



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

Bakalářská práce

Analýza životního stylu dispečerů operačního střediska Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje

Vypracovala: Jarmila Kőszegi

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Pospíšilová

České Budějovice 2014



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

Bachelor Thesis

Lifestyle analysis of controllers in the Control centre of Emergency Medical Services of South Bohemian region

Autor: Jarmila Kőszegi

Supervisor: Mgr. Michaela Pospíšilová

České Budějovice 2014

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „Analýza životního stylu dispečerů operačního střediska Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje“ vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou pedagogickou 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 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 odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 25. 4. 2014

Jarmila Köszegei

Poděkování:

Děkuji vedoucí bakalářské práce, Mgr. Michaele Pospíšilové, za odborné vedení, cenné rady a ochotu při vypracování bakalářské práce.

Zvláštní poděkování patří mému manželovi, Ing. Antonínu Kőszegi, za trpělivou pomoc při zpracování výzkumné části bakalářské části a MUDr. René Papouškovi za konzultaci a rady, týkající se Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje.

OBSAH

1 ÚVOD.....	7
2 TEORETICKÁ ČÁST	8
2.1 Integrovaný záchranný systém - IZS	8
2.2 Zdravotnická záchranná služba.....	8
2.2.1 Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje (ZZS JČK)	9
2.2.1.1 Zdravotnické operační středisko - ZOS	10
2.2.1.2 Personální obsazení ZOS	11
2.3 Životní styl.....	12
2.3.1 Spánek a spánkový režim u osob pracujících ve směnném provozu.....	14
2.3.2 Výživa a její složky.....	15
2.3.3 Látky ovlivňující zdraví.....	19
2.3.4 Stres u zdravotnických pracovníků.....	20
2.3.5 Stravovací režim a stravovací návyky	21
2.3.6 Obezita.....	22
2.3.7 Pohyb a jeho potřeba při sedavém zaměstnání	23
3 METODOLOGIE	26
3.1 Cíle práce	26
3.2 Úkoly práce.....	26
3.3 Výzkumné předpoklady	27
4 METODIKA	28
4.1 Charakteristika souboru	28
4.2 Použité metody	28
4.3 Organizace výzkumného šetření	31
5 VÝSLEDKY	32
5.1 Dotazníkové šetření	32
5.2 Vyšetření hybnosti – celkového postoje	54
5.3. Vyšetření zdatnosti	55
6 DISKUSE.....	57
7 ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	62
7.1 Závěr	62
7.2 Doporučení pro praxi	63
8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	64
8.1 Seznam použité literatury	64

8.2 Internetové zdroje	66
9 SEZNAM ZKRATEK	68
10 PŘÍLOHY	69
11 ABSTRAKT	77
12 ABSTRACT.....	78

1 ÚVOD

Práce operátorů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje na zdravotním operačním středisku je velmi náročná a obsáhlá. Pro kvalitní poskytování odborných informací a pokynů, které vedou k záchraně osob volajících na tísňovou linku, je zapotřebí, aby byli operátoři v pořádku po stránce psychické, tělesné i fyzické. Jejich práce je však vzhledem k udržení zdravého životního stylu velice namáhavá. Tato práce vám přiblíží informace o životním stylu operátorů, o jejich stravovacích návycích, spánkové hygieně, pohybových aktivitách a jak vnímají vliv své práce na zdraví.

Operátoři pracují v nepřetržitém provozu, během směny nemohou opustit své pracoviště, střídají nepravidelně denní a noční služby a převažuje u nich sedavý způsob života. Pro udržení zdraví každého člověka je velice důležité pravidelné střídání doby odpočinku, regenerace organismu s dobou práce, protože každé narušení zákonitostí biorytmu negativně působí na zdraví.

Lidé pracující ve směnném provozu mají narušený biorytmus a mohou se u nich projevit různé zdravotní problémy, žaludeční neurózy, špatná nálada až deprese (Krejčí, 2011).

Teoretická část práce nastíní práci operátorů na operačním středisku Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje a co mohou pojmout dvě slova - životní styl.

Část praktická analyzuje životní styl operátorů. Celý výzkumný soubor operátorů podstoupí Kaschův test zdatnosti a Matthiasův test. Předpokládám, že vzhledem k nepravidelnému biorytmu budou mít operátoři všech vývojových etap nekvalitní spánek. Dále předpokládám, že skupina pozdní dospělosti se nevěnuje pohybové aktivitě delší než 30 minut. Vlivem převažujícího sedavého způsobu zaměstnání předpokládám, že u operátorů dochází k postupnému zhoršení držení těla. Ve výsledcích jsou zjištěná data porovnána vzhledem k vývojové etapě dospělosti podle věku dle J. Langmeiera a D. Krejčířové.

Závěr práce navrhuje vhodná doporučení na zlepšení životního stylu operátorů, zejména v oblasti pohybových aktivit a zařazení vhodného protažení při převažujícím sedavém zaměstnání.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Integrovaný záchranný systém - IZS

Pro vznik integrovaného záchranného systému dal podnět narůstající počet mimořádných událostí. Během takové události byla na místě potřeba kumulace záchranných složek, které jsou předurčené ke zvládnutí a řešení takové situace. Při mimořádné události dochází k ohrožení životů, zdraví, majetku a životního prostředí (Pokorný, 2004).

Zdravotnická záchranná služba společně s Policií ČR a Hasičským záchranným sborem a jednotkou požární ochrany tvoří Integrovaný záchranný systém (Šenovský, Adamec, Hanuška, 2007).

Úkolem operačních středisek složek IZS a jejich vzájemnou součinností je zajistit nepřetržitou pohotovost pro příjem tísňového volání. Dle následného zpracování a vyhodnocení tísňového volání je na místo zásahu poslána příslušná složka IZS. Pokud je potřeba, vyjíždí na místo události všechny potřebné složky (Zeman, Míka, 2007).

Po celém území ČR mají složky IZS rozmístěny síly a prostředky. IZS obsluhuje telefonní linky tísňového volání ve svých operačních střediscích (Smetana, Kratochvílová, 2007).

2.2 Zdravotnická záchranná služba

V zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v § 18b se říká, že záchranná služba poskytuje odbornou přednemocniční neodkladnou péči (PNP). Touto péčí se rozumí péče o postižené na místě vzniku jejich úrazu nebo náhlého onemocnění, během dopravy postižených k následnému odbornému ošetření a při jejich předání do zdravotnického zařízení. PNP je postiženým poskytována při stavech, které jejich život bezprostředně ohrožují, působí náhlou bolest a utrpení nebo prohlubováním chorobných změn mohou vést u postiženého k náhlé smrti. Dále je PNP poskytována u stavů, které způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny, působí změny chování jednání postiženého a ohrožují jeho či jeho okolí. U všech těchto stavů je náplní přednemocniční neodkladné péče odborná zdravotnická první pomoc (Smetana, Kratochvílová, 2007).

Zdravotnickou záchrannou službu lze popsat jako mobilní zdravotnické zařízení, které má rozmístěná po celém území svá mobilní pracoviště výjezdových základen. Hustota rozložení je dána geografickými podmínkami, demografickou situací spádové oblasti a ekonomickými možnostmi (Pokorný, 2004). Zařízení zdravotnické záchranné služby zřizuje kraj, který rovněž odpovídá za organizaci a zajištění činnosti záchranné služby ve svém územním obvodu (Smetana, Kratochvílová, 2007).

V České republice má každý kraj a hlavní město Praha svou zdravotnickou záchrannou službu. V některých částech naší republiky je záchranná služba provozována nestátními organizacemi, ale přednemocniční neodkladná péče je zajištěna smluvně se záchrannou službou příslušného kraje nebo jsou výjezdové skupiny zařazeny do systému podle zákona č. 240/2000 Sb. o krizovém řízení. Zdravotnickou záchrannou službu máme na území České republiky ve 14 krajích (Wikipedia, 2013).

2.2.1 Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje (ZZS JČK)

ZZS JČK vznikla ke dni 1. července 2005, kdy došlo ke sloučení Územního střediska záchranné služby České Budějovice a ostatních zdravotnických záchranných služeb na území kraje. ZZS JČK je členem Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky (Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, 2011).

Úkolem zdravotnické záchranné služby je nepřetržitě poskytovat postiženým odbornou a neodkladnou první pomoc na místě vzniku náhlé poruchy zdraví, rovněž i během jejich dopravy k následnému odbornému ošetření a při předávání do zdravotnického zařízení (Pokorný, 2004).

ZZS JČK zajišťuje přednemocniční neodkladnou péči na území o rozloze 10 056 km² pro 638 706 obyvatel společně se soukromou záchrannou službou Trans Hospital. Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje je rozdělena na jedno územní a šest oblastních středisek. Pod tato střediska spadá 28 výjezdových základen.

Nejvíce je po celém kraji zastoupena výjezdová skupina RZP - rychlé zdravotnické pomoci, která bývá na místo události vyslána primárně. Jedná se o dvoučlennou posádku tvořenou diplomovaným zdravotnickým záchranářem nebo zdravotní sestrou s pomaturitní specializací a řidiče záchranáře. Dalším typem výjezdové skupiny je rychlá lékařská pomoc (RLP). Tato skupina je ve složení lékař, diplomovaný zdravotnický záchranář nebo zdravotní sestra se specializací a řidič záchranář. Tento typ

výjezdové skupiny plynule přechází do systému Rendez-Vous systém (RV). Dvoučlenná posádka je složena z lékaře a záchranáře s praxí v řízení motorových vozidel. Tato výjezdová skupina jede na místo události v malém sanitním osobním voze a na místě události se setkává s velkým sanitním vozidlem RZP.

Přes den je na těchto výjezdových základnách k dispozici 50 výjezdových skupin, z toho 32 skupin rychlé zdravotnické pomoci, 10 skupin rychlé lékařské pomoci, 7 skupin Rendez-Vous a jedna skupina letecké záchranné služby sídlící na letišti Hosín.

Letecká záchranná služba Jihočeského kraje disponuje u posádky LZS vždy zdravotnickým záchranářem, který je členem skupiny HEMS. Tato skupina letecké záchranné služby je speciálně zaměřena na slaňování a lanové podvěsy (Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, 2011).

Posádka LZS je tvořena lékařem, zdravotnickým záchranářem a pilotem (Smetana, Kratochvílová, 2007).

Ve službě v noci zůstává 43 výjezdových skupin, z toho 26 skupin rychlé zdravotnické pomoci, 11 skupin rychlé lékařské pomoci a 6 skupin Rendez-Vous. Za rok vyjíždí výjezdové skupiny ZZS JČK k více než 66 000 zásahům. Velikostí spádového území je druhou největší záchrannou službou v České republice. ZZS JČK získala k akreditaci MZ ČR zabezpečení dalšího odborného vzdělávání a doškolování pracovníků v oblasti PNP. Jako poskytovatel odborné přednemocniční neodkladné péče plní navíc i úkoly dle krizového, havarijního a obranného plánování, odvíjeného od ústavního zákona č. 110/1998 Sb. O bezpečnosti České republiky. Tyto úkoly plní s ohledem na skutečnost, že ochrana života je nedílnou součástí bezpečnostní strategie České republiky. Mezi úkoly, které ZZS JČK musí plnit, je zajištění provozu Protialkoholní záchytné stanice, která je jediná v celém Jihočeském kraji a akutní detoxikační jednotky pro děti a dorost. Dalšími úkoly jsou činnosti související s provozováním ordinací lékařské služby první pomoci a zajišťování součinnosti se zdravotnickými zařízeními (Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, 2011).

2.2.1.1 Zdravotnické operační středisko - ZOS

Každá zdravotnická záchranná služba na území České republiky má svůj dispečink, své řídicí operační středisko (Wikipedia, 2013).

Zdravotnické operační středisko (ZOS) ZZS JčK sídlí v budově ředitelství Zdravotnické záchranné služby v Českých Budějovicích. Vznikalo v průběhu několika let, na jehož začátku bylo postupné slučování oblastních operačních středisek. Celý proces centralizace příjmů tísňových výzev z linky 155 byl dokončen 1. února 2012, kdy bylo připojeno poslední Oblastní středisko Tábor. Operační středisko má pro chod zdravotnické záchranné služby veliký význam, protože řídí činnost všech výjezdových skupin po celém Jihočeském kraji. V současné době řídí ZOS 50 výjezdových skupin na 28 výjezdových základnách v kraji. Denně vyhodnocuje ZOS v průměru 250 volání na tísňovou linku, z nichž asi dvě třetiny vyústí ve výjezd skupiny zdravotnické záchranné služby. Dalších zhruba 300 hovorů odbaví operátoři mimo tísňovou linku. Jde především o komunikaci s příjmovými odděleními nemocnic, výjezdovými skupinami Zdravotnické záchranné služby a s ostatními složkami Integrovaného záchranného systému. Současně proběhne zhruba 400 radiofonických relací za den (Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, 2011).

Zdravotnické operační středisko, které funguje nepřetržitě 24 hodin denně, řídí a koordinuje činnost výjezdových skupin na základě příjmu a vyhodnocení tísňových volání na telefonní linku 155. Zabezpečuje při likvidaci zdravotních následků mimořádných událostí svolání určitých pracovníků, udržuje spojení, organizuje rychlý výjezd potřebných sil a prostředků. Operační středisko ZZS je buď jen samostatné zdravotnické operační středisko nebo je součástí integrovaného operačního střediska (Smetana, Kratochvílová, 2007).

2.2.1.2 Personální obsazení ZOS

Personální obsazení operačního střediska se řídí vyhláškou MZ ČR č. 434/92 Sb., ve znění vyhlášky MZ ČR č. 175/95 Sb., která ukládá, že vedoucím operačního střediska musí být vždy lékař. Operátory jsou většinou vystudované zdravotní sestry, které mají ukončené postgraduální studium ARIP nebo jemu odpovídající vzdělání a mají bohaté zkušenosti v přednemocniční neodkladné péči nebo intenzivní péči. V posledních letech se spektrum operátorů rozšířilo o absolventy pomaturitního oboru zdravotnický záchranář a přijdou absolventi oboru diplomovaný zdravotnický záchranář (Pokorný, 2004).

Úkolem operátorů (dispečerů) zdravotnického operačního střediska je přijímání a vyhodnocování tísňových výzev, stanovení naléhavosti události a potřebného typu výjezdové skupiny dle získaných informací (Smetana, Kratochvílová, 2007). Zpracování tísňových volání probíhá dvoufázově. V první fázi jde o příjem (call talking) – komunikace s volajícím, kterou zajišťuje call talker. Ve druhé fázi jde o operační řízení – jedná se o koordinaci výjezdových skupin, kterou zajišťuje řídicí operátor (Franěk, 2012).

Dispečeri ZOS JČK jsou zdravotničtí pracovníci, kteří mají specializaci operátora tísňové linky. Pracují ve dvanáctihodinových směnách, v každé směně je přítomno šest operátorů, kteří zajišťují kvalifikovaný příjem, zpracování a vyhodnocení volání přicházející na linku 155. Průměrný hovor operátora na lince 155 trvá necelé dvě minuty. Během této krátké chvíle musí zjistit, jaká událost se stala, kde a kdy k ní došlo, zhodnotit závažnost stavu pacienta, popř. kolik postižených se na místě nachází. V případě potřeby vedou volajícího, jak poskytnout postiženému první pomoc do příjezdu příslušné výjezdové skupiny ZZS (Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje, 2011).

Operátor předává dodatečné důležité informace skrze rádiové spojení s výjezdovou skupinou a udržuje kontakt po celý čas výjezdu. Pokud je potřeba, zařizuje operátor konzultace mezi výjezdovou skupinou a specializovaným centrem nemocnice. Následně operátor informuje zdravotnické zařízení o předpokládaném příjmu postiženého s udáním potřebných údajů o jeho zdravotním stavu, časových údajích atd. (Pokorný, 2004).

Mezi další úkoly operátorů ZOS patří informační služby týkající se zdravotnických potřeb pro veřejnost (telemedicína) i pro výjezdové skupiny. Práce na dispečerském místě vyžaduje neustálou koncentraci, vnímat a vyhodnocovat přicházející aktuální informace – informace o nových událostech, o poloze a stavu výjezdových skupin, ale také analyzovat a vyhledávat nejvhodnější řešení a postupy (Franěk, 2012).

2.3 Životní styl

Každý z nás si představí pod těmito dvěma slovy něco jiného. Životní styl zahrnuje veškeré naše každodenní činnosti. Patří sem aktivity a vše co děláme v průběhu celého dne. Všechny tyto děje vedou k harmonii mezi tělem a duší. Životní styl je život,

je to cesta ke zdraví, cesta ke spokojenosti, cesta nalézání řešení při vyrovnávání se s každodenními starostmi, cesta porozumění a my jsme ti, kteří mohou svůj životní styl ovlivnit (Krejčík, 2007).

V životě člověka mohou být impulsem pro změnu životního stylu zdravotní problémy (Kukačka, 2009).

Životní styl má největší vliv na zdraví člověka a je stěžejní determinantou zdraví (Machová, Kubátová, 2009). Světová zdravotnická organizace WHO definuje zdraví jako stav úplné tělesné, sociální, psychické a mravní pohody a ne jako pouhou nepřítomnost nemoci či slabosti. Lidské zdraví zahrnuje čtyři oblasti, které jsou vzájemně propojeny a navzájem se ovlivňují. Jde o oblast duševního zdraví, sociálního zdraví, duchovního zdraví. Za nejdůležitější je považováno tělesné – fyzické zdraví (Krejčí, 2011)

Manuální a fyzickou práci, která byla lidmi dříve každodenně vykonávána, v současnosti nahradila technika a tento pokrok podpořil vznik velké skupiny zaměstnanců, kteří celodenně při své práci sedí. Tito lidé mají působením sedavého zaměstnání jednostrannou zátěž, ve které často pokračují i po ukončení zaměstnání. Každý sedavý způsob práce by měl být kompenzován aktivním pohybem, protože nejde jen o spálení přebytečných kalorií, ale podílí se na psychickém ladění člověka. Lidé, kteří pravidelně sportují, se lépe vyrovnávají s každodenním stresem, negativními myšlenkami a depresemi (Kukačka, 2009). Řešením není odmítnutí technického pokroku, ale zapotřebí je si včas uvědomit potřebu pohybu, přiměřené energetické potavy vzhledem k energetickému výdeji a rozvíjení dobrých mezilidských vztahů (Machová, Kubátová, 2009).

Životní styl dnešní populace bychom mohli charakterizovat jako uspěchaný a v důsledku neustálého spěchu jsou narušovány naše biorytmy (Krejčí, 2011). Opakující se rytmické změny v lidském těle - biologické děje nazýváme biorytmy. Odvozujeme je od střídání dne a noci, jenž je způsobeno otáčením Země kolem své osy (Mourek, 2005). Biorytmy probíhají na různých úrovních a mohou mít různou délku. Mezi nejstudovanější biorytmy patří denní – cirkadiánní - perioda opakující se po 24 hodinách, měsíční – lunární – perioda se opakuje po 28 dnech a roční, kdy perioda trvá jeden rok. Důležité pro udržení zdraví je střídání denní a noční doby (biorytmus cirkadiánní), doby práce a odpočinku, regenerace organismu. Noční práce na směny, denní spánek a jiné porušování této zákonitosti negativně ovlivňuje zdravotní stav (Kukačka, 2010). U člověka se mohou projevit žaludeční neurózy, deprese

a v horším případě i srdečně cévní onemocnění. V lehčí formě se může u člověka projevit špatná nálada, únava či nevykonnost. U žen a mladších osob jsou negativní dopady výraznější (Krejčí, 2011).

Životní styl je založen na těchto principech – spánkový režim, racionální výživa, pohybová aktivita, neužívání návykových a zdraví škodlivých látek, udržovat si optimismus a dobrou náladu. Z 80 % si člověk o svém životním stylu rozhoduje sám svým jednáním a přístupem k péči o své zdraví. Pouze z 20 % je lidské zdraví ovlivněno jinými vlivy, mezi které řadíme například dědičnost, životní prostředí, zdravotnická péče (Velemínský, 2011).

2.3.1 Spánek a spánkový režim u osob pracujících ve směnném provozu

Nezbytnými předpoklady pro udržení a zachování tělesného zdraví je potřeba spánku a odpočinku. Zdravý člověk spí 7 - 9 hodin denně a prospí asi jednu třetinu života. Potřeba spánku a odpočinku je u každého individuální a mimo jiné závisí na denní aktivitě člověka, na fyziologickém stavu organismu a věku (Trachtová, 2001). Tuto potřebu můžeme hodnotit stejně, jako je dostatek tekutin či přiměřené množství kvalitní stravy. Spánková absence nebo jeho špatná kvalita se může projevit snížením pozornosti, zhoršeném myšlení a vede k celkové únavě. Dlouhodobé neuspokojování této potřeby se může odrazit ve zhoršené kvalitě života a může být příčinou vzniku závažných duševních onemocnění (Kukačka, 2009).

Spánek probíhá ve dvou fázích, které se v průběhu noci opakují a během osmihodinového spánku se vystřídají asi 5krát. Vlivem nepravidelného denního a nočního režimu u lidí pracujících na směny dochází k nepříznivému ovlivnění produkce melatoninu. Jedná se o hormon, který je zodpovědný za náš spánek a rovněž je významný antioxidant (Krejčí, 2011). Tento hormon se uvolňuje ze šišinky, z epifýzy, vlivem působení světla. Působením tmy dojde ke zklidnění nervové soustavy a spánku. Ráno začne na sítnici oka působit světlo, což vyvolá snížení produkce melatoninu a tělo dostává podnět k probuzení. Lidé, kteří mají pravidelný denní režim, mají lepší kvalitu spánku a nemají problém s usínáním oproti lidem s režimem nepravidelným a nerytmickým (Kukačka, 2010). Pro lidi, kteří pracují ve směnném či v nepravidelném provozu, se pravidelný a dostatečný spánek může stát zásadním

problémem (Křivohlavý, Pečenková, 2004). Denní spánek nenahradí nedostatek spánku v noci. Potřebu odpočinku u člověka signalizuje únava, která chrání organismus před vyčerpáním. Projevuje se podrážděností, snadným vyvoláním konfliktu a někdy i agresivitou. Pokud si unavený člověk nemůže z nějakého důvodu odpočinout, jeho neklid a podrážděnost roste (Krejčí, 2011). Dle Borzové (2009) je nežádoucí rozpis několika po sobě jdoucích nočních směn, jelikož je adaptace organismu na vzniklý spánkový deficit obtížnější. Vyrovnaní se s jednou noční směnou trvá organismu 2 - 3 dny.

2.3.2 Výživa a její složky

K zajištění činnosti organismus potřebuje stavební látky důležité k výstavbě tkání a orgánů. Výživa z kvantitativního hlediska musí zajišťovat příjem energie odpovídající jejímu výdeji. Z kvalitativního hlediska má být strava rozmanitá a vyvážená, aby byl zajištěn dostatečný a vyvážený přísun živin, vitamínů a minerálů. Ve výživě je třeba neopomínat na příjem vody (Machová, Kubátová, 2009).

