

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Sestra a její péče o vlastní zdraví

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Marie Marková, Ph.D

Autor:

Bc. Gabriela Roubalová

2011

Abstrakt

The thesis deals with a nurse and the care of her own health. The theoretical part mainly deals with mental health, proper regimen and physical as well as mental load on nurses in relation to the health care job.

The main aim of the thesis was to identify the factors affecting the regimen of nurses and their care about their own health, and to try to find how the work load and department character is related to possible occurrence of health problems. Partial goals and working hypotheses were set for this purpose. Variables like age, gender, education and type of department were included among the assumed factors affecting care about health and health problems.

Seven main hypotheses linking the above variables to the regimen and health problems were set in total for the thesis. A statistically important relation between the extent of care about health and education, gender or age was not confirmed by the research. In terms of gender we may expect that the result was influenced by low number of male respondents. As for the occurrence of health problems, a substantial mutual relation between age, gender and department character has not been proven here either. However a mutual relation between work load and occurrence of subjective health problems, particularly headaches has been confirmed. Because of the wide spectrum of departments and thus low representation of respondents from some departments there might have been some distortion of the results here as well.

This thesis may serve as a means of extension of awareness of these issues among nurses and as a feedback. Nurses should be more actively interested in the care of their own health and consider whether their present life style is right. The thesis might among others serve as an input for students involved in these problems, in might make them think about the care of their own health.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Sestra a její péče o vlastní zdraví vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 23.5.2011

Podpis studenta:

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce Mgr. Marii Markové, Ph.D za cenné rady a pomoc při vytváření diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem sestrám za ochotné vyplnění dotazníků a v neposlední řadě Ing. Olze Jedličkové za pomoc při statistickém zpracování dat.

Obsah

Úvod.....	3
1.Současný stav.....	4
1.1Zdraví.....	4
1.1.1Duševní zdraví.....	4
1.1.2 Faktory ovlivňující zdraví společnosti.....	5
1.1.3 Veřejné zdraví.....	5
1.1.4 Veřejné zdravotnictví.....	5
1.1.5 Determinanty zdraví.....	5
1.1.6 Zdraví a imunita.....	6
1.1.7 Podpora zdraví.....	6
1.1.8 Aktivity zaměřené na podporu zdraví.....	6
1.2 Prevence poškození zdraví sestry.....	8
1.2.1 Sestra a její péče o vlastní zdraví.....	8
1.2.2 Péče o dolní končetiny.....	9
1.2.3 Životní styl.....	9
1.2.4 Zdravá výživa.....	10
1.2.5 Pravidla pro zdravé stravování.....	12
1.2.6 Pitný režim.....	13
1.2.7 Pohybová aktivita a zdraví.....	15
1.2.8 Možnosti péče o vlastní zdraví sester v běžném životě.....	15
1.2.9 Návykové látky.....	17
1.2.10 Kouření.....	17
1.2.11 Alkohol.....	18
1.2.12 Lékové závislosti.....	18
1.2.13 Odpočinek.....	19
1.2.14 Spánek.....	19
1.3Sestra.....	20
1.3.1 Zdravotník v roli pedagoga.....	21

1.4 Charakteristika práce ve zdravotnictví.....	21
1.4.1 Pracovní prostředí sestry.....	22
1.4.2 Motivace v pracovním prostředí.....	22
1.5 Zátěž ve zdravotnictví.....	23
1.5.1 Fyzická pracovní zátěž sester.....	24
1.5.2 Bolesti zad jako životní realita.....	24
1.5.3 Škola zad.....	25
1.5.4 Manipulace s břemeny.....	25
1.5.5 Správné držení těla.....	26
1.5.6 Správný sed.....	26
1.5.7 Psychická zátěž sester.....	27
1.5.8 Odolnost vůči psychické zátěži.....	28
1.6 Stres u sester.....	28
1.6.1 Poplachová fáze.....	28
1.6.2 Zdroje stresových situací.....	28
1.6.3 Prevence u stresu.....	29
1.6.4 Relaxace.....	29
1.7 Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků.....	30
1.7.1 Stádia syndromu vyhoření.....	31
1.7.2 Příznaky syndromu vyhoření.....	31
1.7.3 Co dělat při syndromu vyhoření.....	32
1.7.4 Prevence syndromu vyhoření.....	32
1.7.5 Ochranné faktory profese sestry.....	32
1.8 Protiepidemiologický a hygienický režim.....	33
1.8.1 Péče o zdraví zaměstnanců.....	33
1.8.2 Nejčastější nemoci spojené s prací ve zdravotnictví.....	33
2. Cíl práce a hypotézy.....	35
2.1 Cíl práce.....	35
2.2 Hypotézy.....	35
3. Metodika.....	36

3.1 Metodika.....	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	37
4. Výsledky výzkumného šetření.....	38
4.1 Četnosti jednotlivých odpovědí.....	38
4.1.1 Způsob životosprávy a míra péče.....	42
4.1.2 Pracovní zátěž	44
4.2 Testování hypotéz.....	47
4.2.1 Hypotéza 1.....	47
4.2.2 Hypotéza 2.....	48
4.2.3 Hypotéza 3.....	49
4.2.4 Hypotéza 4.....	51
4.2.5 Hypotéza 5.....	58
4.2.6 Hypotéza 6.....	65
4.2.7 Hypotéza 7.....	73
5. Diskuze.....	88
6. Závěr.....	101
7. Seznam použitých zdrojů.....	103
8. Klíčová slova.....	109
9. Přílohy.....	110

Úvod

V této diplomové práci se zabýváme péčí sestry o její vlastní zdraví. Toto téma jsem si vybrala, protože jsem chtěla zjistit, jakým způsobem sestry pečují o vlastní zdraví, jak jsou fyzicky či psychicky přetěžované a jaké mají zdravotní problémy. To, že je toto povolání náročné, je všeobecně známý fakt, proto je velice důležité, aby sestry pečovaly o své zdraví a nejen o zdraví pacientů.

Tato práce poukazuje na důležité oblasti péče o vlastní zdraví, dále na problematiku práce ve zdravotnictví a možnosti prevence.

Zdraví je definováno jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnosti choroby nebo vady“. Největší podíl na zdraví sestry má životní styl, nebo - li způsob života. Mezi faktory ovlivňující zdraví zahrnujeme výživu, pitný režim, pohybovou aktivitu, psychickou zátěž, kouření, konzumaci léků, alkoholu a jiných návykových látek, kdy se tyto faktory významným způsobem podílí na poškození či podpoře zdraví. (2, s.84)

Při výkonu povolání jsou sestry ohroženy celou řadou fyzikálních, chemických a biologických faktorů, které mohou ovlivnit jejich zdraví. Práce ve zdravotnictví může obnášet následky nedostatků v režimu práce, odpočinku, spánku a směnného provozu. Sestry jsou zároveň vystaveny nadměrné fyzické zátěži, mohou zanedbávat stravovací a pitný režim, pracují rovněž pod psychickým tlakem. Psychická zátěž je často způsobována přesčas, směnným provozem, navazujícími službami bez odpočinku, aj., důsledkem čehož může být nepříznivý dopad na jejich zdraví. (13)

Cílem této práce bylo zjistit, jak vzdělání, pohlaví a věk ovlivňuje u sester způsob životosprávy a míru péče o zdraví. Dalším cílem bylo stanovit, jaký vliv má pracovní zátěž na zdravotní problémy sester a zda zdravotní problémy sester souvisí s pohlavím, věkem a charakterem oddělení.

Výsledky této práce bych chtěla využít ke zvýšení informovanosti sester o péči o jejich vlastní zdraví, prostřednictvím uveřejnění článku na webu NCO NZO (viz. příloha 3), konkrétně na www.nconzo./elearning/ komunitní web. V rámci zpětné vazby sestry zjistí, jaké jsou jejich nedostatky v péči o vlastní zdraví. Sestry by se měly aktivněji zajímat o tuto problematiku, protože pokud budou pečovat o svoje zdraví, budou spokojenější a zvýší se tím i spokojenost pacientů.

1. Současný stav

1.1 Zdraví

V každodenním životě používáme často slovo zdraví. Vždyť i pozdrav má v kořeni slova zdraví. Každý člověk přisuzuje zdraví významnou hodnotu, která mu umožňuje pracovat a realizovat své plány. Cílem života není samo zdraví, ale je podmínkou smysluplného života. Zdraví má tedy hodnotu nejen individuální, ale i společenskou, která je důležitá pro hospodářský a sociální rozvoj společnosti. (29)

Bártlová ve své knize Sociologie zdraví, nemoci a rodiny uvádí, že definovat zdraví není vůbec snadné a to je důvod, proč nemáme všeobecně užívanou definici. Dokonce někteří autoři uvádějí, že zdraví takto slovně vymezovat nelze. (2)

Zdraví je podle Světové zdravotnické organizace definováno jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost choroby či vady“. Pro období dospívání zahrnuje tato definice i nepřítomnost rizikového chování. Tento výklad je však idealistický a považuje zdraví za relativně složitý systém. Definice má také slabé stránky, mezi které patří to, že se opírá o subjektivní pocity, ale zároveň nezachycuje dynamiku zdraví. Zdraví tedy zahrnuje odlišné dimenze, které jsou navzájem spjaté a zahrnují tělesné, duševního, ale i sociální zdraví. (2, s. 84, 29)

Zdraví je jedno ze základních práv člověka a mělo by být u každého jedince v hierarchii hodnot na prvním místě, protože zdraví nám umožňuje uskutečňovat své cíle a přání. Je tedy třeba, aby si sestry uvědomily, že zdraví rozhodně není samozřejmostí, a proto je nutné o něj správným způsobem pečovat a to ještě dříve, než se objeví zdravotní problémy. Pokud sestra pečuje o pacienta a uspokojuje jeho potřeby, je nutné, aby i ona sama byla v dobrém zdravotním stavu. (29, 42)

1.1.1 Duševní zdraví

Duševní zdraví neznamena přítomnost nějaké duševní poruchy, ale zahrnuje dobrou kondici celého člověka. Duševní zdraví umožňuje člověku, aby se mohl přizpůsobit různým situacím a aby byl schopen na ně vhodným způsobem reagovat. Duševně zdravý člověk je schopen řešit problémy, logicky uvažovat, komunikovat s okolím a dokáže si udržet partnerský vztah, aj. Péče o duševní zdraví je také součástí programu Zdraví 21. (30)

Aktivita, které vedou k posilování zdraví, zahrnuje pojem salutogeneze. Jde o schopnost organismu vyrovnávat se s měnícími se podmínkami zevního a vnitřního prostředí bez narušení životních funkcí. (13)

1.1.2 Faktory ovlivňující zdraví společnosti

Závodná ve své knize uvádí, že příčinou neuspokojivého zdravotního stavu populace je nízké zdravotní uvědomění, ale také upozorňuje, že se na zdravotním stavu podílí i životní styl, kultura společnosti a přístup lidí ke svému zdraví. Pro pochopení vlivu vzdělání a výchovy ohledně zdraví je zapotřebí charakterizovat pojmy jako je veřejné zdraví a veřejné zdravotnictví. (54)

1.1.3 Veřejné zdraví

Veřejné zdraví se zaměřuje na komunity, pro zajištění co nejvyšší úrovně zdraví s ohledem na sociálně-ekonomickou úroveň. Na zabezpečování zdraví celé komunity se podílí veřejná a zdravotní politika, která za použití různých metod hodnotí dopady na zdraví. Na zdravotní politice se podílí služby, jež zajišťuje veřejné zdravotnictví. (54)

1.1.4 Veřejné zdravotnictví

Veřejné zdravotnictví je organizovaný systém, který se zaměřuje na úsilí pro zlepšování zdravotního stavu populace, ale i na jeho ochranu a prevenci. Mezi cíle veřejného zdravotnictví patří aktivity zaměřené na zlepšení zdravotního stavu obyvatel pro zajištění produktivního a kvalitního života bez zdravotních problémů. Dále se snaží o podporu a udržení tělesného i duševního zdraví, a to prostřednictvím ovlivnění determinant zdraví, i snížením rizikových faktorů prostředí. (54)

1.1.5 Determinanty zdraví

Na vzniku naprosté většiny nemocí má vliv více příčin současně a také se na nich podílí celá řada vlivů z okolí, ze kterých se mohou projevit, což popisuje multifaktoriální teorie vzniku nemocí. (13)

Determinanty zdraví zahrnují soubory faktorů, jež ovlivňují zdraví každého člověka a můžeme je rozdělit na vnitřní a zevní. Mezi determinanty vnitřní patří například genetická výbava jedince, dále genetické změny, které se projeví za určitých podmínek, ale také úroveň imunity. Mezi faktory vnější můžeme zařadit životní styl, životní prostředí a zdravotnické služby. (13, 29)

1.1.6 Zdraví a imunita

Ochranu organismu proti cizím mikroorganismům, cizorodým látkám, ale i vlastním strukturám zajišťuje imunita. Bílé krvinky – makrofágy, T a B lymfocyty, kostní dřeň, brzlík, slezina a lymfatické uzliny jsou základem imunity. Nepostradatelnou součástí imunitního systému je však i celá řada specializovaných buněk v krvi, ale také v tkáních a sliznicích. Imunitní systém ovlivňují faktory z okolí, které ji mohou posílit, ale i oslabit. Mezi tyto faktory můžeme zařadit stravu, životní prostředí, celkový životní styl, dále vyvarování se stresu a v neposlední řadě kvalitní spánek. (25)

1.1.7 Podpora zdraví

Závodná ve své knize uvádí, že podpora zdraví je proces, který zajišťuje kontrolu nad svým zdravím. Pro zajištění úplné psychické, fyzické i sociální pohody jedinec musí uspokojovat své potřeby, realizovat svoje přání a přizpůsobovat se měnícímu se životnímu prostředí. Zdraví není cílem života, ale je zdrojem života. (54)

Nejdůležitějším předpokladem pro podporu a udržení zdraví jsou lidé samotní. Záleží na tom, jak žijí a zda jsou oni i celá společnost ochotni se na podpoře zdraví podílet. Dalším důležitým předpokladem je přijetí zdravého životního stylu a péče o životní prostředí. (29)

Na podpoře zdraví se také podílí soustava činností, které mají za cíl chránit zdraví, prodlužovat aktivní život a zajišťovat zdravý vývoj dalších generací. Mezi tyto soustavy patří činnosti politické, ekonomické, technologické, ale i výchovné. (29)

1.1.8 Aktivity zaměřené na podporu zdraví

Mezi aktivity zaměřené na podporu zdraví patří státní politika zdraví a programy zdraví společnosti. Základní strategií, která je zaměřena na rozvoj zdraví, je podpora a posilování zdraví u zdravé populace a navrácení zdraví nemocným. Významnou roli zde hrají zdravotní programy, kdy všechny resorty společnosti musí přispívat ke zlepšování stavu populace. Státní politika vychází z mezinárodních dokumentů, které jsou zaměřené na lidská práva, a zahrnuje také soubor opatření, jež mají za úkol, aby se podpora zdraví stala prioritou každého sektoru, nejen resortu zdravotnictví. Státní politika má pomáhat společnosti při podpoře a ochraně zdraví. (54)

Mezi priority státní politiky patří snížení rozdílů ve zdraví, zajištění zdravého startu do života, ale i zdravé stárnutí, zdravý životní styl, aj. Mezi základní dokumenty státní politiky patří Národní program podpory zdraví, který vychází z cílů Světové zdravotnické organizace, Zdraví 21 a CINDI, která je zaměřena na prevenci neinfekčních onemocnění a vychází z programu Zdraví 21. (54)

Dlouhodobým cílem CINDI je snížit úmrtnost populace na Slovensku, především na civilizační choroby, čímž by se prodloužila střední délka života. Dalším cílem je omezení počtu výskytu neinfekčních onemocnění, například snížení výskytu vysokého krevního tlaku nebo vysoké hladiny cholesterolu a snížení počtu osob, jejichž způsob života je rizikový. (54)

Zdraví pro všechny v 21. století je dlouhodobý program zaměřený na zlepšování zdravotního stavu v České republice. Program Zdraví 21 představuje racionální a dobře strukturovaný model, který se zabývá komplexním rozvojem společnosti při péči o své zdraví. Mezi nejdůležitější cíl Zdraví 21 patří snižování rozdílů ve zdravotním stavu obyvatelstva uvnitř státu. Nejedná se pouze o zdravotnickou politiku, jde zároveň o soubor aktivit, jež se zaměřují na postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Rada pro zdraví a zdravé životní prostředí je odpovědná za plnění programu Zdraví 21. Jak již vyplývá z názvu tohoto programu, obsahuje celkem 21 cílů, které jsou členěny na dílčí úkony a ty jsou dále děleny na jednotlivé aktivity. (37)

Mezi cíle programu Zdraví 21 patří solidarita ve zdraví v evropském regionu, spravedlnost ve zdraví, zdravý start do života, zdraví mladých, zdravé stárnutí. K dalším cílům patří zlepšení duševního zdraví, snížení výskytu neinfekčních chorob, financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů, rozvoj lidských zdrojů pro zdraví, mezioborová spolupráce pro zdraví, integrované zdravotnictví, podpora výzkumů zaměřených na zdraví, zdravé a bezpečné životní prostředí, zdravý životní styl, aj. Kromě obecnějších cílů tento program zahrnuje specifické oblasti, mezi které patří například prevence infekčních onemocnění, ale také se zaměřují na snižování škod způsobených drogami, tabákem a dalšími návykovými látkami. (37, 54)

K dalším cílům, které jsou nezbytné ke splnění tohoto programu, patří i příprava zdravotnických pracovníků, rozvíjení výzkumu, mobilizace partnerů pro zdraví, aj. (37)

Patří sem i program Státního zdravotního ústavu, jenž se mimo jiné zaměřuje na podporu zdraví na pracovišti, ta obsahuje soubor aktivit zaměřených na prevenci nemocí, ale i na zlepšení zdravotního stavu. Vychází z poznatků epidemiologických studií, které jednoznačně poukázaly na vliv způsobu života

a práce na vývoj chronických onemocnění. Podpora zdraví je závislá na přímé účasti jednotlivce, který přejímá spoluzodpovědnost za své zdraví. (46)

Mnoho zaměstnavatelů zavádí programy na podporu zdraví, i když jsou nepovinné, protože si uvědomují, že zdraví zaměstnanci zvyšují efektivitu práce. V praxi to může znamenat podporu a zavádění nekuřáckých programů, dnů zdraví, zvyšování pohybové aktivity, programů na zvládnutí stresu, zdravou výživu a mnoho dalších. (46)

1.2 Prevence poškození zdraví sestry

Machová ve své knize uvádí, že s podporou zdraví úzce souvisí prevence, která je zaměřena na boj proti nemocím, a to ve snaze jim předcházet. Prevence může být realizována nejen na jednotlivci, ale i na celé společnosti. (29)

Mnoho sester si jistě uvědomuje důležitost prevence a chápou, že je nutné nemocem předcházet. Také jsou si vědomy, že preventivní opatření vedou ke zvýšení kvality života. Přesto však existují sestry, které si myslí, že pokud nemají žádné potíže a cítí se zdravé, není nutné navštěvovat lékaře, a co víc, některé i věří, že jim daná nemoc nehrozí. Proto hlavní úlohu hraje výchova ke zdraví, která spočívá ve změně chování sester a v nutnosti přechodu z oblasti léčení nemocí do oblasti podpory zdraví i prevence. (29)

1.2.1 Sestra a její péče o vlastní zdraví

Při výkonu svého povolání jsou sestry vystavovány různým škodlivým vlivům, které se mohou více či méně podílet na jejich zdravotním stavu. Sestry by si měly uvědomit, které situace pro ně mohou být rizikové a rozhodně není radno je podceňovat. Zejména mladší sestry si dostatečně neuvědomují, že jim hrozí nebezpečí. Pro příklad můžeme uvést, že raději manipulují s imobilním pacientem samy, než aby požádaly kolegyni o pomoc nebo využily pomůcek, které usnadňují pohyb v lůžku. U těchto sester je otázkou času, kdy se začnou objevovat zdravotní potíže. (26)

Práce sestry je velice náročná, často slouží dvanáctihodinové směny, ráno musí brzy vstávat, cítí se unavené, je narušený jejich cyklus bdění a spánku, zejména po nočních službách, během jedné směny nachodí mnoho kilometrů, jsou na ně kladeny vysoké nároky, které musí během dne stihnout, aj. Veliké riziko přináší možnost poranění například injekční jehlou. Povinnost chránit zdraví sester má nejen zaměstnavatel, ale i sama sestra tím, že musí dodržovat bezpečnostní opatření. (26)

Proto je velice důležité, aby sestry měly dostatek volného času a mohly se tak uvolnit, odpočinout si a načerpat novou sílu. (26, 41)

1.2.2 Péče o dolní končetiny

S péčí o vlastní zdraví úzce souvisí i péče o dolní končetiny. U profese sestry jsou dolní končetiny značně přetěžovány, proto je nutná péče i o ně. Ta spočívá zejména ve volbě vhodné zdravotní obuvi. Zdravotní obuv je konstrukcí i stavbou přizpůsobena požadavkům, tak aby vyhovovala tvaru nohy. Lékaři proto požadovali, aby výrobci obuvi měli znalosti o tvaru a funkci lidské nohy a předcházeli tím možným komplikacím. (48)

Kromě vhodné obuvi je dále příhodné, aby si sestry v rámci prevence dávaly dolní končetiny do zvýšené polohy, kdykoliv je to jen možné. Zároveň by měly používat stahovací punčochy.

