3	21	24
		% within 7) Znáte zásady zdravé výživy?	12,5 %	87,5 %	100,0 %
		% within 9) Konzumujete denně čerstvou zeleninu a ovoce?	9,4 %	52,5 %	33,3 %
		Adjusted Residual	---	+++	
	Total	Count	32	40	72
		% within 7) Znáte zásady zdravé výživy?	44,4 %	55,6 %	100,0 %
		% within 9) Konzumujete denně čerstvou zeleninu a ovoce?	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka 1: Kontingenční tabulka pro závislost mezi znalostmi zásad zdravé výživy a denní konzumací čerstvé zeleniny a ovoce u zkoumaného souboru (n=72)

Kontingenční tabulka č. 1 zobrazuje, že existuje statisticky vysoká významnost pro vztah mezi znalostí zásad zdravé výživy a denní konzumací čerstvé zeleniny a ovoce u zkoumaného souboru (n=72). Pracovníci ZZS, kteří znají zásady zdravé výživy, denně konzumují čerstvou zeleninu a ovoce. Avšak tato závislost platí i naopak čili pracovníci ZZS, kteří neznají zásady zdravého stravování, denně nekonzumují čerstvou zeleninu a ovoce.

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	14,878 <sup>a</sup>	1	0,000		
Continuity Correction <sup>b</sup>	13,001	1	0,000		
Likelihood Ratio	16,394	1	0,000		
Fisher's Exact Test				0,000	0,000
N of Valid Cases	72				

Tabulka 2: Vyhodnocení závislosti mezi znalostmi zásad zdravé výživy a denní konzumací čerstvé zeleniny a ovoce u zkoumaného souboru Fisherovým testem ( $n=72$ )

Tabulka č. 2 zobrazuje výsledná data Fisherova testu, který potvrdil závislost mezi oběma faktory. P-hodnota se pohybuje pod hladinou 0,01 a tím lze potvrdit vysoce významnou závislost mezi oběma faktory. Tímto můžeme zamítnout nulovou hypotézu  $H_0$  (Mezi znalostí zásad zdravé výživy a denní konzumací čerstvé zeleniny a ovoce není závislost) a potvrdit oboustranně platnou hypotézu  $H_1$  (Pracovníci ZZS, kteří znají zásady zdravé výživy, denně konzumují zeleninu a ovoce).

## H2 Pracovníci působící delší dobu u ZZS, více pociťují syndrom vyhoření.

2) Jak dlouho pracujete u Zdravotnické záchranné služby? * 23) Pociťujete na sobě příznaky syndromu vyhoření? Crosstabulation					
			23) Pociťujete na sobě příznaky syndromu vyhoření?		
			ano	ne	Total
2) Jak dlouho pracujete u Zdravotnické záchranné služby?	0-10 let	Count	3	26	29
		% within 2) Jak dlouho pracujete u Zdravotnické záchranné služby?	10,3 %	89,7 %	100,0 %
		% within 23) Pociťujete na sobě příznaky syndromu vyhoření?	13,0 %	53,1 %	40,3 %
		Adjusted Residual	---	+++	
	11-20 let	Count	11	17	28
		% within 2) Jak dlouho pracujete u Zdravotnické záchranné služby?	39,3 %	60,7 %	100,0 %
		% within 23) Pociťujete na sobě příznaky syndromu vyhoření?	47,8 %	34,7 %	38,9 %
		Adjusted Residual	o	o	
	21 let a více	Count	9	6	15
		% within 2) Jak dlouho pracujete u Zdravotnické záchranné služby?	60,0 %	40,0 %	100,0 %
		% within 23) Pociťujete na sobě příznaky syndromu vyhoření?	39,1 %	12,2 %	20,8 %
		Adjusted Residual	+++	---	
	Total	Count	23	49	72
% within 2) Jak dlouho pracujete u Zdravotnické záchranné služby?		31,9 %	68,1 %	100,0 %	
% within 23) Pociťujete na sobě příznaky syndromu vyhoření?		100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Tabulka 3: Kontingenční tabulka pro závislost mezi délkou doby působení u ZZS a pocitem syndromu vyhoření u zkoumaného souboru (n=72)

Kontingenční tabulka č. 3 zobrazuje, že existuje statisticky vysoká významnost pro vztah mezi délkou doby působení u ZZS a pocitem syndromu vyhoření u zkoumaného souboru (n=72). Pracovníci ZZS, kteří působí delší dobu (21 let a více) u ZZS, více pociťují syndrom vyhoření. Avšak tato závislost platí i naopak čili pracovníci ZZS, kteří působí u ZZS zřetelně kratší dobu (5-10 let), pociťují syndrom vyhoření méně.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,672 <sup>a</sup>	2	0,001
Likelihood Ratio	14,703	2	0,001
N of Valid Cases	72		

*Tabulka 4: Vyhodnocení závislosti mezi dobou působení u ZZS a pocitem syndromu vyhoření u zkoumaného souboru Pearsonovým chi-kvadrat testem (n=72)*

Tabulka č. 4 zobrazuje výsledná data Pearsonova Chi-kvadrat testu, který potvrdil závislost mezi oběma faktory. P-hodnota se pohybuje pod hladinou 0,01 a tím lze potvrdit vysoce významnou závislost mezi oběma faktory. Tímto můžeme zamítnout nulovou hypotézu H0 (Mezi dobou působení u ZZS a pocitem syndromu vyhoření není závislost) a potvrdit oboustranně platnou hypotézu H2 (Pracovníci působící delší dobu u ZZS, více pociťují syndrom vyhoření).