Doporučené procentuální energetické krytí lidského organismu základními živinami je 15 % proteinů, 30 % lipidů a 50 % sacharidů (Velemínský, 2011). Středomořská strava, která obsahuje antioxidanty, omega 3 - mastné kyseliny, červené víno, ořechy a olivový olej je prototypem zdravého způsobu výživy (Grofová, 2007). Mezi zdravím a kvalitou výživy je úzká souvislost (Kukačka, 2009).

- **Bílkoviny**

Bílkoviny jsou základní stavební látkou všech živých organismů (Kukačka, 2010). Jsou nezbytnou složkou přijímané potravy, protože si je organismus neumí tvořit přeměnou tuků nebo sacharidů (Machová, Kubátová, 2009). Největší množství bílkovin získává organismus z masa (Velemínský, 2011). Ve stravě hradí jen 10 – 15 % energie a jsou tudíž jako zdroj energie méně důležité než sacharidy a tuky. V trávicím ústrojí se z potravy přijaté bílkoviny rozkládají na stavební složky – aminokyseliny. Aminokyseliny esenciální si na rozdíl od aminokyselin neesenciálních organismus nedokáže vytvořit a je odkázán na jejich přísun potravou. Při malé tělesné zátěži jich potřebuje organismus minimálně 0,5 g/kg/den (Machová, Kubátová, 2009).

- **Tuky**

Lipidy představují pro organismus zásobní zdroj energie a vyjma toho plní funkci ochrannou a termoizolační. V těle jsou lipidy součástí buněk (jako jejich stavební materiál), hormonů, mléčné žlázy atd. (Velemínský, 2011). Při nedostatečném příjmu sacharidů v potravě se uvolňuje a spotřebovává zásobní tuk, jenž je rezervou energie (Machová, Kubátová, 2009). Po chemické stránce jsou tuky estery mastných kyselin a glycerolu. Glycerol je trojsytný alkohol, který může navázat 1 - 3 mastné kyseliny a od toho jsou odvozeny názvy: monoglyceridy, diglyceridy a triglyceridy (Kukačka, 2010). V potravě se vyskytují zejména neutrální tuky (triglyceridy), cholesterol, estery cholesterolu a fosfolipidy. V rámci prevence kardiovaskulárních chorob a aterosklerózy je doporučený denní příjem tuků do 30 % energetického příjmu. Z 1/3 by měl být v přijímané potravě zastoupen tuk živočišný a ze 2/3 tuk rostlinný. Denní příjem cholesterolu by neměl být vyšší než 300 – 400 mg (Machová, Kubátová, 2009).

- **Cukry**

Cukry - sacharidy nazýváme sloučeniny vodíku, uhlíku a kyslíku (Kukačka, 2010). Sacharidy mají význam pro krytí akutní energetické potřeby organismu. Metabolismus cukrů je řízen zejména inzulínem vylučovaným slinivkou břišní (Velemínský, 2011). Sacharidy přijímané v potravě mají rozdílné chemické složení, jedná se o využitelné sacharidy, mezi které řadíme monosacharidy, disacharidy, oligosacharidy a polysacharidy. Do nevyužitelných sacharidů patří vláknina, což je souhrnný název, který zahrnuje celulózu, hemicelulózu a pektin. Trávicí systém neumí vlákninu štěpit, proto ji označujeme termínem „nevyužitelný sacharid“, avšak v denní dávce potravy by jí mělo být alespoň 30 g. S nízkým obsahem vlákniny v potravě souvisí vyšší riziko vzniku rakoviny tlustého střeva, protože vláknina chrání střevní stěnu před kontaktem s jedy (Kukačka, 2010). Pektin má ochranný účinek proti předčasnému vzniku kardiovaskulárních chorob. V přijímané potravě jsou jednotlivé druhy využitelných sacharidů zastoupeny nerovnoměrně a jejich spotřeba je nadprůměrná. Zvýšený příjem sacharidů zvyšuje riziko vzniku některých chorobných stavů, jako je cukrovka, zubní kaz, obezita a kardiovaskulární onemocnění (Machová, Kubátová, 2009).

- **Minerální látky a stopové prvky**

Lidský organismus se skládá nejen z prvků biogenních (uhlík, vodík, dusík a kyslík), ale i prvků minerálních. Ty jsou v těle ve třech formách – elektrolyty v tělesných tekutinách, vázané na organické látky a v podobě nerozpustných solí. Denní potřeba minerálních látek je vyšší než potřeba stopových prvků (Machová, Kubátová, 2009). Minerální látky je zapotřebí přijímat ve stravě (Velemínský, 2011). Sodík Na je do organismu přijímán z kuchyňské soli (Na Cl) a udržuje osmotický tlak v organismu. Draslík K je velice důležitý pro správnou činnost srdce a svalů. Vápník Ca je v těle nejvíce zastoupen a to ve všech tkáních i tělních tekutinách a důležitý je pro tvorbu kostí. Stálou hladinu vápníku v krvi zajišťuje vitamin D, parathormon příštítných tělísek a kalcitonin štítné žlázy. Fosfor je ve společenství s vápníkem taktéž důležitý pro tvorbu kostí. Nejvíce je fosfor obsažen v kostech a zubech ve formě fosforečnanu vápenatého. Hořčík je obsažen v kostech a zubech, kde se rovněž spolu s vápníkem podílí na jejich stavbě. Síra je obsažena ve chrupavce ve dvou aminokyselinách (cystein a metionin) a v játrech jako součást látky účinné pro detoxikaci škodlivin. Stopové prvky se v organismu nacházejí v menších koncentracích než prvky minerální. Ze všech stopových prvků se v těle nejhojněji vyskytuje železo Fe v celkovém množství 4 g. Funkční železo je součástí hemoglobinu a ovlivňuje počet červených krvinek. Zinek Zn je nepostradatelný pro správný vývoj a funkci mužských pohlavních žláz pro mužský pohlavní hormon testosteron a tvorbu spermií. Rovněž ovlivňuje stavbu kůže. Fluor F je v kostech a zubech vázán spolu s vápníkem na kyselý fosforečnan vápenatý. Jod J je důležitý pro správnou činnost štítné žlázy a jeho nedostatek v těle vede k onemocnění štítné žlázy, vzniká struma, zvětšení štítné žlázy. Součástí některých enzymů je selen, který má významné antioxidační účinky (Machová, Kubátová, 2009) a (Velemínský, 2011). Dle Machové a Kubátové (2009) některé typy rakoviny (žaludku, jícnu, močového měchýře) a kardiomyopatie mohou mít příčinu vzniku v nedostatku selenu.

V mozku jedinců s Alzheimerovou chorobou byly nalezeny větší koncentrace hliníku, který se do potravy dostává hlavně z hliníkového nádobí. Měď umožňuje navázání železa na hem a proto je důležitá pro krvetvorbu. Mangan je důležitý prvek pro mineralizaci kostí, aktivuje metabolismus mědi. Kobalt je součástí vitamínu B12 a podílí se na krvetvorbě. Chrom zvyšuje glukozovou toleranci tím, že stimuluje účinek inzulínu. V lidském těle se vyskytuje v malém množství ještě řada prvků, ale jejich

význam není pro organismus znám nebo je negativní, jak je to například u olova, rtuti, kadmia (Machová, Kubátová, 2009).

- **Vitaminy**

K zajištění mnoha metabolických pochodů a usměrňování biochemických přeměn v buňkách potřebuje organismus organické látky tzv. vitaminy, které působí jako katalyzátory (Machová, Kubátová, 2009). V již malých koncentracích jsou vitaminy důležité pro správný vývoj a růst organismu, ale ten si je nedokáže vytvořit a proto je potřeba je dodávat do organismu potravou (Velemínský, 2011). Některé vitaminy jsou uloženy v neúčinné formě jako provitaminy v rostlinách a organismus si z nich účinné vitaminy vytvoří (Machová, Kubátová, 2009). Vitaminy dělíme do dvou skupin. Vitaminy rozpustné v tucích, které nazýváme lipofilní (Grofová, 2007). Do této skupiny patří vitaminy: A - retinol, D - cholekalciferol, E - tokoferol, K - fytochinon (Velemínský, 2011). Vitaminy rozpustné ve vodě – hydrofilní (Grofová, 2007). Do této skupiny řadíme vitaminy: C – kyselina askorbová, B1, B2 - riboflavin, B5 - kyselina pantotenová, B6 - pyridoxin, B12 - kobaltamin, B9 - kyselina listová (Velemínský, 2011). Zdrojem těchto látek, které mají pro organismus ochranný účinek, je ovoce a zelenina. Lze je do těla podávat v izolované formě jako potravinové doplňky, ale není prokázáno, že mají stejnou účinnost jako jejich přírodní podoba (Kukačka, 2010).

- **Důležitost tekutin pro organismus**

Jedna třetina celkového množství vody v těle je obsažena v buňkách, ale její obsah je v různých tkáních rozdílný. Z 60 % se voda podílí na tělesné hmotnosti u dospělého člověka. Vodu přijímáme mimo nápojů i v pevné stravě. Žízeň upozorní člověka na nedostatek vody (Machová, Kubátová, 2009). Pro zachování správné funkce organismu, je třeba zajistit dostatečný přísun vody (Krejčí, 2011). Naprostý nedostatek vody vede za 2 - 3 dny k těžkým poruchám organismu a během týdne k zániku. Denní potřeba vody je u jedinců rozdílná a denní pitný režim je třeba přizpůsobit pohlaví, okolní teplotě, věku (Machová, Kubátová, 2009).

Tabulka č. 1: Denní potřeba vody v závislosti na věku (ml/kg tělesné hmotnosti) a teplotě okolí

Období života a teplota okolí	Denní potřeba vody (ml/kg)
období kojenecké	110
děti do 10 let	40
dospělí při 22°C	22
dospělí při 37°C	38

(Machová, Kubátová, 2009, s. 28)

Ztráty tekutin z organismu se uskutečňují potem, močí a stolicí, kdy zároveň z těla odcházejí také minerální látky. Rovněž dýcháním přichází organismus o množství vody (Kukačka, 2010). Příjem i výdej vody je ve zdravém organismu v rovnováze, je řízen nervově z hypotalamu a její celkové množství je poměrně stálé (Machová, Kubátová, 2009).

2.3.3 Látky ovlivňující zdraví

Některé potraviny mohou společně s tělu prospěšnými látkami obsahovat i látky, které mají negativní vliv na zdraví. Může se jednat o příměsí toxické, zdraví nebezpečné či jedovaté. Jejich přítomnost v potravinách prokáže speciální chemická analýza. Alkohol, tabák, kofein, léky a drogy patří do skupiny nejčastěji užívaných návykových látek (Kukačka, 2009).

Drogy jsou látky s rozmanitým účinkem, pro své účinky lákají různé věkové kategorie. Opakované užívání drog pěstuje u člověka závislost, která poškozuje zdraví ve všech oblastech. Účinky drog po vyplavení do krevního oběhu ovlivňují tělesný stav, psychickou stránku, ale mohou způsobit i smrt člověka. (Krejčí, 2011).

Kofein je přítomný v různých rostlinách, je součástí energetických nápojů a kofeinových nápojů. Stimuluje CNS, zvyšuje pozornost, podporuje myšlení a ovlivňuje tělesnou koordinaci. Vliv kofeinu na organismus je dále studován, bylo však vyvráceno, že by dlouhodobé a pravidelné pití kávy mělo vliv na poškození srdce a věnčitých tepen (Kukačka, 2009). Mezi nápoje obsahující kofein patří zejména

káva - obsah kofeinu 50 - 150 mg/šálek, čaj s obsahem kofeinu 10 – 50 mg/šálek a kakao, které má kofeinu nejméně 2 - 40 mg/šálek (Müllerová, 2003). Vzestup krevního tlaku byl připisován pití kávy. Běžné množství kávy však nemá vliv na krevní tlak, což je popsáno v nedávných studiích (Myers, 2004). Nadbytek kofeinu způsobuje nespavost, protože snižuje hladinu melatoninu (Krejčí, 2001).

Kouření je návyk, který nevzniká rychle, závislost na tabáku vzniká plíživě (Krejčí, 2011). Po dvou letech pravidelného kouření se z něj stává velice silný návyk, který je těžké překonat. Kouření způsobuje onemocnění plic, srdce, cév a dýchacích cest. Smrt způsobená kouřením potká každého šestého člověka v České republice. Nikotin a oxid uhelnatý, který je při kouření vpravován do organismu, podporuje vznik ICHS a ICHDK a je zvláště nebezpečný u lidí s kardiovaskulárním onemocněním (Kukačka, 2009). Velmi nebezpečné je pasivní kouření, protože cigaretový kouř obsahuje mnoho toxických látek (Krejčí, 2011).

Alkohol vzniká kvašením cukrů a názory na jeho pití jsou protichůdné. Záleží na množství, četosti a kvalitě konzumovaného alkoholu. Převládající pozitivní zdravotní vlivy lze najít v pravidelném pití omezeného množství alkoholu (Kukačka, 2009). Dle Krejčí (2011) je alkohol zhoubnější než kouření. Vlivem silné závislosti dojde k narušení sociálního zdraví. Takto silná závislost může člověka zničit. Vyvrcholením může být ztráta přátel, rodiny, zaměstnání (Krejčí, 2011).

2.3.4 Stres u zdravotnických pracovníků

Dle Křivohlavého (2010) zdravotníci, obzvláště ženy, které se necítí psychicky dobře, hledají pomoc v rodině. Taková pomoc spočívá třeba v objetí manžela, dětí. Mnohdy postačí vlídné slovo nebo možnost vyplakat se někomu na rameni, v jiném případě pomůže kamarádka nebo přítel. Vyslechnou, co člověka trápí a pomohou. Někdo hledá uvolnění v přírodě, při sportu, u dobrého jídla nebo v jiném odreagování. Jindy může pomoci třeba jen to, že se podíváme na situaci z jiného úhlu, jinými očima a potom jsou dané problémy malicherné oproti problémům někoho jiného.

Každý zdravotnický pracovník by měl pečovat i o svůj život, o sebe sama. Tato péče zahrnuje mnoho oblastí včetně péče o duševní zdraví. Má-li být zdravotník oporou pro druhé, kteří jeho pomoc potřebují, musí i on sám být v pořádku (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Některé podněty, které na jednoho člověka nepůsobí, může druhý vnímat jako stresující. Stres je vyvolán faktory, které nazýváme stresory, a na jejich působení reaguje každý člověk jinak. Ty mohou být psychického, sociálního či fyzického charakteru. Stres negativně ovlivňuje celý náš organismus (Kukačka, 2009). Pokud jsme ve fyzické nebo psychické nepohodě či jsme se jen špatně vyspali, může i maličkost, kterou bychom nezaznamenali, kdybychom byli v úplném pořádku, být podnětem pro vznik nervozity, neklidu a stresu (Geisselhart, 2006). Na zaměstnance jsou kladeny vysoké požadavky, které vyžadují maximální pracovní nasazení. To může být důvod, že se dvě třetiny zaměstnanců v Evropě cítí stresovány. Každý stres však vyžaduje antistres (Schnack G., Schnack K., 2006). Vytvoření zdravých rituálů je dobrou metodou pro zvládnutí stresu. Rituály slouží jako přestávka. Příkladem může být ranní meditace nebo jogging. Stres je zvládnut osobním způsobem (Grün, 2006).

Naše tělo potřebuje energii ve formě potravy, aby zvládlo danou stresovou situaci. Takto přijaté kalorie jsou uloženy ve formě tuku. Chronický stres často způsobuje u člověka neustálou potřebu jídla (Kukačka, 2009).

2.3.5 Stravovací režim a stravovací návyky

Příjem potravy a pravidelné stravování jsou v životě člověka nejen příjemnou záležitostí, ale hlavně primární potřebou pro udržení homeostázy. U dospělých lidí však vlivem hektické doby dochází ke špatným stravovacím návykům a tím dochází k různým zdravotním poruchám (Trachtová, 2001). Denní rozložení příjmu potravy, její složení a množství je velmi důležité, protože i konzumace pouze zdravých potravin v nadměrném množství může vést ke zdravotním problémům. Správný stravovací režim zahrnuje pět denních dávek (Grofová, 2007). Dle Machové (2009) stravovací návyky úzce souvisejí se vzděláním jedince a jeho pohlavím. Muži dodržují stravovací návyky méně než ženy. Lidé s vyšším vzděláním si více uvědomují potřebu vyvážené a kvalitní stravy. Největší rozdíly byly shledány v konzumaci celozrnného a tmavého pečiva a upřednostňování rostlinných tuků.

Pravidla správné výživy je zapotřebí dodržovat, abychom pomocí jídla podpořili k harmonii těla i ducha a tím se cítili zdraví a byli zdraví (Trachtová, 2001). Mnoho lidí včetně zdravotních sester upřednostňují jiné, zdánlivě „důležitější“ věci, než se postarat

sám o sebe. Sami však mohou druhým pomoci pouze tehdy, pokud jsou sami v dobrém stavu (Grofová, 2007).

Nevhodná skladba potravin, zejména vysokoenergetických, souvisí s některými tradičními zvyklostmi českého stravování, jako je tendence k přejídání a také dosud nedostatečný zájem o volbu vhodné stravy k udržení zdraví. V některých případech vede k přijímání levnější a méně kvalitní stravy nedostatek finančních prostředků. Příjem jednostranné nebo energeticky bohatší stravy vede k mnoha zdravotním problémům – oslabení imunitního systému, zvýšenému výskytu kardiovaskulárního nebo nádorového onemocnění a vznik obezity (Machová, Kubátová, 2009).

2.3.6 Obezita

Stanovení diagnózy obezity provádíme nejlépe na základě fyziologie. Většina případů, kdy obezita vzniká, je v důsledku zvýšeného energetického příjmu oproti výdeji (Collins, 2007). Obezitou označujeme nadměrnou akumulaci tukové tkáně a o nadbytku hmotnosti hovoříme jako o nadváze (Krejčí, 2011).

K vyhodnocení obezity používáme BMI – body mass index, který je při obezitě vyšší než 30. Výpočet BMI je: váha/tělesná výška v metrech na druhou. Za normální hodnotu BMI je udáváno 18 - 24, nižší hodnota ukazuje na podvýživu. Pokud je hodnota vyšší, hovoříme o obezitě, která má své příčiny v genetice (Velemínský, 2011).

U jedinců s morbidní obezitou je rakovina tlustého střeva častější včetně všech pooperačních komplikací (Kukačka, 2010).

Důležitá je prevence obezity, která spočívá v příjmu kvalitní stravy v pravidelných intervalech a normální kvantitě, pohybovat se a být v psychické pohodě (Müllerová, 2003). Jako prevence i jako lék pro mnohá onemocnění slouží pohyb. Lidem s mírnou nadváhou je vhodné doporučit pohybové aktivity – aerobic, běh, jízda na kole, sportovní hry, ale pro lidi s vyšší nadváhou je vhodné doporučit plavání, aquaaerobic (Kukačka, 2009).

Tabulka č. 2: Energetická náročnost chůze (kcal/hod)

Rychlost chůze	Tělesná hmotnost (kg)								
	50	56	62	68	74	80	86	92	98
4 km/hod	184	206	228	250	272	294	316	340	362
4 km/hod - kopcovitý terén	226	252	280	306	334	360	388	414	442
6 km/hod	334	374	414	454	494	534	574	614	654
6 km/hod - kopcovitý terén	398	444	492	540	588	636	682	730	778

(Kukačka, 2009, s. 32)

2.3.7 Pohyb a jeho potřeba při sedavém zaměstnání

Lidské tělo, stejně jako tělo všech živočichů, je vyvinuto k pohybu a aktivitě. Pohyb zajišťuje činnost pohybového aparátu a je jedním ze základních projevů existence živočichů včetně člověka. Pohybový aparát je rozsáhlý funkční celek, který tvoří více než polovinu hmotnosti těla (Machová, Kubátová, 2009). Svaly v těle vykonávají aktivní pohyb. Pasivní pohyb zajišťují kosti, chrupavky a tkáně, které jsou řízeny z CNS stejně jako svaly. Pohybový aparát může vykonávat šest základních pohybů, z nichž se skládá každá činnost člověka, jakákoliv pohybová aktivita (Trachtová, 2001). Pohyb je základním výrazovým prostředkem člověka a dokáže vyjádřit nálady a pocity. Nelze na něj pohlížet pouze jako na prostředek zlepšující fyzické zdraví a kondici, neboť vyjma jeho účinků socializačních a komunikačních jsou jeho účinky psychoregenerační, psychoregulační a psychorelaxační, což příznivě působí na duševní stav jedince a jsou prevencí stresu, negativních emocí a jiných nežádoucích jevů (Machová, Kubátová, 2009). Pohyb ovlivňuje naši náladu a duševní výkon. Pokud není lidský organismus pravidelně zatěžován pohybovou činností, nemá vytvořeny adaptační mechanismy pro stresové situace (Kukačka, 2009).

Již v daleké minulosti Hippokrates řekl, že všechny části lidského těla určené k funkci, potřebují tuto funkci vykonávat k vývoji a růstu a k provádění této funkce. K onemocnění dochází, pokud funkce chybí (Trachtová, 2001). Některé orgánové systémy potřebují pravidelnou pohybovou aktivitu pro udržení dobrého funkčního stavu

(Kukačka, 2010). Pohodlný způsob života je třeba doplnit pohybem, abychom byli v pohodě psychické i fyzické. Bez pohybu není život, všechny pochody se zpomalují a tělo strádá (Krejčík, 2007).

Současné poznatky ukazují, že lidé pracující ve směnném provozu, mohou mít tendenci ke zvyšování tělesné hmotnosti v důsledku jejich nepravidelného denního režimu a to bez ohledu na jejich stravovací návyky a úroveň fyzické aktivity (Barbadoro et al., 2013).

Omezení pohybu je charakteristickým rysem současného životního stylu s negativním dopadem na zdraví, protože je jednou z hlavních příčin vzniku civilizačních chorob. K nejčastějším patří kardiovaskulární onemocnění (hypertenze, AP, AIM, CMP), onemocnění trávicího systému (žaludeční a dvanáctíkové vředy), onemocnění kosterně-svalového aparátu, astma bronchiale, psychické poruchy (nervové zhroucení, deprese, poruchy spánku), rakovina (Machová, Kubátová, 2009). Rovněž dochází k poruchám držení těla a vertebrogenním potížím, které mohou vést až k degenerativním změnám na páteři (Bursová, 2005). Pohybu celkově ubývá nejen v důsledku odstranění fyzicky namáhavé práce, ale i kvůli dopravním prostředkům, rozvoji služeb a modernizaci domácnosti. Každý člověk si vytváří svůj pohybový režim, do kterého zařazujeme souhrn všech víceméně pravidelně vykonávaných a cyklicky se opakujících motorických aktivit. Dnes závisí pohybová aktivita člověka na jeho motivaci a vůli (Machová, Kubátová, 2009).