1.2.3 Životní styl

Velký podíl na zdraví sestry má životní styl, neboli způsob života, kdy jeho podíl na zdravotním stavu populace tvoří 55-60 %. Životní styl je také řazen mezi stěžejní determinantu zdraví. (13, 29)

Životním stylem se ve své knize zabývá Machová, která definuje životní styl jako soubor forem chování člověka v daných životních situacích, které závisí na dobrovolném a individuálním výběru z různých možností, kdy se člověk může rozhodnout, jakou z alternativ možností si vybere a naopak ty, které odmítne. Toto rozhodování úzce souvisí s rodinnými zvyklostmi, ale také i s tradicemi dané společnosti a ekonomickou situací. Mezi další faktory, které ovlivňují chování člověka, patří věk, pohlaví, temperament, ale také vzdělání, zaměstnání a v neposlední řadě hodnotové orientace a postoje. (29)

Z výzkumů, zabývajících se příčinami nemocnosti a úmrtí, vyplývá, že zdraví nejvíce poškozují kouření, nesprávná výživa, nízká pohybová aktivita, nadměrná psychická zátěž, nadměrná konzumace alkoholu, dále zneužívání drog či jiných návykových látek, ale i rizikové sexuální chování. (29)

V současné době jsou sestry často pracovní vytížené, což ovlivňuje celý jejich život. Neustále spěchají, nemají na sebe dostatek času, a to ani na ostatní členy rodiny, což vede ke stresovým situacím. Jejich životní styl je celkově narušen v souvislosti s prací o víkendech a svátcích, nočními směnami, časovou tísní či nevyhovujícími pracovními podmínkami. Sestry často mají nedostatek času na jídlo a pitný režim během služby, což vyplývá z nepravidelných přestávek. V neposlední řadě jsou sestry

ohroženy různými alergiemi v souvislosti s manipulací s léky či dezinfekčními prostředky a rizikem přenosu infekčních onemocnění, a to i na rodinné příslušníky. (10, 29)

1.2.4 Zdravá výživa

Pro udržení optimálního zdraví a výkonnosti jsou důležité živiny získané z potravy. I. P. Pavlov tvrdí, že řídicí centrum příjmu potravy je v mozku. Na souhře tkáňových potřeb a nervové regulaci záleží pocity hladu, chuti a žízně. Potrava v organismu prochází třemi fázemi a to zažíváním, vstřebáváním a metabolismem. (5, 33)

Pro mnoho lidí zdravá výživa znamená něco ne moc chutného. Výchovou lze naučit správné stravovací návyky, protože příjem potravy je procesem dobrovolným a vědomým. Výživa by měla organismu poskytovat potřebné živiny, a to ve správném poměru. Neexistuje potravina, která by dodala organismu všechny potřebné látky. Proto je důležité, nejen co jíme, ale i v jakém množství, protože nevhodné potraviny vedou k poškození zdraví. (8, 33, 36)

Živiny pro organismus nezbytné, jsou rozdělovány do 6 skupin, patří mezi ně sacharidy, tuky, bílkoviny, vitamíny, minerály a voda. (5)

Sacharidy jsou zdrojem energie, která je velmi důležitá pro normální činnost svalů a mozku. Sacharidy vznikají z jednoduchých sacharidů a ze složených sacharidů, tedy ze škrobů. Ze sacharidů by mělo pocházet 60 % energie. Nejvíce cukrů je obsaženo v ovoci, zelenině, pečivu a obilninách. (5)

Tuky jsou pro organismus důležitým zdrojem energie. Tuky můžeme rozdělit na tuky živočišného a rostlinného původu. Tuky živočišného původu, které jsou obsaženy například v másle, sádle a mase, jsou označovány jako nasycené a mohou se významnou měrou podílet na onemocnění srdce a cév, ale také se mohou podílet na vzniku některých druhů zhoubných nádorů. (5)

Tuky rostlinného původu jsou obsaženy například v olivovém a slunečnicovém oleji. Tyto tuky jsou označovány jako nenasycené a jsou pro organismus méně škodlivé. Tuky jsou zároveň důležité pro vstřebávání vitaminů rozpustných v tucích, tedy vitaminů A, D, E, K. (5)

Denní příjem tuků by měl být omezen na 25 % z celkového příjmu energie. Riziko vysokého příjmu tuku spočívá v nebezpečí vzniku infarktu myokardu, v mozkové mrtvici a nadváze, protože dochází k ukládání přebytečného tuku. (5)

Bílkoviny slouží k výstavbě a udržení svalové hmoty, ale též k výstavbě dalších tkání a jsou důležité pro tvorbu hormonů a červených krvinek. Během trávení bílkovin dochází k rozkládání na

aminokyseliny, které jsou dále přetvářeny na bílkoviny svalů a ostatních tkání. Bílkoviny v organismu slouží jako zdroj energie v případě nedostatečného množství sacharidů. Udává se, že asi 15% celkového příjmu energie by tělo mělo získávat z potravin bohatých na bílkoviny, mezi které patří ryby, drůbež, luštěniny. Bílkoviny jsou obsaženy i v hovězím a vepřovém mase. (5)

Vitaminy slouží jako metabolické katalyzátory, které regulují v organismu chemické reakce. Je nutné si uvědomit, že vitaminy nejsou zdrojem energie. (5)

Protože si většinu vitaminů tělo neumí samo vyrobit, musí je získávat z potravy. Každý z vitaminů má specifickou funkci. Jejich nedostatek ovlivňuje látkovou výměnu, čímž se může podílet na vzniku celé řady chorobných projevů. (5)

Vitaminy rozdělujeme na rozpustné v tucích, tam patří A, D, E, K, a vitaminy rozpustné ve vodě, kam patří ostatní vitaminy. Je-li v organismu přítomen dostatek vitaminů, ukládají se do některých orgánů, aby mohly být později využity a chránily naše tělo před jejich případným nedostatkem. Nadbytek vitaminů je z organismu vyloučen, a to močí, stolicí a potem. (5, 29)

Nebezpečný může být nejen nedostatek vitaminů, ale i jejich nadbytek. K předávkování nikdy nedojde z přijímané stravy, ale z užívání vitaminových preparátů v nadměrném množství. (5, 29)

Minerály organismus získává také z potravy. Minerály slouží k regulaci tělesných procesů a také spoluvytvářejí složení těla, příkladem spoluvytváření těla je vápník v kostech. Mezi regulující procesy v organismu patří například železo, které je přítomné v červených krvinkách a transportuje kyslík. (5)

Mezi minerály, které jsou pro naše tělo nezbytné, patří vápník, chrom, měď, fluor, jód, železo, hořčík, mangan, fosfor, draslík, selen, sodík a zinek. Minerály, stejně jako vitamíny, nejsou zdrojem energie. (29)

Vápník je přítomen v mléčných výrobcích, sýrech, brokolici a ořechách. Chrom naše tělo přijímá z masa, z celozrnných potravin, luštěnin a mořských plodů. Měď obsahuje maso a žloutek, fluor a jód je v mořských řasách a mořských plodech. Železo je obsaženo ve vnitřnostech, zvěřině, rybách, vejcích, zelenině, aj. Hořčík je zejména v zelených částech rostlin. Mangan naše tělo získává z ořechů, celozrnného pečiva a listové zeleniny. Fosfor je obsažen v mléku, sýrech, rybách, aj., draslík je v ovoci, v zelenině a ořechách, aj. Selen získáváme především z mořských plodů. Sodík je přítomen zejména v kuchyňské soli, a tím pádem ve slaných potravinách. (29)

Voda je pro organismus nenahraditelná látka, protože tvoří 60 – 70% hmotnosti těla. Podílí se na udržování tělesné teploty, zajišťuje výživu buněk a odvádí z nich škodlivé látky. Voda také není pro organismus zdrojem energie. (5)

Zelenina obsahuje celou řadu vitaminů a minerálů. Zelenina má vyšší nutriční hodnotu než ovoce, a proto pokud člověk nepřijímá dostatek ovoce, lze deficit doplnit vyšším příjmem zeleniny, což organismu přinese pravděpodobně vyšší množství vitaminů a minerálů. Mezi vhodné typy zeleniny patří například brokolice, špenát, paprika, rajčata a hlávková zelenina. (5)

Výzkumy odhalily, že v zelenině jsou obsaženy látky, které působí preventivně proti nádorům a kardiovaskulárním chorobám. Zelenina obsahuje také mnoho vlákniny, která na sebe váže pro organismus toxické látky. (43)

Ovoce obsahuje mnoho vitaminů, sacharidů, vlákniny a draslíku. Spousta vitaminů působí antioxidačně a tím ochraňují zdraví. Živiny, které ovoce obsahuje, tvoří základ pro zlepšení zdraví, ale také se podílejí na snížení rizika nádorových onemocnění, hypertenze, zácpy a podporují regeneraci buněk. Mezi vhodné typy ovoce patří citrusové plody, banány, kiwi, jahody a sušené ovoce. (5)

1.2.5 Pravidla pro zdravé stravování

Při výběru potravin by měla být dodržována pravidla zdravého stravování, mezi která patří rozmanitost, přiměřenost a prospěšnost. (5)

Co se týče rozmanitosti, je nutné si uvědomit, že každá potravina obsahuje jen některé živiny. Například hovězí maso obsahuje železo a bílkoviny, ale naopak je v něm málo vitamínu C a sacharidů. Pro rozmanitost je tedy vhodné kombinovat potraviny tak, aby organismus dostal všechny nezbytné živiny. (5)

Pro dosažení přiměřenosti je vhodné vyvážit příjem méně vhodných potravin, které obsahují jednoduché sacharidy a tuky, s nutričně bohatými potravinami. Příjem nevhodných potravin se může podílet na nezdravém způsobu stravování. (5)

Pro zajištění prospěšnosti potravin je vhodné vybírat přírodní potraviny, jako je například celozrnný chléb či ovoce, protože mají vyšší nutriční hodnotu a obsahují méně konzervačních látek. (5)

Mezi další pravidla, která by měla být dodržována celý život, patří pravidelnost v přijímání 3 hlavních jídel, tedy snídaně, oběda i večeře, což je největším prohřeškem u sester, které jí nepravidelně a

nedodržují přestávky na jídlo. Není výjimkou, že u sester je prvním jídlem až večeře, právě často z důvodu nedostatku času. Důležité je však i stravování při noční směně, kdy nutriční terapeutky z Fakultní nemocnice u sv. Anny vytvořily rozpis jídla. Uvádějí, že je důležité najíst se před odchodem do práce, poté doporučují kolem 22.00 hodiny sníst něco malého, například jogurt či zeleninu, kolem 2.00 hodiny sníst porci ovoce a přibližně v 5.00 hodin se nasnídat. (36, 39, 55)

1.2.6 Pitný režim

Z velké části je lidské tělo tvořeno vodou a v průběhu života množství vody v organismu ubývá. K fyziologickému úbytku dochází vlivem nedostatečného příjmu tekutin. (45)

Pitný režim znamená doplňování tekutin během dne a měl by vždy začít ráno a pokračovat celý den. Denní příjem tekutin by měl být alespoň 2,5 litru, přičemž je 1,5 litru vyloučeno močí a cca 0,5 litru organismus ztrácí pocením. Hydratace organismu je důležitým předpokladem pro život, protože pokud je v organismu nedostatek tekutin, začínají se objevovat negativní fyzické projevy. Mezi tyto negativní příznaky můžeme zařadit zvýšení svalové dráždivosti, tepové frekvence, dále se začínají objevovat bolesti hlavy a někdy i průjemy. Těmto projevům mnoho lidí často nevěnuje pozornost z důvodu neznalosti, proto se pitný režim stal středem pozornosti odborníků. (8,25, 52)

Kukačka ve své knize klade velký důraz na pitný režim, který je důležitou součástí každodenního života. Proto, aby organismus mohl správně fungovat, je nutné udržovat rovnováhu mezi příjmem a výdejem tekutin. (25)

Množství přijatých tekutin je u každého člověka individuální a jejich objem se zvyšuje v souvislosti s fyzickou námahou. (5)

Mezi faktory ovlivňující příjem tekutin patří okolní klimatické podmínky a úroveň fyzické aktivity, ale také záleží na věku, pohlaví, stavu hydratace organismu a také na způsobu stravování. (5)

Všechny nápoje nejsou vhodné, protože organismus spíše odvodňuje, než aby doplňovaly ztráty. Proto by neměly být počítány do denního příjmu tekutin a mohou být i zdraví škodlivé. Mezi nevhodné nápoje patří káva, kakao, přeslazené, energetické nápoje a pochopitelně alkoholické nápoje. Naopak mezi doporučované tekutiny patří bylinkové čaje, voda, minerálky či přírodní ovocné šťávy. (25, 45)

Mezi tekutiny, které by sestry měly pít nejvíce, patří voda, protože je snadno dostupná, levná a obsahuje vše, co tělo potřebuje. Také snadno prochází trávicím systémem a doplňuje ztráty, které vznikají během dne pocením. (25)

Minerální vody patří také ke vhodným tekutinám, které se částečně mohou podílet na krytí denního příjmu tekutin, ale záleží na obsahu minerálů, protože jejich nevyvážený poměr může vést ke vzniku ledvinových či močových kamenů, proto se doporučuje střídat druhy minerálních vod a kontrolovat jejich složení, které je vždy uvedeno na etiketě. (8, 25, 52)

Ovocné šťávy jsou pro sestry vhodné při velkém zředění vodou, ale jsou zdrojem vysokého obsahu cukru a umělých sladidel. (25)

Existuje celá řada čajů, ale zelený čaj má velmi významnou zdravotní roli. Od ostatních čajů se odlišuje množstvím přírodních látek. Zelený čaj obsahuje polyfenoly, které mají antioxidační, ale také antikarcinogenní a antibakteriální účinky. (25)

Clarková ve své knize uvádí, že při nedostatečném příjmu tekutin dochází ke ztrátám vody a minerálů, jež vedou ke snížení objemu mimobuněčné tekutiny a změně osmolality. Osmolalita představuje médium, kterou potřebují pro život všechny buňky těla. V případě nedostatečného příjmu tekutin dochází také ke ztrátám sodíku, což je označováno odborným termínem jako hypertonická dehydratace, kdy nejčastější příčinou je zvýšená fyzická zátěž sester, pocení a nedostatečný příjem tekutin během dne. (5)

Při zvýšené zátěži kladené na sestru, dochází k velkým nárokům na stabilitu vnitřního prostředí. Ke ztrátám tekutin dochází močením, stolicí, potem a také dýcháním. Mezi projevy nedostatečného příjmu tekutin patří únava a bolest hlavy, dále přehřátí organismu, mohou se začít objevovat potíže s ledvinami, změny na kůži a problémy s látkovou výměnou. (25)

Mezi hlavní zásady příjmu tekutin patří dostatečné množství během dne. Není však vhodné přijímat najednou velké množství tekutin, na který náš organismus zareaguje zvýšeným vylučováním. (25)

U sester je pitný režim dle průzkumů až na dolní hranici, a to cca 1,5 litru za den. Sestry také často pijí větší množství kávy, tu však nelze započítávat do pitného režimu. (55)

1.2.7 Pohybová aktivita a zdraví

Pohyb je základní vlastností, která umožňuje existenci živočichů, samozřejmě včetně člověka. Lidské tělo v průběhu vývoje směřovalo k pohybu a aktivitě. I když je tělo v klidu, probíhají v něm děje nezbytné pro život. Mezi tyto děje můžeme zařadit cirkulaci krve, dýchací pohyby, kontrakce myokardu, aj. Pohybový aparát svou činností zajišťuje pohyb, který je úzce spjatý s psychickou činností. (29)

Je všeobecně známo, že nedostatek pohybové aktivity může vést k celé řadě civilizačních chorob. Nejbezpečnějším a finančně nejméně náročným preventivním a léčebným prostředkem je právě pravidelná pohybová aktivita, která je pro tělo tak přirozená. Vždyť i některé orgánové systémy jsou přímo závislé na pravidelné pohybové aktivitě. (25)

Vlivem fyzicky namáhavé práce u sester může dojít k poklesu pohybové aktivity ve volném čase, přičemž tato hypokineze v současném životním stylu může mít dopad na jejich zdraví. I když nedostatek pohybu ve volném čase je určitým paradoxem, protože sestry během směny nachodí mnoho kilometrů. V tomto případě je nutné odlišit pracovní zátěž a relaxační pohyby. K tomu je ještě nutné připočítat péči o děti a domácí práce. Doporučuje se ergonomicky uspořádat pracoviště a přidat více relaxace ve volném čase. (29, 55)

Mezi příznivé vlivy pohybové aktivity patří zvýšení tělesné zdatnosti, snížení hladiny cholesterolu, napomáhání lepšímu prokrvení mozku. Pohybové aktivity ulevují při bolestech zad a působí preventivně na vznik chronických neinfekčních chorob i na snížení hmotnosti. Dále mají vliv na psychickou činnost a na svalové a kosterní funkce. Cvičení je tedy prostředkem pro zajištění tělesné i duševní pohody a dobrého zdraví. (29)

1.2.8 Možnosti péče o vlastní zdraví sester v běžném životě

Jednou z možností péče o vlastní zdraví je chůze, což je nejběžnější typ lokomoce, která slouží k uspokojování základních životních funkcí. Aby chůze byla bezpečná, je nutné zajištění stability vzpřímené polohy, kterou zajišťuje centrální nervová soustava. (50)

Kukačka se ve své knize zabývá různými možnostmi sportovních aktivit a tvrdí, že i obyčejná chůze v rámci turistiky, při které dochází k adekvátnímu statickému i dynamickému zatěžování svalstva na dolních končetinách a na páteři, má kladný vliv na celý organismus. Tento druh pohybu je zcela přirozený, nepoškozuje klouby ani vazy a zvyšuje zdatnost celého organismu. Chůze je vhodná pro každého. (25)

Mezi pozitivní účinky chůze na lidský organismus patří to, že chůze celkově podporuje fyzickou kondici, posiluje kosti, zabraňuje vzniku osteoporózy. Při chůzi dochází k okysličování a prokrvování mozku, což příznivě ovlivňuje paměť a také nám pomáhá zhubnout, aj. Pro zdraví je prospěšné ujít alespoň 7 km denně. (25)

Další možností je jízda na kole, kterou se trénuje fyzická vytrvalost, síla dolních končetin a koordinace pohybu. Současně je posilována i psychika. Jízdou na kole nejsou zatěžovány klouby a šlachy. Při tomto sportu je nejdůležitějším předpokladem vhodný typ kola, chrániče, přilba a vhodná technika jízdy. (25)

Jízda na kole může mít i své nevýhody, mezi které patří ochabnutí některých svalových skupin a také zatěžování krční páteře, což je způsobeno polohou na kole. Je tedy vhodné zkombinovat jízdu na kole s jiným typem sportu. (25)

Také sem můžeme zahrnout plavání, které má pozitivní vliv na celý organismus. Plavání je vhodným sportem pro všechny. Pravidelné plavání se podílí na udržení dobrého zdravotního stavu a je to i jedna z forem rehabilitace nemocného člověka. Při plavání dochází k zatěžování svalových skupin, přičemž je tělo nadlehčováno vodou. U sester, které mají potíže se zády, je nutné zvolit správný plavecký styl. (25)

Plavání příznivě ovlivňuje imunitní systém, metabolismus, fyzickou i psychickou kondici. Na rozdíl od jiných sportů u plavání nehrozí úrazy a také nedochází k jednostrannému zatěžování pohybového aparátu. (25)

Další vhodnou pohybovou aktivitou je jízda na kolečkových bruslích, jež je v současné době velmi populárním sportem. Dá se provozovat v podstatě kdekoliv, kde je pevný a rovný terén. Tento druh sportu klade nároky na techniku, rovnováhu, obratnost a fyzickou kondici. (25)

Mezi výhody jízdy na kolečkových bruslích patří zvyšování silově rychlostních schopností i rozvoj vytrvalosti, koordinace a držení rovnováhy. (25)

Při jízdě na kolečkových bruslích, stejně jako u kteréhokoliv sportu, je velmi důležitý příjem tekutin. I u bruslí platí zásada, že na výběru se nevyplatí šetřit. Zároveň je nutné použití vhodných pomůcek na ochranu vlastního zdraví, mezi které patří helma, nejrůznější chrániče loktů, zápěstí, kolen a holení. (25)

Také lyžování patří mezi vhodné volnočasové aktivity. Při jízdě na lyžích se zlepšuje celková kondice organismu a dochází k rozvoji rychlostní síly a obratnosti. Jistá nevýhoda lyžování spočívá

v riziku úrazu, nicméně u lidí je tento sport velmi oblíbený. Hlavní výhodou lyžování je pobyt na čerstvém vzduchu, pocit radosti

z rychlosti i určité uspokojení z únavy. Lyžování lze provádět nejen v podobě sportu, ale také v podobě rekreační či ve formě turistiky. (25)

1.2.9 Návykové látky

Závislostmi na návykových látkách se ve své knize zabývá Nešpor. Uvádí, že závislosti mají celou řadu příčin. Obecně jsou ženy ve vztahu k návykovým látkám opatrnější než muži, ale v současné době se jejich počet zvyšuje. U žen se zpravidla dříve objevují zdravotní problémy v souvislosti s užíváním návykových látek, ale na druhou stranu si snadněji vytvářejí zdravější životní styl. (34)

1.2.10 Kouření

Při kouření dochází k vyplavování některých látek, jako je například beta-endorfin, který způsobuje pozitivní emoční ladění. Právě jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu je kouření tabáku, protože vede k předčasným onemocněním a úmrtím. (29)

Při kouření tabáku dochází k uvolňování celé řady karcinogenních látek, jako je například nikotin, dehet, kyanid, arzenik aj. Již po vdechnutí se nikotin do 7 vteřin vstřebá do krve. Jedná se o návykovou látku, proto se při poklesu hladiny nikotinu začnou objevovat abstinенční příznaky. Nikotin zvyšuje krevní tlak, způsobuje vazokonstrikci a tachykardii. Je to také rizikový faktor pro vznik ischemické choroby srdeční a infarktu myokardu, ale také přispívá ke vzniku cévní mozkové příhody a onemocnění periferních cév. Dehet se usazuje v plicích a podílí se na vzniku rakoviny plic, ale i dalších orgánů jako je hrtan, dutina ústní, jícen, močový měchýř, aj. (29)