**H3 Pracovníci ZZS věnující se často pohybové aktivitě hodnotí kladně svoji tělesnou zdatnost.**

3) Jak často se věnujete pohybové aktivitě? (více jak 30 minut) * 4) Jak hodnotíte svoji tělesnou zdatnost? Crosstabulation			4) Jak hodnotíte svoji tělesnou zdatnost?		
			slabě až průměrně tělesně zdatný(á)	zdatný(á) až velmi zdatný(á)	Total
3) Jak často se věnujete pohybové aktivitě? (více jak 30 minut)	často (3x a více za týden)	Count	9	16	25
		% within 3) Jak často se věnujete pohybové aktivitě? (více jak 30 minut)	36,0 %	64,0 %	100,0 %
		% within 4) Jak hodnotíte svoji tělesnou zdatnost?	19,1 %	64,0 %	34,7 %
		Adjusted Residual	---	+++	
	občas (1- 2x týdně)	Count	31	8	39
		% within 3) Jak často se věnujete pohybové aktivitě? (více jak 30 minut)	79,5 %	20,5 %	100,0 %
		% within 4) Jak hodnotíte svoji tělesnou zdatnost?	66,0 %	32,0 %	54,2 %
		Adjusted Residual	+++	---	
	vůbec	Count	7	1	8
		% within 3) Jak často se věnujete pohybové aktivitě? (více jak 30 minut)	87,5 %	12,5 %	100,0 %
		% within 4) Jak hodnotíte svoji tělesnou zdatnost?	14,9 %	4,0 %	11,1 %
		Adjusted Residual	o	o	
	Total	Count	47	25	72
% within 3) Jak často se věnujete pohybové aktivitě? (více jak 30 minut)		65,3 %	34,7 %	100,0 %	
% within 4) Jak hodnotíte svoji tělesnou zdatnost?		100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Tabulka 5: Kontingenční tabulka pro závislost mezi četností pohybové aktivity a subjektivním hodnocením tělesné zdatnosti u zkoumaného souboru (n=72)

Kontingenční tabulka č. 5 zobrazuje, že existuje statisticky vysoká významnost pro vztah mezi četností pohybové aktivity a subjektivním hodnocením tělesné zdatnosti u zkoumaného souboru (n=72). Pracovníci ZZS, kteří se věnují pohybové aktivitě 3x a více za týden, hodnotí svoji tělesnou zdatnost kladně („zdatný(á) až velmi zdatný(á)“). Tvrzení platí i naopak čili pracovníci ZZS věnující se fyzické aktivitě jen občas (1-2x týdně) hodnotí svoji tělesnou zdatnost mírně až záporně („slabě až průměrně tělesně zdatný(á)“).

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	14,672 <sup>a</sup>	2	0,001
Likelihood Ratio	14,703	2	0,001
N of Valid Cases	72		

*Tabulka 6: Vyhodnocení závislosti mezi četností pohybové aktivity a subjektivním hodnocením tělesné zdatnosti u zkoumaného souboru Pearsonovým chi-kvadrat testem (n=72)*

Tabulka č. 6 zobrazuje výsledná data Pearsonova Chi-kvadrat testu, který potvrdil závislost mezi oběma faktory. P-hodnota se pohybuje pod hladinou 0,01 a tím lze potvrdit vysoce významnou závislost mezi oběma faktory. Tímto můžeme zamítnout nulovou hypotézu H<sub>0</sub> (Mezi četností pohybové aktivity a subjektivním hodnocením tělesné zdatnosti není závislost) a potvrdit oboustranně platnou hypotézu H<sub>3</sub> (Pracovníci ZZS věnující se často pohybové aktivitě hodnotí kladně svoji tělesnou zdatnost).



**H4 U pracovníků ZZS, kteří denně zažívají více stresových situací se častěji objevují zdravotní komplikace (které mohou být spojené s výkonem povolání).**

24) Prožíváte obvykle každý den v zaměstnání nějakou stresovou situaci? * 31) Cítíte na sobě zdravotní komplikace, které mohou být spojené s výkonem povolání? Crosstabulation					
			31) Cítíte na sobě zdravotní komplikace, které mohou být spojené s výkonem povolání?		
			ano	ne	Total
24) Prožíváte obvykle každý den v zaměstnání nějakou stresovou situaci?	ano	Count	27	31	58
		% within 24) Prožíváte obvykle každý den v zaměstnání nějakou stresovou situaci?	46,6 %	53,4 %	100,0 %
		% within 31) Cítíte na sobě zdravotní komplikace, které mohou být spojené s výkonem povolání?	84,4 %	77,5 %	80,6 %
		Adjusted Residual	0	0	
	ne	Count	5	9	14
		% within 24) Prožíváte obvykle každý den v zaměstnání nějakou stresovou situaci?	35,7 %	64,3 %	100,0 %
		% within 31) Cítíte na sobě zdravotní komplikace, které mohou být spojené s výkonem povolání?	15,6 %	22,5 %	19,4 %
		Adjusted Residual	0	0	
	Total	Count	32	40	72
		% within 24) Prožíváte obvykle každý den v zaměstnání nějakou stresovou situaci?	44,4 %	55,6 %	100,0 %
		% within 31) Cítíte na sobě zdravotní komplikace, které mohou být spojené s výkonem povolání?	100,0 %	100,0 %	100,0 %

*Tabulka 7: Kontingenční tabulka pro závislost mezi četností stresových situací za den a četností zdravotních komplikací, které mohou být spojené s výkonem povolání u zkoumaného souboru (n=72)*

Kontingenční tabulka č. 7 zobrazuje, že mezi četností stresových situací za den a četností zdravotních komplikací, které mohou být spojené s výkonem povolání u zkoumaného souboru (n=72) není žádná závislost. Pracovníci ZZS častěji zažívající stresové situace ve svém zaměstnání nemusejí nutně trpět větším počtem zdravotních komplikací spojené s výkonem povolání, a naopak také pracovníci ZZS, kteří se v zaměstnání nesetkávají s žádnými stresovými situacemi mohou trpět zdravotními komplikacemi spojené s výkonem povolání.