Lidské tělo vyžaduje pohyb, geneticky není přizpůsobeno sedavému stylu. Nositelé genetických informací v sobě mají trvale zakódovanou informaci o každodenní potřebě pohybu (Kukačka, 2009). Po každém období pasivity, za které můžeme počítat čas strávený dlouhým sezením, patří aktivita. Po pasivní části je zapotřebí zařadit lehký a pravidelný způsob pohybu (Krejčík, 2007).

Dnes je kladen důraz na chůzi, obzvláště u lidí, kteří mají sedavé zaměstnání, je tento druh pohybu na čerstvém vzduchu doporučován. Ať sami či v dobré společnosti si během procházky dávají dohromady svou psychiku, přemýšlejí o svých problémech, vztazích či různých úkolech (Křivohlavý, Pečenková, 2004). Chůzi jsme však v důsledku své pohodlnosti v dnešní době omezili na minimum. Chůze však působí jako očištná kúra pro organismus, protože zlepšuje zásobení organismu kyslíkem a zrychluje odvádění odpadních látek z těla ven, dochází k lepšímu prokrvení mozku, zlepšení paměti a má pozitivní vliv na nervovou soustavu. Vlivem chůze se vyplavují hormony dobré nálady a dochází k odstranění negativních emocí. Chůzi můžeme hodnotit

jako dobrý recept na dlouhověkost (Kukačka, 2009). Předpokladem pevného zdraví, životní pohody a pracovní výkonnosti je získání a udržení dobré tělesné zdatnosti, jejíž jednotlivé složky je třeba cílevědomě posilovat vybranými pohybovými aktivitami (Machová, Kubátová, 2009). Každý člověk má individuální potřebu pohybu, ale v dnešní době se mnoho lidí téměř nepohybuje, ve volném čase se nevěnují žádné pohybové aktivitě a jejich tělesná zdatnost je téměř nulová, což má negativní vliv na jejich zdraví (Trachtová, 2001). Pohyb společně s přiměřeným příjmem energie pomáhá předcházet a léčit většinu civilizačních onemocnění (Kukačka, 2010).

3 METODOLOGIE

3.1 Cíle práce

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat rozdílnost v životním stylu operátorů ZOS ZZS JčK pracujících ve směnném provozu vzhledem k jejich vývojové etapě dospělosti. U skupiny časně, střední a pozdní dospělosti zjistit kvalitu jejich spánku, stravování, četnost užívání návykových látek – alkoholu a cigaret, důvody realizace pohybových aktivit, vztah k nim a jejich častost. Zhodnotit držení těla a zdatnost pomocí testů ve všech skupinách dospělosti a vzájemně je porovnat.

3.2 Úkoly práce

Pro tuto práci byly stanoveny následující úkoly:

- prostudovat dostupnou literaturu vztahující se k tématu bakalářské práce
- sestavení obsahu práce na základě konzultací s vedoucí práce
- vypracovat teoretický podklad na základě studia odborných literárních a internetových pramenů
- na základě obsahové analýzy stanovení cílů, úkolů a výzkumných předpokladů bakalářské práce
- oslovení, seznámení skupiny respondentů ze ZOS ZZS JčK se způsobem šetření a následném zacházení se získanými údaji
- rozdání anonymních dotazníků zaměřených na životní styl operátorů ZZS JčK
- osobní schůzky s klienty a provedení 2 antropometrických měření
- vyzvednutí dotazníků a provedení Kaschova testu zdatnosti a tesu držení těla dle Matthiase
- zpracování a vyhodnocení získaných dat a jejich porovnání
- diskuse
- stanovení závěrů
- návrh doporučení v jednotlivých skupinách

3.3 Výzkumné předpoklady

Předpokládám, že níže uvedené výzkumné předpoklady budou zodpovězeny na základě provedení testů s respondenty a vyhodnocení získaných dat.

Výzkumný předpoklad č. 1: Předpokládám, že respondenti všech vývojových etap dospělosti budou považovat svůj spánek za nekvalitní.

Výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládám, že více než 80 % respondentů, spadajících do vývojové skupiny pozdní dospělosti, se nevěnuje žádné pohybové aktivitě déle než 30 minut.

Výzkumný předpoklad č. 3: Předpokládám, že vlivem sedavého zaměstnání dochází u respondentů k postupnému zhoršení držení těla.

4 METODIKA

4.1 Charakteristika souboru

Ke zpracování praktické části bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum. Technikou sběru dat byl mnou vytvořený dotazník (Příloha II). Do dotazníkového šetření byli zařazeni operátoři ve věku 24 - 59 let, kteří pracují na operačním středisku Záchrané služby v Českých Budějovicích ve dvanáctihodinovém denním i nočním provozu. Operátorům bylo položeno 23 otázek.

K ověření výzkumných předpokladů bylo zvoleno doplňující testování pro zhodnocení držení těla podle Matthiase a Kaschův step test. Experimentální skupina byla rozdělena podle věku do tří skupin.

Skupina první byla tvořena respondenty ve věku 20 - 30 let, kteří spadají do vývojové etapy časně dospělosti. Toto období je přechodným obdobím mezi adolescencí a plnou dospělostí (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Respondenti ve druhé skupině byli ve věku 31 - 45 let. Jedná se období střední dospělosti, které bychom mohli charakterizovat jako období plné výkonnosti a relativní stability (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Třetí skupinu, období pozdní dospělosti, tvořili respondenti ve věku 46 - 60 let. Období označujeme jako dobu do začátku vývojového období stárnutí (Langmeier, Krejčířová, 2006).

4.2 Použité metody

K vypracování praktické části jsem mohla přistoupit po předchozím nastudování odborné literatury týkající se tématu bakalářské práce. Literaturu jsem volila z oblasti zdraví, medicíny, zdravého životního stylu, psychologie, cvičení a Integrovaného záchranného systému České republiky.

V praktické části jsem pro získání dat od respondentů použila dotazníkové šetření pro analyzování životního stylu operátorů. Dotazník (Příloha II) byl tvořen převážně uzavřeným typem otázek zaměřených na spánkovou hygienu, užívání návykových látek, pohybové aktivity a vlivu zaměstnání na zdraví. V těchto 18 otázkách byl proveden

rovněž záznam aktuální tělesné váhy a výšky. Celkem 3 otevřené otázky z dotazníku byly zaměřeny na popis stravovacích návyků u respondentů. K získání dat týkajících se nejoblíbenějších pohybových aktivit a častosti konzumace sladkostí u respondentů byly věnovány 2 polouzavřené otázky dotazníku.

U všech respondentů jsem provedla antropometrické měření, kdy jsem změřila tělesnou výšku a zjistila tělesnou hmotnost. Tyto hodnoty jsem zaznamenala do dotazníku společně s daty týkajícími se věku a pohlaví respondentů. Tato data jsem následně využila pro výpočet hmotnostního indexu BMI a pro zhodnocení testu zdatnosti.

Všichni respondenti byli zváženi jednorázově, za stejných podmínek na osobní digitální váze Bosch PPW 3301 ráno při příchodu na denní směnu v šatně operátorů, nalačno, ve spodním prádle, bez obuvi. Váha těla byla rozložena na obě končetiny a operátoři stáli v klidu, nemluvili (Hainer a kol., 2004). Osobní skleněná ultratenká váha, která byla k zjištění těchto dat použita, má maximální váhovou kapacitu 180 kilogramů, 4 váhové senzory, velikost nášlapné plochy 30 x 30 centimetrů s přesností měření 100 gramů (Obrázek 1, viz Příloha I). Tělesná hmotnost byla zaznamenána v dotazníku v celých kilogramech.

Výška byla u respondentů změřena jednorázově, ve stejný den jako bylo provedeno vážení. Individuelní měření výšky probíhalo u stěny, antropometrem. Respondenti stáli bez bot, v tenkých ponožkách ve stoji vzpřímeném, špičky nohou u sebe. Lopatky, hýždě a paty se dotýkaly zadní stěny. Hlava byla v rovnovážné poloze s pohledem do dálky na vzdálený bod v úrovni očí (Riegerová a kol., 2006). Tělesná výška byla zaznamenána v dotazníku v centimetrech.

Z obou těchto měření jsem u respondentů vypočítala BMI. Body mass index je jednoduchý hmotnostně - výškový index, který se používá pro klasifikaci podváhy, nadváhy a obezity u dospělých. Vyjadřuje poměr tělesné hmotnosti udané v kilogramech k druhé mocnině tělesné výšky udané v metrech. Jde o celosvětově uznávanou metodu. $BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška (m)}^2$ (WHO, 2006).

Do praktické části jsem zařadila dva testy - pro zhodnocení držení těla respondentů a na zjištění tělesné zdatnosti. Oba testy byly prováděny ve stejný den, v předsálí operačního střediska. Jde o jednoduché, spolehlivé testy. Respondenti byli testováni při denní směně, vždy jednotlivě. Před začátkem testování byli respondenti seznámeni s průběhem celého testování a s jeho dalším využitím.

Hodnocení držení těla - Matthiasův test byl proveden u respondentů ve zcela napřímém stoji se současným předpažením horních končetin v úhlu 90°. Po zaujetí této pozice byl respondent ohodnocen známkou 1 až 3. Toto číslo bylo zaznamenáno jako vstupní postoj. V této poloze musel respondent setrvat 30 sekund a po uplynutí této doby byl opět ohodnocen známkou 1 až 3. Hodnocení konečného postoje bylo rovněž zaznamenáno. Pokud se respondentův postoj po 30 sekundách výrazně nezměnil, je držení těla dobré, dojde-li však k charakteristickým změnám v postoji – sklánění hlavy a zvětšení hrudní kyfózy, poklesu ramen, poklesu předpažených končetin, zvětšení bederní lordózy, jde o posturální slabost – vadné držení těla. U respondentů byla tímto testem získána vstupní a výstupní data (Hošková, Matoušová, 2007).

Kaschův step-test je test tělesné zdatnosti. Toto testování vyžadovalo od respondentů, aby vystupovali za zvuku metronomu na lavičku 30 cm vysokou ve frekvenci 24 x za minutu po dobu 3 minut. Následoval odpočinek 1 minutu. Po uplynutí této doby jsem změřila u respondentů tepovou frekvenci po dobu 15 sekund, vynásobila čtyřmi a výsledek jsem zaznamenala (Hošková, Matoušová, 2007). K měření srdeční frekvence byla použita palpační metoda na arterii radialis. Tep palpujeme bříšky druhého až čtvrtého prstu na radiální části dolní třetiny volární strany předloktí a všímáme si rychlosti, pravidelnosti a kvality (Špinar, 2008).

Respondenti byli pro potřebu vyhodnocení a porovnání rozděleni do tří skupin vzhledem k vývojové etapě dospělosti, ve které se dle svého věku nacházeli. V každé skupině bylo 9 respondentů. Skupina 1 - časná dospělost zahrnuje respondenty ve věku 24 – 28 let, skupina 2 - střední dospělost – zahrnuje respondenty ve věku 32 – 43 let a skupina 3 - pozdní dospělost s respondenty ve věku 46 – 59 let. Vývojová etapa stáří nebyla na operačním středisku zastoupena (Langmeier, Krejčířová, 2006).

U testování držení těla dle Matthiase bylo použito hodnocení numerické 1, 2, 3, kdy hodnocení 1 vyjadřovalo nejlepší držení těla, hodnocení 2 znázorňuje dobré držení těla a hodnocení 3 vadné držení těla.

Hodnocení Kaschova step-testu bylo provedeno dle ukazatele tělesné zdatnosti jako vysoce nadprůměrný, nadprůměrný, průměrný, podprůměrný a vysoce podprůměrný.

Pro vyhodnocení dat byl použit program Microsoft Office Excel 2007, ve kterém byly vyhotoveny grafy a tabulky ke každému hodnocení a testování. V přehledných grafech je znázorněna odpověď na otázku, která byla položena respondentům v dotazníku. Jednotlivé odpovědi byly mezi sebou vzájemně porovnány vzhledem

k vývojové etapě dospělosti. Výsledky šetření jsou uvedeny v procentech, zaokrouhleny na jedno desetinné místo.

4.3 Organizace výzkumného šetření

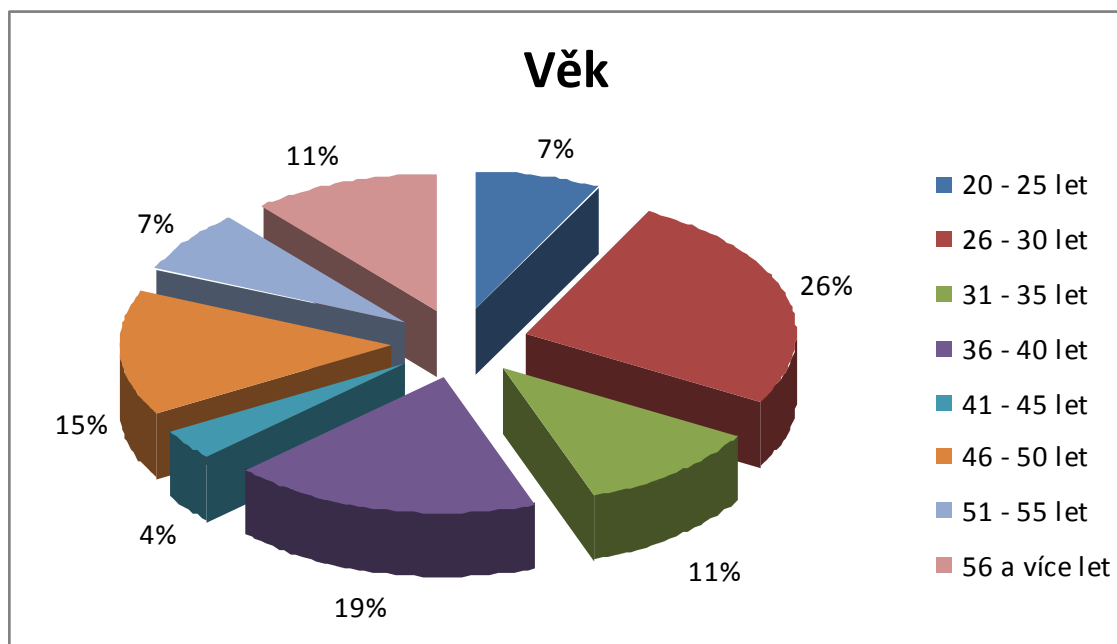
Výzkum proběhl v období od ledna 2014 do poloviny března 2014. Výzkumný soubor byl tvořen operátory, kteří pracují na Operačním středisku Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje v Českých Budějovicích, kde sídlí centrální dispečink ZZS JČK. Na začátku roku 2014 jsem respondenty seznámila s tématem bakalářské práce, jejími cíli a metodami výzkumu. Respondenti byli ubezpečeni o anonymitě a o výhradním použití sebraných dat pro metodiku bakalářské práce. Při prvním setkání jsem respondentům rozdala mnou vytvořený dotazník (Příloha II), který obsahoval 23 otázek. Celkem bylo rozdáno 30 dotazníků, z nichž bylo vyplněno a vráceno 28, návratnost byla tedy 93,3 %. Při kontrole dat byl vyřazen 1 dotazník (3,3 %), z důvodu neúplného vyplnění respondentem. Pro výzkumné šetření a následné znázornění výsledků jsem rozdělila respondenty vzhledem k vývojové etapě dospělosti, ve které se nacházeli. Skupina časně dospělosti, střední dospělosti a pozdní dospělosti. Každá skupina měla 9 respondentů. Tyto tři skupiny mezi sebou ve výsledcích mé bakalářské práce vzájemně porovnávám. Celkem soubor čítal 27 respondentů.

5 VÝSLEDKY

5.1 Dotazníkové šetření

Otázka č. 1: Uveďte svůj věk.

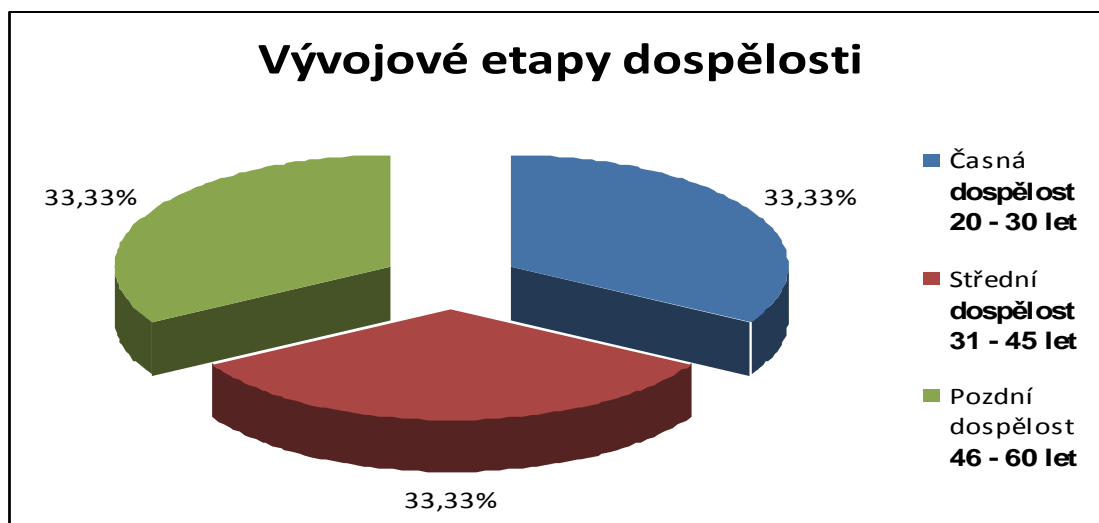
Graf č. 1: Věkové obsazení operátorů ZZS JČK



Znázornění věkového rozložení operátorů Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje, kteří pracují na operačním středisku.

Z celkového počtu 27 respondentů (100 %) odpovídalo 7% (2 respondenti) věkové kategorie 20 – 25 let, 27 % (7 respondentů) věkové kategorie 26 – 30 let, 11 % (3 respondenti) věkové kategorie 31 – 35 let, 22 % (6 respondentů) věkové kategorie 36 – 40 let, 4 % (1 respondent) věkové kategorie 41 – 45 let, 11 % (3 respondenti) věkové kategorie 46 – 50 let, 7 % (2 respondenti) věkové kategorie 51 – 55 let a 11 % (3 respondenti) věkové kategorie 56 let a více.

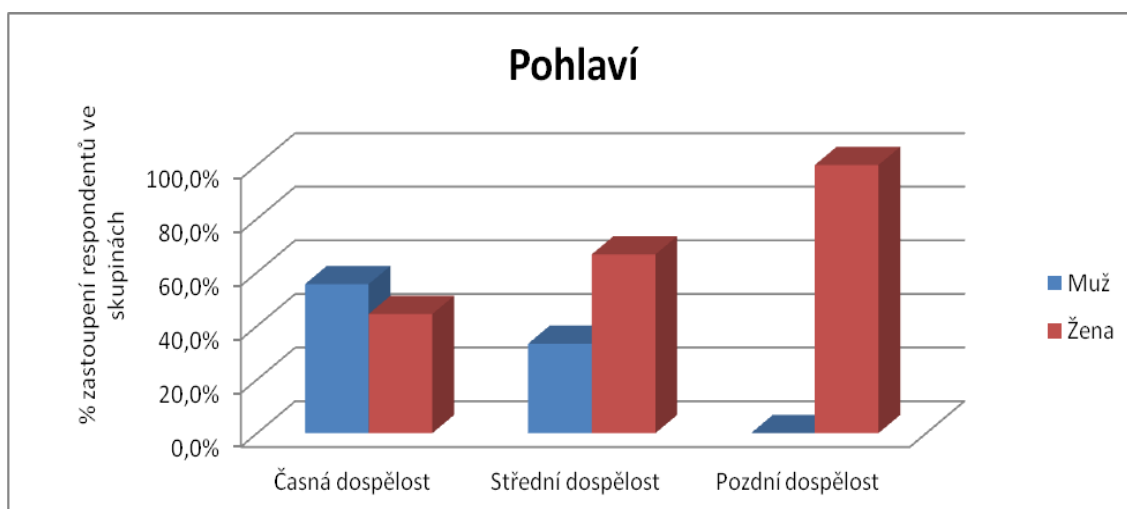
Graf č. 2 : Rozdělení respondentů dle vývojové etapy dospělosti



Tento graf znázorňuje rozdělení všech respondentů do tří skupin vzhledem k vývojové etapě dospělosti. Z celkového počtu 27 respondentů (100 %) spadá 9 respondentů (33,33 %) do vývojové etapy časně dospělosti, 9 respondentů (33,33 %) do vývojové etapy střední dospělosti a 9 respondentů (33,33 %) do vývojové etapy pozdní dospělosti.

Otázka č. 2: Uveďte vaše pohlaví.

Graf č.3: Procentuelní znázornění mužů a žen v jednotlivých skupinách vzhledem k vývojové etapě dospělého člověka

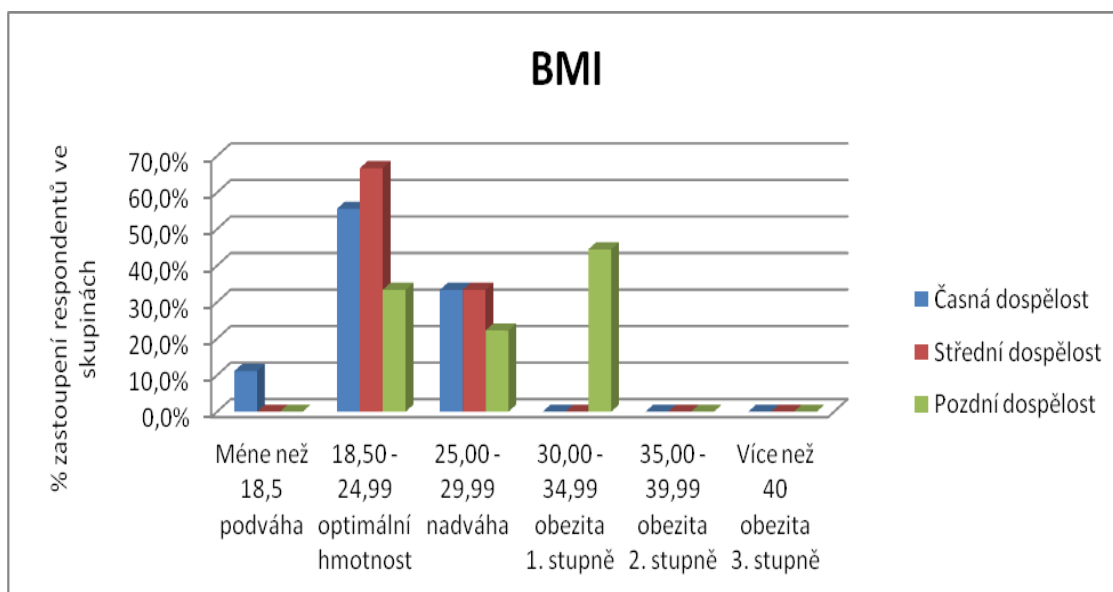


Na operačním středisku z celkového počtu 27 respondentů (100 %) pracuje 70,4 % žen (19) a 29,6 % mužů (8). Skupina 1 – etapa časně dospělosti je zastoupena ve 44,4 % ženami (4) a v 55,6 % muži (5), skupina 2 – etapa střední dospělosti má 66,7 % žen (6) a 33,3 % mužů (3). Skupina 3 - etapa pozdní dospělosti je tvořena ženami ve 100 % (9).