Obecně cigaretový kouř vyvolává hypertrofii žlázek v průduškách, což vede k nadměrné sekreci a poškození pohyblivosti řasinek epitelové výstelky. Následně dojde ke hromadění hlenu v dýchacích cestách a s tím souvisejícím zánětlivým změnám sliznice. (29)

Léčba závislosti na tabáku je velice obtížná. Při odvykání je nutné, aby kuřák chtěl sám přestat a lékař by mu měl vysvětlit možná náhradní řešení, jak se cigaretě vyhnout. Je nutné s kouřením přestat najednou a doporučuje se odstranit veškeré cigarety, zapalovače, ale i popelníky z okolí. Existuje celá řada preparátů, které pomáhají snižovat abstinенční příznaky, mezi ně patří například nikotinové náplasti či žvýkačky. (29)

1.2.11 Alkohol

Povolání sestry je náročné a plné stresu, proto sestry často mohou sahat po alkoholu, aby se jim alespoň na chvíli ulevilo, protože alkohol způsobuje uvolnění, zklidnění, zahnání stresu, ale také zvýšení tělesné i duševní výkonnosti. (44)

Alkohol patří mezi tolerované drogy a je běžně dostupný. Česká republika stojí v žebříčku mezi státy na prvním místě, co se týče spotřeby alkoholu. (29)

Alkohol vzniká kvašením sacharidů a jeho chemickým složením je etanol, který je obsažen v alkoholu v různých koncentracích. Alkohol je často konzumován pro jeho vliv na nervovou soustavu. (29)

Při konzumaci alkoholu dochází k rozšíření kožních cév a naopak k zúžení cév hlubších a zpomaluje se průtok krve věnčitými cévami srdce. Dále dochází ke zvýšenému vylučování moči, což může rychle vést k dehydrataci organismu. (29)

Poměrně dlouhou dobu byl alkohol považován za zdravotně nezávadný, protože měl antibakteriální účinky. Pokud se alkohol konzumuje v malém množství, má na organismus i pozitivní vliv. (29, 44)

Je nesporné, že sestry, ale i jiní zdravotničtí pracovníci, nesmí užívat alkohol během směny, čehož jsou si vědomy. Sestry často dostávají od pacientů jako poděkování kromě čokolády, květin aj. i alkohol. V případě, že by sestry požily alkohol v pracovní době, zaměstnavatel by s nimi mohl ukončit pracovní poměr, protože porušily zákoník práce a ohrozily nejen své zdraví, ale i zdraví pacientů. (51)

1.2.12 Lékové závislosti

Vlivem psychického přetěžování sester a strachem z možných chyb se můžeme u sester setkat s lékovou závislostí a to zejména na opiátech a lécích s narkotickými a sedativními účinky. (29)

Opiáty jsou vysoce návykové jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické. Jejich účinek je narkotický a sedativní, což vede k odstranění strachu z možného selhání, ale také ke snížení výskytu možných konfliktů a navozují pocit spokojenosti. (29)

Mechanismus účinku opiátů spočívá v působení na centrální nervový systém, kdy se naváže na opiátové receptory, na které se jinak vážou endorfíny. Opiáty tedy v organismu nahradí endorfíny, které si za normálních okolností organismus vytváří sám a dojde k útlumu jejich sekrece. V případě, že dojde

k zastavení přívodu opiátů, nedokáže se s tím tělo samo vyrovnat a vzniká abstinenční syndrom, při kterém se začnou objevovat úzkostné stavy, ale také stavy zmatenosti a pocitu ohrožení. (29)

Mezi léky s narkotickými a sedativními účinky patří zejména benzodiazepiny, jež navozují pocit zklidnění a ztrátu pocitu strachu a úzkosti, rovněž navozují spánek. Zástupců benzodiazepinů je celá řada, mezi nejznámější můžeme zařadit Neurolept, Diazepam, aj. (29)

1.2.13 Odpočinek

Při odpočinku dochází ke svalové relaxaci bez emočního vypětí, při němž následuje uvolnění těla. Sestry by měly odpočívat v prostředí, které je jim příjemné a v kterém se můžou věnovat činnosti, jež je příjemně naladí. (33)

Mezi důležité předpoklady ovlivňující odpočinek patří pocit, že vše máme pod kontrolou. Prospívá klid, pohoda, spokojenost, ale také možnost provádění účelné aktivity, pochopení ostatních lidí a vědomí, že máme někoho, kdo nám pomůže v případě potřeby. (33)

1.2.14 Spánek

Mikšová uvádí, že důležitým předpokladem pro zdraví je spánek a odpočinek. Spánek již staří Řekové považovali za dar od Bohů a dokonce měli Boha spánku, kterého nazývali Morfeus. (33)

Při výzkumech bylo zjištěno, že spánek je charakterizován minimální fyzickou aktivitou s různou úrovní vědomí a následnými změnami fyziologických funkcí. V minulosti byl spánek považován za stav bezvědomí. Mezi změny fyziologických funkcí při spánku patří snížení krevního tlaku, zpomalení tepové frekvence, zpomalení metabolismu, změny činnosti zažívacího traktu a také dochází k rozšíření periferních cév. (33)

Spánek řídí dvě specializované oblasti uložené v mozkovém kmeni, mezi které patří retikulární aktivační systém a bulbární synchronizující oblast prodloužené míchy. Spánek probíhá cyklicky a je charakterizován střídáním fází REM (rapid eye movement) a NREM (non rapid eye movement). (33)

Při práci ve zdravotnictví je narušený cyklus spánku. Je prokázáno, že po nočních směnách je spánek kratší a neplnohodnotný. Problém spočívá i v brzkých nástupech na směnu, kdy je narušeno fyziologické vstávání. Odborníci uvádějí a zároveň varují, že nedostatek spánku se podílí na zkrácení života. Výsledkem nedostatečného spánku u sester může být spánková deprivace, která se projevuje nervovou labilitou, poruchami spánku a zažívacími potížemi. (55)

Možné problémy související se spánkem se projevují na celkové kondici, protože sestry již jako unavené vstávají, cítí se vyčerpané, mohou být podrážděné i nepozorné, s čímž souvisí zvýšené riziko pracovních úrazů. (47)

Mezi faktory ovlivňující spánek patří denní aktivita. Potřeba spánku je u každého zcela individuální. Mikšová ve své knize popisuje faktory ovlivňující spánek, které rozděluje do čtyř oblastí. První oblastí jsou biologicko-fyziologické faktory, mezi ně řadíme věk, nemoc, bolest, pohybovou aktivitu, jídlo, pití a změny způsobu života. Druhá oblast je psychicko-duchovní, sem patří úzkost, strach, nejistota, nedostatek činnosti a možná ztráta smyslu života. Třetí oblastí je oblast sociálně kulturní, mezi faktory ovlivňující spánek patří mezilidské vztahy, problémy na pracovišti či finanční problémy. Čtvrtou oblastí jsou faktory prostředí, kam zahrnujeme světlo, hluk, stav ovzduší a celkově nevyhovující prostředí. (33)

1.3 Sestra

Sestru Závodná definuje jako osobu, která studiem vzdělávacího programu získala kvalifikaci, aby mohla vykonávat povolání sestry, ale také získala registraci k realizaci praxe. Sestry pomáhají jednotlivcům, ale i skupinám při zajišťování jejich potřeb a svou způsobilostí se podílejí na udržování zdraví pacientů. Je však důležité, aby svoje vědomosti využily i při péči o vlastní zdraví. (54)

Sestry ve většině zemí tvoří nejpočetnější skupinu zdravotnických pracovníků, proto mají v systému zdravotní péče nezastupitelnou roli a znamenají přínos do oblasti zdraví jedinců, ale i skupin. (2)

Sestry vždy poskytovaly základní ošetrovatelskou péči o pacienty, ale v dnešní době jsou na ně nakládány stále větší nároky. Sestry jsou podřízeny lékařům, ale také sesterskému managementu a z něj vyplývajícím povinnostem, které jsou rozšířeny ve vztahu k sociálním problémům a jdou ruku v ruce s nemocí i se zdravím jedince. (1)

Při naplňování role sestry dochází k vnitřnímu konfliktu vycházejícím z přesně stanovených norem pro práci, ale také z jejich uplatnění v neopakovatelných a jedinečných situacích. Sestry jsou zatěžovány celou řadou dílčích rolí, které se objevují v pracovních podmínkách a sestra se v nich musí dobře orientovat. (1)

Profesi sestry charakterizují znaky, jako je profesní autorita, jež vychází ze získaných vědomostí, které laická veřejnost nemá, z profesní etiky, neohrazené pracovní doby a volného času. (2)

1.3.1 Zdravotník v roli pedagoga

Při péči o pacienta je nutná nejen odborná úloha zdravotníka i pedagogické působení. Sestra pacienta nejen motivuje, ale i edukuje, přesvědčuje, vychovává a také vzdělává. K tomu, aby se pacient co nejdříve uzdravil, je nutné dodržovat ordinace lékaře, ale i určitý režim a sebekázeň. Aby tato úloha zdravotníka byla kvalitní, musí sám sebe vychovávat, ale i celoživotně se vzdělávat. (21)

Náplň práce zdravotníka zahrnuje zejména znalost profese, psychologie osobnosti i psychologie nemocného, dále pedagogické schopnosti, znalost práv nemocných i zdravotníků, znalost etického kodexu zdravotníka, manažerské schopnosti, znalost multikulturní výchovy a psychohygieny a již zmiňované celoživotní vzdělávání. (21)

1.4 Charakteristika práce ve zdravotnictví

Práce ve zdravotnictví je charakteristická možným ohrožením zdraví zdravotníků celou řadou fyzikálních, chemických a biologických faktorů. K těmto rizikovým faktorům přistupují i nedostatky v režimu práce, odpočinku a spánku, práce pod psychickým nátlakem, směnný provoz, zvýšené riziko pracovního úrazu a nemoci z povolání. (13)

Mezi povinnosti pracovníků ve zdravotnictví patří podrobování se pravidelným preventivním prohlídkám a dodržování bezpečnostních a hygienických opatření. V případě prokázání, že zdravotník nedodržel tyto postupy, ačkoliv byl s nimi seznámen, může být organizace zproštěna povinnosti uhradit zdravotníkovi vzniklou škodu na zdraví, která by mu v opačném případě musela být uznána. (13)

Například na operačních sálech se zdravotníci setkávají s genotoxickými látkami, které mají mutagenní, karcinogenní a teratogenní účinky. Za nejlepší prevenci na těchto pracovištích je považována kvalitní vzduchotechnika. (13)

Mezi choroby ve zdravotnictví patří i alergie, které jsou způsobeny manipulací s dezinfekčními prostředky, antiseptiky, antibiotiky a s pryží. V takovém případě je nutné vyřadit postiženou osobu z rizika. (13)

Každý pracovník by si měl uvědomit, že v případě vzniku infekčního onemocnění je povinen tuto skutečnost ohlásit a podrobit se léčbě. Pokud je stále ve styku s pacienty, měl by zvláště pečlivě provádět a dodržovat osobní hygienu a užívat ochranné pomůcky, mezi které patří například rukavice, empíry, obličejové masky, pokrývka hlavy, aj. (13)

1.4.1 Pracovní prostředí sestry

Bártlová ve své knize uvádí, že na výkon sester má pracovní prostředí velký vliv a může být jednou z příčin odchodů sester ze zdravotnictví. Pracovní prostředí může být i nezdravé, což mnohdy vede ke snižování výkonu, ale také k odcizení. Naopak existují i pracoviště, která jsou schopná sestry přilákat a udržet, proto jsou tato pracoviště označována termínem pozitivní pracovní prostředí. Mezi hlavní rysy pozitivního pracovního prostředí patří strategie zaměřená na další vzdělávání sester, různé motivační programy, vybavenost pracoviště, dostatečné finanční zázemí, ale také inovativní zásady, jejichž cílem je nábor a udržení pracovníků. (2)

Důležitým předpokladem v souvislosti prevence poškození zdraví sestry je vhodné pracovní prostředí, při kterém nedochází k nadměrnému fyzickému zatížení. Například při manipulaci s imobilním pacientem je důležité využívat základní principy mechaniky těla. Proto by si sestra před každým výkonem měla upravit pracovní prostředí, tak aby nedošlo k poškození jejího zdraví. Například použitím různých pomůcek, které by měla mít k dispozici. (23)

Na některých odděleních není pro sestry k odpočinku a stravování určena vyhovující místnost nebo tuto místnost nemají vůbec. Takže si sestry nemají kde o přestávce odpočinout a uvolnit se, nemají se kde najíst, aj. Často jsou nuceny jíst ve stísněných prostorách nebo v pracovně sester. (3)

1.4.2 Motivace v pracovním prostředí

Výkon sester v pracovním prostředí ovlivňuje motivace. Motivace závisí na vnitřních i vnějších interakčních faktorech, které určují, jaké má člověk cíle a jak se jich snaží dosáhnout. Na motivaci však působí i další faktory, například spolupracovníci a celkové pracovní prostředí. (9)

Sestry si v průběhu času vytvořily hodnoty a postoje, které poskytují důkazy o tom, že každý jednotlivec vnímá stejnou situaci jiným způsobem, což ovlivňuje jejich myšlení. (9)

Sestry v dnešní době motivuje sesterský slib Florence Nightingalové. Přestože uplynula od roku 1893, kdy byl slib napsán, již dlouhá doba, stále nejlépe vystihuje poslání této profese, odrážející vizi a hodnoty v ošetřovatelství, a je zdrojem ošetřovatelských standardů, které jsou užívány v dnešní době. (9)

1.5 Zátěž ve zdravotnictví

Sestry jsou při výkonu svého povolání zatěžovány jak po fyzické, tak i po psychické stránce, obě tyto stránky se navzájem prolínají. Nadměrná zátěž vede ke zvýšenému riziku chybně provedeného výkonu, pracovním úrazům či psychosomatickým onemocněním, kvůli kterým často sestry odcházejí ze zdravotnictví.(1)

Na základě statistických údajů je práce sester ze zdravotního hlediska považována za nejtěžší. Zdravotníci jsou ovlivňováni celou řadou faktorů, které se mohou podepisovat na jejich zdravotním stavu. Tuto zátěž bychom mohli rozdělit na zátěž fyzickou, chemickou a fyzikální a na zátěž psychickou, emocionální, sociální. (1)

Mezi zátěž chemickou, fyzickou a fyzikální, zahrnujeme statické zatížení při práci u lůžka, u výkonů, ale také dynamické zatížení, které vzniká například při přecházení mezi provozy. Dále dochází k zatížení páteře, pohybového systému, vzniká riziko infekce, narušení režimu spánku, v neposlední řadě jsou sestry zatěžovány nedostatkem času a klidu. Rizikový je také kontakt s léky či různými přípravky a pomůckami. (1)

Zátěž psychická, emocionální a sociální vyplývá z neustálé nutnosti udržení pozornosti, časného reagování, nároků na paměť, zodpovědnosti ze své práce, z nutnosti improvizace, ale také z opakovaného setkávání s lidmi, kteří jsou těžce nemocní, s působením bolesti jiným lidem, konfliktem rolí a celou řadou dalších faktorů. (1)

Výzkumy prokázaly, že sestra u lůžka je více zatěžována než sestra na ambulanci, což se u sester pracujících u lůžka projevuje poruchami spánku a narušením volného času. Bylo prokázáno, že sestry získávají pocit sociální opory na základě kladných vztahů na pracovišti. Sestry uvedly, že jejich povolání ovlivňuje jejich zdravotní stav. (1)

Sestry jsou schopny udělat maximum v péči o pacienta. Každý den mají ve svých rukách jeho život a špatné rozhodnutí může pacienta i zabít. Riziko, že se sestry spletou, se zvyšuje zejména, pokud jsou unavené a přepracované. Sestry často slouží směny i na úkor svého zdraví, volného času i své rodiny. V nemocnicích často chybí dostatek personálu, takže jedna sestra pracuje za dvě. Jejich životní rytmus je úplně narušený. Práce ve zdravotnictví je značně riziková, tato rizika souvisí zejména s nemocemi z povolání, jako je například AIDS, hepatitida B i C, tuberkulóza, svrab, aj. Z výzkumů i vyplývá, že v rámci psychické zátěže je u zdravotníků nejvyšší procento sebevražd. (42)

1.5.1 Fyzická pracovní zátěž sester

Kromě faktorů chemické, biologické a fyzikální povahy jsou součástí ochrany zdraví sester faktory související s vybaveností a výkonovou kapacitou člověka. Fyzická pracovní zátěž úzce souvisí se zátěží psychickou. (49)

Fyzické zatížení sester, které plyne z pracovních úkolů, může být zdrojem možného poškození zdraví v souvislosti s nadměrným přetěžováním pohybového aparátu. Také dochází k přetěžování srdečně cévního a dýchacího systému. K nepřiměřenému fyzickému zatěžování vede celá řada příčin, namátkou jednosměrné zatěžování určitých svalových skupin, nepřiměřená pracovní poloha, aj. K dalším faktorům patří kupříkladu složení pacientů na ošetrovací jednotce, zde však záleží na vybavenosti oddělení a počtu sester na směně. (4)

Pro ochranu vlastního zdraví sestry je nutné dodržovat zásady ochrany zdraví při práci. Mezi tyto zásady patří ergonomické uspořádání pracovního prostředí, odstranění zdroje nepřiměřeného fyzického zatěžování, ale také vyvarování se s prací v nepřiměřených pracovních polohách. K dalším zásadám patří dodržování principů manipulace s břemeny, používání vhodných pomůcek, které mají sestry k dispozici, vhodná organizace práce a zajištění její bezpečnosti použitím vhodných ochranných pomůcek. (49)

1.5.2 Bolesti zad jako životní realita

Hnízdil ve své knize uvádí, že bolesti zad jsou jednou z vůbec nejčastěji se vyskytujících obtíží. Bolesti zad jsou způsobeny poruchou v oblasti páteře a jsou funkční etiologie, což znamená, že nejsou přítomny výrazné patologicko-anatomické odchylky. Nejčastěji se bolesti zad objevují v oblasti krční a bederní páteře, protože tyto části jsou nejvíce mechanicky zatěžovány. (18)

Pro prevenci bolestí zad má velký vliv změna životního stylu, protože jednou z častých příčin bolestí zad je svalová nerovnováha v souvislosti s nedostatkem pohybové aktivity a stereotypu. Léčebná tělesná výchova má větší význam než doporučení, která se týkají například zvedání břemen. (18)

1.5.3 Škola zad

Při nesprávném zatěžování určitých svalových skupin, dochází ke vzniku svalové dysbalance, svaly se zkracují a ochabují. Téměř u každého člověka můžeme pozorovat určitou svalovou disharmonii, jejíž příčina spočívá v převažující zátěži, která není kompenzována správnou aktivitou. (12)

První krok nápravy spočívá ve zjištění potřebných informací a následně je velice důležitá spolupráce, nejen s rehabilitačním oddělením, které poskytne informace o vhodných cvičích, ale také je nutné cvičit sám doma, což je předpokladem úspěchu. (12)

1.5.4 Manipulace s břemeny

Při přepravování břemen, jež zahrnuje zvedání, tahání, nesení nebo přemísťování, hovoříme o ruční manipulaci s břemeny. Transport s sebou přináší riziko možného poškození zdraví sestry. Míru a způsob poškození ovlivňuje charakteristika břemene, jako je hmotnost, stabilita a skladnost, požadovaná zátěž, nevhodný režim práce a odpočinku, nedostatečné znalosti sester o manipulaci s břemeny a také rozhodující vliv pracovního prostředí. (49)

Ženy ze zákona nesmí zvedat břemena, která váží více než 15 kg, ale to se nevztahuje na manipulaci s pacientem. Zákon totiž pacienta nepovažuje za břemeno, proto není výjimkou, že sestra, která váží například 60 kg, manipuluje s pacientem jednou tak těžkým. (42)

Před každým pohybem je nutné správné držení těla. Základem pro manipulaci s břemeny je, postavit se co nejbližší k pacientovi nebo předmětu. Před zdvihnutím je důležité rozšířit postoj pro zajištění stability a ohnout se v oblasti bederní páteře a kolenních kloubů. Je podstatné nastavit výšku pracovního prostoru do výše těžiště. Při tahání těžkých břemen se doporučuje předsunout jednu nohu dopředu a využívat svalovou sílu dolních končetin. Pro ochranu vlastního zdraví sestry je také důležité využívat horní končetiny jako páky a vyhýbat se práci proti gravitaci. (23)

Mezi důležité zásady manipulace s břemeny patří využívání svalů dolních končetin a správné zaujetí polohy, dále držení rovné páteře, zaujetí správného stoje a zvolení nejkratší dráhy břemene. Mezi další zásady zahrnujeme využití pohybů vlastního těla a využívání pomocných prostředků. (49)

1.5.5 Správné držení těla

Veškeré svalstvo těla se podílí na udržení vzpřímené polohy. Toto svalstvo tvoří pás uložený podél mechanické osy těla, takže vede od nožní klenby až po lebku. Držení těla je svým způsobem prostorové uspořádání v určité poloze, která je zachována i při pohybu. Držení těla odráží způsob, jakým se tělo vyrovnává se zemskou gravitací. (6)

Správné držení těla je velice důležitý předpoklad pro zdraví sestry. Páteř v podstatě nese hlavu a trup. Hlavu nese krční páteř, hrudní páteř nese hrudník a bederní páteř nese v podstatě celé tělo. Hmota celého těla je následně rozváděna kostí křížovou do pánve a dolních končetin. (40)

Cílem je, aby svalovina zajistila správné držení těla po delší dobu, ale za minimálního množství vynaložené energie, čímž se zabrání přetěžování struktur. (40)