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,536 <sup>a</sup>	1	0,464		
Continuity Correction <sup>b</sup>	,187	1	0,665		
Likelihood Ratio	,544	1	0,461		
Fisher's Exact Test				0,557	0,335
N of Valid Cases	72				

*Tabulka 8: Vyhodnocení závislosti mezi četností stresových situací za den a četností zdravotních komplikací, které mohou být spojené s výkonem povolání u zkoumaného souboru Pearsonovým chi-kvadrat testem (n=72)*

Tabulka č. 8 zobrazuje výsledná data Pearsonova Chi-kvadrat testu, který nepotvrdil závislost mezi dvěma faktory. P-hodnota se nepohybuje pod hladinou 0,01, nebyla tedy prokázána statistická významnost. Hypotézu H4 (U pracovníků ZZS, kteří denně zažívají více stresových situací se častěji objevují zdravotní komplikace, které mohou být spojené s výkonem povolání) s velkou pravděpodobností nelze potvrdit. Byla tedy přijata nulová hypotéza H0 (Mezi četností stresových situací za den a četností zdravotních komplikací, které mohou být spojené s výkonem povolání není závislost).

**H5 Znalost některého ze způsobů zvládnání stresových stavů zmírňuje vliv extrémních zážitků ze zaměstnání na spánek.**

25) Znáte nějaký způsob zvládnání stresových stavů (dýchání, autogenní trénink, autosugesce)? * 21) Mají extrémní zážitky v zaměstnání vliv na Váš spánek? Crosstabulation					
			21) Mají extrémní zážitky v zaměstnání vliv na Váš spánek?		
			ano	ne	Total
25) Znáte nějaký způsob zvládnání stresových stavů (dýchání, autogenní trénink, autosugesce)?	částečně	Count	23	13	36
		% within 25) Znáte nějaký způsob zvládnání stresových stavů (dýchání, autogenní trénink, autosugesce)?	63,9 %	36,1 %	100,0 %
		% within 21) Mají extrémní zážitky v zaměstnání vliv na Váš spánek?	51,1 %	48,1 %	50,0 %
		Adjusted Residual	○	○	
	ano	Count	10	9	19
		% within 25) Znáte nějaký způsob zvládnání stresových stavů (dýchání, autogenní trénink, autosugesce)?	52,6 %	47,4 %	100,0 %
		% within 21) Mají extrémní zážitky v zaměstnání vliv na Váš spánek?	22,2 %	33,3 %	26,4 %
		Adjusted Residual	○	○	
	ne	Count	12	5	17
		% within 25) Znáte nějaký způsob zvládnání stresových stavů (dýchání, autogenní trénink, autosugesce)?	70,6 %	29,4 %	100,0 %
		% within 21) Mají extrémní zážitky v zaměstnání vliv na Váš spánek?	26,7 %	18,5 %	23,6 %
		Adjusted Residual	○	○	
Total	Count	45	27	72	
	% within 25) Znáte nějaký způsob zvládnání stresových stavů (dýchání, autogenní trénink, autosugesce)?	62,5 %	37,5 %	100,0 %	
	% within 21) Mají extrémní zážitky v zaměstnání vliv na Váš spánek?	100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Tabulka 9: Kontingenční tabulka pro závislost mezi znalostmi metod zvládnání stresových stavů a vlivem extrémních zážitků v zaměstnání na spánek zkoumaného souboru (n=72)

Kontingenční tabulka č. 9 zobrazuje, že mezi znalostmi metod pro zvládnání stresových stavů a vlivem extrémních zážitků v zaměstnání na spánek zkoumaného souboru (n=72) není žádná závislost. I na pracovníky ZZS, kteří znají některé metody pro zvládnání stresových stavů, mohou mít extrémní zážitky ze zaměstnání vliv a mohou se promítat do jejich spánku. A naopak také pracovníci ZZS, kteří nedisponují žádnými znalostmi metod pro zvládnání stresových stavů, mohou mít klidný spánek a žádné extrémní zážitky ze zaměstnání je ovlivňovat nemusí.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	1,294 <sup>a</sup>	2	0,524
Likelihood Ratio	1,289	2	0,525
N of Valid Cases	72		

*Tabulka 10: Vyhodnocení závislosti mezi znalostmi způsobů zvládnání stresových stavů a vlivem extrémních zážitků ze zaměstnání na spánek u zkoumaného souboru Pearsonovým chi-kvadratem (n=72)*

Tabulka č. 10 zobrazuje výsledná data Pearsonova Chi-kvadratu, který nepotvrdil závislost mezi dvěma faktory. P-hodnota se nepohybuje pod hladinou 0,01, nebyla tedy prokázána statistická významnost. Hypotézu H5 (Znalost některého ze způsobů zvládnání stresových stavů zmírňuje vliv extrémních zážitků ze zaměstnání na spánek) s velkou pravděpodobností nelze potvrdit. Byla tedy přijata nulová hypotéza H0 (Mezi znalostí nějakého způsobu zvládnání stresových stavů a vlivem extrémních zážitků ze zaměstnání na spánek není závislost).

## 6 DISKUZE

Cílem výzkumné části této závěrečné práce bylo zjištění negativních aspektů životního stylu příslušníků ZZS na Českobudějovicku. Práce záchranářů je velice hektická a psychicky i časově náročná, zajímalo mně tedy, zdali se příslušníci ZZS snaží rušnou část svého životního stylu kompenzovat. Dále mně zajímalo, zdali negativní aspekty životního stylu záchranářů převažují a jestli si připouštějí k tělu negativní zážitky, které zažívají ve svém zaměstnání. Výzkum byl prováděn prostřednictvím strukturovaného dotazníkového šetření obsahující celkem třicet dva otázek zaměřující se postupně na různé oblasti (pohybová aktivita, strava, negativní návyky, spánek a regenerace, syndrom vyhoření, stres a zdravotní komplikace spojené s výkonem povolání). Celkem bylo navráceno sedmdesát dva dotazníků.