Otázka č. 3 a č. 4: Vaše aktuální tělesná hmotnost a tělesná výška.

Získaná data z těchto otázek byla přepočítána na hodnotu BMI.

Graf č. 4: Porovnání BMI klasifikace (WHO, 2006) u skupiny časně, střední a pozdní dospělosti

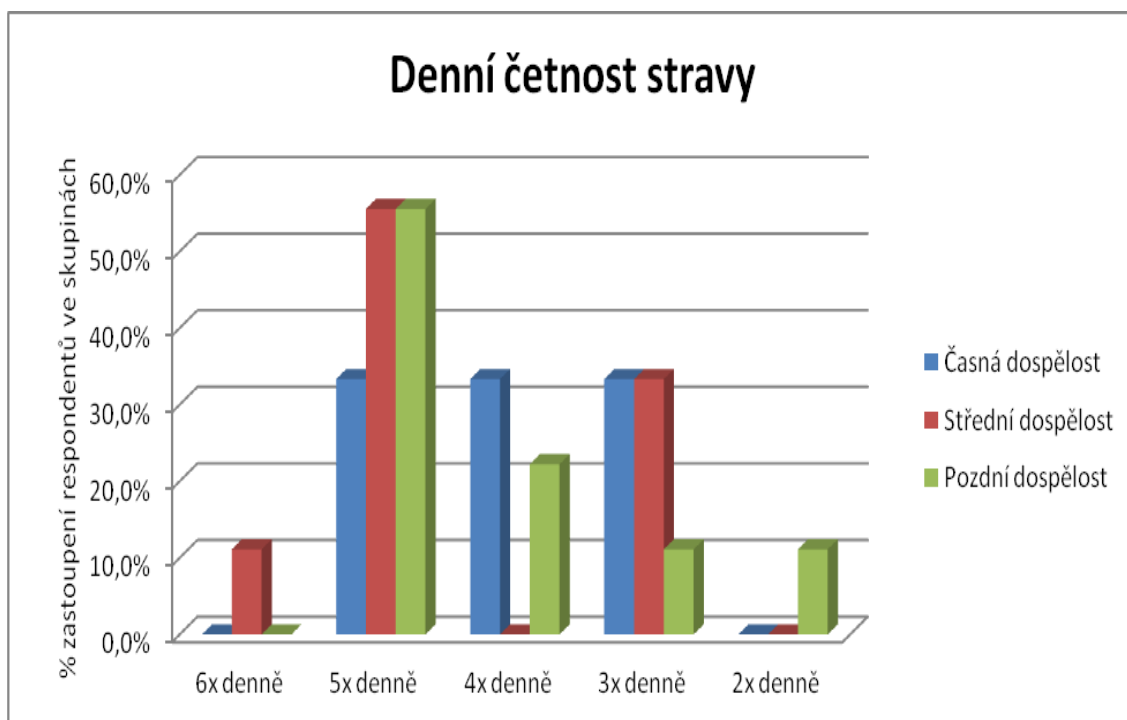


Na operačním středisku z celkového počtu 27 respondentů (100 %) byli respondenti rozdělení dle klasifikace BMI takto: kategorii podváha - BMI pod 18,5 tvořili respondenti ze skupiny časně dospělosti v 11,1 % (1 respondent), ze skupiny střední a pozdní dospělosti nespadal do této kategorie žádný respondent. BMI 18,5 – 24,99 kategorie optimální hmotnosti tvořili respondenti v 55,6 % (5 respondentů) ze skupiny časně dospělosti, v 66,7 % (6 respondentů) ze skupiny střední dospělosti a v 33,3 % (3 respondenti) ze skupiny pozdní dospělosti. Kategorie nadváha BMI 25 – 29,99 byla respondenty ze skupiny časně dospělosti obsazena v 33,3 % (3 respondenti), ze skupiny střední dospělosti v 33,3 % (3 respondenti) a ze skupiny pozdní dospělosti v 22,2 %

(2 respondenti). Kategorii BMI 30 – 34,99 obezita 1. stupně tvořili pouze respondenti pozdní dospělosti v 44,4 % (4 respondenti).

Otázka 5 : Popište svůj jídelníček včetně času konzumace stravy při denní směně.

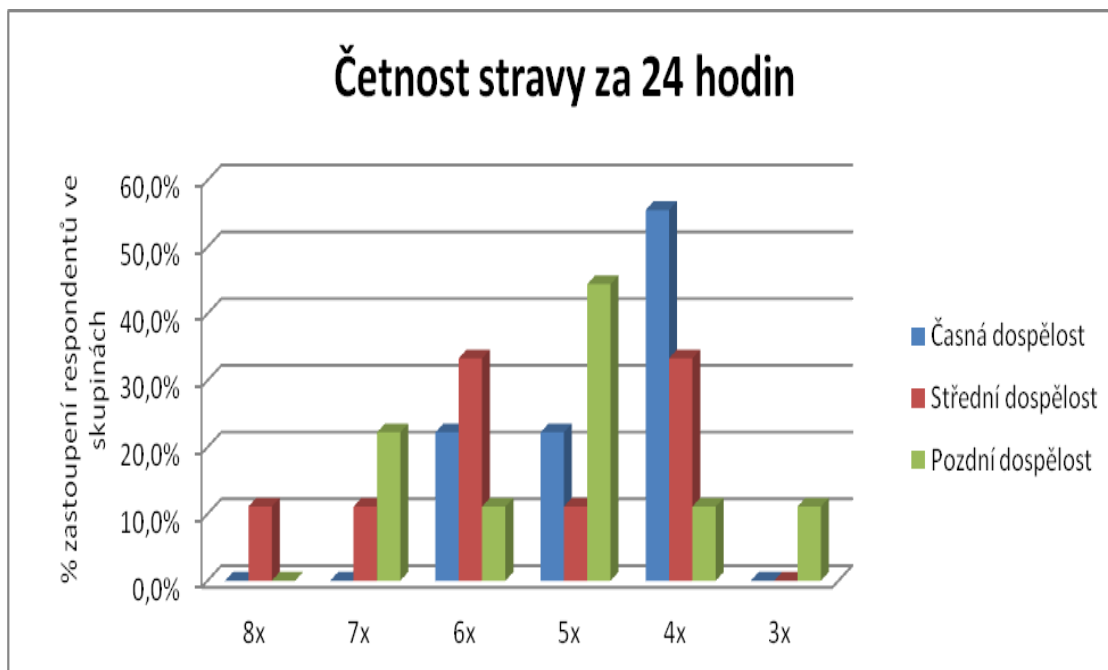
Graf č. 5: Četnost příjmu stravy při denní službě na operačním středisku u jednotlivých skupin operátorů ZZS JčK



V tomto grafu je znázorněn počet porcí stravy u respondentů při denní dvanáctihodinové službě. Počet porcí je následně porovnán mezi dospělými skupinami vzhledem k vývojové etapě dospělosti. Pouze skupina střední dospělosti v 11,1 % (1 respondent) udává 6 porcí během denní služby. 5 porcí během denní služby uvedli respondenti časně dospělosti v 33,3 % (3 respondenti), respondenti střední dospělosti v 55,6 % (5 respondentů) a ze skupiny pozdní dospělosti rovněž v 55,6 % (5 respondentů). V průběhu denní služby se 4 x stravují respondenti v 33,3 % (3 respondenti) ze skupiny časně dospělosti a v 22,2 % (2 respondenti) ze skupiny pozdní dospělosti. Stravu 3 x v průběhu denní služby uvádí respondenti ze skupiny časně dospělosti v 33,3 % (3 respondenti), ze skupiny střední dospělosti v 33,3 % (3 respondenti) ze skupiny pozdní dospělosti v 11,1 % (1 respondent). Stravu 2 x v průběhu denní služby udává 11,1 % (1 respondent) ze skupiny pozdní dospělosti.

Otázka č. 6: Popište svůj jídelníček včetně konzumace stravy při noční směně. Začněte od rána až do doby než jdete spát.

Graf č. 6: Četnost stravy za 24 hodin při dvanáctihodinové službě na operačním středisku v jednotlivých skupinách – vychází z otázky č.6



Graf vyjadřuje počet porcí stravy u operátorů během 24 hodin. Do těchto 24 hodin spadá jedna dvanáctihodinová noční směna na operačním středisku ZZS JČK. Výsledky jsou mezi sebou porovnány vzhledem k vývojové etapě dospělosti. Respondenti odpověděli takto: pouze skupina střední dospělosti v 11,1 % (1 respondent) udává 8 porcí za 24 hodin. Sedm porcí za 24 hodin uvedli respondenti střední dospělosti v 11,1 % (1 respondent), respondenti pozdní dospělosti v 22,2 % (2 respondenti). Šest porcí za 24 hodin uvádí respondenti v 22,2 % (2 respondenti) ze skupiny časně dospělosti a v 33,3 % (3 respondenti) ze skupiny střední dospělosti. V 11,1 % (1 respondent) ze skupiny pozdní dospělosti. Stravu 5x v průběhu 24 hodin uvádějí respondenti ze skupiny časně dospělosti v 22,2 % (2 respondenti), ze skupiny střední dospělosti v 11,1 % (1 respondent), ze skupiny pozdní dospělosti v 44,4 % (4 respondenti). Respondenti uvádějí stravu 4x v průběhu 24 hodin takto: 55,6 % (5 respondentů) ze skupiny časně dospělosti, 33,3 % (3 respondenti) ze skupiny střední dospělosti, 11,1 % (1 respondent) ze skupiny pozdní dospělosti. V průběhu 24 hodin uvádí 3 porce stravy 11,1 % (1 respondent) ze skupiny pozdní dospělosti.

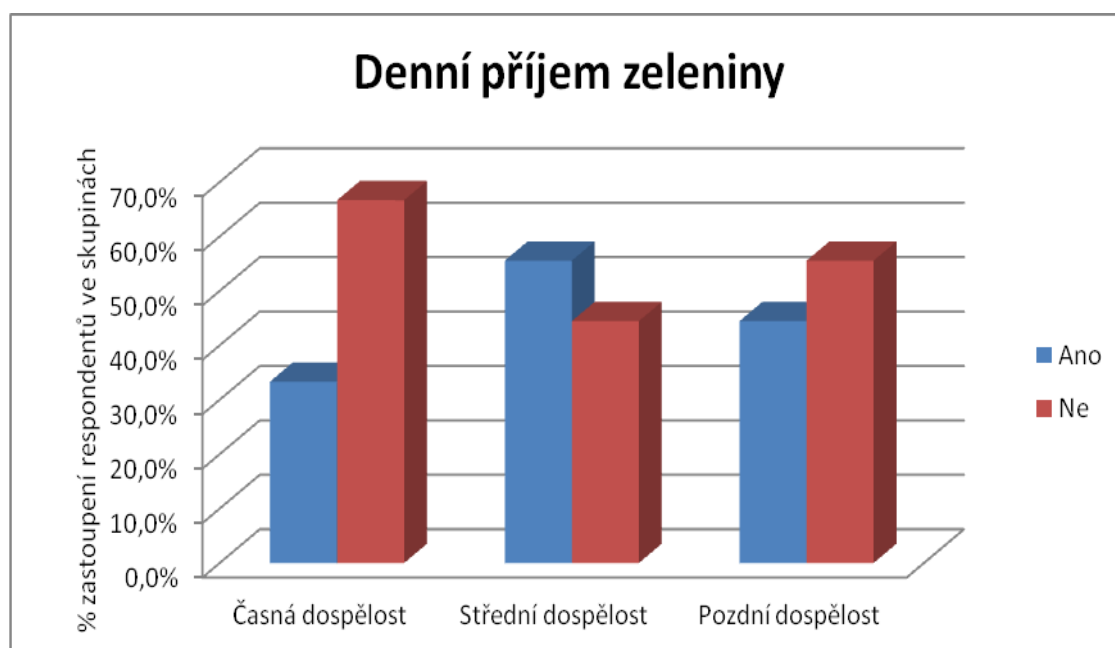
Tabulka č. 3: Porovnání četnosti porcí za 12 a 24 hodin

Skupina	Ø porcí za 12 hodin	Ø porcí za 24 hodin
Časná dospělost	4,2	5,1
Střední dospělost	4,4	5,2
Pozdní dospělost	4,2	5,3

V tabulce je zaznamenán průměrný počet porcí za 12 a 24 hodin u respondentů všech tří věkových etap dospělosti. Z tabulky vyplývá, že při noční službě přidávají respondenti všech vývojových skupin dospělosti do svého jídelníčku průměrně 1 porci.

Otázka č. 7: Zařazujete do svého jídelníčku denně alespoň jeden kus čerstvé zeleniny?

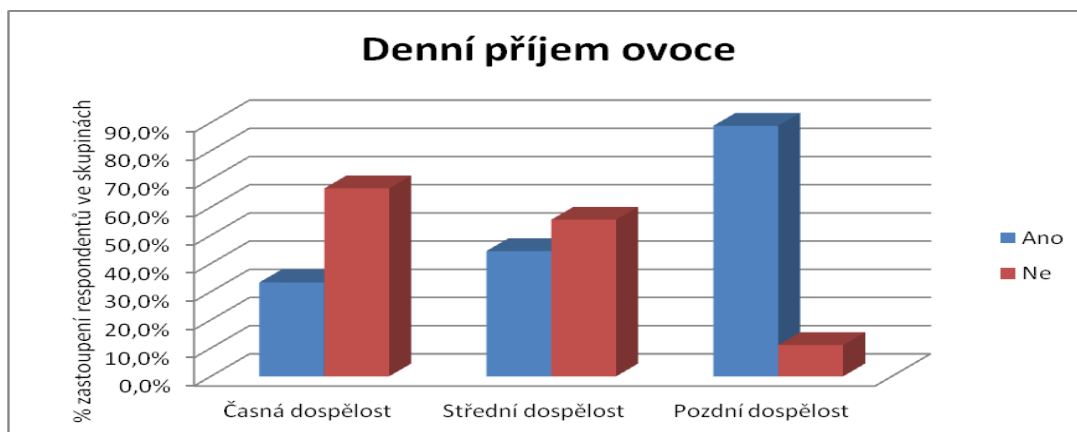
Graf č.7: Porovnání příjmu zeleniny mezi skupinami časně, střední a pozdní dospělosti



Na otázku týkající se každodenní konzumace alespoň jednoho kusu zeleniny odpověděli respondenti takto: skupina časně dospělosti zařazuje do svého jídelníčku zeleninu každý den ve 33,3 % (3 respondenti), skupina střední dospělosti v 55,6 % (5 respondentů) a skupina pozdní dospělosti ve 44,4 % (4 respondenti). Zeleninu nekonzumuje vůbec skupina časně dospělosti v 66,7 % (6 respondentů), skupina střední dospělosti v 44,4% (4 respondenti) a skupina pozdní dospělosti v 55,5 % (5 respondentů).

Otázka č. 8: Zařazujete do svého jídelníčku denně alespoň jeden kus čerstvého ovoce?

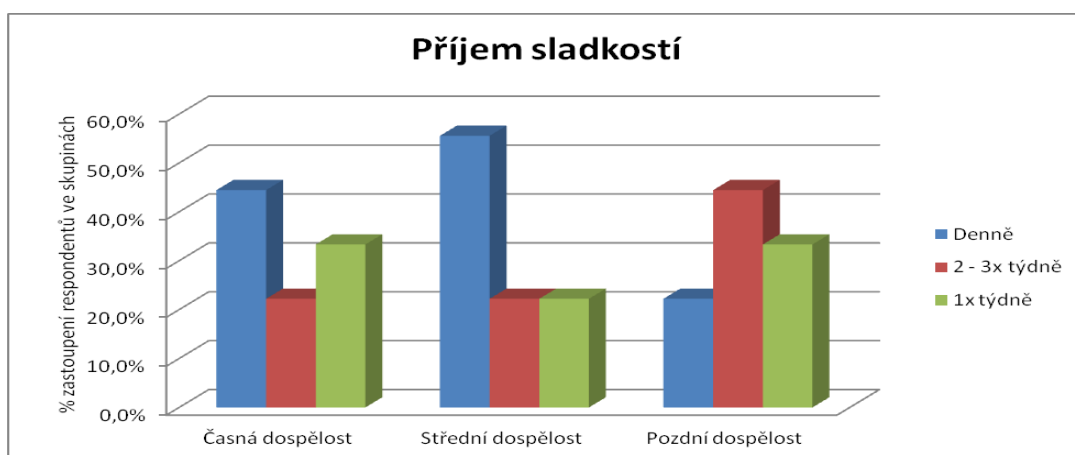
Graf č. 8: Znázornění denního příjmu alespoň jednoho kusu ovoce u respondentů časné, střední a pozdní dospělosti



Respondenti uvedli, že alespoň jeden kus ovoce denně ve skupině časné dospělosti přijímá 33,3 % (3 respondenti), ve skupině střední dospělosti 44,4 % (4 respondenti) a ve skupině pozdní dospělosti 88,9 % (8 respondentů). Ovoce každodenně nekonzumují respondenti ve skupině časné dospělosti v 33,3 % (3 respondenti), ve skupině střední dospělosti v 55,6 % (5 respondentů) a ve skupině pozdní dospělosti v 11,1 % (1 respondent).

Otázka č. 9: Jak často konzumujete sladká jídla, sladkosti či sladké nápoje?

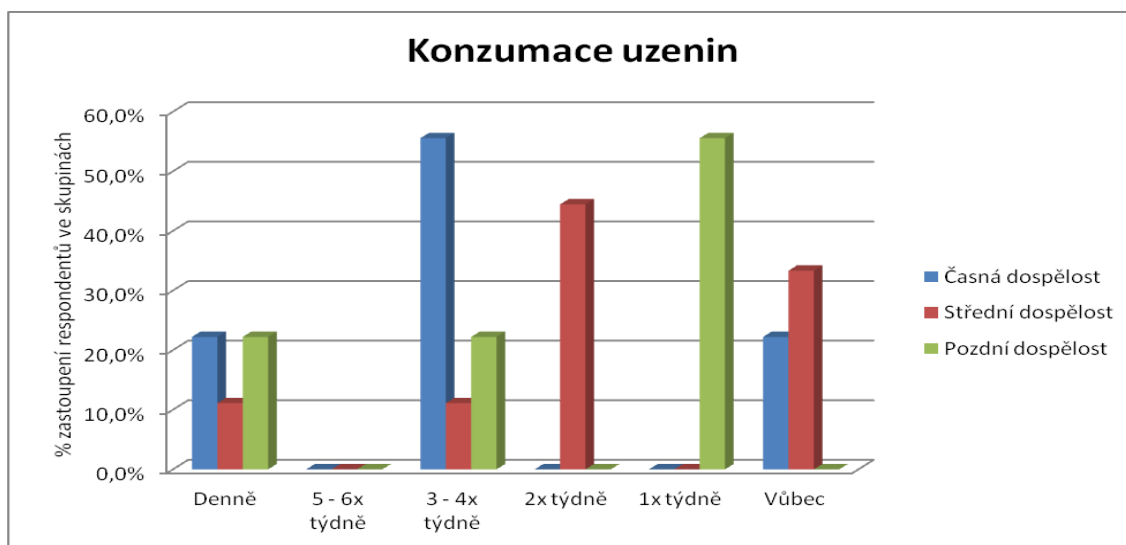
Graf č. 9: Porovnání častosti příjmu sladkostí v jednotlivých skupinách během týdne



V grafu je znázorněný rozdíl v příjmu sladkostí u jednotlivých skupin dospělosti. Respondenti časně dospělosti uvedli každodenní příjem sladkostí ve 44,5 % (4 respondenti), střední dospělosti v 22,2 % (2 respondenti) a ve skupině pozdní dospělosti v 33,3 % (3 respondenti). Sladkosti konzumují 2 – 3 x týdně ve skupině časně dospělosti respondenti v 22,2 % (2 respondenti), ve skupině střední dospělosti v 22,2 % (2 respondenti) a ve skupině střední dospělosti v 55,6 % (5 respondentů). Jedenkrát za týden konzumují sladkosti respondenti časně dospělosti ve 33,3 % (3 respondenti), ve skupině střední dospělosti ve 22,2 % (2 respondenti) a ve skupině pozdní dospělosti ve 33,4 % (3 respondenti). Nejvíce sladkostí přijímá skupina střední dospělosti.

Otázka č. 10: Kolikrát v týdnu a jaké konzumujete maso, uzeniny a jiné masné výrobky?