Celý organismus se ve stoje brání působení gravitace, která tlačí výše uložené části na části níže uložené. K tomu, aby byla svalovina zad využívána nejefektivněji, je nutné stát tak, aby pánev byla překlopena mírně dopředu a hlava byla držena ve vzpřímené poloze. Návčik této polohy je velice jednoduchý, stačí se jen opřít o zeď. Chodidla by při správném stoji měla se zemí svírat úhel 30 – 40 °. Při delším stoji se doporučuje přenášet váhu těla ze špiček na paty, aby nedocházelo k zatěžování zádového svalstva. (40)

1.5.6 Správný sed

Určitou část pracovní doby sestry tráví v poloze vsedě, například při plnění administrativních povinností, kterých stále přibývá. V poloze vsedě na naše tělo působí gravitace, která stahuje tělo do uvolněného sedu. Při uvolněném sedu se záda zakulacují a pánev je sklopena dozadu, což vede k nerovnoměrnému zatížení meziobratlových plotének, jež se vlivem této zátěže klínovitě deformují a vazy neúměrně napínají. (40)

Vlivu dlouhodobé zátěže se záda postupně začínají adaptovat. Během tohoto adaptačního procesu se páteř a kloubně svalový systém přizpůsobuje vnějším vlivům a zároveň dochází k oddalování nebezpečí z přetížení, které následně vede k omezování hybnosti páteře a ke svalové nerovnováze z důvodu dlouhodobého nevhodného rozložení tlaků. Při sedu s tzv. kulatými zády se rozšiřují meziobratlové prostory, ve kterých prochází spinální nervy. V případě zúžení meziobratlových prostorů vlivem adaptačních změn může být tato poloha i úlevová, protože dochází k odlehčení jinak utlačovaného nervu. (40)

Nejekonomičtější je tzv. vzpřímená poloha vsedě na rovné sedací ploše. V tomto případě vodorovná rovina prochází kyčelními klouby, které jsou uloženy o něco výše než klouby kolenní. Paty jsou položeny na zemi pod kolenními klouby. Úhel mezi nohou a zemí by měl být 45 °, chodidla by měla být postavena v dlouhé ose steh. (40)

Brügger uvádí požadavky na odlehčení sedu, mezi které patří sklopení pánve dopředu, zdvižení hrudníku a korektura osy držení hlavy a dýchání do břicha. Ramena by měl být postavena volně směrem dozadu v zevní rotaci končetin a s dobrou fixací mezilopatkových svalů. Je vhodné, aby dolní končetiny byly od sebe v úhlu 45° a nohy pod kolena by měly být umístěny na zemi v mírné zevní rotaci. Dále se doporučuje opírat se o opěrátko židle a střídavě zatěžovat hrboly sedacích kostí. (40)

1.5.7 Psychická zátěž sester

Psychickou zátěž sester můžeme definovat jako proces, při kterém dochází k psychickému zpracovávání a vyrovnávání se s okolními vlivy pracovního, ale také životního prostředí. Při dlouhodobé psychické zátěži se u sester mohou začít objevovat psychosomatická onemocnění. (49)

Psychické zatížení sester souvisí s nutností neustálého udržení pozornosti během směny, souvisí s nároky kladenými na paměť, se zodpovědností, konfrontací se smrtí, ale také s nutností samostatného rozhodování. Dále se v rámci psychické zátěže u sester uplatňuje dlouhodobé psychické přetěžování při poskytování ošetrovatelské péče, které může vyústit v syndrom vyhoření. Z výsledků výzkumných šetření vyplynulo, že sestry nejsou dostatečně informovány o aktivitách zaměřených na odbourávání psychické zátěže. (22, 49)

Mezi příznaky psychické zátěže patří celkový diskomfort, poruchy nálad, nespokojenost v práci, až syndrom vyhoření a emoční stavy. Z poruch duševního zdraví může vzniknout reaktivní psychóza, posttraumatická stresová porucha, dále poruchy adaptace, ale také závislosti na návykových látkách a psychotické či neurotické poruchy. (49)

1.5.8 Odolnost vůči psychické zátěži

Odolnost vůči zátěži je ovlivňována nejen konstitučně, ale také vývojovými faktory. Na stresové situace reaguje každá sestra jiným způsobem. Reakce závisí na zkušenostech, fyzických a psychických zdrojích a na zdravotním stavu sestry. Také je velmi individuální posuzování dané situace. (1)

Odolnost vůči stresu je dále ovlivňována osobnostními charakteristikami, mezi které patří schopnost empatie, asertivita, schopnost relaxace, sebehodnocení a emocionální stabilita. (1)

1.6 Stres u sester

Stres je psychický a somatický stav, během kterého dochází v určitém časovém úseku k odchylce v chování. Z biomedicínského hlediska je stres označován jako reakce, kdy dochází ke zvýšenému vyplavování hormonů z nadledvinek. Tyto hormony následně dráždí mozek ke zvýšené pohotovosti, proces provází vyplavení adrenalinu a noradrenalinu. Tyto stresové hormony začnou ovládat nervový systém a jejich vlivem dojde ke zvýšené látkové výměně, ke sníženému prokrvení kůže a trávicího systému, zrychlí se dech, zvýší se tepová frekvence a tím pádem i krevní tlak a játra začnou vyplavovat cukr do krve. Stres jako celek organismu neškodí, ale trvalá zátěž ano. (4, 28)

Během života si každý jedinec vytváří určitý model zvládnání stresu, který se může měnit. Tento proces přizpůsobování, vede k zabránění možného poškození integrity osobnosti, jež by v opačném případě mohlo vyústit ve vyhoření. (4)

1.6.1 Poplachová fáze

Poplachová fáze stresu má za cíl vytvořit v organismu optimální podmínky, které umožňují člověku připravit se na ohrožující situaci. Pro případnou rvačku nebo únik je zapotřebí, aby svaly byly připravené, zvyšuje se tedy jejich prokrvení, což souvisí se zvýšenou frekvencí srdce. Současně vzroste i nabuzení nervového systému. Na úkor zvýšeného prokrvení svalů dochází ke sníženému prokrvení jiných orgánů, zejména kůže a útrobní. (17, 20)

1.6.2 Zdroje stresových situací

Základními zdroji stresových situací jsou dle výzkumů stresové faktory utvářené v práci či během studia, ale také život v rodině. Každý z nás si může vytvářet vlastní stres, který vzniká ze samotného způsobu řešení problémů, ale i z osobnosti člověka a úrovně sebeovládání. Jinými slovy stres ovlivňuje stupeň tělesného i duševního zdraví. (32)

Stresové situace mohou vyplynout ze vztahu mezi sestrou a pacientem, nebo mezi sestrou a rodinnými příslušníky, ale i mezi kolegy na daném pracovišti. Ve vztazích mezi sestrou a pacientem se mohou objevit problémy, které sestře ublíží, zaskočí ji, nebude si s nimi vědět rady, což se může projevit i ve vztazích s rodinou. V pracovních vztazích jde často nejen o konflikt mezi kolegyněmi, ale i o rozpory mezi sestrami a lékaři. Někteří lékaři sestry ponižují, mnohdy na ně přenášejí kompetence a ony se neumí bránit. Mobbing na pracovišti je častý, některé výzkumy uvádí, že sestry jsou alespoň jednou týdně vystaveny mobbingu. (15, 19)

1.6.3 Prevence stresu

I v tomto případě má velký význam prevence, která spočívá zejména v eliminaci stresu. Programy na zvládnání stresu jsou zaměřeny na profesní vzdělávání a procvičování nejrůznějších nácviků, které by měly sestram pomoci v získání jistoty, ale také k získání informací týkajících se zvládnání stresu a na vytváření příjemné atmosféry na pracovišti. Sestram se doporučuje zaměřit se na duševní hygienu, protože její povolání je značně stresující. Sestry by se měly naučit udržovat si odstup od pacientů a vytvořit si zdravý životní styl. Cílem duševní hygieny je sebevýchova a sebepoznání, ale také naučit se relaxovat. Sestry by si měly vytvořit žebříček hodnot a uvědomit si, jak je ochrana vlastního zdraví důležitá. (14)

Stres u sester je endemický problém, který postihuje sestry na celém světě a vede k celé řadě závažných problémů. Sestry jsou sice školeny tak, aby se dokázaly vyrovnávat se stresem v zaměstnání, ale k syndromu vyhoření přispívají i faktory mimo pracovní prostředí, jako je například stres doma. Stres vede k poškození zdraví nejen sestry, může vést i k poškození zdraví pacienta. (14)

1.6.4 Relaxace

Křivohlavý tvrdí, že dnešní moderní doba je charakteristická zvýšeným shonem, neklidem a celou řadou podnětů, které je nutné zvládat. V životě se sestry setkávají se situacemi, které způsobují napětí svalů, a přestože tato situace pomine, napětí neboli tenze může dále přetrvávat a má tendenci se hromadit, proto je důležitá relaxace. Při relaxaci dochází ke svalovému uvolnění. Pokud sestra nedokáže napětí ventilovat, stává se citlivějším a zranitelnějším. (24)

Relaxace patří k metodám používaným při stresových situacích, během ní dochází k hlubokému uvolnění a následnému odstranění svalového a nervového napětí. Relaxační cvičení také napomáhají

obnovení rovnováhy. Podle výběru relaxačních technik lze uvolnit jen části těla nebo celé tělo. Pozitivní účinek relaxace spočívá také ve vlivu na paměť, soustředěnost a zvyšování sebedůvěry. Relaxační cvičení vede ke zlepšení životního stylu a tím také k umění vyrovnávat se zátěžovými situacemi. (29)

Doba relaxace je zcela individuální a její účinek se zvyšuje s četností jejího používání. Relaxačních cvičení je celá řada, ale při výběru je nutné brát v úvahu zdravotní stav. Mezi druhy relaxačních technik patří například jóga, tai-či, masáže, akupunktura, koupele, meditace, aj. (25, 29)

1.7 Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků

První zmínky o syndromu vyhoření byly publikovány v USA a postupem času se stal středem zájmu a nejzkoumanější oblastí. Syndrom vyhoření je jedním ze škodlivých důsledků stresu v zaměstnání. Tento syndrom postihuje zejména pomáhající profese, mezi které profese sestry rozhodně patří. Syndrom vyhoření se může objevit již velmi brzy v začátku kariéry. Způsobuje nejen škody osobní, ale také dochází k zhoršování kvality odváděné práce. (1, 31)

Pojem syndrom vyhoření je definován jako „dlouhodobé zaměření pozornosti na situace, které jsou emocionálně náročné. Paradoxem je, že syndrom vyhoření postihuje sestry, které jsou obětavé, zapálené do své práce, do které vynakládají mnoho energie. Motivace je v tomto případě nebezpečná, protože činí sestry zranitelnějšími. Často se syndrom vyhoření vyvíjí pomalu a sestry o něm dlouho nemusí vědět. Významnou roli zde hraje prevence. (1, 53)

Syndrom vyhoření je velice závažné emoční vyčerpání organismu, které vede ke zhoršené adaptaci v pracovním prostředí. (11)

Jsou známé faktory, jež zvyšují riziko vzniku syndromu vyhoření, mezi ně patří nepravidelná pracovní doba, pracovní přetížení, vztahy s kolegy či nadřízenými a nedořešené kompetence jednotlivých sester. (16)

Sestry sice nenesou odpovědnost za stanovený léčebný plán, ale jsou zodpovědné za vedení dokumentace, řídí ošetrovatelskou péči a tráví s nemocnými mnohem více času než lékaři, proto se jich problémy pacientů, ať už tělesné nebo duševní, více dotýkají. (16)

1.7.1 Stadia syndromu vyhoření

Bartošíková ve své knize uvádí, že syndrom vyhoření je vyvíjející se proces, o kterém by se dalo říci, že začíná u motivovaného a nadšeného zdravotnického pracovníka již od nástupu do zaměstnání. (1)

Model C. Maslachové rozděluje syndrom vyhoření do čtyř fází. V první fázi se objevuje nadšení, sestry jsou plné ideálů, což následně vede k přetěžování se. Druhá fáze je charakteristická fyzickým i psychickým vyčerpáním. Ve třetí fázi dochází k dehumanizaci sociálního okolí, jakési odcizení a zaujímání obranného postoje. Pro čtvrtou fázi je typická lhostejnost, ale také negativismus a vyčerpání. (1)

1.7.2 Příznaky syndromu vyhoření

Příznaky syndromu vyhoření se mohou objevit na třech úrovních. První z úrovní je oblast psychická, při které dochází ke ztrátě motivace, objevují se deprese, pocity smutku, celkové vyčerpání, negativismus a celková hostilita k pacientům. Sestry už dále nechtějí slyšet další trápení, ani starosti, nemají zájem být empatické. Pokud se sestry nemohou vyhnout kontaktu s pacientem, jsou podrážděné, nepřátelské a i jejich rodina se pro vyhořelé sestry stává přítěží. (1, 16)

Sestry začínají vnímat život jako zdroj stálých problémů a nároků, stávají se pesimistickými a negativními. Činnosti, které provádějí, upadají do stereotypu a později dochází ke ztrátě vnímání smyslu své práce. Celkově život přestává mít význam a můžou se začít objevovat i sebevražedné myšlenky. (1, 16)

Druhou úrovní je oblast fyzická, při které se objevuje rychlá unavitelnost, nedostatek energie, svalové bolesti či tělesné slabosti, poruchy spánku, poruchy krevního tlaku a zvýšené riziko závislosti. Únava bývá spojena s pocity viny a selhání. Zvyšuje se potřeba spánku, ale přitom je spánek nekvalitní a sestry se necítí odpočaté. Také jsou typické drobné úrazy a ztráta tělesné hmotnosti v souvislosti se změnou stravovacích návyků. (1, 16)

Na třetí úrovni, týkající se sociálních vztahů, se objevuje omezování kontaktu s kolegy, pacienty, ale také s rodinou a nechtí ke svému povolání. Dochází ke zvýšenému podráždění, objevuje se lhostejnost, nezájem a narůstají konflikty. (1, 16)

1.7.3 Co dělat při syndromu vyhoření

Bartošíková ve své knize dále uvádí, že rozhodující je stanovení příznaků, které pokud jsou závažné, je nutné zajistit pomoc. U závažných příznaků již dovolená nepomůže, je nutné odložit vyčerpávající úkony a věnovat se především sám sobě. Velice nápomocní mohou být spolupracovníci, kteří prožili podobnou situaci, a důležitá je i týmová práce. (1)

Nejdůležitější je odpočívat a uspokojovat své potřeby, není hanbou požádat o pomoc, což je nutné, aby si vyhořelé sestry uvědomily. Dále je vhodné, aby si sestra udělala čas sama na sebe a mohla se věnovat svým koníčkům a nenosila si práci domů. (1)

Odborná pomoc spočívá ve vyhledání psychologa - psychoterapeuta, který sestřám pomůže zjistit možné příčiny vyhoření a navrhne možná řešení dané situace. Za pomoci psychoterapie dochází k lepšímu sebepoznání. (1)

1.7.4 Prevence syndromu vyhoření

Prevence spočívá v sociální opoře v rodině, zaměstnání, od přátel, dále v nalezení smysluplnosti ve svém povolání a získání autonomie. Je zapotřebí zaujmout rovnováhu mezi tím, co je pro sestry zatěžující, a tím, co jim dává sílu. Také je někdy vhodná změna životosprávy, pěstování přátelských vztahů na pracovišti, najít si nějaké útočiště, udržovat vzdálenost od pacientů a měnit pracovní postupy. Dále se v rámci prevence doporučuje zlepšovat komunikační schopnosti, pěstovat si vlastní zájmy a odměňovat se za úspěch. (1, 35)

1.7.5 Ochranné faktory profese sestry

Ochranné faktory umožňují sestřám nacházet v práci uspokojení, čímž dochází k motivaci pro další práci a také k jejich uspokojení. (1)

Mezi ochranné faktory patří stálý kontakt s různorodými lidmi, kteří mohou být pro sestry zdrojem učení a poznávání. Tato profese umožňuje porovnávání starostí v životě druhých lidí se svými, sestra se dočkává ocenění vlastní práce, pocitu uspokojení a radosti a zároveň stále získává nové zkušenosti. K dalším ochranným faktorům můžeme zařadit vysoký společenský statut sester, nadprůměrné znalosti v oblasti péče a ochrany zdraví, pocit smysluplnosti ve svém povolání a lepší informace o tom, kde můžou najít pomoc v případě potřeby. (1)

1.8 Protiepidemiologický a hygienický režim

Protiepidemiologický a hygienický režim zahrnuje opatření zaměřená na odstranění nedostatků v rámci provozu oddělení a činnosti zdravotnického personálu, které jsou zaměřeny na ochranu zdraví nejen pacientů, ale i samotných zdravotníků. V praxi to znamená dodržování hygienických a aseptických postupů při práci, například při převazech rány, stlání lůžka, při manipulaci s biologickým materiálem či špinavým prádlem, kdy při těchto výkonech hrozí kontaminace rukou mikroorganismy. Za vůbec nejdůležitější metodu v prevenci nozokomiálních nákaz patří účinné mytí rukou a užívání rukavic. (13)

Osobní ochranné pomůcky se mění při každém potřísnění, zejména biologickým materiálem. Pokrývka hlavy musí zakrýt všechny vlasy a to platí i u obličejové roušky, která u mužů musí zakrývat plnovous. Masky se vyměňují při propocení, zvlhčení dechem, ale také při každém dotyku a musí dobře přiléhat. Po odložení se nesmí znovu nasazovat. (13)

1.8.1 Péče o zdraví zaměstnanců

Péče o zdraví zaměstnanců zahrnuje proces, který je zaměřený na bezpečnost práce i řízení kvality, kdy se tyto složky uplatňují v podpoře zdraví pracujících. Jedná se o nejvyšší stupeň prevence, protože zdraví je nutné nejenom chránit, ale hlavně upevňovat. Práce a pracovní prostředí jsou jednou z determinant zdravotního stavu člověka. Práce v příjemném prostředí vede ke zvýšení výkonnosti a, co je hlavní, nevede k poškození zdraví. Podporu kvalitní péče o zdraví uplatňuje vrcholový management, funkční závodní preventivní péče a v neposlední řadě sám zaměstnanec. (7)

1.8.2 Nejčastější nemoci spojené s prací ve zdravotnictví

Provozník se ve své knize zabývá kategoriemi nemocí spojených s prací. K první z kategorií nemocí spojených s prací patří přenosné choroby, které mohou vzniknout ve zdravotnictví nejčastěji na základě kontaktu s infekční osobou či infekčním materiálem. (38)

Největší význam mají nemoci dýchacích cest přenášené vzduchem, které pozorujeme zejména v období epidemií. Prevence spočívá hlavně v omezení kontaktu s nemocným, ale v praxi je to velice obtížné. U celé řady infekčních nemocí lze onemocnění předcházet pomocí aktivní nebo pasivní imunizace. (38)

Další z kategorií nemocí z povolání jsou nádory, na kterých se podílí nejen životní styl jedince, ale i některé fyzikální faktory, například ionizující záření. (38)

Nemoci oběhové soustavy, které jsou z dalších kategorií, mohou být u sester spojeny s prací ve směnném provozu, protože dochází k narušení cirkadiálních rytmů. Psychická zátěž ve zdravotnictví má také vliv na vznik kardiovaskulárních onemocnění. Psychická zátěž sester se často kombinuje se stresem mimo práci a také se životním stylem. (38)

2.Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

1. Zjistit, jak vzdělání, pohlaví a věk ovlivňuje u sester způsob životosprávy a míru péče o zdraví.
1. Zjistit, jaký vliv má pracovní zátěž na zdravotní problémy sester.
2. Zjistit, zda zdravotní problémy sester souvisí s pohlavím, věkem a charakterem oddělení.

2.2 Hypotézy práce

1. Vzdělání ovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o zdraví.
2. Pohlaví ovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o zdraví.
3. Věk ovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o zdraví.
4. Pracovní zátěž má vliv na zdravotní problémy sester.
5. Zdravotní problémy u sester souvisí s pohlavím.
6. Zdravotní problémy u sester souvisí s věkem.
7. Zdravotní problémy u sester souvisí s charakterem oddělení.

3. Metodika

3.1 Metodika

Pro získání výsledků bylo použito kvantitativní šetření, kdy technika sběru dat byla formou anonymních dotazníků. Dotazníky byly určeny všem sestřám pracujícím v Nemocnici České Budějovice, a.s. a sestřám v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s., dále pak sestřám pracujícím v lázních Aurora a Berta v Třeboni, které byly ochotné se výzkumného šetření účastnit.

V Nemocnici České Budějovice se konkrétně jednalo o dětské oddělení, infekční JIP, traumatologickou JIP, standardní oddělení a ambulanci traumatologie. Další dotazníky byly rozdány na ARO, oddělení následné péče, ortopedické oddělení, oddělení oční, kožní a ORL.

V Nemocnici Jindřichův Hradec byly dotazníky rozdány na ARO, oddělení následné péče, ORL, urologii, interní oddělení standard a interní JIP, chirurgické oddělení standard a chirurgickou JIP a na ortopedicko - traumatologické oddělení.

V dotazníku bylo celkem 14 otázek, které se týkaly míry péče o vlastní zdraví, fyzické či psychické pracovní zátěže sester a jejich zdravotních problémů. Ze 14 otázek bylo 13 uzavřených a 1 otázka otevřená. V poslední otázce, týkající se výskytu zdravotních problémů u sester, byly vytvořeny škály, kde měly sestry zaškrtnout nejen charakter zdravotních potíží, ale i časový interval výskytu těchto problémů.