Jeden z významných faktorů ovlivňující zdraví je pohybová aktivita, která je dle mého názoru u příslušníků ZZS celkem dost důležitá především z důvodu udržení si pevného zdraví a fyzické kondice, která je potřebná pro výkon jejich náročného povolání. Světová zdravotnická organizace WHO (2016) uvádí, že pravidelná pohybová aktivita mírné intenzity, jako je chůze a jízda na kole, má velice významný přínos pro zdraví člověka a fyzická aktivita, která je plánovaná, strukturovaná a opakující se je účelná ve smyslu zlepšení či udržení jedné nebo více složek fyzické zdatnosti. V tomto ohledu je tedy významná pravidelnost ve vykonávání pohybové aktivity. Z grafu č. 3 je viditelné, že větší polovina respondentů (54 %) se věnuje pohybové aktivitě jen občas 1-2x týdně a dalších 11 % se nevěnuje fyzické aktivitě vůbec. Pouhých 35 % ze zkoumaného souboru sportuje častěji, a to 3-5x v týdnu. Podobné výsledky zaznamenala Janoušková (2012), jejíž výzkum s nelékařskými zdravotnickými pracovníky ukázal, že nejvíce z dotázaných (33 %) se věnuje pohybové aktivitě jen 1-2x týdně a dalších 20 % respondentů provozuje pohybovou aktivitu 3-4x za týden.

Také graf č. 4 souvisí s touto problematikou, který znázorňuje subjektivní hodnocení tělesné zdatnosti zkoumaného souboru a ukazuje, že 65 % z respondentů hodnotí svoji tělesnou zdatnost pouze jako průměrnou až slabou. Pouze zbylých 35 % respondentů sami sebe hodnotí jako zdatné až velmi zdatné. S tím souvisí porovnávací kontingenční tabulka č. 5, která zobrazuje vztah mezi předešlými dvěma faktory. Znázorňuje 53 % respondentů, kteří se nevěnují pohybové aktivitě vůbec či jen občas 1-2x za týden a zároveň hodnotí svoji tělesnou zdatnost jako slabou až průměrnou. Pouze 22 %

z vybraného souboru se věnuje sportování často (3x a více za týden) a zároveň hodnotí svoji tělesnou zdatnost jako zdatnou až velmi zdatnou.

Graf č. 6 se věnuje pravidelnosti ve stravování, kdy 53 % (n=72) odpovědělo, že se nestravuje pravidelně a 47 % pravidelnost ve stravování dodržuje. Podobný výzkum provedl ve své závěrečné práci Štefl (2015), který zkoumal charakteristiku životního stylu členů Policie ČR v Jihočeském kraji a z jeho výsledků je patrné, že 22 % (n=100) jím zkoumaného souboru se stravuje pravidelně až 5x denně. I přes odlišný počet respondentů, jsou tyto výsledky srovnatelné. Dle mého názoru jsou tato dvě povolání v tomto ohledu dost podobná. Směnný provoz a rozhozené biorytmy přispívají k nepravidelnosti ve stravování.

Graf č. 9 znázorňuje denní konzumaci čerstvé zeleniny a ovoce. Z grafu je patrné, že denně konzumuje zeleninu a ovoce 44 % (n=72) respondentů. Podobný výsledek zjistil i Štefl (2015) ve svém výzkumu zabývajícím se životním stylem Policie ČR v Jihočeském kraji. Uvádí 33 % (n=100) respondentů denně přijímající zeleninu a ovoce. I přes odlišný počet respondentů, jsou tyto výsledky rovněž srovnatelné.

Velmi zajímavé výsledky se objevily u otázky zkoumající četnost respondentů kouřící cigarety. Očekávala jsem, že budou převažovat kouřící respondenti nad nekouřícími, protože mezi krátkodobé kladné vlivy kouření patří pocit zvládnání stresu, zlepšení soustředění, výkonu, zvýšení radosti či potěšení, navýšení kapacity paměti a snížení napětí a úzkosti. Avšak existují a spíše převažují vlivy negativní (Křivohlavý, 2003). Ovšem graf č. 16 znázorňuje, že celých 72 % (n=72) respondentů nekouří cigarety vůbec, dalších 8 % kouří cigarety jen příležitostně a pouhých 19 % ze zkoumaného souboru uvedlo, že cigarety kouří. Podobný výsledek zpozorovala ve své práci i Janoušková (2012), která uvádí, že 64 % (n=215) dotazovaných cigarety nekouří. Tento fakt přisuzuji tomu, že příslušníci ZZS si jsou schopni díky svým zdravotním vědomostem velmi dobře uvědomit nebezpečí skrývající se v cigaretách.

V grafu č. 19 jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku, zdali extrémní zážitky v zaměstnání ovlivňují jejich spánek. Pouze 38 % (n=72) respondentů žádný vliv extrémních zážitků ze zaměstnání na svůj spánek nepocítuje, ovšem více jak polovina respondentů (63 %) uvedla, že extrémní zážitky ovlivňují jejich spánek. Stejný názor uvádí Weil (1997) ve své knize, kde publikuje nejčastější a nejvýznamnější faktory narušující kvalitu spánku a mezi nimi se objevují i myšlenky na nějakou nepříjemnou denní událost, která se přihodila během dne.

Graf č. 21 znázorňuje subjektivní pocit syndromu vyhoření zkoumaného souboru. Syndrom vyhoření je v oblasti zdravotnictví velmi často skloňovaným pojmem, neboť při této práci se zaměstnanci často setkávají s trpícími i umírajícími pacienty, což klade velké nároky na emocionalitu a duševní pohodu pracovníků (Venglářová, 2011). Avšak odpovědi u této otázky byly překvapující, protože 68 % (n=72) respondentů na sobě příznaky syndromu vyhoření nepocítuje a pouze 32 % ze zkoumaného souboru na sobě některé z příznaků syndromu vyhoření pozoruje. Domnívám se, že tato skutečnost je zapříčiněna celkem velkým počtem (40 %) jedinců, kteří působí u ZZS krátkou dobu.