Graf č. 10: Porovnání častosti příjmu uzenin v jednotlivých skupinách dospělosti

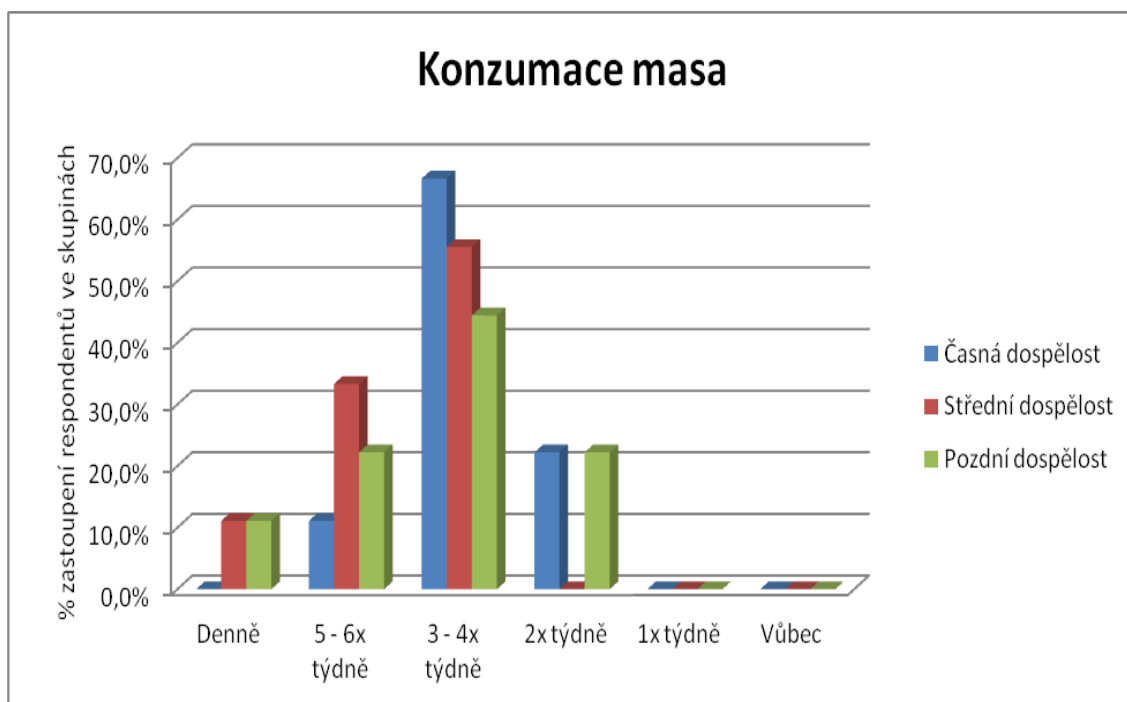


Denně konzumují uzeniny respondenti ze skupiny časně dospělosti ve 22,2 % (2 respondenti), ze skupiny střední dospělosti v 11,1 % (1 respondent) a ze skupiny pozdní dospělosti v 22,2 % (2 respondenti). Nejvíce respondentů ze skupiny časně dospělosti 55,6 % (5 respondentů) konzumuje uzeniny 3 – 4 x týdně, skupina střední dospělosti 11,1% (1 respondent) a skupina pozdní dospělosti 22,2 % (2 respondenti). Dvakrát týdně udávají konzumaci uzenin respondenti ze skupiny střední dospělosti v 44,4 % (4 respondenti), 1 x týdně uzeniny konzumují respondenti ze skupiny pozdní

dospělosti v 55,6 % (5 respondentů). Uzeniny vůbec nekonzumuje 22,2 % (2 respondenti) ze skupiny časně dospělosti a 33,3 % (3 respondenti) ze skupiny střední dospělosti.

Graf č. 11: Týdenní konzumace masa.

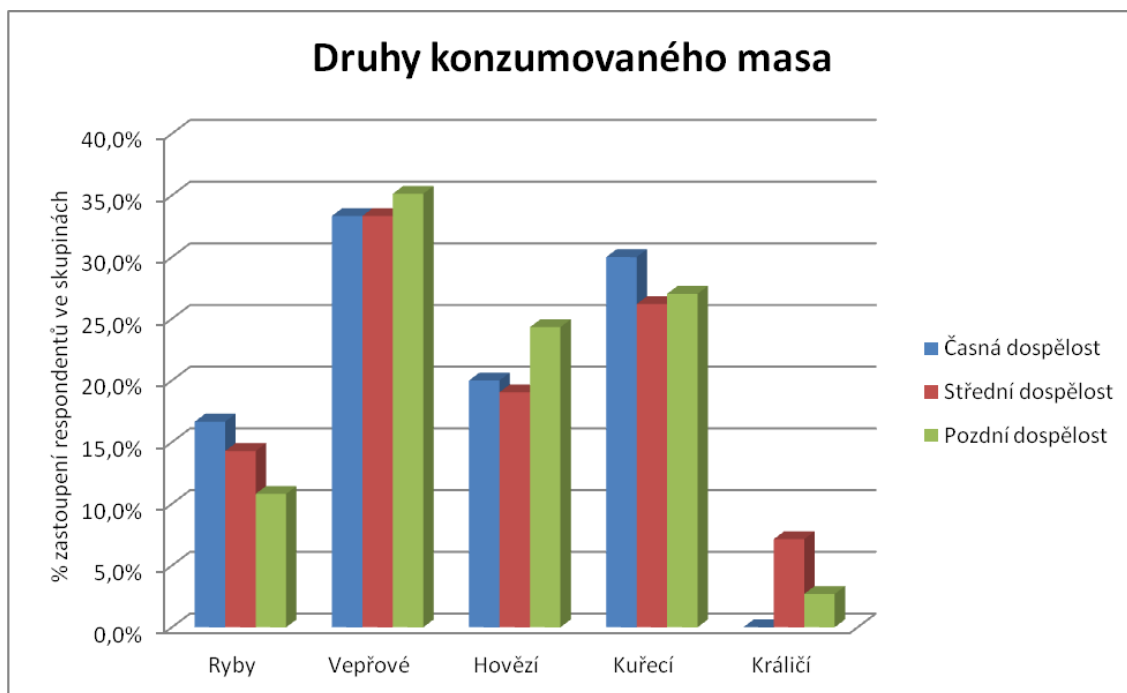
Častost konzumace masa vychází z otázky č. 10



Konzumaci masa potvrdilo všech 100 % respondentů (27). Maso konzumují denně respondenti ze skupiny střední dospělosti v 11,1 % (1 respondent), ze skupiny pozdní dospělosti rovněž v 11,1 % (1 respondent). Respondenti uvádějící konzumaci masa 5 - 6 x v týdnu: ze skupiny časně dospělosti 11,1 % (1 respondent), ze skupiny střední dospělosti 33,3 % (3 respondenti) a ze skupiny pozdní dospělosti 22,2 % (2 respondenti). Nejvíce respondentů uvedlo konzumaci masa 3 – 4 x v týdnu: ze skupiny časně dospělosti 66,7 % (6 respondentů), ze skupiny střední dospělosti 55,6 % (5 respondentů) a ze skupiny pozdní dospělosti 44,4 % (4 respondenti). Dvakrát v týdnu konzumují maso respondenti ze skupiny časně dospělosti v 22,2 % (2 respondenti) a ze skupiny pozdní dospělosti v 22,2 % (2 respondenti). Nikdo z respondentů neuvedl, že maso vůbec nejí nebo ho konzumuje pouze 1x za týden.

Graf č. 12: Druhy konzumovaného masa.

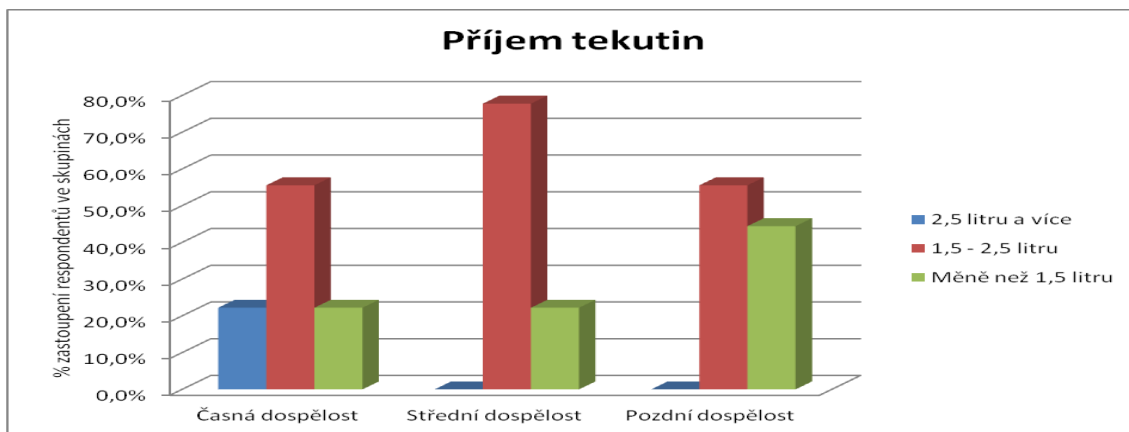
Znázornění jednotlivých druhů konzumovaného masa u respondentů vychází z otázky č. 10



Respondenti měli na výběr z více možností. V grafu jsou procentuelně znázorněny všechny druhy masa, které respondenti uvedli, že konzumují. Ryby zařazuje do svého jídelníčku 16,7 % respondentů ze skupiny časně dospělosti, 14,3 % ze skupiny střední dospělosti a 10,8 % ze skupiny pozdní dospělosti. Vepřové maso konzumuje nejvíce respondentů: ze skupiny časně dospělosti 33,3 %, ze skupiny střední dospělosti 33,3 % a nejvíce ze skupiny pozdní dospělosti 35,1 %. Hovězí maso konzumuje ze skupiny časně dospělosti 20 % respondentů, ze skupiny střední dospělosti 19 % respondentů a ze skupiny pozdní dospělosti 24,3 % respondentů. Kuřecí maso konzumují respondenti ze skupiny časně dospělosti v 30 %, ze skupiny střední dospělosti v 26,2 % a ze skupiny pozdní dospělosti v 27 %. Králičí maso nekonzumuje nikdo z respondentů spadajících do skupiny časně dospělosti, ze skupiny střední dospělosti 7,1 % a ze skupiny pozdní dospělosti 2,7 %.

Otázka č. 11 : Kolik tekutin (čisté vody) denně vypijete?

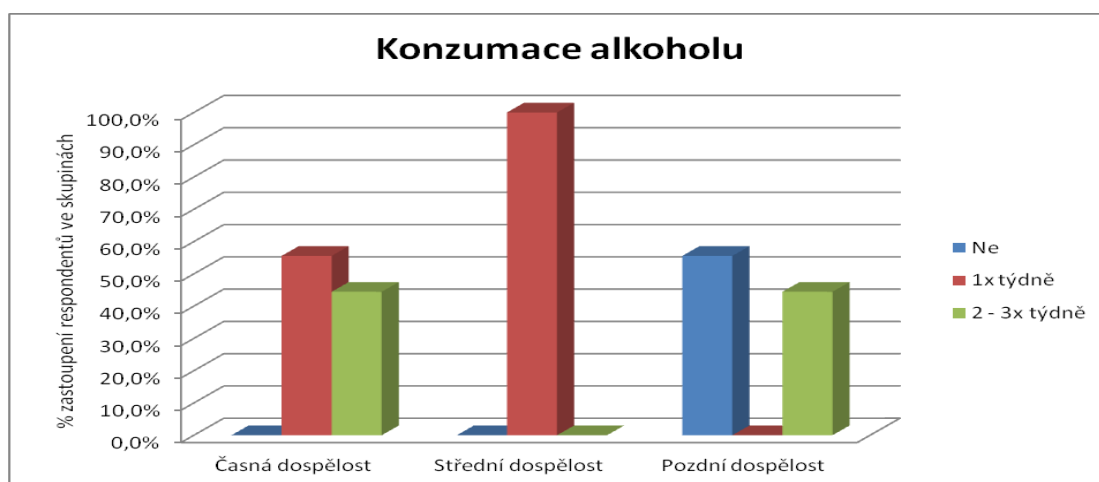
Graf č. 13: Kolik litrů neslazených tekutin vypijí respondenti v jednotlivých skupinách za 24 hodin



Příjem vody vyšší než 2,5 litru vody uvedli respondenti ze skupiny časně dospělosti v 22,2 % (2 respondenti). Příjem 1,5 – 2,5 l vody uvádějí respondenti ze skupiny střední dospělosti v 77,8 % (7 respondentů), respondenti ze skupiny časně a pozdní dospělosti uvedli shodně 55,6 % (5 respondentů). Méně než 1,5 litru vody denně pije 22,2 % (2 respondenti) respondentů ze skupiny časně dospělosti, ze skupiny střední dospělosti 22,2 % (2 respondenti) respondentů a ze skupiny pozdní dospělosti 44,4 % (4 respondenti).

Otázka č. 12: Pijete alkohol? Pokud ano, jak často?

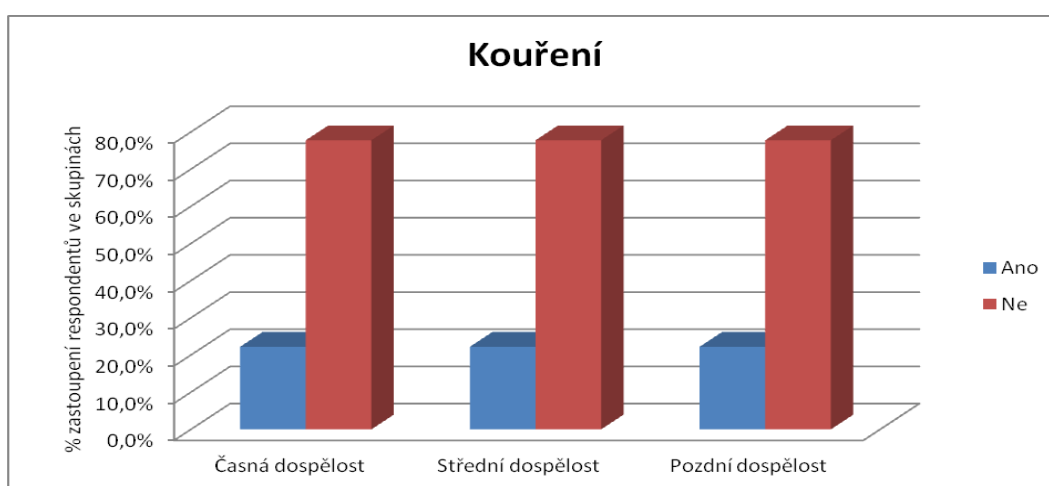
Graf č. 14: Zobrazení příjmu alkoholu v jednotlivých skupinách během týdne



Respondenti sami uváděli, jak často pijí v průběhu týdne alkohol. Alkohol vůbec nepije 55,6 % (5 respondentů) ze skupiny pozdní dospělosti, 1 – 2 x týdně pijí alkohol respondenti ze skupiny časně dospělosti v 55,6 % (5 respondentů), ze skupiny střední dospělosti ve 100 % (9 respondentů). Alkohol pijí 2 – 3 x týdně respondenti ze skupiny časně dospělosti v 44,4 % (4 respondenti) a ze skupiny pozdní dospělosti v 44,4% (4 respondenti).

Otázka č. 13: Kouříte? Pokud ano, kolik cigaret denně?

Graf č. 15: Zobrazení užívání návykových látek v jednotlivých skupinách



V grafu je znázorněno, že všechny tři skupiny mají převahu nekuřáků. Ve skupině časně dospělosti nekouří 77,8 % (7 respondentů), ze skupiny střední dospělosti nekouří 77,8 % (7 respondentů). Rovněž 77,8 % (7 respondentů) respondentů nekouří ze skupiny pozdní dospělosti. Ve skupině časně dospělosti kouří 22,2 % respondentů (2), ze skupiny střední dospělosti 22,2 % respondentů (2), rovněž ze skupiny pozdní dospělosti kouří 22,2 % respondentů (2).

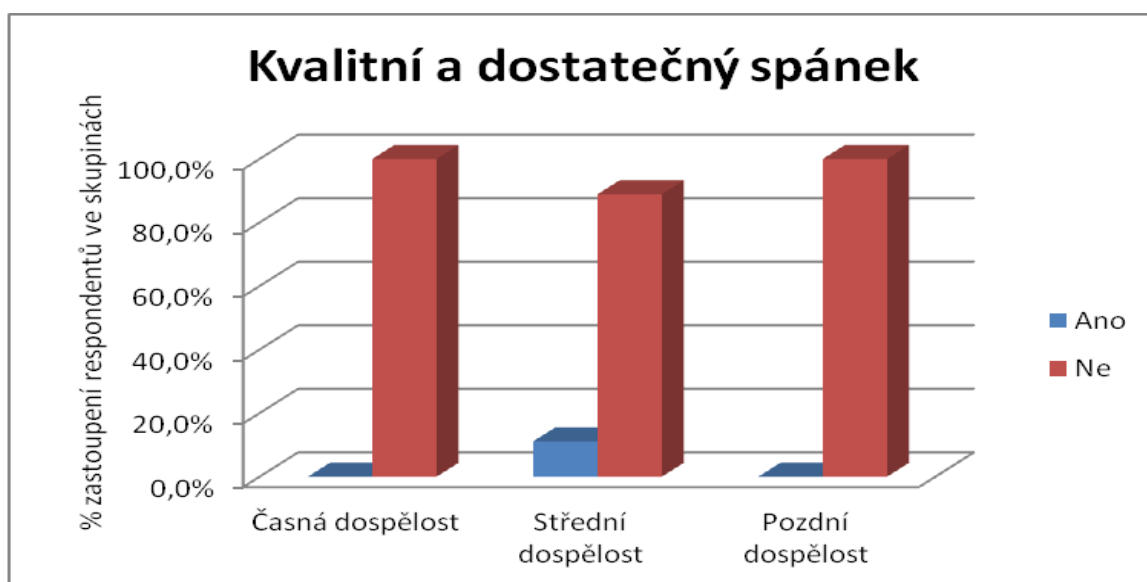
Tabulka č. 4: Počet vykouřených cigaret za den

Počet cigaret	%	Počet respondentů
2	33	2
4	17	1
10	50	3
Celkem	100	6

V tabulce je zaznamenán celkový počet kuřáků, kteří v předchozí otázce potvrdili, že kouří. Všichni kuřáci ze všech tří skupin dospělosti uvedli počet vykouřených cigaret za den. Z těchto dat vychází procentuální podíl kuřáků, kteří vykouří denně 2 kusy cigaret - 33 % (2 respondenti), 4 kusy cigaret - 17 % (1 respondent) a 10 kusů cigaret - 50 % (3 respondenti).

Otázka č. 14: Domníváte se, že vzhledem ke směnnému provozu máte dostatečný a kvalitní spánek?

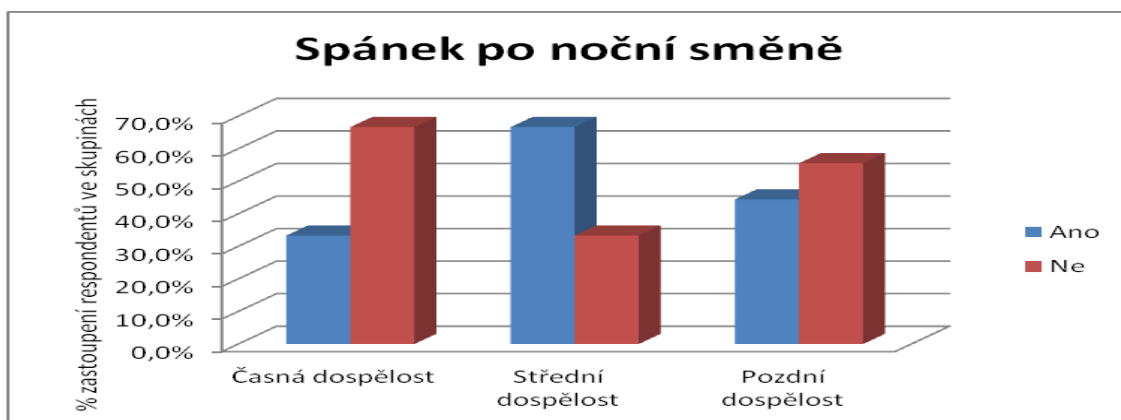
Graf č. 16: Subjektivní hodnocení kvality spánku operátorů pracujících ve směnném provozu



V grafickém znázornění je zřejmé, že pouze jeden respondent ze skupiny střední dospělosti, tj. 11,1 % (1 respondent) považuje svůj spánek za dostatečný a kvalitní. Oproti tomu 88,9 % (8 respondentů) považuje svůj spánek za nekvalitní a nedostatečný. Celá skupina 100 % (9 respondentů) ze skupiny časně dospělosti a rovněž 100 % (9 respondentů) ze skupiny pozdní dospělosti uvádí, že má nekvalitní a nedostatečný spánek.

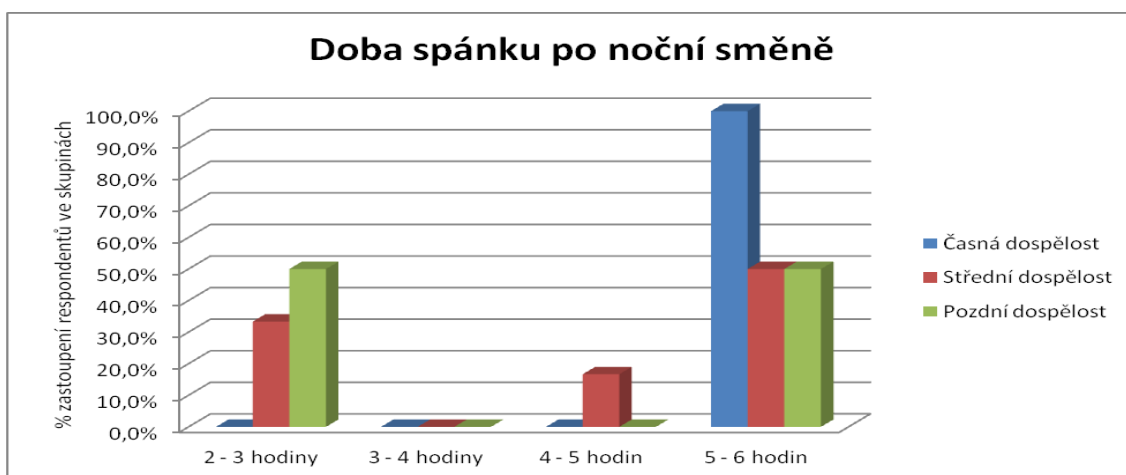
Otázka č. 15: Chodíte spát po každé noční službě a na jak dlouhou dobu?

Graf č. 17: Délka spánku operátorů ZZS JčK po noční službě



Graf znázorňuje pravidelný spánek po noční směně u jednotlivých skupin dospělosti. Skupina časně dospělosti chodí pravidelně spát po noční službě v 33,3 % (3 respondenti), skupina střední dospělosti chodí po noční službě pravidelně spát 66,7 % (6 respondentů) a skupina pozdní dospělosti chodí pravidelně spát po noční službě 44,4 % (4 respondenti). Většina respondentů uvedla, že po noční službě spát nechodí: skupina časně dospělosti uvedla 66,7 % (6 respondentů), skupina střední dospělosti 33,3 % (3 respondenti) a skupina pozdní dospělosti 55,5 % (5 respondentů). Nejvíce se snaží dodržovat spánkovou hygienu skupina střední dospělosti.