Jednotlivé otázky uvedené v dotazníku byly bodově ohodnoceny, aby respondenti mohli být zařazeni do předem vytvořených kategorií stanovených v metodice hodnocení. Pro oblast způsobu a míry péče o vlastní zdraví byly vytvořeny celkem 3 kategorie, a to nadprůměrná, průměrná a minimální péče o vlastní zdraví. Z těch byly nakonec vytvořeny pouze kategorie 2, protože v kategorii nadprůměrné péče o vlastní zdraví byli pouze 2 respondenti, a tudíž by výsledky statistického zpracování byly zkreslené. Dále pro oblast pracovní zátěže sester byly vytvořeny opět 3 kategorie, konkrétně malá, střední a vysoká pracovní zátěž. Protože v kategorii malá pracovní zátěž nebyl žádný respondent, byly nakonec vytvořeny pouze 2 kategorie, a to střední a vysoká pracovní zátěž. Třetí oblastí výzkumného šetření byly zdravotní problémy sester, které byly testovány samostatně.

Usilovala jsem o co nejjednodušší vytvoření anonymního dotazníku, aby se sestřám dobře vyplňoval a nezabral jim mnoho času. Výzkumné šetření bylo realizováno v měsíci únoru 2011.

Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány v programu Microsoft Excel a pro statistické zpracování dat jsem využila program SPSS. Pro potřeby statistického zpracování dat v SPSS programu byly vytvořeny hypotézy hlavní (viz. kapitola Cíl práce a hypotézy) a hypotézy pracovní (HA = alternativní, H0 = nulová).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládá ze sester pracujících v Nemocnici České Budějovice, a.s. a sester z Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. Dále byly do výzkumného souboru zahrnuty i sestry z Lázní Aurora a Berta v Třeboni, tyto lázně se specializují na pohybový aparát.

V Nemocnici České Budějovice bylo rozdáno celkem 410 dotazníků, jmenovitě se jednalo o dětské oddělení, infekční JIP, traumatologickou JIP, standardní oddělení a ambulanci traumatologie. Další dotazníky byly rozdány na ARO, oddělení následné péče, ortopedické oddělení, na oddělení oční, kožní a ORL. Z této nemocnice se vrátilo celkem 220 vyplněných dotazníků, ale 19 (4,6 %) jich bylo vyřazeno pro neúplnost údajů. Celkem tedy bylo 201 (49,1 %) dotazníků řádně vyplněných a nevyplněných v tomto případě zůstalo 190 (46,3 %) dotazníků.

V Nemocnici Jindřichův Hradec bylo celkem rozdáno 100 dotazníků, konkrétně na oddělení ARO, oddělení následné péče, ORL, urologii, interní oddělení standard a interní JIP, chirurgické oddělení standard a chirurgickou JIP a také na ortopedicko - traumatologické oddělení. Navráčeno bylo celkem 71 vyplněných dotazníků, z čehož byly 3 (tj. 3 %) vyřazeny pro neúplnost údajů, takže pro statistické zpracování bylo možné využít 68 dotazníků. Návratnost tedy byla 68 %. Nevyplněných zůstalo celkem 29 dotazníků, tj. 29 %.

Dalších 35 dotazníků bylo rozdáno sestřám v lázních Aurora a Berta. Z tohoto počtu bylo 33 řádně vyplněných, tudíž návratnost byla (94 %).

Celkem bylo 305 řádně vyplněných dotazníků, což činí návratnost z celkového počtu 545 – ti rozdaných dotazníků 56,5 %.

4. Výsledky

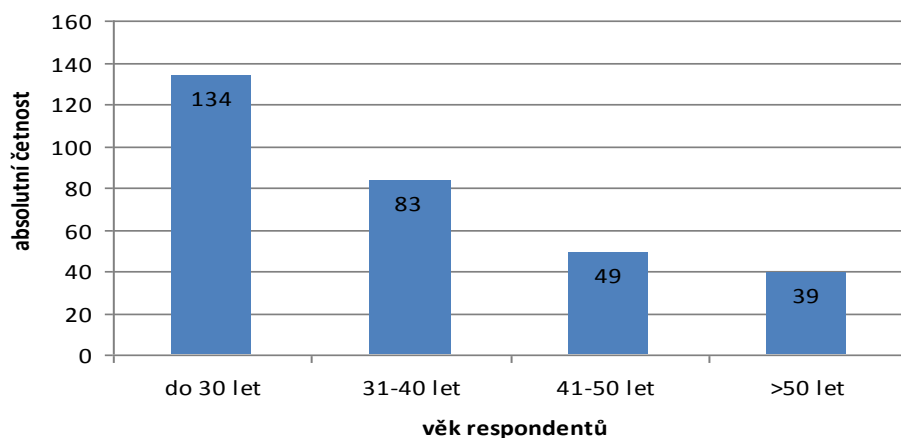
4.1 Četnosti jednotlivých odpovědí

Graf 1 vztahující se k 1. otázce v dotazníku – Pohlaví respondentů



Z celkového počtu 305 dotazovaných respondentů je 294 ženského pohlaví a pouze 11 respondentů je pohlaví mužského.

Graf 2 vztahující se k 2. otázce v dotazníku – Věk dotazovaných respondentů



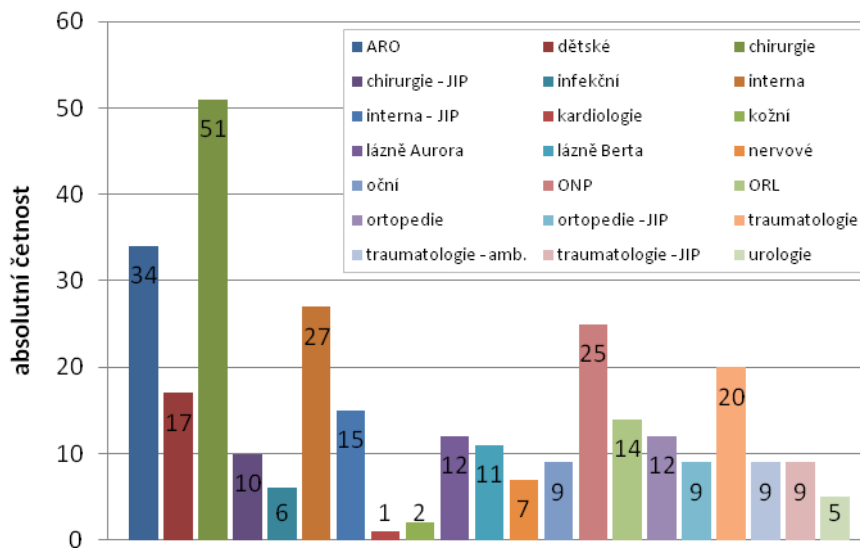
Tento graf popisuje věkové kategorie dotazovaných respondentů. Z celkového počtu 305 respondentů, odpovědělo 134, že jim je do 30 let, dále 83 respondentů uvedlo, že jsou ve věku od 31-40 let, dalších 49 respondentů je ve věku 41-50 let a 39 dotazovaných respondentů je starších než 50 let.

Tabulka 1 vztahující se ke 3. otázce v dotazníku – Oddělení

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Validní ARO	34	11,1	11,1	11,1
dětské	17	5,6	5,6	16,7
chirurgie	51	16,7	16,7	33,4
chirurgie - JIP	10	3,3	3,3	36,7
infekční	6	2,0	2,0	38,7
interna	30	9,8	9,8	48,5
interna - JIP	15	4,9	4,9	53,4
lázně Aurora	12	3,9	3,9	57,4
lázně Berta	11	3,6	3,6	61,0
nervové	7	2,3	2,3	63,3
oční	9	3,0	3,0	66,2
ONP	25	8,2	8,2	74,4
ORL	14	4,6	4,6	79,0
ortopedie	12	3,9	3,9	83,0
ortopedie - JIP	9	3,0	3,0	85,9
traumatologie	20	6,6	6,6	92,5
traumatologie - amb.	9	3,0	3,0	95,4
traumatologie - JIP	9	3,0	3,0	98,4
urologie	5	1,6	1,6	100,0
Celkem	305	100,0	100,0	

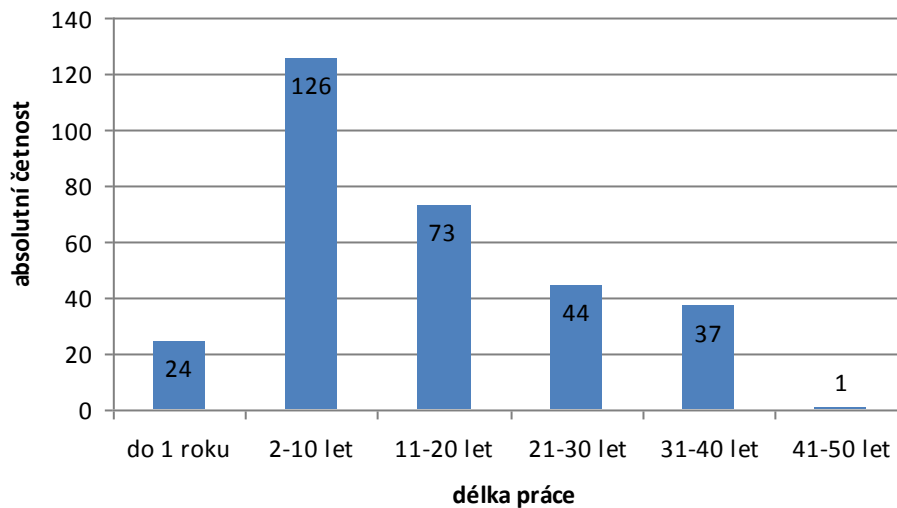
Tato tabulka popisuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí v dotazníku, které se týkaly druhu oddělení na kterém respondenti v současné době pracují. Pro malý počet respondentů, tzn. méně než 5 respondentů, byla některá oddělení sloučena s příbuznými obory. Jednalo se o kožní a kardiologické oddělení, které byly zařazeny k internímu oddělení.

Graf 3 vztahující se ke 3. otázce v dotazníku – Oddělení



Tento graf vyjadřuje rovněž početní zastoupení respondentů na jednotlivých odděleních, ale v grafické podobě.

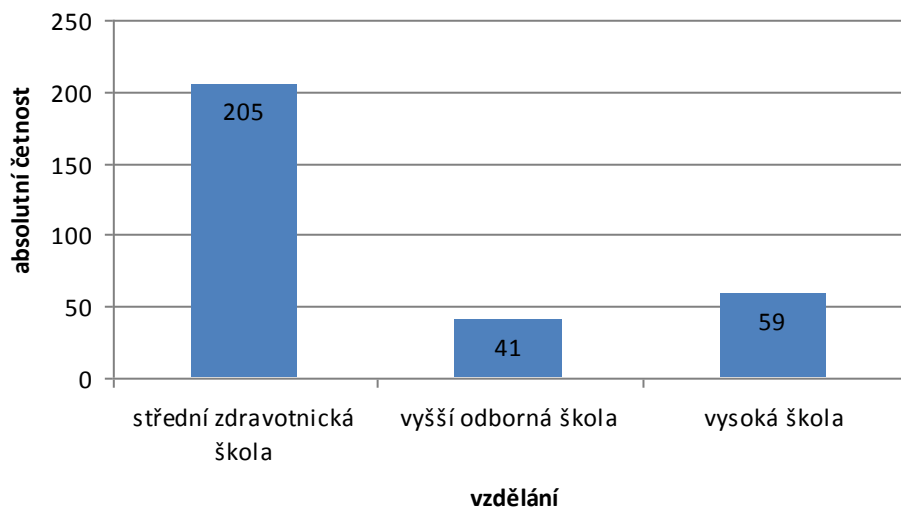
Graf 4 vztahující se ke 4. otázce v dotazníku – Délka práce ve zdravotnictví



Z celkového počtu 305 dotazovaných respondentů, odpovědělo 24 respondentů, že ve zdravotnictví pracují do 1 roku, 126 respondentů pracuje ve zdravotnictví od 2-10 let, dalších 73 respondentů pracuje

ve zdravotnictví od 11-20 let , 44 dotazovaných respondentů pracuje již 31-40 let a 1 respondent pracuje ve zdravotnictví v rozmezí 41-50 let.

Graf 5 vztahující se k 5. otázce v dotazníku – Dosažené vzdělání



Z celkového počtu 305 dotazovaných respondentů má 205 střední zdravotnické vzdělání, dále 41 respondentů vystudovalo vyšší odbornou školu a 59 respondentů je vysokoškolsky vzdělaných.

4.1.1 Způsob životosprávy a míra péče

Ke způsobům péče se respondenti vyjadřovali v otázkách 6, 7 a 8, jejichž vyhodnocení je v tabulkách 2, 3, 4 a 5.

Tabulka 2 vztahující se k 6. otázce v dotazníku – Péče o vlastní zdraví

	Četnost	Procenta	Body
ovoce a zelenina	199	65.2	1
ryby	58	19.0	1
tučné potraviny	102	33.4	1
denní směna (čas na jídlo)	95	31.1	1
noční směna (čas na jídlo)	161	52.8	1
množství tekutin	129	42.3	1
pitný režim během směny	151	49.5	1
pití kávy zřídka	83	27.2	1
nepiju kávu vůbec	46	15.1	2
nekouřím	173	56.7	1
pití alkoholu příležitostně a v malém množství	181	59.3	1
dostatek spánku	76	24.9	1

Tabulka 2 zobrazuje dodržování jednotlivých bodů zdravé životosprávy. Nejčastější je každodenní konzumace ovoce a zeleniny (199 (65 %) respondentů), nejmenší počet respondentů, pouhých 15 % (46 respondentů), vůbec nepije kávu. Poslední sloupec tabulky uvádí bodový příspěvek jednotlivých variant k hodnocení celkové míry péče o vlastní zdraví.

Tabulka 3 vztahující se k 7. otázce v dotazníku – Pravidelné volnočasové aktivity

	Četnost	Procenta	Body
alespoň 2 hodiny týdně	164	53.8%	1
alespoň 4 hodiny týdně	46	15.1%	2
více než 4 hodiny týdně	24	7.9%	3
každý den chodím na procházku	1	0.3%	1
nemám volnočasové aktivity	70	23.0%	0

Tabulka 3 obsahuje údaje o pravidelných volnočasových aktivitách respondentů. Z výsledků je patrné, že celkem 164 (53,8 %) respondentů se věnuje volnočasovým aktivitám alespoň 2 hodiny týdně, dále 46 (15,1 %) respondentů věnuje volnočasovým aktivitám alespoň 4 hodiny týdně, 24 (7,9 %) respondentů

sportuje více než 4 hodiny týdně, pouze 1 (0,3 %) respondent chodí každý den na procházku a celkem 70 (23 %) respondentů se nevěnuje volnočasovým aktivitám vůbec.

Tabulka 4 vztahující se k 8. otázce v dotazníku – Péče o dolní končetiny

	Četnost	Procenta	Body
nosím zdravotní obuv	135	44.3%	1
nosím stahovací punčochy	128	42.0%	1
nesedám s nohama přes sebe	30	9.8%	1
dávám si nohy nahoru	11	3.6%	1
používám chladiivé krémy	0	0.0%	1

Tabulka 4 obsahuje údaje o péči respondentů o dolní končetiny, kdy nejčastěji 135 (44,3 %) respondentů nosí zdravotní obuv a 128 (42 %) respondentů nosí stahovací punčochy.

Výsledné hodnocení přístupu respondentů k péči o své zdraví vychází ze součtu bodů získaných ve třech otázkách. Celkový součet mohl dosáhnout 21 bodů, respondenti byli rozděleni do tří skupin (rozmezí 0-7, 8-14 a 15-21 bodů).

Tabulka 5 – Zařazení respondentů do kategorií míry péče o vlastní zdraví

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Validní minimální	153	50,2	50,2	50,2
průměrná	152	49,2	49,2	99,3
nadprůměrná	2	0,7	0,7	100,0
Celkem	305	100,0	100,0	

Tabulka 5 uvádí zastoupení tří kategorií míry péče o zdraví neboli způsobu životosprávy. Protože byla kategorie nadprůměrné péče málo zastoupena, byla pro další porovnávání sloučena s kategorií průměrné péče. Ze všech dotazovaných respondentů bylo tedy celkem 153 (50,2 %) v kategorii minimální péče o vlastní zdraví, 152 (49,2 %) respondentů spadá do kategorie průměrné péče a pouze 2 (0,7 %) respondenti byli zařazeni do kategorie nadprůměrná péče o vlastní zdraví.

4.1.2 Pracovní zátěž

Tabulka 6 vztahující se k 10. otázce v dotazníku – Počet směn za měsíc

	Četnost	Procenta	Body
5-10 směn	8	2.6%	1
11-15 směn	138	45.2%	2
16-20 směn	133	43.6%	3
21 směn a více	26	8.5%	4

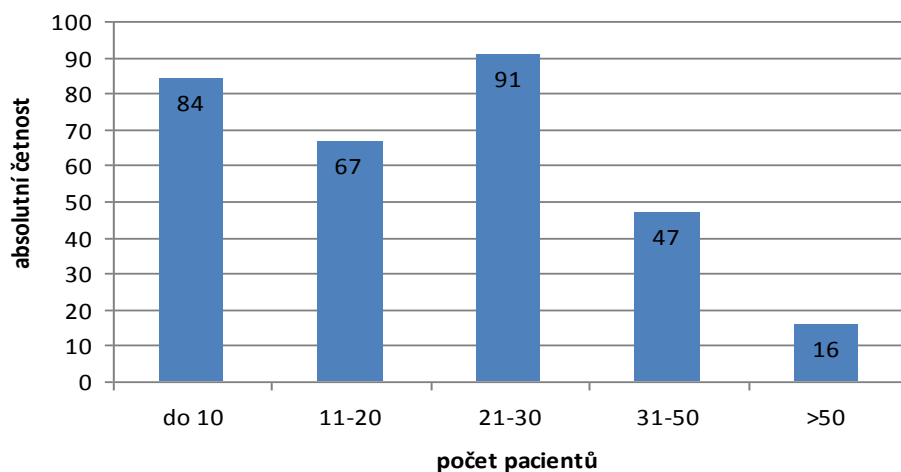
Tabulka 6 obsahuje údaje o počtu směn za měsíc. Celkem 138 (45,2 %) dotazovaných respondentů má 11-15 směn za měsíc, 133 (43,6 %) respondentů slouží 16-20 směn za měsíc, dále 26 (8,5 %) respondentů pracuje 21 a více směn za měsíc a 8 (2,6 %) respondentů slouží 5-10 směn za měsíc.

Tabulka 7 vztahující se k 11. otázce v dotazníku – Počet sester na směně

	Četnost	Procenta	Body
6 a více sester	16	5.2%	1
4-5 sester	58	19.0%	2
2-3 sestry	218	71.5%	3
1 sestra	13	4.3%	5

Tabulka 7 obsahuje údaje o počtu sester na směně. 16 (5,2 %) sester uvedlo, že je u nich na směně 6 a více sester, 58 (19 %) respondentů odpovědělo, že jsou na směně v počtu 4-5 sester, 218 (71,5 %) respondentů uvedlo, že jsou 2-3 sestry na směně a 13 (4,3 %) respondentů odpovědělo, že slouží sami.

Graf 6 vztahující se k 12. otázce v dotazníku – Počet pacientů na oddělení



Z celkového počtu 305 dotazovaných uvedlo 84 respondentů, že počet pacientů na oddělení, kde pracují, je do 10, dalších 67 respondentů odpovědělo, že mají na oddělení mezi 11-20 pacienty, 91 respondentů má na oddělení 21-30 pacientů. Dalších 47 dotazovaných respondentů má na oddělení 31-50 pacientů a 16 respondentů odpovědělo, že na jejich oddělení je dokonce více než 50 pacientů. Pět kategorií bylo ohodnoceno od 1 bodu (do 10 pacientů na oddělení) po 5 bodů (51 a více pacientů).

Tabulka 8 vztahující se k 13. otázce v dotazníku – Skladba pacientů na oddělení

	Četnost	Procenta	Body
převážně soběstační pacienti	102	33.4%	1
soběstační i imobilní pacienti	57	18.7%	2
převážně imobilní pacienti	146	47.9%	3

Tabulka 8 obsahuje údaje o skladbě pacientů na oddělení. Celkem 102 (33,4 %) respondentů má na oddělení, kde pracují, převážně soběstačné pacienty, 57 (18,7 %) respondentů má na oddělení soběstačné i imobilní pacienty a 146 (47,9 %) respondentů má na oddělení převážně imobilní pacienty.

Výsledné hodnocení psychické a fyzické zátěže respondentů vychází z maximálního počtu 18 možných bodů.

Tabulka 9 – Pracovní zátěž

	Četnost	Procenta	Validní procenta	Kumulativní procenta
Validní střední pracovní zátěž	212	69,5	69,5	69,5
vysoká pracovní zátěž	93	30,5	30,5	100,0
Celkem	305	100,0	100,0	

Tabulka 9 uvádí míru pracovní zátěže v souvislosti s povoláním sester. Protože kategorie nízká pracovní zátěž nebyla vůbec zastoupena, k dalšímu hodnocení byly použity pouze dvě kategorie. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že celkem 212 (69,5 %) dotazovaných respondentů patří do kategorie střední pracovní zátěž a 93 (30,5 %) respondentů spadá do oblasti vysoké pracovní zátěže.

4.2 Testování hypotéz

4.2.1 Hypotéza 1

Kontingenční tabulka 1 – Vzdělání versus způsob životosprávy a míra péče o vlastní zdraví

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H₀) a hypotéza alternativní (H_A).

H₀: Vzdělání neovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o vlastní zdraví.

H_A: Vzdělání ovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o vlastní zdraví.

				Způsob životosprávy a míra péče		
				minimální	průměrná	Celkem
vzdělání	střední zdravotnická škola	Počet	106	99	205	
		%	51,7%	48,3%	100,0%	
	vyšší odborná škola	Počet	19	22	41	
		%	46,3%	53,7%	100,0%	
	vysoká škola	Počet	28	31	59	
		%	47,5%	52,5%	100,0%	
Celkem		Počet	153	152	305	
		%	50,2%	49,8%	100,0%	

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, které se týkají souvislosti vzdělání se způsobem životosprávy a mírou péče o vlastní zdraví. Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že celkem 106 (51,7 %) respondentů se středním zdravotnickým vzděláním patří do kategorie minimální péče o vlastní zdraví a 99 (48,3 %) sester spadá do kategorie průměrná péče o vlastní zdraví. Celkem 19 (46,3 %) respondentů s vyšším odborným vzděláním pečují o své zdraví minimálně a 22 (53,7 %) respondentů s tímto vzděláním průměrně. Také 28 (47,5 %) respondentů s vysokoškolským vzděláním bylo zařazeno do kategorie minimální péče o vlastní zdraví a 31 (52,5 %) pečují o své zdraví průměrně.