Graf č. 29 se zabývá subjektivním pocitem zdravotních komplikací, které mohou být spojené s výkonem povolání zkoumaného souboru. Práce ve zdravotnictví je velmi náročná, ať už psychicky nebo fyzicky. Z důvodu neustálého stání či chůze jsou většímu tělesnému zatížení vystaveny především dolní končetiny. Avšak při manipulaci s imobilními jedinci působí zátěž i na páteř a horní končetiny pracovníků (Gučková, 2007). Výzkumem bylo zjištěno, že 44 % (n=72) respondentů na sobě pozoruje zdravotní komplikace, které mohou být spojené s výkonem povolání. Z grafu č. 30 je patrné, že nejvíce pracovníky ZZS trápí bolesti zad (18 %) a bolesti zad spojené s bolestmi hlavy (14 %). Podobný výzkum provedla Janoušková (2012), která zjistila při celkovém počtu respondentů n= 215, že 80 % respondentů netrpí žádnými zdravotními potížemi a zbylých 20 % dotázaných na sobě zdravotní potíže pocítuje. Tuto skutečnost si vysvětluji tím, že Janoušková prováděla výzkum na větším počtu nelékařských zdravotnických pracovníků. Avšak více než polovina (57 %) dotazovaných uvedla trápení s bolestmi zad a druhými nejčastějšími zdravotními problémy jsou bolesti hlavy.

## 7 ZÁVĚR

Závěrečná práce se zabývala problematikou negativních aspektů životního stylu pracovníků zdravotnické záchranné služby na Českobudějovicku. Hlavním cílem bylo zjištění, v kterých oblastech životního stylu nedodržují příslušníci ZZS hlavní zásady k udržování pevného zdraví.

V teoretické části byly zpracovány hlavní poznatky týkající se nejčastějších negativních aspektů životního stylu. Další úsek práce se věnoval praktické stránce, kde byly zpracovány získané odpovědi od příslušníků ZZS na dotazník, který obsahoval celkem 32 uzavřených otázek týkající se postupně více oblastí životního stylu, konkrétně výživy, pohybové aktivity, psychické zátěže, syndromu vyhoření, kvality spánku a návykových látek. Výzkumný vzorek obsahoval celkem 72 respondentů. Statistické vyhodnocování probíhalo prostřednictvím Chí-kvadrat testu, který zkoumal závislosti mezi různými faktory.

Celkem bylo zadáno pět hypotéz, z nichž tři byly s vysokou významností potvrzeny a dvě díky nízké významnosti závislosti potvrzeny nebyly. Konkrétně hypotézou H1 byla potvrzena závislost mezi znalostmi zásad zdravé výživy a denní konzumací zeleniny a ovoce neboli pracovníci ZZS, kteří znají zásady zdravé výživy, denně konzumují čerstvou zeleninu a ovoce. Hypotéza H2 potvrdila závislost mezi délkou doby působení u ZZS a pocitem syndromu vyhoření neboli pracovníci ZZS, kteří působí delší dobu (21 let a více) u ZZS, více pociťují syndrom vyhoření. Hypotézou H3 byla potvrzena závislost mezi četností pohybové aktivity a subjektivním hodnocením tělesné zdatnosti čili pracovníci ZZS, kteří se věnují pohybové aktivitě 3x a více za týden, hodnotí svoji tělesnou zdatnost kladně („zdatný(á) až velmi zdatný(á)“) a naopak také pracovníci ZZS věnující se fyzické aktivitě jen občas (1-2x týdně) nehodnotí svoji tělesnou zdatnost kladně („slabě až průměrně tělesně zdatný(á)“). Hypotéza H4 vyvrací závislost mezi četností stresových situací za den a četností zdravotních komplikací, které by mohly být spojené s výkonem povolání neboli pracovníci ZZS častěji zažívající stresové situace ve svém zaměstnání nemusejí nutně trpět větším počtem zdravotních komplikací, které by mohly mít spojitost s výkonem povolání. Poslední hypotéza H5 vyvrací závislost mezi znalostmi metod pro zvládání stresových stavů a vlivem extrémních zážitků v zaměstnání na spánek, proto můžeme říci, že i na pracovníky ZZS, kteří znají některé metody pro zvládání stresových stavů, mohou mít extrémní zážitky ze zaměstnání vliv a mohou se promítat do jejich spánku.



Díky dotazníkovému šetření bylo zjištěno, že v oblasti životního stylu příslušníků ZZS na Českobudějovicku se objevuje hned několik negativních aspektů. Pracovníci ZZS se velmi málo věnují pohybovým aktivitám, 54 % (n=72) respondentů provozuje fyzickou aktivitu jen 1-2x za týden. S tím souvisí další zjištění, že 65 % (n=72) dotazovaných hodnotí svoji tělesnou zdatnost jako průměrnou až slabou. Pravidelnost ve stravování nedodrží celých 53 % (n=72) z dotázaných a 56 % (n=72) denně nekonzumuje čerstvou zeleninu a ovoce. Objevuje se i nadměrná konzumace kávy, kdy 85 % (n=72) respondentů denně vypije až tři šálky kávy. Nedostatky byly zjištěny i v délce spánku, celých 84 % (n=72) dotázaných denně naspí sedm a méně hodin. U 63 % (n=72) respondentů mají vliv extrémní zážitky ze zaměstnání na jejich spánek. Mezery byly shledány také v odpočinku, kdy celých 72 % (n=72) z dotazovaných se pravidelně relaxaci a regeneraci nevěnuje. Dalším negativním faktorem je stres, který zažívá 81 % (n=72) respondentů každý den a bohužel pouze 26 % (n=72) dotázaných vlastní znalosti nějakého způsobu zvládnání stresových stavů. U 60 % (n=72) respondentů mají zážitky ze zaměstnání vliv na jejich osobní život. Zdravotní komplikace, které by mohly mít spojitost s výkonem povolání pociťuje 44 % (n=72) z dotázaných, nejčastěji se jedná o bolesti zad a bolesti hlavy.

Na závěr mohu potvrdit, že určité negativní aspekty životního stylu pracovníků ZZS na Českobudějovicku existují, čímž byl naplněn cíl práce.

## 8 SEZNAM LITERATURY

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-701-3439-9.

BAŠKOVÁ, Martina. *Výchova k zdraví*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-808-0633-202.