Graf č. 18: Délka pravidelného spánku po noční službě

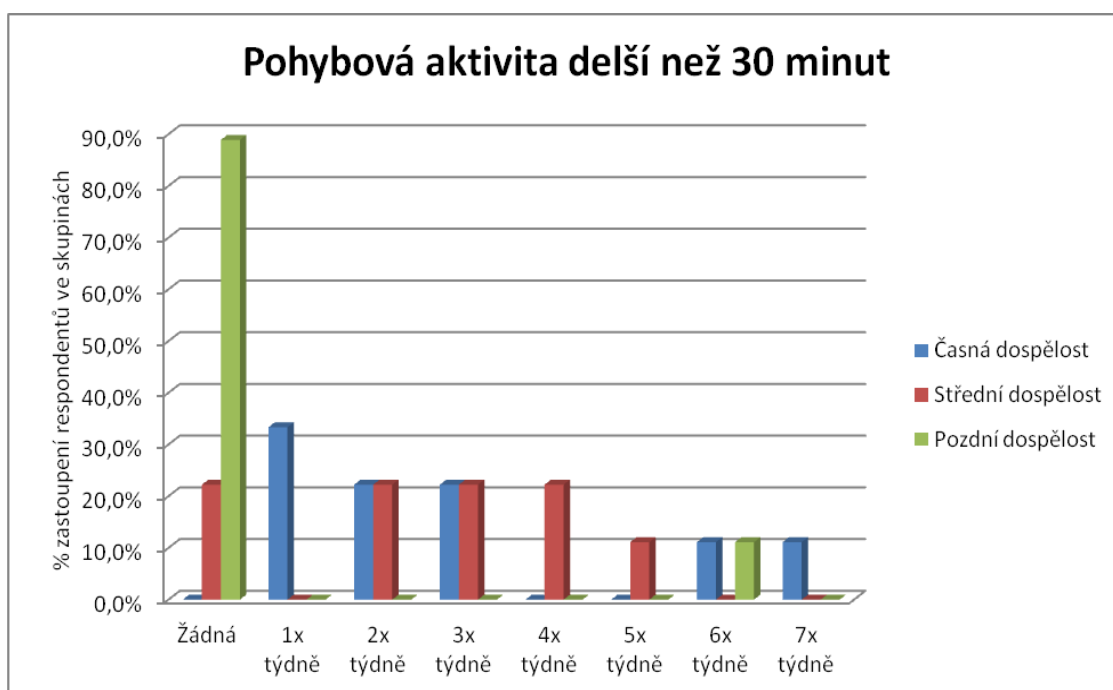


V grafu je znázorněn počet hodin denního spánku po noční službě u respondentů, kteří v předchozím grafu uvedli, že chodí spát pravidelně. Ze skupiny časně dospělosti

pravidelně po noční službě spí 5 - 6 hodin 3 respondenti (100 %), ze skupiny střední dospělosti 3 respondenti (50 %) a ze skupiny pozdní dospělosti 2 respondenti (50 %). Spánek dlouhý 2 - 3 hodiny uvádějí respondenti střední dospělosti ve 33,3 % (2 respondenti), respondenti pozdní dospělosti v 50 % (2 respondenti). Respondenti ze skupiny střední dospělosti chodí pravidelně spát po noční službě na 4 - 5 hodin v 16,7 % (1 respondent).

Otázka č. 16: Kolikrát v týdnu realizujete tělesná cvičení, která jsou delší než 30 minut?

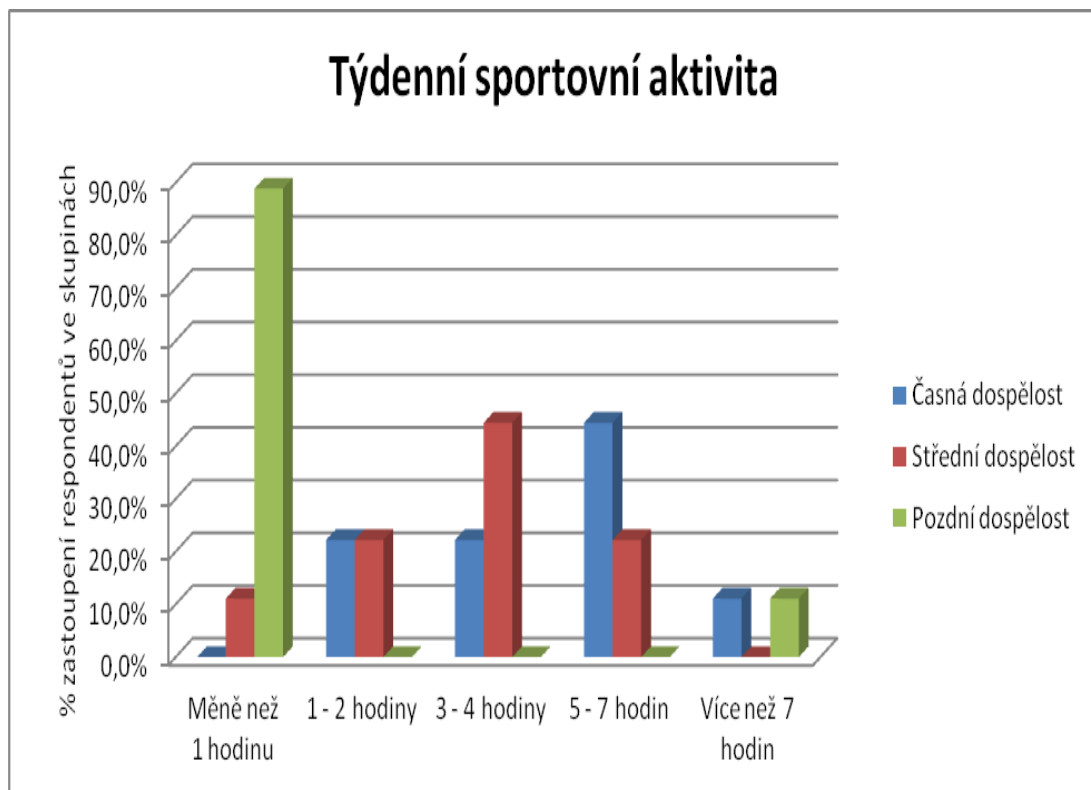
Graf č. 19: Znárodnění tělesných cvičení delších než 30 minut v jednotlivých skupinách



V grafu je patrné, že pohybové aktivitě se nevěnuje 88,9 % (8 respondentů) ze skupiny pozdní dospělosti a 22,2 % (2 respondenti) ze skupiny střední dospělosti. Aktivitu delší než 30 minut uvedli respondenti ze skupiny časná dospělosti takto: 1x týdně 33,3 % (3 respondenti), 2x týdně 22,2 % (2 respondenti), 3x týdně 22,2 % (2 respondenti), 6x týdně 11,1 % (1 respondent), každý den 11,1 % (1 respondent). Střední dospělost se věnuje pohybovým aktivitám nad 30 minut: 2x týdně ve 22,2 % (2 respondenti), 3x týdně ve 22,2 % (2 respondenti), 4x týdně ve 22,2 % (2 respondenti), 5x týdně v 11,1 % (1 respondent). Ze skupiny pozdní dospělosti cvičí pouze 11,1 % (1 respondent) 6 x týdně.

Otázka č. 17: Kolik hodin v týdnu se věnujete sportovní aktivitě?

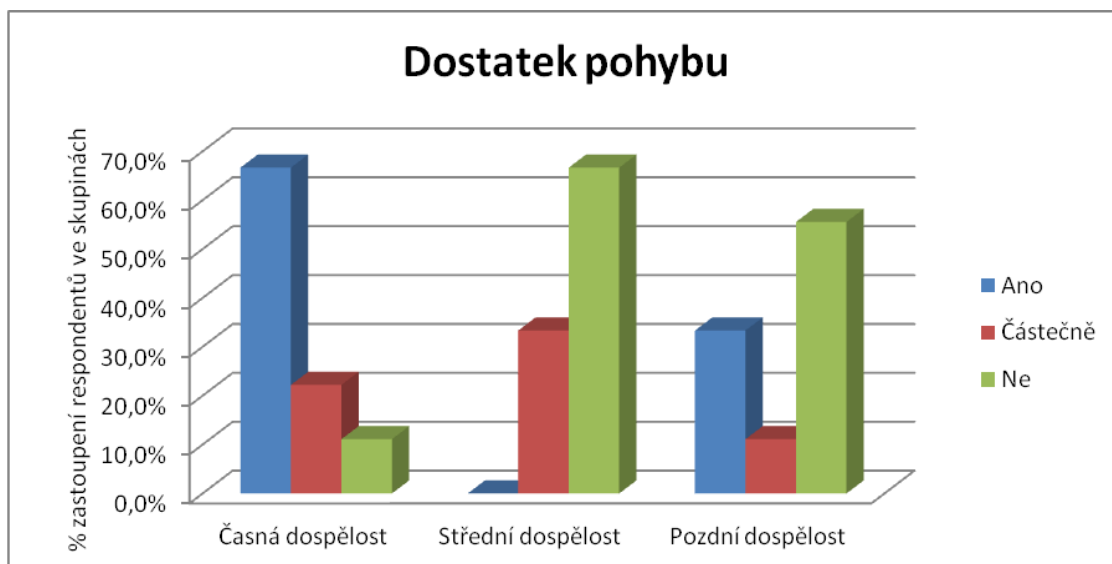
Graf č. 20: Celkové zhodnocení délky pohybových aktivit v jednotlivých skupinách



Méně než 1 hodinu denně sportovní aktivity provádí 88,9 % (8 respondentů) ve skupině pozdní dospělosti a ve skupině střední dospělosti 11,1 % (1 respondent). Skupina časně dospělosti sportuje 1 - 2 hodiny týdně ve 22,2 % (2 respondenti), 3 - 4 hodiny týdně ve 22,2 % (2 respondenti), 5 - 7 hodin týdně ve 44,4 % (4 respondenti) a více než 7 hodin týdně uvádí 11,1 % (1 respondent). Skupina střední dospělosti sportuje 1 - 2 hodiny týdně ve 22,2 % (2 respondenti), 3 - 4 hodiny týdně ve 44,4 % (4 respondenti) a 5 - 7 hodin ve 22,2 % (2 respondenti). Ve skupině pozdní dospělosti sportuje více než 7 hodin 11,1 % (1 respondent).

Otázka č. 18: Domníváte se, že máte pohybu dostatek?

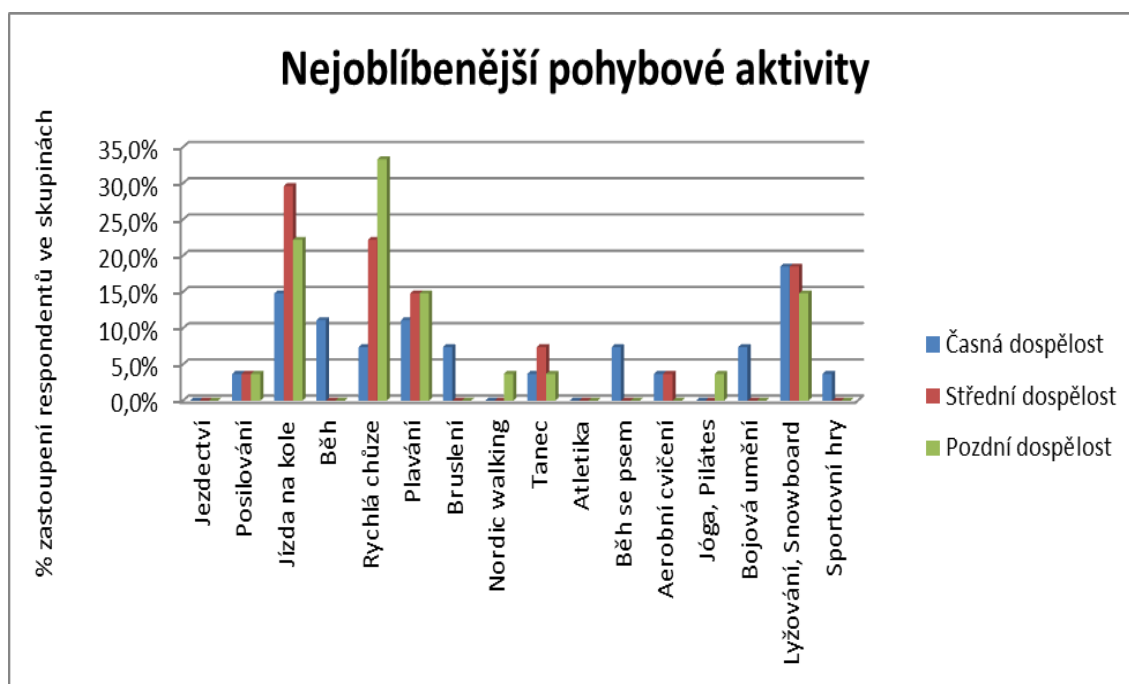
Graf č. 21: Subjektivní hodnocení dostatečnosti pohybových aktivit



Skupina časně dospělosti se domnívá, že má pohybových aktivit dostatek v 66,7 % (6 respondentů), pohybové aktivity za dostatečné z části uvádí skupina časně dospělosti - 22,2 % (2 respondenti) a nedostatek - 11,1 % (1 respondent). Respondenti ze skupiny střední dospělosti hodnotí své pohybové aktivity za dostačené pouze částečně ve 33,3 % (3 respondenti), za nedostatečné v 66,7 % (6 respondentů). Ve skupině pozdní dospělosti se respondenti domnívají, že dostatek pohybových aktivit má 33,3 % (3 respondenti), dostatečně pouze z části uvádí 11,1 % (1 respondent) a nedostatečně hodnotí své pohybové aktivity 55,6 % (5 respondentů). Více jak polovina respondentů ze skupiny pozdní dospělosti o sobě ví, že nemají dost pohybových aktivit.

Otázka č. 19: Jaké pohybové aktivity jsou Vaše nejoblíbenější?

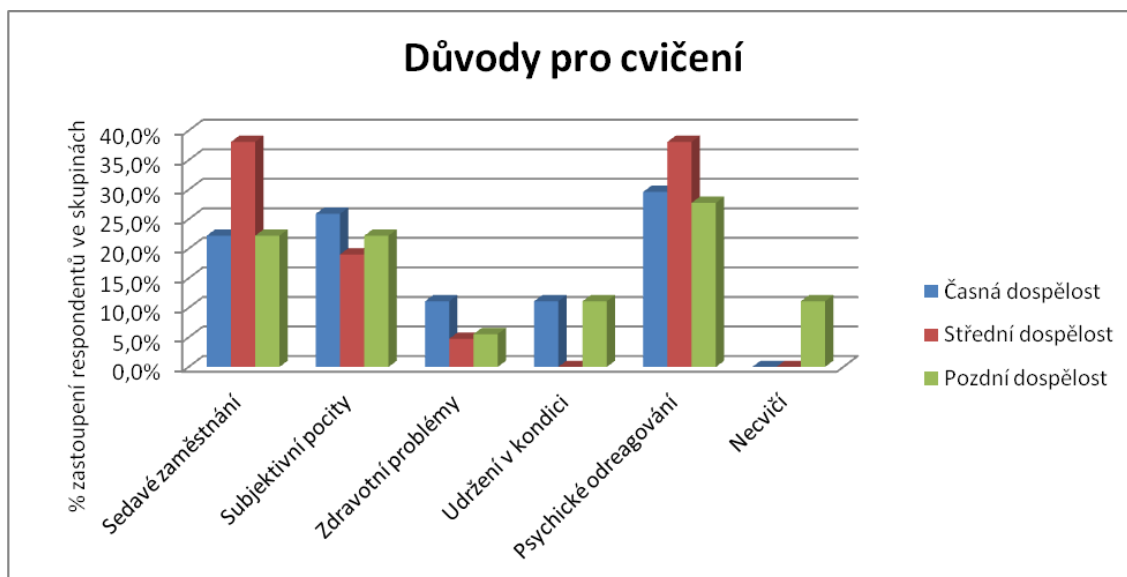
Graf č. 22: Souhrnné znázornění nejoblíbenějších pohybových aktivit



Všichni respondenti mohli na tuto otázku vybrat 3 odpovědi. Ve skupině časně dospělosti sebraná data ukázala, že respondenti mají nejvíce v oblibě lyžování či snowboarding - 18,5 %, po kterých následuje jízda na kole - 14,8 %. Běh je v oblibě v 11,1 % společně s plaváním rovněž v 11,1 %, následuje bruslení v 7,4 %, bojová umění v 7,4 %, rychlá chůze v 7,4 %, běh se psem v 7,4 % a nakonec posilování v 3,7 %, sportovní hry v 3,7 %, aerobní cvičení v 3,7 % a tanec v 3,7 %. Střední dospělost nejraději jezdí na kole v 29,6 %, následuje rychlá chůze v 22,2 %, potom lyžování a snowboarding v 18,5 %. Následuje plavání v 14,8 %, tanec v 7,4 %, nejméně v oblibě je aerobní cvičení v 3,7 % společně s posilováním v 3,7 %. Pozdní dospělost nejraději chodí rychlou chůzí v 33,3 %, potom jízda na kole v 22,2 %, následuje plavání v 14,8 % společně s lyžováním a snowboardem ve 14,8 %. Nejméně v oblibě je i u této vývojové etapy ve 3,7 % posilování, aerobní cvičení, Nordic walking, tanec, jóga a pilátes.

Otázka č. 20: Co Vás vede k tomu, abyste cvičili?

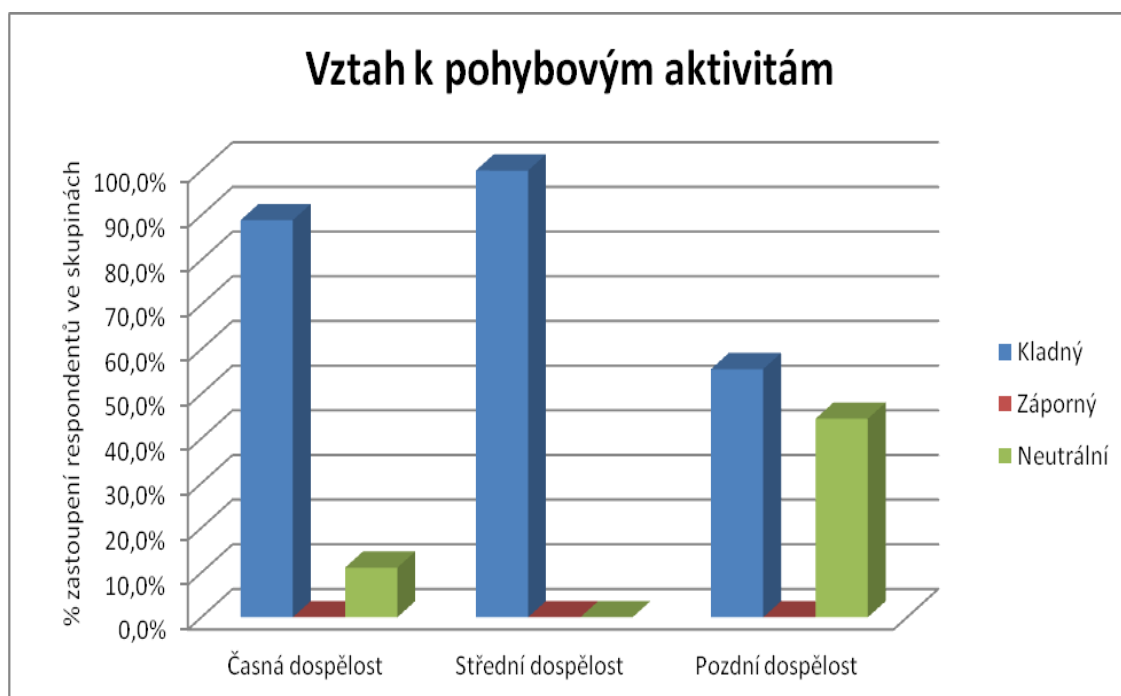
Graf č. 23: Nejčastější důvody respondentů pro realizaci cvičení



Respondenti všech vývojových etap dospělosti vybírali z uvedených odpovědí důvody, které je vedou k tomu, aby se věnovali pohybovým aktivitám. Mohli vybrat i více odpovědí. Ze skupiny časná dospělosti se věnuje pohybovým aktivitám nejvíce respondentů pro psychické odreagování - 29,6 %, pro subjektivní pocity - 25,9 %, z důvodu sedavého zaměstnání - 22,2 %, pro udržení se v kondici - 11,1 % a z důvodů zdravotních problémů - 11,1 %. Skupina střední dospělosti cvičí z důvodu sedavého zaměstnání v 38,1 %, stejné procento respondentů cvičí pro psychické odreagování v 38,1 %, pro subjektivní pocity cvičí 19 % respondentů a z důvodů zdravotních problémů 4,8 %. Skupina pozdní dospělosti cvičí pro psychické odreagování v 27,8 %, z důvodu sedavého zaměstnání 22,2 %, pro své subjektivní pocity cvičí 22,2 %, pro udržení se v kondici 11,1 % a z důvodů zdravotních problémů cvičí 5,6 %. Ze skupiny respondentů pozdní dospělosti uvádí 11,1 %, že vůbec necvičí.

Otázka č. 21: Jaký je celkově váš vztah k pohybovým aktivitám?

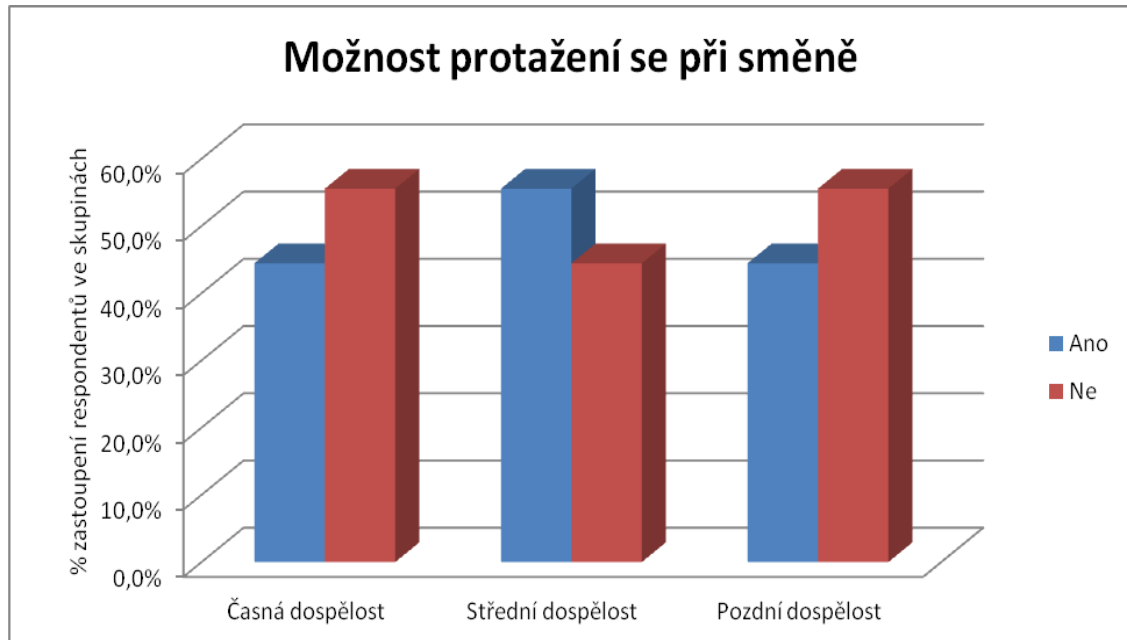
Graf č. 24: Tabulka Vztah k pohybovým aktivitám



V grafu je znázorněn vztah respondentů k pohybovým aktivitám. Respondenti vybírali ze tří odpovědí: kladný, záporný či neutrální vztah k pohybovým aktivitám. Celá skupina devíti respondentů střední dospělosti odpověděla, že jejich vztah k pohybovým aktivitám je kladný. Skupina časně dospělosti má v 88,9 % (8 respondentů) kladný vztah k pohybovým aktivitám a v 11,1 % (1 respondent) má vztah neutrální. Skupina pozdní dospělosti má vztah k pohybovým aktivitám kladný v 55,6 % (5 respondentů) a 44,4 % (4 respondenti) mají vztah k pohybovým aktivitám neutrální.