Chi kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	0,608 ^a	2	0,738
Počet pozorování	305		

Dosažená hladina významnosti je v tomto případě 0,738, tj. 73,8%, což je hodnota větší než 5 %, a to znamená, že v platnosti zůstává nulová hypotéza, která tvrdí, že vzdělání neovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o vlastní zdraví.

4.2.2 Hypotéza 2

Kontingenční tabulka 2 – Pohlaví versus životospráva a míra péče o vlastní zdraví

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H₀) a hypotéza alternativní (H_A).

H₀: Pohlaví neovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o zdraví.

H_A: Pohlaví ovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o zdraví.

			Způsob životosprávy a míra péče		Celkem
			minimální	průměrná	
pohlaví	muž	Počet	6	5	11
		%	54,5%	45,5%	100,0%
	žena	Počet	147	147	294
		%	50,0%	50,0%	100,0%
Celkem		Počet	153	152	305
		%	50,2%	49,8%	100,0%

Tato tabulka popisuje míru péče o vlastní zdraví v souvislosti s pohlavím. Protože v kategorii nadprůměrná péče o vlastní zdraví bylo málo respondentů, kategorie byly sloučeny pouze na dvě, a to na minimální a průměrnou péči o vlastní zdraví. Ve výsledcích můžeme pozorovat, že 6 (54,5 %) mužů pečuje o své zdraví minimálně a dalších 5 (45,5 %) mužů průměrně. Dále je patrné, že 147 (50 %) žen

spadá do kategorie minimální péče o vlastní zdraví a dalších 147 (50 %) žen patří do kategorie průměrné péče o vlastní zdraví.

Chi kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	0,088 ^a	1	0,767
Počet pozorování	305		

a. 0 buněk (0,0%) má očekávaný Počet méně než 5. Nejvyšší očekávaný Počet je 5,48.

Dosažená hladina významnosti p v chí kvadrát testu je 0,767 (76,7 %). To znamená, že testovaná nulová hypotéza platí, způsob životosprávy a míra péče o vlastní zdraví je stejná u mužů i žen. Výsledky výzkumného šetření jsou však ovlivněny malým zastoupením respondentů mužského pohlaví.

4.2.3 Hypotéza 3

Kontingenční tabulka 3 – Věk versus životospráva a míra péče o vlastní zdraví

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H₀) a hypotéza alternativní (H_A).

H₀: Věk neovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o zdraví (míra péče je v různých věkových kategoriích stejná).

H_A: Věk ovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o zdraví.

			Způsob životosprávy a míra péče		Celkem
			minimální	průměrná	
věkové kategorie	do 30 let	Počet	72	62	134
		%	53,7%	46,3%	100,0%
	31-40 let	Počet	38	45	83
		%	45,8%	54,2%	100,0%
	41-50 let	Počet	24	25	49
		%	49,0%	51,0%	100,0%
	více než 50 let	Počet	19	20	39
		%	48,7%	51,3%	100,0%
Celkem		Počet	153	152	305
		%	50,2%	49,8%	100,0%

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí z dotazníku, jež se vztahují k závislosti věku na způsobu životosprávy a míře péče o vlastní zdraví sester. Z výsledků tedy vyplývá, že celkem 72 (53,7 %) respondentů ve věku do 30 let pečuje o své zdraví minimálním způsobem a dalších 62 (46,3 %) respondentů z této kategorie o své zdraví pečuje průměrně. Z kategorie respondentů ve věku 31-40 let jich 38 (45,8 %) pečuje o své zdraví minimálně a 45 (54,2 %) respondentů průměrně. Dále můžeme pozorovat, že 24 (49 %) respondentů ve věku 41-50 let pečuje o své zdraví spíše minimálně a 25 (51 %) respondentů průměrně. Z kategorie respondentů starších 50 let jich pečuje o své zdraví celkem 19 (48,7 %) spíše minimálně a 20 (51,3 %) respondentů průměrně.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	1,379 ^a	3	0,710
Počet pozorování	305		

a. 0 buněk (0,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 19,44.

Vztah míry péče o vlastní zdraví v souvislosti s věkovými kategoriemi byl hodnocen Pearsonovým chí kvadrát testem. Dosažená hladina významnosti p je 0,710 tj. 71 %, což je více než hraniční hodnota 5 %. Testovaná nulová hypotéza tedy zůstává v platnosti – věk neovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o zdraví.

4.2.4 Hypotéza 4

Kontingenční tabulka 4 – Pracovní zátěž versus bolesti zad

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H0) a hypotéza alternativní (HA).

H0: Pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt bolestí zad.

HA: Pracovní zátěž u sester má vliv na výskyt bolestí zad.

			Bolesti zad během nebo po směně					Celkem
			1x za měsíc	1x za týden	obden	každý den	nemám problém	
Pracovní zátěž	střední	Počet	75	52	22	34	29	212
		%	35,4%	24,5%	10,4%	16,0%	13,7%	100,0%
	vysoká	Počet	31	24	9	17	12	93
		%	33,3%	25,8%	9,7%	18,3%	12,9%	100,0%
Celkem		Počet	106	76	31	51	41	305
		%	34,8%	24,9%	10,2%	16,7%	13,4%	100,0%

Tato tabulka popisuje souvislost pracovní zátěže u sester s výskytem bolestí zad. Protože v kategorii malá pracovní zátěž nebyl žádný respondent, byly vytvořeny pouze dvě kategorie a to střední a vysoká pracovní zátěž. Z výsledků můžeme usoudit, že u respondentů se střední pracovní zátěží se častěji objevují bolesti zad 1x za měsíc (75 (35,4%) respondentů) a u 52 (24,5 %) respondentů 1x za týden. U respondentů s vysokou pracovní zátěží se objevují častěji rovněž bolesti zad 1x za měsíc (31 (33,3 %) respondentů) a u 24 (25,8 %) respondentů 1x za týden.

Chi kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	0,375 ^a	4	0,985
Počet pozorování	305		

a. 0 buněk (0,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 9,45.

Dosažená hladina významnosti p je v tomto případě 0,985 tj. 98,5%. Jelikož jde o hodnotu větší než 5 %, můžeme říci, že v platnosti zůstává nulová hypotéza, která tvrdí, že pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt bolestí zad.

Kontingenční tabulka 5 – Pracovní zátěž versus bolesti hlavy

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H_0) a hypotéza alternativní (H_A).

H_0 : Pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt bolestí hlavy.

H_A : Pracovní zátěž u sester má vliv na výskyt bolestí hlavy.

			Bolesti hlavy během nebo po směně					Celkem
			1x za měsíc	1x za týden	obden	každý den	nemám problém	
Pracovní zátěž	střední	Počet	86	61	8	7	50	212
		%	40,6%	28,8%	3,8%	3,3%	23,6%	100,0%
	vysoká	Počet	42	28	10	1	12	93
		%	45,2%	30,1%	10,8%	1,1%	12,9%	100,0%
Celkem		Počet	128	89	18	8	62	305
		%	42,0%	29,2%	5,9%	2,6%	20,3%	100,0%

Tato tabulka popisuje souvislost pracovní zátěže u sester s výskytem bolestí hlavy. Protože v kategorii malá pracovní zátěž nebyl žádný respondent, byly vytvořeny pouze dvě kategorie a to střední a vysoká pracovní zátěž. V tomto případě z výsledků vyplývá, že u respondentů v kategorii střední pracovní zátěž se objevují v 86 (40,6 %) případech bolesti hlavy 1x za měsíc a v 61 (28,8 %) případech 1x za týden. V oblasti respondentů s vysokou pracovní zátěží se často rovněž objevují bolesti hlavy 1x za měsíc (42 (45,2 %) respondentů) a u 28 (30,1 %) respondentů 1x za týden.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	10,550 ^a	4	0,032
Počet pozorování	305		

a. 1 buňka (10,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 2,44.

Za pomoci Pearsonova chí kvadrátu byl hodnocen vztah pracovní zátěže u sester v souvislosti výskytem bolestí hlavy. Dosažená hladina významnosti p je 0,032 tj. 3,2 %, což je méně než hraniční hodnota 5 %. V tomto případě platí alternativní hypotéza, která předpokládá, že pracovní zátěž u sester má vliv na výskyt bolestí hlavy.

Kontingenční tabulka 6 – Pracovní zátěž versus bolesti nohou

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H_0) a hypotéza alternativní (H_A).

H_0 : Pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt bolestí nohou.

H_A : Pracovní zátěž u sester má vliv na výskyt bolestí nohou.

			Bolesti nohou během nebo po směně					Celkem
			1x měsíc	za týden	1x za obden	každý den	nemám problém	
Pracovní zátěž	střední	Počet	42	67	30	37	36	212
		%	19,8%	31,6%	14,2%	17,5%	17,0%	100,0%
	vysoká	Počet	13	20	14	27	19	93
		%	14,0%	21,5%	15,1%	29,0%	20,4%	100,0%
Celkem		Počet	55	87	44	64	55	305
		%	18,0%	28,5%	14,4%	21,0%	18,0%	100,0%

Tato tabulka popisuje souvislost pracovní zátěže u sester s výskytem bolestí nohou během nebo po směně. Protože v kategorii malá pracovní zátěž nebyl žádný respondent, byly vytvořeny pouze dvě kategorie, a to střední a vysoká pracovní zátěž. V tomto případě můžeme pozorovat, že u 42 (19,8 %) respondentů v kategorii střední pracovní zátěž se objevují bolesti nohou 1x za měsíc a u 67 (31,6 %) respondentů 1x za týden. U respondentů v kategorii vysoké pracovní zátěže se tento problém objevuje ve 27mi (29 %) případech každý den a u 20 (21,5 %) respondentů 1x za týden.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	8,124 ^a	4	0,087
Počet pozorování	305		

a. 0 buněk (0,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 13,42.

Za využití Pearsonova chí kvadrátu byl hodnocen vztah pracovní zátěže u sester v souvislosti výskytem bolestí nohou během nebo po směně. Dosažená hladina významnosti p je 0,087 tj. 8,7 %, což je více než hraniční hodnota 5 %. To znamená, že platí nulová hypotéza, která předpokládá, že pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt bolestí nohou.

Kontingenční tabulka 7 – Pracovní zátěž versus únava

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H_0) a hypotéza alternativní (H_A).

H_0 : Pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt únavy u sester během nebo po směně.

H_A : Pracovní zátěž u sester má vliv na výskyt únavy u sester během nebo po směně.

			Únava během nebo po směně					Celkem
			1x za měsíc	1x za týden	obden	každý den	nemám problém	
Pracovní zátěž	střední	Počet	23	64	31	75	19	212
		%	10,8%	30,2%	14,6%	35,4%	9,0%	100,0%
	vysoká	Počet	8	20	12	44	9	93
		%	8,6%	21,5%	12,9%	47,3%	9,7%	100,0%
Celkem		Počet	31	84	43	119	28	305
		%	10,2%	27,5%	14,1%	39,0%	9,2%	100,0%

Tato tabulka popisuje souvislost pracovní zátěže u sester s výskytem únavy během nebo po směně. Protože v kategorii malá pracovní zátěž nebyl žádný respondent, byly vytvořeny pouze dvě kategorie, a to

střední a vysoká pracovní zátěž. Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že u respondentů se střední pracovní zátěží se únava objevuje v 75 (35,4 %) případech každý den a u 64 (30,2 %) respondentů 1x za týden. V kategorii vysoké pracovní zátěže respondentů se často objevuje únava také každý den, tedy konkrétně u 44 (47,3 %) respondentů a u 20 (21,5 %) respondentů taktéž 1x za týden.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	4,622 ^a	4	0,328
Počet pozorování	305		

a. 0 buněk (0,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 8,54.

Dosažená hladina významnosti p je v tomto případě 0,328 tj. 32,8 %. Jelikož jde o hodnotu vyšší než 5 %, platí nulová hypotéza, která tvrdí, že pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt únavy u sester během nebo po směně.

Kontingenční tabulka 8 – Pracovní zátěž versus pocity neuspokojení z práce

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H₀) a hypotéza alternativní (H_A).

H₀: Pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt pocitu neuspokojení z práce.

H_A: Pracovní zátěž u sester má vliv na výskyt pocitu neuspokojení z práce.

		Pocit neuspokojení z práce					Celkem
		1x za měsíc	1x za týden	obden	každý den	nemám problém	
Pracovní zátěž	střední	Počet 37 % 17,5%	23 10,8%	3 1,4%	9 4,2%	140 66,0%	212 100,0%
	vysoká	Počet 18 % 19,4%	20 21,5%	2 2,2%	2 2,2%	51 54,8%	93 100,0%
Celkem		Počet 55 % 18,0%	43 14,1%	5 1,6%	11 3,6%	191 62,6%	305 100,0%

Tato tabulka popisuje souvislost pracovní zátěže u sester s výskytem pocitu neuspokojení z práce. Protože v kategorii malá pracovní zátěž nebyl žádný respondent, byly vytvořeny pouze dvě kategorie a to střední a vysoká pracovní zátěž. Pocity neuspokojení z práce se v kategorii střední pracovní zátěže objevují nejčastěji v oblasti „nemám problém“ (u 140 (66 %) respondentů), což bylo rovněž prokázáno i v oblasti vysoké pracovní zátěže, tedy u celkem 51 (54,8 %) respondentů.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	7,631 ^a	4	0,106
Počet pozorování	305		

a. 3 buňky (30,0%) mají očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 1,52.

Dosažená hladina významnosti p je v tomto případě 0,106 tj. 10,6 %. Jelikož jde o hodnotu vyšší než 5 %, znamená to, že platí nulová hypotéza, která tvrdí, že pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt pocitu neuspokojení z práce.

Kontingenční tabulka 9 – Pracovní zátěž versus deprese

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H_0) a hypotéza alternativní (H_A).

H_0 : Pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt depresí.

H_A : Pracovní zátěž u sester má vliv na výskyt depresí.

		Deprese					Celkem
		1x za měsíc	1x za 2 měsíce	1x za 3 měsíce	1x za půl roku	nemám problém	
Pracovní zátěž	střední Počet	25	5	4	3	175	212
	%	11,8%	2,4%	1,9%	1,4%	82,5%	100,0%
vysoká Počet		14	5	3	0	71	93
	%	15,1%	5,4%	3,2%	0,0%	76,3%	100,0%
Celkem	Počet	39	10	7	3	246	305
	%	12,8%	3,3%	2,3%	1,0%	80,7%	100,0%

Tato tabulka popisuje souvislost pracovní zátěže u sester s výskytem depresí. Protože v kategorii malá pracovní zátěž nebyl žádný respondent, byly vytvořeny pouze dvě kategorie a to střední a vysoká pracovní zátěž. V případě problematiky výskytu depresí vyšlo, že se v kategorii střední pracovní zátěže u 175 (82,5 %) respondentů neobjevují vůbec, což platí i u 71 (76,3 %) respondentů v kategorii vysoká pracovní zátěž.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	4,463 ^a	4	0,347
Počet pozorování	305		

a. 5 buněk (50,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 0,91.

Dosažená hladina významnosti p je v tomto případě 0,347 tj. 34,7 %. Poněvadž jde o hodnotu vyšší než 5 %, platí nulová hypotéza, která tvrdí, že pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt depresí.

4.2.5 Hypotéza 5

Kontingenční tabulka 10 – Bolesti zad versus pohlaví

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H₀) a hypotéza alternativní (H_A).

H₀: Bolesti zad během nebo po směně u sester nesouvisí s pohlavím.

H_A: Bolesti zad během nebo po směně u sester souvisí s pohlavím.

	Bolesti zad během nebo po směně					Celkem	
	1x za měsíc	1x za týden	obden	každý den	nemám problém		
pohlaví muž	Počet	3	0	2	0	6	11
	%	27,3%	0,0%	18,2%	0,0%	54,5%	100,0%
žena	Počet	103	76	29	51	35	294
	%	35,0%	25,9%	9,9%	17,3%	11,9%	100,0%
Celkem	Počet	106	76	31	51	41	305
	%	34,8%	24,9%	10,2%	16,7%	13,4%	100,0%

Tato tabulka popisuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, týkajících se výskytu bolestí zad během nebo po směně u sester v souvislosti s pohlavím. Z výsledků vyplývá, že 6 (54,5 %) mužů nemá problémy s bolestí zad během nebo po směně. V kategorii opačného pohlaví, celkem 103 (35 %) žen bolí záda 1x za měsíc, 76 (25,9 %) žen bolí záda 1x za týden, dále 29 (9,9 %) žen má tyto potíže obden, 51 (17,3 %) žen bolí záda každý den a 35 (11,9 %) žen stejně jako většina mužů netrpí tímto problémem.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	19,999 ^a	4	0,000
Počet pozorování	305		

a. 5 buněk (50,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 1,12.

Dosažená hladina významnosti p je v tomto případě menší než 0,001 tj. 0,1 %. To znamená, že jde o hodnotu menší než 5%, takže platí alternativní hypotéza, která tvrdí, že bolesti zad během nebo po směně u sester souvisí s pohlavím. Výsledky výzkumného šetření jsou však ovlivněny malým zastoupením respondentů mužského pohlaví. Jelikož má 5 buněk méně než 5 respondentů (tzn. více než tolerovaná hodnota 20 %), tento výsledek není příliš spolehlivý.

Kontingenční tabulka 11 – Bolesti hlavy versus pohlaví

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H_0) a hypotéza alternativní (H_A).

H_0 : Bolesti hlavy během nebo po směně u sester nesouvisí s pohlavím.

H_A : Bolesti hlavy během nebo po směně u sester souvisí s pohlavím.

		Bolesti hlavy během nebo po směně					Celkem
		1x za měsíc	1x za týden	obden	každý den	nemám problém	
pohlaví muž	Počet	1	1	0	0	9	11
	%	9,1%	9,1%	0,0%	0,0%	81,8%	100,0%
žena	Počet	127	88	18	8	53	294
	%	43,2%	29,9%	6,1%	2,7%	18,0%	100,0%
Celkem	Počet	128	89	18	8	62	305
	%	42,0%	29,2%	5,9%	2,6%	20,3%	100,0%

Tato tabulka popisuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, týkajících se výskytu bolestí hlavy u sester v souvislosti s pohlavím. Bolesti hlavy během nebo po směně se u 9 (81,8 %) mužů neobjevují vůbec a u 127 (43,2 %) žen se nejčastěji objevují 1x za měsíc.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	26,716 ^a	4	0,000
Počet pozorování	305		

a. 5 buněk (50,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 0,29.

Dosažená hladina významnosti p je v tomto případě menší než 0,001 tj. 0,1 %. Jelikož jde o hodnotu menší než 5 %, v platnosti zůstává alternativní hypotéza, která tvrdí, že bolesti hlavy během nebo po směně u sester souvisí s pohlavím. Ale protože má 5 buněk méně než 5 respondentů, tento výsledek není příliš spolehlivý, neboť výsledky výzkumného šetření jsou ovlivněny malým zastoupením respondentů mužského pohlaví.

Kontingenční tabulka 12 – Bolesti nohou versus pohlaví

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H0) a hypotéza alternativní (HA).

H0: Bolesti nohou během nebo po směně u sester nesouvisí s pohlavím.

HA: Bolesti nohou během nebo po směně u sester souvisí s pohlavím.

		Bolesti nohou během nebo po směně					Celkem
		1x měsíc	za týden	1x za obden	každý den	nemám problém	
pohlaví muž	Počet	0	1	1	2	7	11
	%	0,0%	9,1%	9,1%	18,2%	63,6%	100,0%
žena	Počet	55	86	43	62	48	294
	%	18,7%	29,3%	14,6%	21,1%	16,3%	100,0%
Celkem	Počet	55	87	44	64	55	305
	%	18,0%	28,5%	14,4%	21,0%	18,0%	100,0%

Tato tabulka popisuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, týkajících se výskytu bolestí nohou během nebo po směně u sester v souvislosti s pohlavím. Pocity bolesti nohou se objevují v odlišné míře u mužů a žen, jelikož u 7 (63,6 %) mužů nebyly zaznamenány vůbec a u žen se nejčastěji objevují 1x za týden (tj. u 86 (29,3 %) žen).

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	16,997 ^a	4	0,002
Počet pozorování	305		

a. 5 buněk (50,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 1,59.

Pearsonův chí kvadrát stanovil dosaženou hladinu významnosti p 0,002 tj. 0,2 %. To znamená, že jde o hodnotu menší než 5%, takže platí alternativní hypotéza, která tvrdí, že bolesti nohou během nebo po směně u sester souvisí s pohlavím. Jelikož má 5 buněk méně než 5 respondentů (tzn. více než tolerovaná hranice 20 %), tento výsledek není příliš spolehlivý, neboť výsledky výzkumného šetření jsou ovlivněny malým zastoupením respondentů mužského pohlaví.

Kontingenční tabulka 13 – Únava versus pohlaví

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H₀) a hypotéza alternativní (H_A).

H₀: Únava během nebo po směně u sester nesouvisí s pohlavím.

H_A: Únava během nebo po směně u sester souvisí s pohlavím.