COWIE, Helen, *Emotional health and well-being: a practical guide for schools*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Pub, 2004. ISBN 07-619-4354-4.

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Sestra, 2009. ISBN 978-802-4728-605.

FOŘT, Petr. *Výživa pro dokonalou kondici a zdraví*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1057-9

GUČKOVÁ, Mária. *Fyzická zátěž sester*. Sestra. Praha, roč. 17, č. 6, 2007. ISSN 1210-0404.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807-3675-691.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807-3676-865.

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8820-1.

JANOŠKOVÁ, Kateřina. *Životní styl nelékařských zdravotnických pracovníků*. Olomouc, 2012. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Katedra antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí práce Mgr. Jana Majerová.

JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-701-3390-2.

KASTNEROVÁ, Markéta. *Poradce pro výživu: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. České Budějovice: Nová Forma, 2011. ISBN 978-80-7453-177-4.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, Sestra (Grada), 2010. ISBN 978-802-4736-006.

KRÁLÍKOVÁ, Eva a Jiří T. KOZÁK. *Jak přestat kouřit*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, Medica, 2003. ISBN 80-859-1268-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8774-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha. Sestra (Grada), 2010. ISBN 978-802-4731-490.

KUKAČKA, Vladislav. *Zdravý životní styl*. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2009. ISBN 978-80-7394-105-5.

KUKAČKA, Vladislav. *Udržitelnost zdraví: vědecká monografie*. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-217-5.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, Pedagogika (Grada), 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.

MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1190-7.

NEŠPOR, Karel. *Sebeovládání a životní styl*. Meduňka, 4, s. 32, 2007. ISSN 1214-4932.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. *Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života*. Psychiatrie pro praxi, 2, 2007. ISSN 1213-0508.

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada. Psychologie pro každého, 2004. ISBN 80-247-0068-9.

PRAŠKO, Ján. *Proč je důležité spát?* Zdraví, 57 (1), 25-28 s., 2009. ISSN 0139-5629.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka: podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-807-3673-697.

SCHNACK, Gerd a Kirsten SCHNACK. *Antistresové rituály: jak zůstaneme svěží a uvolnění*. Praha: Eminent, 2006. ISBN 80-728-1229-7.

SMETANA, Marek a Danuše KRATOCHVÍLOVÁ, *Integrovaný záchranný systém a jeho složky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-337-5.

ŠAMÁNEK, Milan a Zuzana URBANOVÁ. *Pít či nepít?: pití vína a srdeční infarkt*. Praha: Radix, 2004. ISBN 80-860-3146-2.

ŠENOVSKÝ, Michail, Vilém ADAMEC a Zdeněk HANUŠKA. *Integrovaný záchranný systém*. 2. vyd. V Ostravě: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství. Spektrum (Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství), 2007 ISBN 978-80-7385-007-4.

ŠONKA, Karel. *Poruchy spánku v neurologické praxi*. Neurologie pro praxi, 3, 2002. ISSN 1213-1814.

ŠONKA, Karel. *Poruchy pohybu a chování ve spánku*. Neurologie pro praxi, 5, 2008. ISSN 1213-1814.

ŠTEFL, Jan. *Charakteristika životního stylu členů Policie ČR v Jihočeském kraji*. České Budějovice, 2015. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta. Katedra výchovy ke zdraví. Vedoucí práce doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. Sestra (Grada), 2011. ISBN 978-802-4731-742.

WEIL, Andrew. *Spontánní vyléčení: jak objevit a zvýšit přirozenou schopnost těla, udržet zdraví a překonávat nemoci*. Praha: Alternativa, 1997. ISBN 80-859-9325-2.

Zákon č. 239/2000 Sb. O integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Ve znění platném k 1. 5. 2014.

ZEMAN, Miloš a Otakar J. MIKA. *Integrovaný záchranný systém*. Brno: Vysoké učení technické v Brně, Fakulta chemická, 2007. ISBN 978-80-214-3448-6.

## ELEKTRONICKÉ ZDROJE

ASHLEY, Mary, REHM, Jurgen, BONDY, Susan, SINGLE, Eric, RANKIN, James. Beyond ischemic heart disease: Are there other health benefits from drinking alcohol? [online], 2000, *Contemporary Drug Problems*, 27, 735–777. [cit. 2017-01-31] doi: 10.1177.

Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/009145090002700403>

CANADIAN FITNESS AND LIFESTYLE RESEARCH INSTITUTE. *Staying active to get a good night's rest*. [online], vyd. 11-12, Ottawa, 2011 [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: <http://cflri.ca/document/11-12-staying-active-get-good-nights-rest>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *What is malnutrition?* [online]. 8 July 2016. [cit. 2017-01-26]. Dostupné z: <http://www.who.int/features/qa/malnutrition/en/>

CHOPRA, Mansi, Anupa SIDDHU a Nikhil TANDON. *Effect of Nutritional Regulation on Adipokines in Obesity: A Review*. *American Journal of Food and Nutrition*. 2014; [cit. 2017-01-26]. 2(4):66-70. doi: 10.12691/ajfn-2-4-4.

Dostupné z: <http://pubs.sciepub.com/ajfn/2/4/4/index.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical activity* [online]. 2016 [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: [http://www.who.int/topics/physical\\_activity/en/](http://www.who.int/topics/physical_activity/en/)

OMOTOWO, I. B., NDIBUAGU E. O., EZEOKÉ, U. *Cigarette Smoking and Attitudes Concerning Its Control among Healthcare Workers in Enugu, South-East, Nigeria*. 2016. *Health*, 08, 1049-1058. doi: 10.4236/health.2016.811108. Dostupné z: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=69681>

SANCHEZ, Sixto, MARTINEZ, Claudia, ORIOL, Raphaele, YANEZ, David, CASTAÑEDA, Benjamin, SANCHEZ, Elena, GELAYE, Bizu, WILLIAMS, Michelle. *Sleep quality, sleep patterns and consumption of energy drinks and other caffeinated beverages among Peruvian college students*. 2013 *Health*, 5, 26-35. doi: 10.4236/health.2013.58A2005.