Otázka č. 22: Máte možnost dostatečně během své služby provádět různé zdravotní cviky, celkové protažení či změny polohy těla?

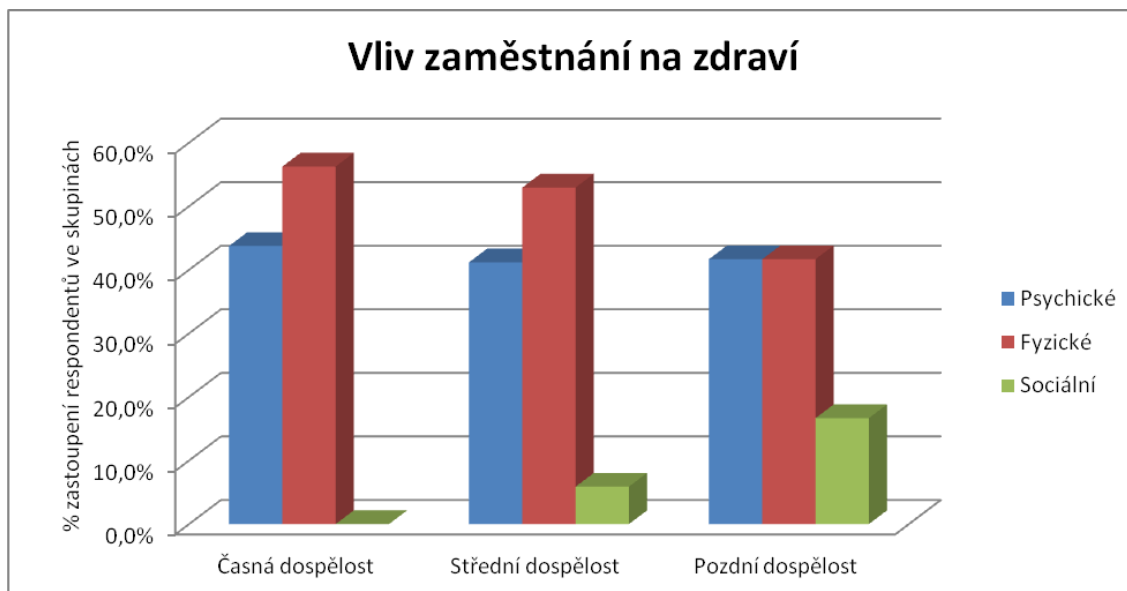
Graf č. 25: Zobrazení možnosti dostatečného protažení během dvanáctihodinových služeb



Odpovědi respondentů na tuto otázku byly téměř vyrovnané. Respondenti skupiny časně dospělosti ve 44,4 % (4 respondenti) považují možnosti protažení těla při dvanáctihodinové službě za dostatečné a nespokojenost vyjádřilo 55,6 % respondentů (5). Respondenti střední dospělosti jsou s možnostmi protažení spokojeni v 55,6 % (5 respondentů) a nespokojeni v 44,4 % (4 respondenti). Skupina pozdní dospělosti je s možnostmi protažení během služby spokojená v 44,4 % (4 respondenti) a nespokojená s nabídkou protažení při službě v 55,6 % (5 respondentů).

**Otázka č. 23: Domníváte se, že má vaše zaměstnání negativní vliv na zdraví?
V jaké oblasti zdraví – psychické, fyzické nebo sociální?**

Graf č. 26: Subjektivní posouzení vlivu zaměstnání na zdraví

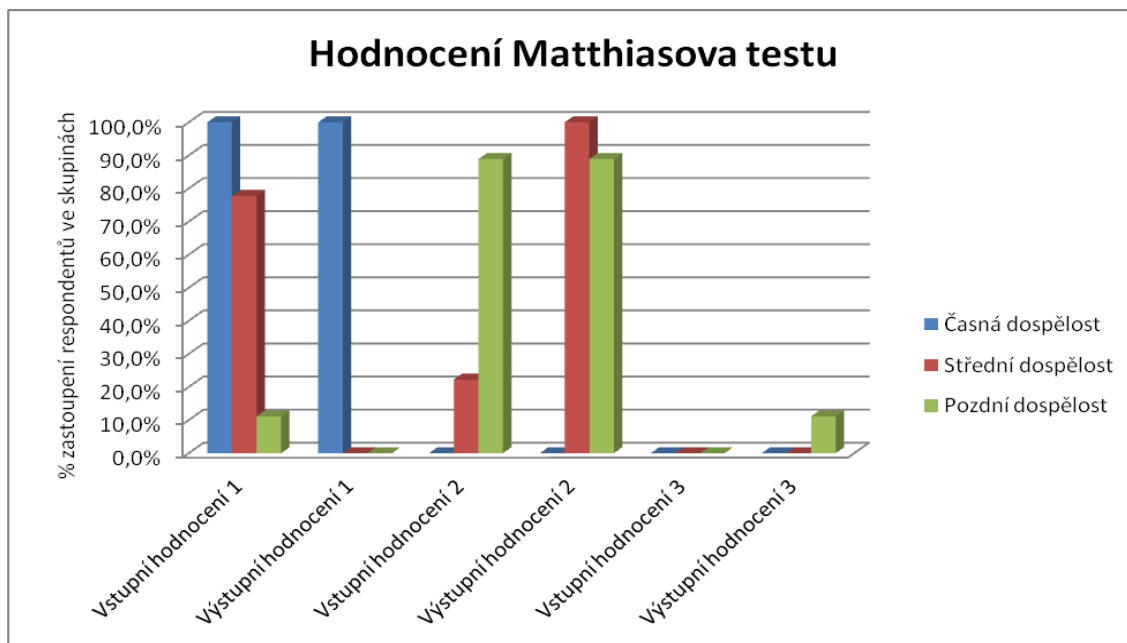


Všichni respondenti měli na výběr ze tří možností. Respondenti časně dospělosti uvedli, že nejvíce negativní vliv má jejich práce na oblast fyzického zdraví v 56,2 %, následuje vliv na oblast zdraví psychického v 43,8 %. Téměř identické odpovědi uvedli respondenti střední dospělosti, kde negativní vliv práce na oblast fyzického zdraví uvedlo 52,9 % respondentů a na oblast zdraví psychického 41,2 % respondentů. Negativní vliv na zdraví v oblasti sociální uvedlo 5,9 % respondentů. Negativní vliv zaměstnání na oblast zdraví u skupiny pozdní dospělosti vnímají respondenti shodně v oblasti psychického zdraví ve 41,7 % a v oblasti fyzického zdraví ve 41,7 %. Negativní vliv zaměstnání na oblast sociálního zdraví pocítuje 16,7 % respondentů ze skupiny pozdní dospělosti.

5.2 Vyšetření hybnosti – celkového postoje

Ke svému šetření jsem využila hodnocení držení těla dle Matthiase.

Graf č. 27: Porovnání vstupních a výstupních známek testu držení těla

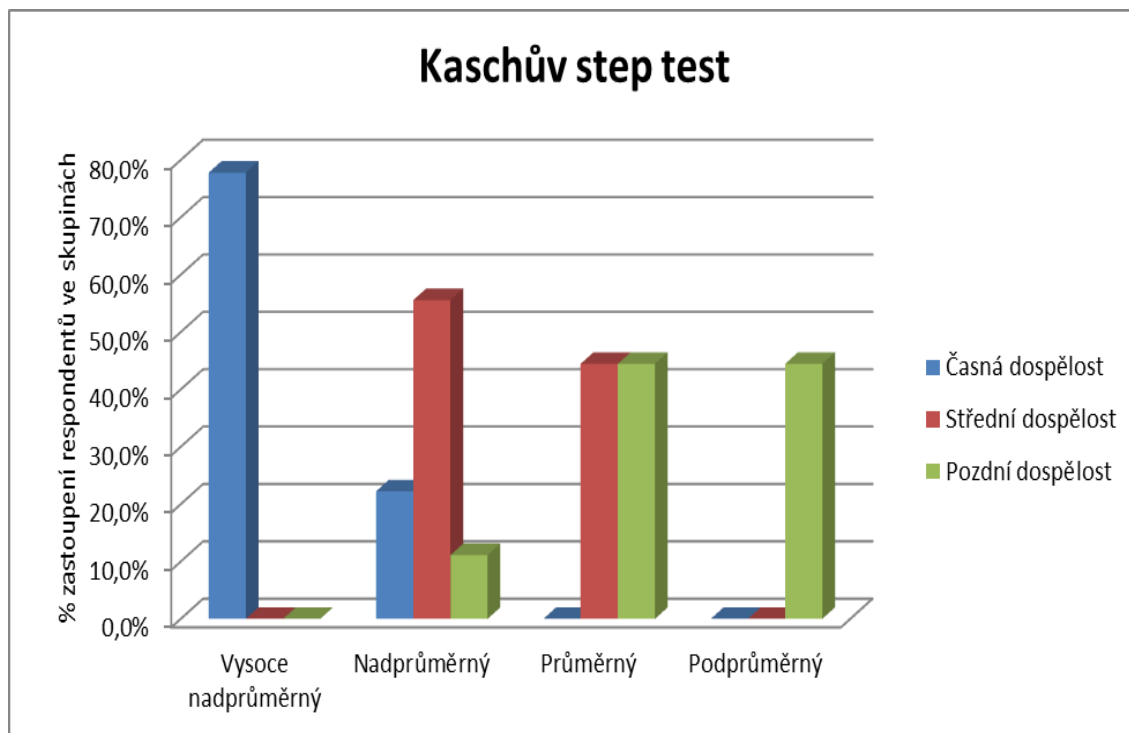


Všichni respondenti byli hodnoceni vstupní a výstupní známkou. Nejlepší vstupní a výstupní známka byla hodnocena číslicí jedna a nejhorší číslicí tři. Hodnocení probíhalo na základě změny vstupního postoje za 30 sekund. Výsledky jednotlivých skupin jsem mezi sebou vzájemně porovnála. Všichni respondenti ze skupiny časně dospělosti měli vstupní známku jedna (9 respondentů) a výstupní známku rovněž jedna. Jejich postoj se během 30 sekund vůbec nezměnil. Respondenti střední dospělosti byli vstupní známkou jedna ohodnoceni v 77,8 % (7 respondentů) a známkou dvě v 22,2 % (2 respondenti). Výslednou známku dvě dostali všichni respondenti střední dospělosti (9 respondentů). Respondenti pozdní dospělosti byli vstupní známkou dvě ohodnoceni v 88,9 % (8 respondentů). Vstupní známku jedna dostal jeden respondent - 11,1 %. Výstupní známku dvě dostali po skončení testu respondenti v 88,9 % (8) a jeden respondent dostal výstupní známku tři - 11,1 %.

5.3. Vyšetření zdatnosti

Ke svému šetření jsem využila Kaschova step testu.

Graf č. 28: Vyhodnocení Kaschova step testu



Výsledky Kaschova step testu byly vzájemně porovnány mezi skupinami časně, střední a pozdní dospělosti. Respondenti ze všech vývojových etap dospělosti se ve 100 % testování podrobili.

Vysoce nadprůměrnou tělesnou zdatnost mají respondenti ve skupině časně dospělosti - 77,8 % (7 respondentů). Nadprůměrnou tělesnou zdatnost mají respondenti skupiny časně dospělosti ve 22,2 % (2 respondenti), respondenti ze skupiny střední dospělosti v 55,6 % (5 respondentů) a respondenti ze skupiny pozdní dospělosti v 11,1 % (1 respondent). Průměrné hodnocení tělesné zdatnosti získali respondenti ve skupině střední dospělosti v 44,4 % (4 respondenti) a totožný počet respondentů ze skupiny pozdní dospělosti - 44,4 % (4 respondenti). S podprůměrnou tělesnou zdatností bylo vyhodnoceno 44,4 % (4 respondenti) ze skupiny pozdní dospělosti.

Tabulka č. 5: Hodnocení Kaschova step testu podle naměřené tepové frekvence

Hodnocení tělesné zdatnosti podle výsledku				
Ukazatel tělesné zdatnosti	Věk a pohlaví			
	18 až 26 let		27 až 60 let	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
vysoce nadprůměrný	68 a méně	73 a méně	69 a méně	74 a méně
nadprůměrný	69 až 83	74 až 90	70 až 87	75 až 92
průměrný	84 až 92	91 až 100	88 až 99	93 až 103
podprůměrný	93 až 106	101 až 114	100 až 115	104 až 121
vysoce podprůměrný	107 a více	115 a více	116 a více	122 a více

(Hošková, Matoušová, 2007, s. 44)

6 DISKUSE

Výzkum této práce byl zaměřen na operátory Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje, kteří pracují ve dvanáctihodinových směnách na operačním středisku. Téma této práce jsem si vybrala, protože studuji obor Výchova ke zdraví a domnívám se, že práce operátorů má negativní vliv na zdraví a to zejména v oblasti psychické a zdravotní. Cílem mnou studovaného oboru je péče o celkové zdraví, snaha o jeho udržení a proto bych svým kolegům chtěla navrhnout vhodné změny, které by jejich zdraví prospěly nebo by eliminovaly negativní vliv zaměstnání na zdraví.

Výzkum jsem prováděla od ledna do poloviny března 2014, pomocí mnou vytvořeného dotazníku (Příloha II), který přinesl výsledná data týkající se životního stylu operátorů. Dotazníky byly rozdány respondentům na operačním středisku Zdravotnické záchranné služby. Výzkumný soubor tvořilo celkem 27 respondentů. Pro potřebu výzkumného šetření jsem tuto skupinu rozdělila dle věku na skupinu časně dospělosti, střední dospělosti a skupinu pozdní dospělosti. Každá vývojová etapa dospělosti měla stejný počet, 9 respondentů. U všech tří skupin vývojových etap dospělosti jsem provedla vyšetření zdatnosti, Kaschův step test a vyšetření hybnosti Matthiasův test. Všechna získaná data jsem zpracovala pro potřeby výzkumu a na základě těchto výsledků bylo možné potvrdit či vyvrátit stanovené výzkumné předpoklady.

V dnešní době je moderní pohodlný způsob života s převahou sedavého zaměstnání. Do zaměstnání jezdíme autem, pracovní dobu prosedíme a doma odpočíváme po náročném dni. Operátoři zdravotnické záchranné služby mají sedavé zaměstnání, které je rovněž psychicky náročné a práce ve směnném provozu narušuje jejich biorytmy. Tyto negativně působící vlivy na zdraví by měly být kompenzovány pohybovou aktivitou, kterou by operátoři měli pojmout jako druh relaxace, dostatečnou spánkovou hygienou, správnou a kvalitní výživou. Měli by o své zdraví pečovat dodržováním správného životního stylu.

Na počátku mého výzkumného šetření (graf č. 3) je znázorněn nárůst oblíbenosti zaměstnání operátorů zdravotnické záchranné služby u mužského pohlaví. Tento nárůst má pozitivní vliv na sociální zdraví respondentů. Výsledky tohoto tvrzení jsou podloženy v grafu č. 27, kde ve skupině časně dospělosti, která je z 55,6 % respondentů tvořena muži a 44,4 % ženami, neuvádí žádný z respondentů negativní vliv na sociální zdraví. Ve skupině střední dospělosti, tvořené 33,3 % muži a 66,7 %

ženami, uvádí negativní vliv na sociální zdraví jeden respondent. Skupinu pozdní dospělosti tvoří pouze ženy 100 % (9 respondentů), z toho 16,9 % (2 respondenti) uvedli negativní vliv zaměstnání na sociální zdraví.

Výzkumný předpoklad č. 1: Předpokládám, že respondenti všech vývojových etap dospělosti budou považovat svůj spánek za nekvalitní.

Tento výzkumný předpoklad se nepotvrdil.

Otázky v dotazníkovém šetření byly zaměřeny na subjektivní pocit kvality spánku, jeho pravidelnost a délka po každé noční službě. Výsledky šetření (graf č. 17) zaměřeného na subjektivní pocit kvality spánku operátorů vzhledem ke směnnému provozu ukázaly spokojenost s kvalitou spánku v 3,7 % (1 respondent) z celkového počtu 27 respondentů 100 %. Zbylí respondenti všech vývojových skupin dospělosti, uvádějí nespokojenost s kvalitou spánku v 96,3 % (26 respondentů). Skupina časně dospělosti je nespokojená s kvalitou spánku ve 100 % (9 respondentů), vývojová skupina střední dospělosti je nespokojená s kvalitou spánku v 88,9 % (8 respondentů) a v 11,1 % (1 respondent) je se svým spánkem spokojen. Skupina vývojové etapy pozdní dospělosti je s kvalitou spánku nespokojena ve 100 % (9 respondentů).

Na kvalitě spánku se podílí náhrada spánku nočního při noční službě spánkem denním. Výsledky šetření (graf č. 18) ukázaly, že denní spánek po noční službě zařazuje do své životosprávy z celkového počtu 27 respondentů pouze 44,4 % (12 respondentů). Ostatní respondenti ze všech vývojových skupin dospělosti v 55,6 % (15 respondentů) nechodí pravidelně spát po noční službě.

Kolik hodin respondenti v jednotlivých skupinách vývojových etap dospělosti věnují spánkové hygieně po noční službě znázorňuje graf č. 19.

Respondenti ze skupiny časně dospělosti v 33,3 % (3 respondenti) spí po noční směně. Tato skupina spí nejdelší dobu 5 – 6 hodin. Noční službu, která trvá dvanáct hodin, nahrazují pravidelným spánkem 3 respondenti v délce 5 – 6 hodin.

Šest respondentů ze skupiny střední dospělosti (66,7 %) spí po noční službě. Tři respondenti (50 %) si nahrazují 5 – 6 hodinovým denním spánkem spánek noční, 4 – 5 hodin spí po noční směně 1 respondent (16,7 %) a pravidelně chodí spát po noční službě 2 respondenti (33,3 %) na 2 – 3 hodiny.

Ve skupině pozdní dospělosti chodí po noční službě pravidelně spát 4 respondenti (44,4 %). Dva respondenti (50 %) spí v délce 2 - 3 hodiny a druzí 2 respondenti (50 %) spí po noční službě 5 - 6 hodin.

Spánková hygiena je důležitá pro zachování dobrého zdravotního stavu, ale u každého z respondentů zcela individuální. Lze předpokládat, že respondenti, kteří nebudou dodržovat spánkovou hygienu, mohou projevovat známky únavy, neurózy, depresí až vyčerpanosti. Shodné závěry uvádějí ve svých publikacích (Kukačka, 2009 a Krejčí 2011).

Výzkumný předpoklad č. 2: Předpokládám, že více než 80 % respondentů, spadajících do vývojové skupiny pozdní dospělosti, se nevěnuje žádné pohybové aktivitě déle než 30 minut.

Tento výzkumný předpoklad se potvrdil.

Získáním dat z dotazníkového šetření znázorněného v grafu č. 20 jsem zjistila, že pohybovou aktivitu delší než 30 minut má 6 x v týdnu skupina vývojové etapy pozdní dospělosti v 11,1 % (1 respondent). Ostatní respondenti spadající do vývojové etapy pozdní dospělosti se v týdnu nevěnují žádné pohybové aktivitě delší než 30 minut.

Týdenní hodinovou dotaci na pohybové aktivity (graf č. 21) potvrzuje pouze 11,1 % (1 respondent) ze skupiny pozdní dospělosti v celkové délce trvání 7 hodin, ostatních 88,9 % (8 respondentů) uvádí, že se pohybovým aktivitám nevěnují více než 1 hodinu v průběhu celého týdne.

Přestože většina 88,9 % (8 respondentů) z vývojové etapy pozdní dospělosti nevyvíjí žádnou pohybovou aktivitu, subjektivně hodnotí 33,3 % (3 respondenti) svou pohybovou aktivitu za dostatečnou. Pouze částečný dostatek pohybových aktivit uvádí 11,1 % (1 respondent) a nedostatečně hodnotí své pohybové aktivity 55,6 % (5 respondentů).

Na otázku, jaké tři pohybové aktivity mají respondenti nejraději (graf č. 23), odpověděli takto:

- ve skupině vývojové etapy časně dospělosti se nejraději věnuje lyžování a snowboardingu 18,5 % respondentů, jízdě na kole 14,8 % respondentů a běhu 11,1 % respondentů

- ve skupině vývojové etapy střední dospělosti nejraději jezdí na kole 29,6 % respondentů, rychlé chůzi se věnuje 22,2 % respondentů, lyžování a snowboardingu 18,5 % respondentů

- ve skupině vývojové etapy pozdní dospělosti nejraději chodí rychlou chůzí 33,3 % respondentů, jezdí na kole 22,2 % respondentů a plave 14,8 % respondentů.

Praško, Prašková (2001) ve své knize uvádějí, že lidé nemají dostatek pohybu a jejich tělu tato aktivita chybí. Tento nedostatek se projevuje vznikem různých onemocnění včetně přibývání na váze.

Totéž je patrné ve výsledcích grafu č. 4, kde je zřetelný nárůst hodnoty BMI u skupiny pozdní dospělosti. Do kategorie obezity 1. stupně je zařazeno 44,4 % respondentů a jedná se o shodnou skupinu, z níž 80 % respondentů uvádí, že se nevěnuje žádné pohybové aktivitě déle než 30 minut.

Ve své publikaci Kukačka (2010) poukazuje, že pohyb je společně s přiměřeným energetickým příjmem nejvhodnější prevencí a léčebným prostředkem mnoha civilizačních onemocnění.

Krejčík (2007) ve svém díle uvádí shodný názor. Nedostatek pohybových aktivit se projevuje přibýváním na váze. Podíl na zvýšení hmotnosti má také vliv nepravidelného stravování.

Výzkumný předpoklad č. 3: Předpokládám, že vlivem sedavého zaměstnání dochází u respondentů k postupnému zhoršení držení těla.

Tento výzkumný předpoklad se potvrdil.

Ve svém výzkumném šetření jsem s respondenty provedla Matthiasův test – test hybnosti. Jedná se o test správného držení těla. Vyhodnocením dat z tohoto výzkumného šetření je patrné postupné zhoršování držení těla u respondentů.

Ve vývojové skupině časně dospělosti byli všichni respondenti ohodnoceni vstupní a výstupní známkou jedna. Jejich držení těla bylo správné a nezměnilo se v průběhu testování.