	Únava během nebo po směně						Celkem
	1x měsíc	za týden	1x za obden	každý den	nemám problém		
pohlaví muž	Počet	0	4	0	2	5	11
	%	0,0%	36,4%	0,0%	18,2%	45,5%	100,0%
žena	Počet	31	80	43	117	23	294
	%	10,5%	27,2%	14,6%	39,8%	7,8%	100,0%
Celkem	Počet	31	84	43	119	28	305
	%	10,2%	27,5%	14,1%	39,0%	9,2%	100,0%

Tato tabulka popisuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, týkajících se výskytu únavy u sester během nebo po směně v souvislosti s pohlavím. Z výzkumného šetření vyplývá, že 2 (18,2%) muži trpí

únavou a z opačného pohlaví trpí únavou každý den 117 (39,8 %) žen a 80 (27,2 %) žen jí trpí 1x za týden.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	20,717 ^a	4	0,000
Počet pozorování	305		

a. 5 buněk (50,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 1,01.

Dosažená hladina významnosti p je v tomto případě 0,001, tj. 0,1 %. To znamená, že jde o hodnotu menší než 5%, takže platí alternativní hypotéza, která tvrdí, že únava během nebo po směně u sester souvisí s pohlavím. Neboť má 5 buněk méně než 5 respondentů, tzn. více než tolerovaná hranice 20 %, tento výsledek není příliš spolehlivý.

Kontingenční tabulka 14 – Pocity neuspokojení z práce versus pohlaví

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H_0) a hypotéza alternativní (H_A).

H_0 : Pocity neuspokojení z práce u sester nesouvisí s pohlavím.

H_A : Pocity neuspokojení z práce u sester souvisí s pohlavím.

		Pocity neuspokojení z práce					Celkem
		1x za měsíc	1x za týden	obden	každý den	nemám problém	
pohlaví muž	Počet	1	0	0	0	10	11
	%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	90,9%	100,0%
žena	Počet	54	43	5	11	181	294
	%	18,4%	14,6%	1,7%	3,7%	61,6%	100,0%
Celkem	Počet	55	43	5	11	191	305
	%	18,0%	14,1%	1,6%	3,6%	62,6%	100,0%

Tato tabulka popisuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, jež se vztahují k výskytu pocitů neuspokojení z práce u sester v souvislosti s pohlavím. Pocity neuspokojení z práce se u mužů kromě

jednoho respondenta neobjevují vůbec a u 181 (61,6 %) žen se rovněž neobjevují, ale u dalších 54 (18,4 %) žen se nejčastěji objevují 1x za měsíc.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	4,171 ^a	4	0,383
Počet pozorování	305		

5 buněk (50,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 0,18.

Vztah výskytu pocitů neuspokojení z práce v souvislosti s pohlavím byl hodnocen Pearsonovým chí kvadrát testem. Dosažená hladina významnosti p je 0,383 tj. 38,3 %, což je více než hraniční hodnota 5 %. Testovaná nulová hypotéza, která tvrdí, že pocity neuspokojení z práce u sester nesouvisí s pohlavím, zůstává v platnosti. Výsledky výzkumného šetření jsou však ovlivněny malým zastoupením respondentů mužského pohlaví.

Kontingenční tabulka 15 – Deprese versus pohlaví

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H_0) a hypotéza alternativní (H_A).

H_0 : Deprese u sester nesouvisí s pohlavím.

H_A : Deprese u sester souvisí s pohlavím.

		Deprese					Celkem
		1x za měsíc	1x za 2 měsíce	1x za 3 měsíce	1x za půl roku	nemám problém	
pohlaví muž	Počet	1	0	1	0	9	11
	%	9,1%	0,0%	9,1%	0,0%	81,8%	100,0%
žena	Počet	38	10	6	3	237	294
	%	12,9%	3,4%	2,0%	1,0%	80,6%	100,0%
Celkem	Počet	39	10	7	3	246	305
	%	12,8%	3,3%	2,3%	1,0%	80,7%	100,0%

Tato tabulka popisuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, týkajících se výskytu depresí u sester v souvislosti s pohlavím. Ohledně problematiky depresí 9 (81,8 %) mužů a 237 (80,6%) žen odpovědělo, že jimi netrpí, ale 1 (9,1 %) muž jimi trpí 1x za měsíc a ženy jimi trpí nejčastěji v 38 (12,9 %) případech 1x za měsíc.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	2,907 ^a	4	0,574
Počet pozorování	305		

a. 5 buněk (50,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 0,11.

Vztah výskytu depresí u sester v souvislosti s pohlavím byl hodnocen Pearsonovým chí kvadrát testem. Dosažená hladina významnosti p je 0,574 tj. 57,4 %, což je více než hraniční hodnota 5 %. Testovaná nulová hypotéza tedy zůstává v platnosti – deprese u sester nesouvisí s pohlavím. Výsledky výzkumného šetření jsou však ovlivněny malým zastoupením respondentů mužského pohlaví.

4.2.6 Hypotéza 6

Kontingenční tabulka 16 – Bolesti zad versus věk

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H0) a hypotéza alternativní (HA).

H0: Bolesti zad během nebo po směně u sester nesouvisí s věkem.

HA: Bolesti zad během nebo po směně u sester souvisí s věkem.

		Bolesti zad během nebo po směně					Celkem	
		1x za měsíc	1x za týden	obden	každý den	nemám problém		
věkové kategorie	do 30 let	Počet	44	33	12	27	18	134
		%	32,8%	24,6%	9,0%	20,1%	13,4%	100,0%
	31-40 let	Počet	26	25	10	12	10	83
		%	31,3%	30,1%	12,0%	14,5%	12,0%	100,0%
	41-50 let	Počet	16	13	5	8	7	49
		%	32,7%	26,5%	10,2%	16,3%	14,3%	100,0%
	více než 50 let	Počet	20	5	4	4	6	39
		%	51,3%	12,8%	10,3%	10,3%	15,4%	100,0%
Celkem		Počet	106	76	31	51	41	305
		%	34,8%	24,9%	10,2%	16,7%	13,4%	100,0%

Tato tabulka popisuje početní zastoupení odpovědí sester na otázky v dotazníku, týkajících se závislosti věku na výskyt zdravotních potíží v souvislosti s věkem, konkrétně bolesti zad, které se objevují během nebo po ní. U respondentů v jednotlivých věkových kategoriích převažují bolesti zad 1x za měsíc, konkrétně celkem u 106 (34,8 %) respondentů a u 76 (24,9 %) respondentů se objevují bolesti zad 1x za týden.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	9,712 ^a	12	0,641
Počet pozorování	305		

a. 2 buňky (10,0%) mají očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 3,96.

Za pomoci Pearsonova chí kvadrátu byl hodnocen vztah souvislosti výskytu zdravotních problémů, týkajících se bolestí zad, s věkem sester. Dosažená hladina významnosti p je 0,641 tj. 64 %, což je více než hraniční hodnota 5 %. V platnosti tedy zůstává nulová hypotéza, která předpokládá, že bolesti zad objevující se během nebo po směně u sester nesouvisí s věkem.

Kontingenční tabulka 17 – Bolesti hlavy versus věk

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H₀) a hypotéza alternativní (H_A).

H₀: Bolesti hlavy během nebo po směně u sester nesouvisí s věkem.

H_A: Bolesti hlavy během nebo po směně u sester souvisí s věkem.

		Bolesti hlavy během nebo po směně						Celkem
		1x za měsíc	1x za týden	obden	každý den	nemám problém		
věkové kategorie	do 30 let	Počet	56	34	12	4	28	134
		%	41,8%	25,4%	9,0%	3,0%	20,9%	100,0%
	31-40 let	Počet	34	37	1	1	10	83
		%	41,0%	44,6%	1,2%	1,2%	12,0%	100,0%
	41-50 let	Počet	21	10	4	3	11	49
		%	42,9%	20,4%	8,2%	6,1%	22,4%	100,0%
	více než 50 let	Počet	17	8	1	0	13	39
		%	43,6%	20,5%	2,6%	0,0%	33,3%	100,0%
Celkem		Počet	128	89	18	8	62	305
		%	42,0%	29,2%	5,9%	2,6%	20,3%	100,0%

Hodnoty uvedené v této tabulce vyjadřují početní odpovědi sester na otázky v dotazníku, které se týkají závislosti věku na výskytu bolestí hlavy během nebo po směně. V případě bolestí hlavy u respondentů v jednotlivých věkových kategoriích se objevuje tento problém nejčastěji u 56 (41,8 %) respondentů ve věku do 30 let 1x za měsíc, dále u respondentů ve věku mezi 31-40 lety se častěji objevují bolesti hlavy 1x za týden, ve věku 41-50 let se rovněž nejčastěji objevují bolesti hlavy 1x za měsíc, což platí i o respondentech starších 50 let.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	26,329 ^a	12	0,010
Počet pozorování	305		

7 buněk (35,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 1,02.

Dosažená hladina významnosti p je v tomto případě 0,010 tj. 1 %. Jelikož je tato hodnota menší než 5 %, lze tedy říci, že zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní, která tvrdí, že bolesti hlavy u sester během nebo po směně souvisí s věkem. Ale protože 7 buněk má menší zastoupení než 5 respondentů (tedy více než tolerovaná hranice 20%), není výsledek Pearsonova chí kvadrátu příliš spolehlivý.

Kontingenční tabulka 18 – Bolesti nohou versus věk

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H0) a hypotéza alternativní (HA).

H0: Bolesti nohou během nebo po směně u sester nesouvisí s věkem.

HA: Bolesti nohou během nebo po směně u sester souvisí s věkem.

			Bolesti nohou během nebo po směně					Celkem
			1x za měsíc	1x za týden	obden	každý den	nemám problém	
věkové kategorie	do 30 let	Počet	24	43	24	21	22	134
		%	17,9%	32,1%	17,9%	15,7%	16,4%	100,0%
	31-40 let	Počet	18	25	12	19	9	83
		%	21,7%	30,1%	14,5%	22,9%	10,8%	100,0%
	41-50 let	Počet	10	10	6	14	9	49
		%	20,4%	20,4%	12,2%	28,6%	18,4%	100,0%
	více než 50 let	Počet	3	9	2	10	15	39
		%	7,7%	23,1%	5,1%	25,6%	38,5%	100,0%
Celkem		Počet	55	87	44	64	55	305
		%	18,0%	28,5%	14,4%	21,0%	18,0%	100,0%

Tato tabulka popisuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí sester na otázky v dotazníku, jež se vztahují k výskytu bolestí nohou během nebo po směně v souvislosti s věkem. Bolesti nohou se u dotazovaných respondentů objevují do 30 let u 43 (32,1 %) respondentů 1x za týden, ve věku mezi 31-40 lety se bolesti nohou objevují nejčastěji rovněž 1x za týden, v kategorii 41-50 let se nejčastěji objevují každý den a u respondentů starších 50 let převažuje varianta „nemám problém“.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	24,212 ^a	12	0,019
Počet pozorování	305		

a. 0 buněk (0,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 5,63.

Souvislost věku s výskyt bolestí nohou během nebo po směně byl hodnocen Pearsonovým chí kvadrát testem. Dosažená hladina významnosti p je 0,019 tj. 1,9 %, což je méně než hraniční hodnota 5 %. Testovanou nulovou hypotézu tedy zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní, která tvrdí, že bolesti nohou během nebo po směně souvisí s věkem.

Kontingenční tabulka 19 – Únava versus věk

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H_0) a hypotéza alternativní (H_A).

H_0 : Únava během nebo po práci u sester nesouvisí s věkem.

H_A : Únava během nebo po práci u sester souvisí s věkem.

		Únava během nebo po práci					Celkem	
		1x měsíc	za 1x týden	za 1x obden	každý den	nemám problém		
věkové kategorie	do 30 let	Počet	15	33	22	53	11	134
		%	11,2%	24,6%	16,4%	39,6%	8,2%	100,0%
	31-40 let	Počet	10	27	11	30	5	83
		%	12,0%	32,5%	13,3%	36,1%	6,0%	100,0%
41-50 let	Počet	2	15	7	21	4	49	
	%	4,1%	30,6%	14,3%	42,9%	8,2%	100,0%	
více než 50 let	Počet	4	9	3	15	8	39	
	%	10,3%	23,1%	7,7%	38,5%	20,5%	100,0%	
Celkem	Počet	31	84	43	119	28	305	
	%	10,2%	27,5%	14,1%	39,0%	9,2%	100,0%	

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí na otázky z dotazníku, týkajících se výskytu únavy během nebo po směně v souvislosti s věkem. Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že únava se nejčastěji objevuje u 53 (39,6 %) respondentů do 30 let každý den. V kategorii 31-40 let se také nejčastěji objevuje únava každý den, konkrétně u 30 (36,1 %) respondentů. V kategorii 41-50 let a více než 50 let převažuje rovněž únava každý den.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	12,440 ^a	12	0,411
Počet pozorování	305		

a. 4 buňky (20,0%) mají očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 3,58.

Souvislost věku s výskytem únavy během nebo po směně u sester byl hodnocen Pearsonovým chí kvadrát testem. Dosažená hladina významnosti p je 0,411 tj. 41,1%, což je více než hraniční hodnota 5 %. V tomto případě tedy přijímáme nulovou hypotézu, která předpokládá, že únava u sester během nebo po směně nesouvisí s věkem.

Kontingenční tabulka 20 – Pocity neuspokojení z práce versus věk

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H0) a hypotéza alternativní (HA).

H0: Pocity neuspokojení z práce u sester nesouvisí s věkem.

HA: Pocity neuspokojení z práce u sester souvisí s věkem.

			Pocity neuspokojení z práce					Celkem
			1x měsíc	za týden	1x za obden	každý den	nemám problém	
věkové kategorie	do 30 let	Počet	21	26	2	4	81	134
		%	15,7%	19,4%	1,5%	3,0%	60,4%	100,0%
	31-40 let	Počet	23	3	2	2	53	83
		%	27,7%	3,6%	2,4%	2,4%	63,9%	100,0%
	41-50 let	Počet	9	10	0	4	26	49
		%	18,4%	20,4%	0,0%	8,2%	53,1%	100,0%
	více než 50 let	Počet	2	4	1	1	31	39
		%	5,1%	10,3%	2,6%	2,6%	79,5%	100,0%
Celkem		Počet	55	43	5	11	191	305
		%	18,0%	14,1%	1,6%	3,6%	62,6%	100,0%

Tato tabulka popisuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí na otázky v dotazníku, které se týkají souvislosti věku sester s výskytem pocitů neuspokojení z práce. Pocity neuspokojení z práce se z celkového počtu 305 (100 %) dotazovaných respondentů neobjevují u 191 (62,6 %) respondentů vůbec a u 55 (18 %) respondentů se objevují 1x za měsíc.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	26,612 ^a	12	0,009
Počet pozorování	305		

a. 8 buněk (40,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 0,64.

Vztah závislosti věku s výskytem pocitu neuspokojení z práce u sester, byl hodnocen Pearsonovým chí kvadrát testem. Dosažená hladina významnosti p je 0,009 tj. 0,9 %, což je méně než hraniční hodnota

5 %. Testovaná nulová hypotéza je tedy zamítnuta a platí hypotéza alternativní, která tvrdí, že pocit neuspokojení z práce u sester souvisí s věkem. Tento výsledek však není spolehlivý, protože 8 buněk, tedy více než tolerovaná hranice 20 %, má menší zastoupení než 5 respondentů.

Kontingenční tabulka 21 – Deprese versus věk

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H0) a hypotéza alternativní (HA).

H0: Deprese u sester nesouvisí s věkem.

HA: Deprese u sester souvisí s věkem.

		Deprese					Celkem
		1x za měsíc	1x za 2 měsíce	1x za 3 měsíce	1x za půl roku	nemám problém	
věkové kategorie	do 30 let Počet	18	4	3	2	107	134
	%	13,4%	3,0%	2,2%	1,5%	79,9%	100,0%
	31-40 let Počet	14	1	2	1	65	83
	%	16,9%	1,2%	2,4%	1,2%	78,3%	100,0%
	41-50 let Počet	6	2	0	0	41	49
	%	12,2%	4,1%	0,0%	0,0%	83,7%	100,0%
	více než 50 let Počet	1	3	2	0	33	39
	%	2,6%	7,7%	5,1%	0,0%	84,6%	100,0%
Celkem	Počet	39	10	7	3	246	305
	%	12,8%	3,3%	2,3%	1,0%	80,7%	100,0%

Tato tabulka popisuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí, týkajících se vztahu věku s výskytem depresí u sester. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že depresemi z celkového počtu 305 (100 %) dotazovaných respondentů trpí depresemi 39 (12,8 %) respondentů 1x za měsíc, dalších 10 (3,3 %) respondentů má potíže 1x za 2 měsíce, 7 (2,3%) respondentů jimi trpí 1x za 3 měsíce, také 3 (1 %) respondenti mají tento problém 1x za půl a 246 (80,7 %) respondentů depresemi netrpí vůbec.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	11,814 ^a	12	0,461
Počet pozorování	305		

a. 13 buněk (65,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 0,38.

Za pomoci Pearsonova chí kvadrátu byl hodnocen vztah souvislosti výskytu depresí s věkem sester. Dosažená hladina významnosti p je 0,461, tj. 46,1 %, což je více než hraniční hodnota 5 %. V platnosti tedy zůstává nulová hypotéza, která předpokládá, že zdravotní problémy u sester (deprese) nesouvisí s věkem.

4.2.7 Hypotéza 7

Kontingenční tabulka 22 – Bolesti zad versus charakter oddělení

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H_0) a hypotéza alternativní (H_A).

H_0 : Bolesti zad u sester nesouvisí s charakterem oddělení.

H_A : Bolesti zad u sester souvisí s charakterem oddělení.

		Bolesti zad během nebo po směně					Celkem
		1x měsíc	za 1x týden	za 1x obden	každý den	nemám problém	
oddělení sloučená ARO	Počet	11	6	5	5	7	34
	%	32,4%	17,6%	14,7%	14,7%	20,6%	100,0%
dětské	Počet	6	6	3	2	0	17
	%	35,3%	35,3%	17,6%	11,8%	0,0%	100,0%
chirurgie	Počet	15	17	4	11	9	56
	%	26,8%	30,4%	7,1%	19,6%	16,1%	100,0%
chirurgie - JIP	Počet	2	4	2	1	1	10
	%	20,0%	40,0%	20,0%	10,0%	10,0%	100,0%
infekční	Počet	3	0	0	0	3	6
	%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
interna	Počet	13	7	2	3	5	30
	%	43,3%	23,3%	6,7%	10,0%	16,7%	100,0%
interna - JIP	Počet	4	5	2	3	1	15
	%	26,7%	33,3%	13,3%	20,0%	6,7%	100,0%
lázně Aurora	Počet	2	4	1	3	2	12
	%	16,7%	33,3%	8,3%	25,0%	16,7%	100,0%
lázně Berta	Počet	7	0	0	1	3	11
	%	63,6%	0,0%	0,0%	9,1%	27,3%	100,0%
nervové	Počet	4	1	0	2	0	7
	%	57,1%	14,3%	0,0%	28,6%	0,0%	100,0%
oční	Počet	5	0	0	3	1	9
	%	55,6%	0,0%	0,0%	33,3%	11,1%	100,0%
ONP	Počet	9	7	3	3	3	25
	%	36,0%	28,0%	12,0%	12,0%	12,0%	100,0%
ORL	Počet	4	6	0	1	3	14
	%	28,6%	42,9%	0,0%	7,1%	21,4%	100,0%
ortopedie	Počet	7	1	2	2	0	12
	%	58,3%	8,3%	16,7%	16,7%	0,0%	100,0%

ortopedie - JIP	Počet	2	2	3	2	0	9
	%	22,2%	22,2%	33,3%	22,2%	0,0%	100,0%
traumatologie	Počet	7	4	3	5	1	20
	%	35,0%	20,0%	15,0%	25,0%	5,0%	100,0%
traumatologie - amb.	Počet	3	5	0	0	1	9
	%	33,3%	55,6%	0,0%	0,0%	11,1%	100,0%
traumatologie - JIP	Počet	2	1	1	4	1	9
	%	22,2%	11,1%	11,1%	44,4%	11,1%	100,0%
Celkem	Počet	106	76	31	51	41	305
	%	34,8%	24,9%	10,2%	16,7%	13,4%	100,0%

Tato tabulka popisuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí v dotazníku, které se vztahují k výskytu bolestí zad u sester v souvislosti s charakterem oddělení. Z výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 305 (100 %) dotazovaných respondentů nejčastěji odpovědělo z jednotlivých oddělení 106 (34,8 %) respondentů, že bolestmi zad trpí 1x do měsíce a 76 (24,9%) respondentů jimi trpí 1x za týden. Na oddělení ARO a dětském převažují bolesti zad 1x za měsíc. Na chirurgickém oddělení a chirurgii JIP převažují bolesti 1x za týden. V lázních tyto problémy převažují rovněž nejčastěji 1x za měsíc (lázně Berta) a 1x za týden (lázně Aurora). Na nervovém, očním, ONP, ortopedii a traumatologii trpí bolestmi zad nejčastěji 1x za měsíc. Na traumatologické ambulanci trpí bolestmi zad každý týden 5 (55,6 %) respondentů. Na traumatologii JIP (4 (44,4 %) respondentů) se bolesti zad objevují nejčastěji každý den.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	76,539 ^a	68	0,224
Počet pozorování	305		

a. 74 buněk (82,2%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 0,61.

Za využití Pearsonova chí kvadrátu byla hodnocena souvislost výskytu bolestí zad u sester během nebo po směně s charakterem oddělení. Dosažená hladina významnosti p je 0,224 tj. 22,4 %, což je více než hraniční hodnota 5 %. V platnosti tedy zůstává nulová hypotéza, která předpokládá, že bolesti zad u sester během nebo po směně nesouvisí s charakterem oddělení.

Kontingenční tabulka 23 – Bolesti hlavy versus charakter oddělení

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H₀) a hypotéza alternativní (H_A).

H₀: Bolesti hlavy u sester nesouvisí s charakterem oddělení.

H_A: Bolesti hlavy u sester souvisí s charakterem oddělení.