Dostupné z: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=35760>

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Poznejte rizika svého životního stylu*. [online]. 2010 [cit. 2017-01-23]. Dostupné z: <http://szu.cz/tema/podpora-zdravi/poznejte-rizika-sveho-zivotniho-stylu>

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Správná výživa* [online]. [cit. 2017-01-26]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/spravna-vyziva>

TACHEBELE, Belaynesh, Molla ABEBE, Wubet BIRHAN a Zelalem ADDIS. *Health Benefits of Green Tea with Emphasis on Diabetes Mellitus*. [online]. 2014. American Journal of Food and Nutrition. 2(No. 5), 85-91 [cit. 2017-01-30]. DOI:10.12691/ajfn-2-5-2. Dostupné z: <http://pubs.sciepub.com/ajfn/2/5/2>

TOFT, Ulla, PISINGER, Charlotta, AADAHL, Mette, LINNEBERG, Allan, LAU, Cathrine. and JORGENSEN, Torben. *The effect of sustained, long-term changes in alcohol intake on cardiovascular risk*. [online]. 2012. Open Journal of Preventive Medicine, 2, 444-451. doi: 10.4236/ojpm.2012.24063. Dostupné z: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=24985>

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA JIHOČESKÉHO KRAJE. *Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje* [online]. 2011 [cit. 2017-01-26]. Dostupné z: <http://www.zzsck.cz/>

## 9 SEZNAM SYMBOLŮ A ZKRATEK

atd.	a tak dále
apod.	a podobně
č.	číslo
ČR	Česká republika
dcl	decilitr
ET AL	a kolektiv
HDL	High – density lipoprotein
IZS	Integrovaný záchranný systém
l	litr
mg	miligram
ml	mililitr
např.	například
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
OSN	Organizace spojených národů
tzv.	tak zvaný
WHO	World Health Organisation – Světová zdravotnická organizace
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
ZZS JČK	Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje
§	paragraf



## 10 PŘÍLOHY

### Příloha č. 1: Dotazník

#### Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Zuzana Pacholíková a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji navazující magisterský obor Vychovatelství se zaměřením na výchovu ke zdraví. Tento dotazník slouží jako výzkum k mé diplomové práci, ve které zkoumám negativní aspekty životního stylu pracovníků zdravotnické záchranné služby na Českobudějovicku. Touto cestou bych Vás ráda poprosila o jeho vyplnění. Dotazník je zcela anonymní a zabere Vám maximálně 10 minut. Své odpovědi zaškrtněte. Děkuji Vám za Váš čas a ochotu.

**Pohlaví**       muž  žena

**Věk** .....

**1) Vaše dosažené vzdělání?**

středoškolské s maturitou    vyšší odborné       vysokoškolské

**2) Jak dlouho pracujete u Zdravotnické záchranné služby?**

0-10 let       11-20 let       21 let a více

**3) Jak často se věnujete pohybové aktivitě? (více jak 30 minut)**

občas (1- 2x týdně)       často (3x a více za týden)    vůbec

**4) Jak hodnotíte svoji tělesnou zdatnost?**

slabě až průměrně tělesně zdatný(á)       zdatný(á) až velmi zdatný(á)

**5) Jaké pohybové činnosti se nejčastěji a nejraději věnujete? (lze zvolit více možností)**

<input type="checkbox"/> rychlá chůze	<input type="checkbox"/> tanec	<input type="checkbox"/> jóga/pilates
<input type="checkbox"/> běh	<input type="checkbox"/> aerobní cvičení	<input type="checkbox"/> jezdeckví
<input type="checkbox"/> jízda na kole	<input type="checkbox"/> bodystyling	<input type="checkbox"/> lyžování/snowboard
<input type="checkbox"/> plavání	<input type="checkbox"/> atletika	<input type="checkbox"/> posilování
<input type="checkbox"/> bruslení	<input type="checkbox"/> bojová umění	<input type="checkbox"/> sportovní hry
<input type="checkbox"/> běh na běžkách	<input type="checkbox"/> nordic-walking	<input type="checkbox"/> horolezectví
<input type="checkbox"/> horská turistika	<input type="checkbox"/> fotbal	<input type="checkbox"/> florbal

Jiné

.....

**6) Stravujete se pravidelně?**

ano       ne

**7) Znáte zásady zdravé výživy?**

ano       ne

**8) Obědváte pravidelně teplé jídlo?**

ano       někdy       ne

**9) Konzumujete denně čerstvou zeleninu a ovoce?**

ano       ne

**10) Kolik litrů čisté vody denně vypijete?**

0,5l       1l       1,5l       2l       více než 2l

**11) Pijete energetické nápoje?**

ano       příležitostně       ne

**12) Pijete kávu?**

ano       příležitostně       ne

**13) Uved'te orientační průměrnou denní spotřebu šálků kávy:.....**

**14) Pijete alkoholické nápoje?**

ano       příležitostně       ne

**15) Jaký alkohol pijete nejčastěji?**

pivo       víno       tvrdý alkohol

**16) Uved'te orientační průměrnou denní spotřebu výše uvedeného**

**alkoholu:.....**

**17) Kouříte cigarety?**

ano       příležitostně       ne

**18) Uved'te orientační průměrnou denní spotřebu cigaret:.....**

**19) Spíte denně dostatečně (budíte se vyspalí a odpočínutí)?**

ano, většinou ano       ne, spíše ne

**20) Kolik hodin denně většinou spíte?**

6 hod. a méně       7 hod.       8 hod.       9 hod.  
 10 hod. a více

**21) Mají extrémní zážitky v zaměstnání vliv na Váš spánek?**

ano       ne

**22) Věnujete se relaxaci a regeneraci?**

ano       ne

**23) Pociťujete na sobě příznaky syndromu vyhoření?**

ano       ne

**24) Kolik obvykle zažíváte stresových situací za den?**

žádnou       1-2       3-4       5 a více

**25) Znáte nějaký způsob zvládnání stresových stavů (dýchání, autogenní trénink, autosugesce)?**

ano       částečně       ne

**26) Jak se vyrovnáváte se zátěžovými situacemi ve svém zaměstnání?**

nemyslím na to       neberu si to osobně       svěřím se někomu (kolega, manžel/ka)       vyhledám odbornou pomoc       nijak