Ve vývojové skupině střední dospělosti byli respondenti ohodnoceni vstupní známkou jedna v 77,8 % (7 respondentů). Známkou dvě bylo ohodnoceno 22,2 % (2 respondenti). V jejich vstupním postoji jsem zaznamenala pokleslé horní končetiny. Výsledná známka všech respondentů střední dospělosti byla dvě, protože se u respondentů

objevily znaky vadného držení těla - pokles horních končetin, pokles ramen a hlavy, vyklenutí břicha a lordóza v bederní části páteře.

Respondenti pozdní dospělosti byli ohodnoceni vstupní známkou dvě pro projevy vadného držení těla již při vstupním postoji. Známkou dvě obdrželi respondenti v 88,9 % (8 respondentů). Vstupní známku jedna dostal jeden respondent - 11,1 %, u něhož bylo držení těla výborné. Výstupní známku dvě dostalo po skončení testu 88,9 % (8 respondentů). U respondenta, který byl na počátku testování ohodnocen známkou jedna, se projevila ve výstupním hodnocení bederní lordóza. Jeden respondent ze skupiny pozdní dospělosti - 11,1 % dostal výstupní známku tři. Důvodem tohoto hodnocení bylo zaznamenání několika projevů vadného držení těla. Jednalo se o ohnutí hlavy a ramen směrem dopředu, pokles horních končetin a zakulacení zad – hrudní kyfóza.

Nedostatek pohybu, který může být způsoben mnohahodinovým sezením, může vést k poruchám držení těla (Obrázek 3, viz Příloha I) a vertebrogenním potížím, které mohou vést až k degenerativním změnám na páteři (Bursová, 2005).

Krejčík (2007) uvádí ve svém díle stejný závěr. Sedavé zaměstnání vede k problémům s páteří a pohybovým systémem. Pokud nám naše tělo není lhostejné, je třeba kompenzovat sedavý způsob aktivním odpočinkem.

7 ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

7.1 Závěr

Výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby jsou řízeny centrálně, ze zdravotního operačního střediska. Na operačním středisku Zdravotnické záchranné služby pracují operátoři ve směnném dvanáctihodinovém provozu. Provoz operačního střediska je nepřetržitý a tísňová linka 155 je dostupná po celých 24 hodin.

Cílem mé práce bylo analyzovat životní styl operátorů pracujících na operačním středisku ZZS JČK. Zjištěná data, mezi která byla zařazena kvalita a doba spánku, stravovací návyky, pohybový režim aj., jsem mezi sebou vzájemně porovnála, vzhledem k vývojové etapě dospělosti.

Stanovila jsem si výzkumné předpoklady, ve kterých jsem se zaměřila na kvalitu spánku u operátorů pracujících ve směnném provozu, dostatečnost pohybových aktivit vzhledem k sedavému zaměstnání operátorů a vliv mnohahodinového sezení na stav držení těla.

Výsledky jsem získala z odpovědí uvedených operátory v dotaznících a provedením jednoduchých a dostupných testů.

Kvalita spánku u lidí pracujících ve směnném provozu je nedostatečná, protože biorytmus je narušen střídajícími se službami. Přestože se výzkumný předpoklad číslo jedna nepotvrdil, subjektivně považuje svůj spánek za nedostatečný 96,3 % všech respondentů.

Ve druhém výzkumném předpokladu, který se potvrdil, jsem zkoumala kolik operátorů ze skupiny pozdní dospělosti se věnuje pohybovým aktivitám delším jak 30 minut denně. Skupina pozdní dospělosti poskytla data, která nejsou pozitivní k udržení zdravého životního stylu. Z celé této skupiny pouze 11,1 % (1 respondent) se denně pohybuje déle než 30 minut. Sedavé a psychicky náročné zaměstnání operátorů společně s nedostatkem pohybu může vést k rozvoji mnoha onemocnění.

S respondenty z operačního střediska zdravotnické záchranné služby jsem vykonala test držení těla podle Matthiase a Kaschův step test. Výzkumný předpoklad číslo tři se potvrdil. Po vyhodnocení testu držení těla dle Matthiase jsem získala data

jednotlivých vývojových skupin dospělosti, která vedou ke zjištění, že vzhledem k vývojové etapě dospělosti má mnohahodinové sezení vliv na držení těla.

Shrnutím všech získaných dat a jejím vyhodnocením jsem ve své bakalářské práci zjistila, že bychom se měli zabývat zdravým způsobem života. Žádný člověk si neničí své zdraví úmyslně, domnívám se, že pouze nebere v úvahu následky, ke kterým vlivem nezdravého způsobu života může dojít. Velmi důležitá je prevence, které by přinesla všem zdravotníkům nové informace týkající se péče o zdraví. Oblast péče o zdraví mě velice zajímá a vzhledem ke studovanému oboru bych ráda operátorům zdravotnické záchranné služby pomohla se zlepšením jejich životního stylu. Ráda bych se do budoucna věnovala zdravotní tělesné výchově, protože se domnívám, že vlivem sedavého zaměstnání a směnného provozu je tělo unavené a potřebuje pohyb. Věřím, že zdravotní tělesná výchova a program prevence udržení zdraví by jistě přinesla zlepšení životního stylu u operátorů zdravotního operačního střediska zdravotnické záchranné služby.

7.2 Doporučení pro praxi

- Seznámit formou přednášky všechny operátory operačního střediska, jakým způsobem si udržet a rozvíjet zdravý životní styl
- Předvést operátorům, jak správně využít malé overbally a velké sedací míče, které mají operátoři k dispozici na operačním středisku
- Doporučit operátorům vhodné protahovací cviky, které mohou provádět i během pracovní doby a zdravotní tělesná cvičená, která je možné provádět i doma

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

8.1 Seznam použité literatury

- BORZOVÁ, Claudia, 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
- BURSOVÁ, Marta, 2005. *Kompenzační cvičení: uvolňovací, protahovací, posilovací*. 1. vyd. Praha: Grada, 195 s. Fitness, síla, kondice. ISBN 80-247-0948-1.
- COLLINS, Douglas R, 2007. *Diferenciální diagnostika prvního kontaktu*. 2. české vyd. Editor Jan Lomíček, Zuzana Lomíčková. Praha: Grada, xxii, 578 s. ISBN 978-80-247-0897-3.
- FRANĚK, Ondřej, 2012. *Manuál dispečera zdravotnického operačního střediska*. 6., opr. a dopl. vyd. [Praha: s.n.]. ISBN 80-260-3680-8.
- GEISSELHART, Roland R, 2006. *Zvítězte nad stresem*. 1. vyd. Praha: Grada, 102 s. ISBN 80-247-1518-X.
- GROFOVÁ, Zuzana, 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 237 s., [8] s. barev. obr. příl. Sestra. ISBN 978-802-4718-682.
- GRÜN, Anselm, 2006. *Pracovat i žít: napětí mezi profesním a osobním životem*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 127 s. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 80-719-5039-4.
- HAINER, Vojtěch. et al., 2004. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada. 356 s. ISBN 80-247-0233-9.
- HOŠKOVÁ, Blanka a MATOUŠOVÁ, Miluše, 2007. *Kapitoly z didaktiky zdravotní tělesné výchovy pro studující FTVS UK*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 136 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-802-4613-925.
- KREJČÍ, Milada, 2011. *Strategie výuky duševní hygieny: výchova ke zdraví ve škole*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, 256 s. ISBN 978-80-7394-262-5.
- KREJČÍK, Václav a ALTNEROVÁ, Jana, 2007. *Cvičení pro radost: 4 týdny v pohybu s jídelníčkem na každý den*. 1. vyd. Praha: Grada, 180 s. Sport extra. ISBN 978-802-4720-319.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a PEČENKOVÁ, Jaroslava, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 78 s. Sestra. ISBN 80-247-0784-5.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 119 s. ISBN 978-802-4731-490.
- KUKAČKA, Vladislav, 2009. *Zdravý životní styl*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.
- KUKAČKA, Vladislav, 2010. *Udržitelnost zdraví: vědecká monografie*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 228 s. ISBN 978-80-7394-217-5.
- LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- MACHOVÁ, Jitka a KUBÁTOVÁ, Dagmar, 2009. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 291 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.
- MOUREK, Jindřich, 2005. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 208 s. ISBN 80-247-1190-7.
- MÜLLEROVÁ, Dana, 2003. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech: z pohledu jednotlivce i populačních skupin*. 1. vyd. Praha: TRITON, 99 s., tab. ISBN 80-725-4421-7.
- POKORNÝ, Jiří, 2004. *Urgentní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 547 s., obr. ISBN 80-726-2259-5.
- PRAŠKO, Ján a PRAŠKOVÁ, Hana, 2001. *Proti stresu krok za krokem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 187 s. ISBN 8024700689.
- RIEGEROVA, Jarmila a PŘIDALOVA, Miroslava et al., 2006. *Aplikace fyzické antropologie v tělesné výchově a sportu; příručka funkční antropologie*. 3. vyd. Olomouc: Hanex. 264 s. ISBN 80-85783-52-5.
- SCHNACK, Gerd a SCHNACK, Kirsten, 2006. *Antistresové rituály: jak zůstaneme svěží a uvolnění*. Praha: Eminent, 135 s. ISBN 80-728-1229-7.
- SMETANA, Marek a KRATOCHVÍLOVÁ, Dana, 2007. *Integrovaný záchranný systém a jeho složky*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 134 s. ISBN 978-80-7368-337-5.
- ŠENOVSKEÝ, Michail, ADAMEC, Vilém a HANUŠKA, Zdeněk. *Integrovaný záchranný systém*. 2. vyd. V Ostravě: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství, 2007, 157 s. Spektrum (Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství). ISBN 978-80-7385-007-4.
- ŠPINAR, Jindřich, 2008. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 1. vyd. Praha: Grada, 255 s. ISBN 978-802-4717-494.

TRACHTOVÁ, Eva, 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

VELEMÍNSKÝ, Miloš, 2011. *Zdraví a nemoc*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 133 s. ISBN 978-80-7394-326-4.

ZEMAN, Miloš a MIKA, Otakar J., 2007. *Integrovaný záchranný systém*. Vyd. 1. Brno: VUT FCH, 51 s. ISBN 978-80-214-3448-6.

8.2 Internetové zdroje

Antropometrická měřidla: Posuvné antropometrické měřidlo P-375. *Trystom* [online]. Olomouc, BINARGON® [cit. 2014-04-08]. Dostupné z: <http://www.trystom.cz/posuvne-antropometricke-meridlo-p-375/>

BARBADORO, Pamela, Lory SANTARELLI, Nicola CROCE, Massimo BRACCI, Daniela VINCITORIO, Emilia PROSPERO, Andrea MINELLI a Yan GONG. *Rotating Shift-Work as an Independent Risk Factor for Overweight Italian Workers: A Cross-Sectional Study*. *PLoS ONE* [online]. 2013-5-10, vol. 8, issue 5, e63289- [cit. 2014-02-02]. DOI: 10.1371/journal.pone.0063289. Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0063289>

Mladá fronta: Fitweb. *Mladá fronta: Fitweb* [online]. 2014 [cit. 2014-04-21]. Dostupné z: <http://www.fitweb.cz/clanky/pohyb/458350-ucte-se-vnimat-a-poznavat-sve-telo>

MYERS, M. G. Effect of Caffeine on Blood Pressure Betone the Laboratory. *Hypertension* [online]. 2004-03-25, vol. 43, issue 4, s. 724-725 [cit. 2014-02-03]. DOI: 10.1161/01.HYP.0000120970.49340.33. Dostupné z: <http://hyper.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/01.HYP.0000120970.49340.33>

WHO: *World Health Organization*. BMI classification [online]. c 2006 World Health Organization, last update 30 November 2011 [cit. 2011-11-30]. Dostupne z: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html.

Zdravotnické pomůcky: osobní váhy. *EFitness* [online]. c2006-2011 [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.efitness.cz/sportovni-potreby-osobni-vaha-ppw-3301/118541p/>

Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje. *Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje* [online]. © 2011 [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: <http://www.zzsck.cz>

Zdravotnická záchranná služba: Zřizovatelé a seznam záchranných služeb. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation,

2001- [cit. 2014-02-03]. Dostupné z:
http://cs.wikipedia.org/wiki/Z%C3%A1chrann%C3%A1_sl%C5%BEba#Seznam_z.C3.A1chrann.C3.BDch_sl%C5.BEeb_v_.C4.8Cesku

9 SEZNAM ZKRATEK

AIM	akutní infarkt myokardu
AP	angina pectoris
ARIP	postgraduální studium anestezie-resuscitace a intenzivní péče
BMI	Body Mass Index
CNS	centrální nervová soustava
HEMS	Helicopter Emergency Medical Service
ICHDK	ischemická choroba dolních končetin
ICHS	ischemická choroba srdeční
IZS	integrovaný záchranný systém
LZS	letecká záchranná služba
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
PNP	přednemocniční neodkladná péče
RLP	rychlá lékařská pomoc
RV	systém „Rendez-Vous“
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
WHO	world health organization
ZOS	zdravotní operační středisko
ZOS JčK	Zdravotní operační středisko Jihočeského kraje
ZZS	zdravotnická záchranná služba
ZZS JčK	Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje

10 PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha I. Seznam obrázků

Příloha II. Dotazník pro zaměstnance zdravotního operačního střediska ZZS JČK

Příloha I. Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Osobní digitální váha Bosch PPW 3301



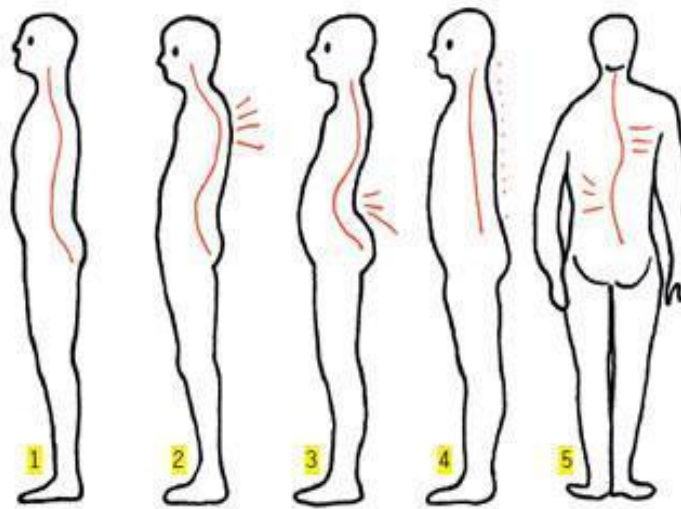
Zdroj: <http://www.efitness.cz/sportovni-potreby-osobni-vaha-ppw-3301/118541p/>

Obrázek č. 2: Posuvné antropometrické měřidlo P-375, skládací, třídílné



Zdroj: <http://www.trystom.cz/posuvne-antropometricke-meridlo-p-375/>

Obrázek č. 3: Nejčastější poruchy a vadné držení těla



1. Správná pozice páteře – dvouosovité zakřivení páteře.

2. Zvýšená hrudní kyfóza – tzv. kulatá záda a vyklenutí hrudní páteře, typické pro sedavé zaměstnání.

3. Zvýšená bederní lordóza – nadměrné prohnutí v oblasti bederní páteře, které je důsledkem ochablých břišních svalů a zkrácených a tuhých svalů zádočných.

4. Plochá záda – zploštění zakřivení páteře.

5. Skolióza páteře – vychýlení páteře do strany, může být buď vrozená, nebo získaná.

Zdroj: <http://www.fitweb.cz/clanky/pohyb/458350-ucte-se-vnimat-a-poznavat-sve-telo>

Příloha II. Dotazník pro zaměstnance zdravotního operačního střediska ZZS JčK

Milé kolegyně, milí kolegové,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který mi pomůže při zpracování mé bakalářské práce na téma: „Analýza životního stylu u dispečerů ZOS ZZS JčK.“ Dotazník, prosím, vyplňte pravdivě, protože Vámi poskytnuté informace budou použity pro praktickou část mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní a informace zde získané nebudou nikde jinde zveřejněny. Vybranou alternativu odpovědi, prosím, zaškrtněte nebo vyplňte svými slovy.

Za vyplnění dotazníku mnohokrát děkuji.

Jarmila Köszegi

1. Uveďte, prosím, svůj věk:
2. Vaše pohlaví: Muž Žena
3. Aktuální naměřená hmotnost:
4. Aktuálně naměřená tělesná výška:
5. Popište svůj běžný jídelníček i s časem stravy při denní službě včetně všech nápojů, ovoce a zeleniny. Pokud některý z chodů nemáte, vynecháte jej.

Snídaně:.....

.....

.....

.....

Svačina:.....

.....

.....

Oběd:.....

.....

.....

Svačina:.....
.....
.....

Večeře:.....
.....
.....

6. Popište svůj jídelníček (rozložení stravy) i s hodinou konzumace při noční službě včetně všech nápojů, ovoce a zeleniny. Začněte od probuzení až po dobu, kdy jdete po noční službě spát. Pokud některý z chodů nemáte, vynecháte jej. Naopak pokud máte více než pět chodů, zapište všechny.

Snídaně:.....
.....
.....

Svačina:.....
.....
.....

Oběd:.....
.....
.....

Svačina:.....
.....
.....

Večeře:.....
.....
.....

Další chody.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Zařazujete do svého jídelníčku denně alespoň jeden kus čerstvé zeleniny?

- a) ano b) ne

8. Zařazujete do svého jídelníčku denně alespoň jeden kus čerstvého ovoce?

- a) ano b) ne

9. Jak často konzumujete sladká jídla, sladkosti či sladké nápoje?

- a) ano, každý den b) občas, 2 - 3 x týdně c) 4 – 6 x týdně d) jinak e) nikdy

10. Kolikrát v týdnu a jaké konzumujete maso, uzeniny a jiné masné výrobky? (vepřové, hovězí, zvěřina, kuřecí, skopové, ryby, párky, salámy, klobásy, paštiky a jiné). Prosím, podrobně rozepište.

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

11. Kolik tekutin (čistá voda) denně vypijete?

- a) 2,5 litru a více
b) 1,5 – 2,5 litru
c) méně než 1,5 litr

12. Pijete alkohol?

- a) ano b) ne

Pokud jste odpověděli ano, jak často (např. 1x měsíčně)

13. Kouříte?

- a) ano b) ne

Pokud jste odpověděli ano, kolik cigaret denně

14. Domníváte se, že vzhledem ke směnnému provozu máte dostatečný a kvalitní spánek ?

- a) ano b) ne

15. Chodíte spát po každé noční službě?

- a) ano, chodím spát pravidelně b) ne, někdy po noční službě spát nejdu

Pokud jste odpověděli ano, napište kolik hodin spíte ve dne po noční službě (např. 5 – 6 hodin)

16. Kolikrát v týdnu realizujete tělesná cvičení, která jsou delší než 30 minut?

- a) ne, necvičím vůbec
b) ano, chodím cvičit pravidelně krát za týden

17. Kolik hodin v týdnu se věnujete sportovní aktivitě?

- a) 7 a více b) 5 - 7 c) 3 - 4 d) 1 - 2 e) nesportuji

18. Domníváte se, že máte pohybu dostatek?

- a) ano b) ne c) částečně

19. Jaké pohybové aktivity jsou Vaše nejoblíbenější? Vyberte maximálně 3.

- a) jízda na kole b) běh c) rychlá chůze d) plavání e) bruslení
f) Nordic walking g) tanec h) atletika i) aerobní cvičení j) jóga, pilates
k) bojová umění l) lyžování m) posilování n) jezdeckví o) sportovní hry
p) jiné

20. Co Vás vede k tomu, abyste cvičili? (můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a) mám sedavé zaměstnání
b) pro subjektivní pocity (cítím se lépe)
c) ze zdravotních problémů
d) pro udržení v kondici
e) pro psychické odreagování
f) necvičím

21. Jaký je celkově Váš vztah k pohybovým aktivitám

- a) kladný
b) záporný
c) neutrální

22. Máte možnost dostatečně během své služby provádět různé zdravotní cviky, celkové protažení či změny polohy těla?

- a) ano b) ne

23. Domníváte se, že má Vaše zaměstnání negativní vliv na zdraví?

- a) ano b) ne

Pokud jste odpověděli ano, v jaké oblasti:

- a) fyzické b) psychické c) sociální

Závěrem mám na Vás poslední otázku. Jste ochotni podstoupit krátký test fyzické zdatnosti (cca 5 minut mírné pohybové aktivity) a test správného držení těla?

- ano ne

Děkuji

Jarmila Kőszegi

Vážení a měření tělesné výšky provedeno dne :

Aktuální zjištěná hmotnost v kg:

Aktuální výška v cm:

Testy proběhly dne:

Matthiasův test:

Kaschův step test:

11 ABSTRAKT

KÖSZEGI, J. *Analýza životního stylu dispečerů operačního střediska Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje*. České Budějovice 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta. Katedra výchovy ke zdraví. Vedoucí práce Mgr. Michaela Pospíšilová.

Bakalářská práce se zabývá analýzou životního stylu operátorů pracujících v nepřetržitém dvanáctihodinovém provozu na operačním středisku Zdravotnické záchranné služby Jihočeského kraje. Teoretická část práce je zaměřena na zkoumanou problematiku a je rozdělena na dvě části. První část popisuje Zdravotnickou záchrannou službu Jihočeského kraje, její činnost, pracovní náplň operátorů, jejich vzdělání a místo působení – operační středisko. Druhá část teorie rozebírá životní styl se zaměřením na spánkovou hygienu, výživu a stravování, pohybové aktivity, ale také na návykové a zdraví škodlivé látky, stres a vznik obezity. Ve výzkumné části byla použita metoda dotazníku a vyšetření zdatnosti a hybnosti respondentů pomocí testů. Získaná data byla statisticky zpracována a porovnána vzhledem k vývojové etapě dospělosti. Závěr práce obsahuje návrh na zlepšení životního stylu v jednotlivých skupinách.

Klíčová slova: Zdravotnická záchranná služba, operátor, životní styl, pohybová aktivita

12 ABSTRACT

Lifestyle analysis of controllers in the Control centre of Emergency Medical Services of South Bohemian region.

The thesis deals with the lifestyle analysis of controllers working in twelve-hour shifts of continuous operation in the control centre of Emergency medical services of South Bohemian region. The theoretical part is divided into two sections and focuses on researched issues. The first section describes the Emergency medical services of South Bohemian region, the respective activities, the job description of the controllers, their education and their place of work – the control centre. The second section of the theoretical part concentrates on the lifestyle; it mainly points to the sleep hygiene, nutrition and daily diet, physical activities, as well as addictive and health-harmful substances, stress, and origins of obesity. The empirical part is based on two methods – questionnaires, and tests of fitness level and mobility level of respondents. Acquired data was statistically elaborated and compared to the adult stage of development. The conclusion contains a proposal how to improve the lifestyle in the researched groups of respondents.

Keywords: Emergency medical services, controller, lifestyle, physical activity