**27) Promítají se zážitky ze zaměstnání do vašeho osobního života?**

ano       občas       nikdy

**28) Jak na Vás působí neúspěch při záchraně lidských životů?**

těžce to prožívám       nemyslím na to       rychle a dobře se s tím vyrovnávám       jiné

**29) Kolikrát za své působení u Zdravotnické záchranné služby jste se cítil/a v ohrožení života?**

0x    1x    2x    3x    4x    5x    6x a více

**30) Utrpěl/a jste někdy zranění při práci?**

lehké    střední    těžké    žádné

**31) Cítíte na sobě zdravotní komplikace? (které mohou být spojené s výkonem povolání)**

ano    ne

**32) Uveďte jaké zdravotní komplikace na sobě pociťujete? (lze zvolit více možností)**

bolesti zad    bolesti hlavy    bolesti HKK  
 bolesti DKK    bolesti břicha    bolesti hrudníku  
 kožní problémy    jiné

.....

## **Příloha č. 2:**

### Seznam grafů

Graf 1: Dosažené vzdělání zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	34
Graf 2: Doba působení zkoumaného souboru u ZZS vyjádřené v procentech (n=72) ...	34
Graf 3: Četnost provozování pohybové aktivity u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	35
Graf 4: Subjektivní hodnocení tělesné zdatnosti zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	35
Graf 5: Oblíbené pohybové činnosti zkoumaného souboru (n=72) .....	36
Graf 6: Pravidelnost ve stravování zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	37
Graf 7: Znalost zkoumaného souboru zásad zdravé výživy vyjádřené v procentech (n=72) .....	37
Graf 8: Pravidelnost v konzumaci teplého oběda u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	38
Graf 9: Denní konzumace čerstvé zeleniny a ovoce u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	38
Graf 10: Denní konzumace čisté vody u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	39
Graf 11: Konzumace energetických nápojů zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	39
Graf 12: Konzumace kávy zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	40
Graf 13: Denní spotřeba kávy zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=58) ...	40
Graf 14: Konzumace alkoholických nápojů zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	41
Graf 15: Nejčastěji konzumovaný druh alkoholu zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	41
Graf 16: Výskyt kuřáctví u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	42
Graf 17: Dostatečnost spánku zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) ...	43
Graf 18: Délka doby spánku zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	43
Graf 19: Vliv extrémních zážitků v zaměstnání na spánek zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	44

Graf 20: Pravidelnost relaxace a regenerace u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	44
Graf 21: Subjektivní pocit syndromu vyhoření u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	45
Graf 22: Počet stresových situací za den u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72).....	45
Graf 23: Znalost způsobů zvládnání stresových situací u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	46
Graf 24: Způsob vyrovnání se se zátěžovými situacemi v zaměstnání zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	46
Graf 25: Vliv zážitků ze zaměstnání na osobní život zkoumaného souboru vyjádřený v procentech (n=72) .....	47
Graf 26: Vliv neúspěchu při záchraně lidských životů na zkoumaný soubor vyjádřený v procentech (n=72) .....	47
Graf 27: Četnost pocitu ohrožení života za dobu působení u ZZS u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	48
Graf 28: Výskyt pracovního zranění u zkoumaného souboru vyjádřený v procentech (n=72).....	49
Graf 29: Subjektivní pocit zdravotních komplikací, které mohou být spojené s výkonem povolání u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	49
Graf 30: Subjektivní pocit konkrétních zdravotních komplikací u zkoumaného souboru vyjádřené v procentech (n=72) .....	50

#### Seznam tabulek

Tabulka 1: Kontingenční tabulka pro závislost mezi znalostmi zásad zdravé výživy a denní konzumací čerstvé zeleniny a ovoce u zkoumaného souboru (n=72).....	51
Tabulka 2: Vyhodnocení závislosti mezi znalostmi zásad zdravé výživy a denní konzumací čerstvé zeleniny a ovoce u zkoumaného souboru Fisherovým testem (n=72) .....	52
Tabulka 3: Kontingenční tabulka pro závislost mezi délkou doby působení u ZZS a pocitem syndromu vyhoření u zkoumaného souboru (n=72) .....	53

Tabulka 4: Vyhodnocení závislosti mezi dobou působení u ZZS a pocitem syndromu vyhoření u zkoumaného souboru Pearsonovým chi-kvadrat testem (n=72).....	54
Tabulka 5: Kontingenční tabulka pro závislost mezi četností pohybové aktivity a subjektivním hodnocením tělesné zdatnosti u zkoumaného souboru (n=72).....	55
Tabulka 6: Vyhodnocení závislosti mezi četností pohybové aktivity a subjektivním hodnocením tělesné zdatnosti u zkoumaného souboru Pearsonovým chi-kvadrat testem (n=72).....	56
Tabulka 7: Kontingenční tabulka pro závislost mezi četností stresových situací za den a četností zdravotních komplikací spojené s výkonem povolání u zkoumaného souboru (n=72).....	57
Tabulka 8: Vyhodnocení závislosti mezi četností stresových situací za den a četností zdravotních komplikací spojené s výkonem povolání u zkoumaného souboru Pearsonovým chi-kvadrat testem (n=72).....	58
Tabulka 9: Kontingenční tabulka pro závislost mezi znalostmi metod zvládnání stresových stavů a vlivem extrémních zážitků v zaměstnání na spánek zkoumaného souboru (n=72).....	59
Tabulka 10: Vyhodnocení závislosti mezi znalostmi způsobů zvládnání stresových stavů a vlivem extrémních zážitků ze zaměstnání na spánek u zkoumaného souboru Pearsonovým chi-kvadrat testem (n=72).....	60