		Bolesti hlavy během nebo po směně					Celkem				
		1x měsíc	za	1x týden	za	obden		každý den	nemám problém		
oddělení sloučená ARO	Počet	8		7		2		1		16	34
	%	23,5%		20,6%		5,9%		2,9%		47,1%	100,0%
dětské	Počet	8		6		1		1		1	17
	%	47,1%		35,3%		5,9%		5,9%		5,9%	100,0%
chirurgie	Počet	21		15		6		3		11	56
	%	37,5%		26,8%		10,7%		5,4%		19,6%	100,0%
chirurgie - JIP	Počet	2		7		0		1		0	10
	%	20,0%		70,0%		0,0%		10,0%		0,0%	100,0%
infekční	Počet	1		0		0		0		5	6
	%	16,7%		0,0%		0,0%		0,0%		83,3%	100,0%
interna	Počet	15		5		3		0		7	30
	%	50,0%		16,7%		10,0%		0,0%		23,3%	100,0%
interna - JIP	Počet	10		4		0		0		1	15
	%	66,7%		26,7%		0,0%		0,0%		6,7%	100,0%
lázně Aurora	Počet	8		3		0		1		0	12
	%	66,7%		25,0%		0,0%		8,3%		0,0%	100,0%
lázně Berta	Počet	5		2		0		0		4	11
	%	45,5%		18,2%		0,0%		0,0%		36,4%	100,0%
nervové	Počet	2		3		2		0		0	7
	%	28,6%		42,9%		28,6%		0,0%		0,0%	100,0%
oční	Počet	4		1		0		0		4	9
	%	44,4%		11,1%		0,0%		0,0%		44,4%	100,0%
ONP	Počet	14		7		0		1		3	25
	%	56,0%		28,0%		0,0%		4,0%		12,0%	100,0%
ORL	Počet	4		5		1		0		4	14
	%	28,6%		35,7%		7,1%		0,0%		28,6%	100,0%
ortopedie	Počet	8		3		1		0		0	12
	%	66,7%		25,0%		8,3%		0,0%		0,0%	100,0%
ortopedie - JIP	Počet	3		5		0		0		1	9
	%	33,3%		55,6%		0,0%		0,0%		11,1%	100,0%

	%	33,3%	55,6%	0,0%	0,0%	11,1%	100,0%
traumatologie	Počet	6	11	0	0	3	20
	%	30,0%	55,0%	0,0%	0,0%	15,0%	100,0%
traumatologie - amb.	Počet	2	3	2	0	2	9
	%	22,2%	33,3%	22,2%	0,0%	22,2%	100,0%
traumatologie - JIP	Počet	7	2	0	0	0	9
	%	77,8%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Celkem	Počet	128	89	18	8	62	305
	%	42,0%	29,2%	5,9%	2,6%	20,3%	100,0%

Tato tabulka popisuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí sester na otázky, jež se týkají výskytu bolestí hlavy v souvislosti s charakterem oddělení. Bolestmi hlavy trpí z jednotlivých oddělení celkem 128 (42 %) respondentů 1x za měsíc a 89 (29,2 %) respondentů 1x za týden. Na oddělení ARO největší počet respondentů (16 (47,1 %) nemá problémy s bolestmi hlavy. Na dětském a chirurgickém oddělení převažují bolesti hlavy 1x za měsíc, na chirurgii JIP se tyto problémy u respondentů objevují nejčastěji 1x za týden. Na interním oddělení, dále na interně JIP, v lázních, ale také na očním oddělení, ONP, ortopedii a traumatologii JIP převažují bolesti hlavy 1x za měsíc. Na ORL, ortopedii JIP, traumatologii a u respondentů v traumatologické ambulanci se nejčastěji objevují tyto potíže 1x za týden.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	111,214 ^a	68	0,001
Počet pozorování	305		

a. 71 buněk (78,9%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 0,16.

Za využití Pearsonova chí kvadrátu byla hodnocena souvislost výskytu bolestí hlavy u sester během nebo po směně s charakterem oddělení. Dosažená hladina významnosti p je 0,001 tj. 0,1 %, což je méně než hraniční hodnota 5 %. Takže přijímáme alternativní hypotézu, která předpokládá, že bolesti hlavy u sester souvisí s charakterem oddělení. Je však nutné uvést, že tento výsledek není příliš spolehlivý, protože 71 buněk má menší zastoupení než 5 respondentů (tzn. více než tolerovaná hranice 20 %).

Kontingenční tabulka 24 – Bolesti nohou versus charakter oddělení

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H_0) a hypotéza alternativní (H_A).

H_0 : Bolesti nohou u sester nesouvisí s charakterem oddělení.

H_A : Bolesti nohou u sester souvisí s charakterem oddělení.

		Bolesti nohou během nebo po směně					Celkem
		1x měsíc	za 1x týden	za 1x obden	každý den	nemám problém	
oddělení sloučená ARO	Počet	4	10	7	6	7	34
	%	11,8%	29,4%	20,6%	17,6%	20,6%	100,0%
dětské	Počet	6	5	4	2	0	17
	%	35,3%	29,4%	23,5%	11,8%	0,0%	100,0%
chirurgie	Počet	15	13	6	12	10	56
	%	26,8%	23,2%	10,7%	21,4%	17,9%	100,0%
chirurgie - JIP	Počet	2	4	1	2	1	10
	%	20,0%	40,0%	10,0%	20,0%	10,0%	100,0%
infekční	Počet	1	4	0	0	1	6
	%	16,7%	66,7%	0,0%	0,0%	16,7%	100,0%
interna	Počet	2	10	5	8	5	30
	%	6,7%	33,3%	16,7%	26,7%	16,7%	100,0%
interna - JIP	Počet	3	8	1	3	0	15
	%	20,0%	53,3%	6,7%	20,0%	0,0%	100,0%
lázně Aurora	Počet	2	3	1	3	3	12
	%	16,7%	25,0%	8,3%	25,0%	25,0%	100,0%
lázně Berta	Počet	3	2	0	0	6	11
	%	27,3%	18,2%	0,0%	0,0%	54,5%	100,0%
nervové	Počet	2	2	0	2	1	7
	%	28,6%	28,6%	0,0%	28,6%	14,3%	100,0%
oční	Počet	1	1	0	0	7	9
	%	11,1%	11,1%	0,0%	0,0%	77,8%	100,0%
ONP	Počet	6	5	3	8	3	25
	%	24,0%	20,0%	12,0%	32,0%	12,0%	100,0%
ORL	Počet	0	4	4	4	2	14
	%	0,0%	28,6%	28,6%	28,6%	14,3%	100,0%
ortopedie	Počet	4	3	4	0	1	12
	%	33,3%	25,0%	33,3%	0,0%	8,3%	100,0%

ortopedie - JIP	Počet	1	1	3	4	0	9
	%	11,1%	11,1%	33,3%	44,4%	0,0%	100,0%
traumatologie	Počet	3	5	3	5	4	20
	%	15,0%	25,0%	15,0%	25,0%	20,0%	100,0%
traumatologie - amb.	Počet	0	2	1	3	3	9
	%	0,0%	22,2%	11,1%	33,3%	33,3%	100,0%
traumatologie - JIP	Počet	0	5	1	2	1	9
	%	0,0%	55,6%	11,1%	22,2%	11,1%	100,0%
Celkem	Počet	55	87	44	64	55	305
	%	18,0%	28,5%	14,4%	21,0%	18,0%	100,0%

Tato tabulka popisuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí sester, jež se vztahují k výskytu bolesti nohou v souvislosti s charakterem oddělení. Z celkového počtu 305 (100 %) dotazovaných respondentů odpovědělo nejvíce respondentů z jednotlivých oddělení, tedy celkem 87 (28,5 %) respondentů, že bolestmi nohou během nebo po směně trpí 1x za týden a 64 (21 %) respondentů jimi trpí každý den.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	97,928 ^a	68	0,010
Počet pozorování	305		

a. 74 buněk (82,2%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 0,87.

Za pomoci Pearsonova chí kvadrátu byla hodnocena souvislost výskytu bolesti nohou u sester během nebo po směně s charakterem oddělení. Dosažená hladina významnosti p je 0,010 tj. 1,0 %, což je méně než hraniční hodnota 5 %, takže platí alternativní hypotéza, která předpokládá, že bolesti nohou u sester souvisí s charakterem oddělení. Tento výsledek však není příliš spolehlivý, protože 74 buněk má menší zastoupení než 5 respondentů, tzn. více než tolerovaná hranice 20 %.

Kontingenční tabulka 25 – Únava versus charakter oddělení

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H_0) a hypotéza alternativní (H_A).

H_0 : Únava během nebo po směně u sester nesouvisí s charakterem oddělení.

H_A : Únava během nebo po směně u sester souvisí s charakterem oddělení.

		Únava během nebo po směně					Celkem
		1x měsíc	za 1x týden	za 1x obden	každý den	nemám problém	
oddělení sloučená ARO	Počet	2	10	4	11	7	34
	%	5,9%	29,4%	11,8%	32,4%	20,6%	100,0%
dětské	Počet	3	5	0	9	0	17
	%	17,6%	29,4%	0,0%	52,9%	0,0%	100,0%
chirurgie	Počet	6	18	11	17	4	56
	%	10,7%	32,1%	19,6%	30,4%	7,1%	100,0%
chirurgie - JIP	Počet	0	1	1	8	0	10
	%	0,0%	10,0%	10,0%	80,0%	0,0%	100,0%
infekční	Počet	2	0	0	4	0	6
	%	33,3%	0,0%	0,0%	66,7%	0,0%	100,0%
interna	Počet	3	7	7	12	1	30
	%	10,0%	23,3%	23,3%	40,0%	3,3%	100,0%
interna - JIP	Počet	0	10	1	4	0	15
	%	0,0%	66,7%	6,7%	26,7%	0,0%	100,0%
lázně Aurora	Počet	2	5	2	1	2	12
	%	16,7%	41,7%	16,7%	8,3%	16,7%	100,0%
lázně Berta	Počet	3	3	0	0	5	11
	%	27,3%	27,3%	0,0%	0,0%	45,5%	100,0%
nervové	Počet	2	1	0	3	1	7
	%	28,6%	14,3%	0,0%	42,9%	14,3%	100,0%
oční	Počet	1	1	0	0	7	9
	%	11,1%	11,1%	0,0%	0,0%	77,8%	100,0%
ONP	Počet	3	5	2	15	0	25
	%	12,0%	20,0%	8,0%	60,0%	0,0%	100,0%
ORL	Počet	1	3	3	7	0	14
	%	7,1%	21,4%	21,4%	50,0%	0,0%	100,0%
ortopedie	Počet	1	5	3	3	0	12
	%	8,3%	41,7%	25,0%	25,0%	0,0%	100,0%

ortopedie - JIP	Počet	1	3	0	5	0	9
	%	11,1%	33,3%	0,0%	55,6%	0,0%	100,0%
traumatologie	Počet	0	3	7	10	0	20
	%	0,0%	15,0%	35,0%	50,0%	0,0%	100,0%
traumatologie - amb.	Počet	0	2	2	4	1	9
	%	0,0%	22,2%	22,2%	44,4%	11,1%	100,0%
traumatologie - JIP	Počet	1	2	0	6	0	9
	%	11,1%	22,2%	0,0%	66,7%	0,0%	100,0%
Celkem	Počet	31	84	43	119	28	305
	%	10,2%	27,5%	14,1%	39,0%	9,2%	100,0%

Tato tabulka popisuje početní zastoupení jednotlivých odpovědí sester na otázky z dotazníku, týkajících se výskytu únavy u sester během nebo po směně v souvislosti s charakterem oddělení. Únava během nebo po směně se nejčastěji na jednotlivých odděleních objevuje z celkového počtu 305 (100 %) dotazovaných respondentů u 119 (39 %) každý den, u dalších 84 (27,5 %) respondentů 1x za týden a u 43 (14,1 %) respondentů obden.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	163,525 ^a	68	0,000
Počet pozorování	305		

a. 74 buněk (82,2%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 0,55.

Dosažená hladina významnosti p je v tomto případě menší než 0,001 tj. 0,1 %. Jelikož se jedná o hodnotu menší než 5 %, lze říci že alternativní hypotéza, která předpokládá, že únava během nebo po směně u sester souvisí s charakterem oddělení platí. Tento výsledek však není příliš spolehlivý, protože v 74 buňkách bylo méně než 5 respondentů, tzn. více než tolerovaná hranice 20 %.

Kontingenční tabulka 26 – Pocity neuspokojení z práce versus charakter oddělení

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H_0) a hypotéza alternativní (H_A).

H_0 : Pocit neuspokojení z práce u sester nesouvisí s charakterem oddělení.

H_A : Pocit neuspokojení z práce u sester souvisí s charakterem oddělení.

		Pocit neuspokojení z práce					Celkem
		1x měsíc	za 1x týden	za 1x obden	každý den	nemám problém	
oddělení sloučená ARO	Počet	6	1	1	0	26	34
	%	17,6%	2,9%	2,9%	0,0%	76,5%	100,0%
dětské	Počet	1	0	0	1	15	17
	%	5,9%	0,0%	0,0%	5,9%	88,2%	100,0%
chirurgie	Počet	13	13	1	6	23	56
	%	23,2%	23,2%	1,8%	10,7%	41,1%	100,0%
chirurgie - JIP	Počet	4	1	0	1	4	10
	%	40,0%	10,0%	0,0%	10,0%	40,0%	100,0%
infekční	Počet	0	0	0	0	6	6
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
interna	Počet	5	6	0	2	17	30
	%	16,7%	20,0%	0,0%	6,7%	56,7%	100,0%
interna - JIP	Počet	3	5	0	0	7	15
	%	20,0%	33,3%	0,0%	0,0%	46,7%	100,0%
lázně Aurora	Počet	3	1	0	0	8	12
	%	25,0%	8,3%	0,0%	0,0%	66,7%	100,0%
lázně Berta	Počet	0	0	0	0	11	11
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
nervové	Počet	1	1	0	0	5	7
	%	14,3%	14,3%	0,0%	0,0%	71,4%	100,0%
oční	Počet	0	0	0	0	9	9
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
ONP	Počet	6	2	1	0	16	25
	%	24,0%	8,0%	4,0%	0,0%	64,0%	100,0%
ORL	Počet	3	2	0	0	9	14
	%	21,4%	14,3%	0,0%	0,0%	64,3%	100,0%
ortopedie	Počet	1	2	0	0	9	12
	%	8,3%	16,7%	0,0%	0,0%	75,0%	100,0%

ortopedie - JIP	Počet	1	0	0	0	8	9
	%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	88,9%	100,0%
traumatologie	Počet	5	5	1	1	8	20
	%	25,0%	25,0%	5,0%	5,0%	40,0%	100,0%
traumatologie - amb.	Počet	3	3	0	0	3	9
	%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	33,3%	100,0%
traumatologie - JIP	Počet	0	1	1	0	7	9
	%	0,0%	11,1%	11,1%	0,0%	77,8%	100,0%
Celkem	Počet	55	43	5	11	191	305
	%	18,0%	14,1%	1,6%	3,6%	62,6%	100,0%

Tato tabulka popisuje početní zastoupení odpovědí sester na otázky, týkající se souvislosti výskytu pocitu neuspokojení z práce s charakterem oddělení. Z výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 305 (100 %) dotazovaných respondentů z jednotlivých oddělení jich nejvíce odpovědělo (191 (62,6 %) respondentů), že netrpí pocitem neuspokojení z práce. Dále 55 (18 %) respondentů jimi trpí 1x za měsíc a 43 (14,1 %) respondentů 1x za týden.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	83,796 ^a	68	0,094
Počet pozorování	305		

a. 70 buněk (77,8%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 0,10.

Dosažená hladina významnosti p je v tomto případě 0,094 tj. 9,4 %. Jelikož se jedná o hodnotu větší než 5%, nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu, která předpokládá, že pocit neuspokojení z práce u sester nesouvisí s charakterem oddělení. Tento výsledek je navíc ovlivněn malým počtem pozorování, protože v 70 buňkách bylo méně než 5 respondentů (tzn. více než tolerovaná hranice 20 %).

Kontingenční tabulka 27 – Deprese versus charakter oddělení

Pro testování nezávislosti dvou proměnných byla stanovena hypotéza nulová (H_0) a hypotéza alternativní (H_A).

H_0 : Deprese u sester nesouvisí s charakterem oddělení.

H_A : Deprese u sester souvisí s charakterem oddělení.

		Deprese					Celkem
		1x za měsíc	1x za 2 měsíce	1x za 3 měsíce	1x za půl roku	nemám problém	
oddělení sloučená ARO	Počet	7	0	1	0	26	34
	%	20,6%	0,0%	2,9%	0,0%	76,5%	100,0%
dětské	Počet	1	0	0	0	16	17
	%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	94,1%	100,0%
chirurgie	Počet	10	4	4	2	36	56
	%	17,9%	7,1%	7,1%	3,6%	64,3%	100,0%
chirurgie - JIP	Počet	1	0	0	0	9	10
	%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	90,0%	100,0%
infekční	Počet	0	0	0	0	6	6
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
interna	Počet	5	1	0	1	23	30
	%	16,7%	3,3%	0,0%	3,3%	76,7%	100,0%
interna - JIP	Počet	1	0	0	0	14	15
	%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	93,3%	100,0%
lázně Aurora	Počet	2	0	0	0	10	12
	%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	83,3%	100,0%
lázně Berta	Počet	2	0	0	0	9	11
	%	18,2%	0,0%	0,0%	0,0%	81,8%	100,0%
nervové	Počet	0	1	0	0	6	7
	%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	85,7%	100,0%
oční	Počet	0	0	0	0	9	9
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
ONP	Počet	2	2	1	0	20	25
	%	8,0%	8,0%	4,0%	0,0%	80,0%	100,0%
ORL	Počet	1	1	0	0	12	14
	%	7,1%	7,1%	0,0%	0,0%	85,7%	100,0%
ortopedie	Počet	0	0	0	0	12	12
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%

ortopedie - JIP	Počet	1	0	0	0	8	9
	%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	88,9%	100,0%
traumatologie	Počet	3	0	1	0	16	20
	%	15,0%	0,0%	5,0%	0,0%	80,0%	100,0%
traumatologie - amb.	Počet	2	1	0	0	6	9
	%	22,2%	11,1%	0,0%	0,0%	66,7%	100,0%
traumatologie - JIP	Počet	1	0	0	0	8	9
	%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	88,9%	100,0%
Celkem	Počet	39	10	7	3	246	305
	%	12,8%	3,3%	2,3%	1,0%	80,7%	100,0%

Tato tabulka vyjadřuje početní zastoupení odpovědí sester na otázky, které se týkají výskytu depresí v souvislosti s charakterem oddělení. Z výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 305 (100 %) dotazovaných respondentů jich nejvíce z jednotlivých oddělení, tedy celkem 246 (80,7 %) respondentů odpovědělo, že netrpí depresemi a nejčastěji jimi trpí 39 (12,8 %) respondentů 1x za měsíc.

Chí kvadrát test

	Hodnota	df	Dosažená hladina významnosti
Pearsonův chí kvadrát	47,835 ^a	68	0,970
Počet pozorování	305		

a. 72 buněk (80,0%) má očekávaný počet méně než 5. Nejnižší očekávaný počet je 0,06.

Dosažená hladina významnosti p je v tomto případě 0,970 tj. 97,0 %. Jelikož se jedná o hodnotu větší než 5%, lze říci že platí nulová hypotéza, která předpokládá, že deprese u sester nesouvisí s charakterem oddělení. Poněvadž v 72 buňkách bylo méně než 5 respondentů, tzn. více než tolerovaná hranice 20 %, tento výsledek však není příliš spolehlivý.

5. Diskuze

Ve výzkumném šetření se zabýváme péčí sestry o její vlastní zdraví. Pro tuto práci byly stanoveny 3 cíle a 7 hlavních hypotéz (viz. kapitola Cíl práce a hypotézy), ke kterým byly v rámci statistického zpracování dat stanoveny i hypotézy pracovní (HA = hypotéza alternativní a H0 = hypotéza nulová). Prvním cílem bylo zjistit, jak vzdělání, pohlaví a věk ovlivňuje u sester způsob životosprávy a míru péče o zdraví. K tomuto cíli se vztahují první tři hypotézy. V hypotéze 1 jsme předpokládali, že vzdělání ovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o zdraví. V hypotéze 2 jsme se zabývali domněnkou, zda pohlaví ovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o zdraví a v hypotéze 3 jsme předpokládali, že věk ovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o zdraví. Druhým cílem bylo zjistit, jaký vliv má pracovní zátěž na zdravotní problémy sester, k tomuto cíli se vztahuje hypotéza 4. V této hypotéze jsme předpokládali, že pracovní zátěž má vliv na zdravotní problémy sester. Třetím cílem bylo zjistit, zda zdravotní problémy sester souvisí s pohlavím, věkem a charakterem oddělení, k tomuto cíli byly stanoveny opět tři hypotézy. V hypotéze 5 jsme se zabývali domněnkou, že zdravotní problémy u sester souvisí s pohlavím. V hypotéze 6 jsme předpokládali, že zdravotní problémy sester souvisí s věkem. A v poslední sedmé hypotéze jsme předpokládali, že zdravotní problémy u sester souvisí s charakterem práce na oddělení.

Soubor výzkumného šetření tvořily sestry pracující v Nemocnici České Budějovice, a.s., sestry pracující v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s., a sestry z lázní Aurora a Berta v Třeboni. Tyto lázně se specializují na pohybový aparát. Po schválení byl sestrám v průběhu měsíce února 2011 rozdán anonymní dotazník, který čítal celkem 14 otázek. Dotazníky byly rozdány na nejrůznější oddělení, kde sestry byly ochotné vyplnit dotazník.

Celkové hodnocení způsobu životosprávy a míry péče o vlastní zdraví, jež se vztahuje k pohlaví, věku a vzdělání, vychází z maximálního počtu bodů za tuto oblast, který byl celkem 21 bodů. Respondenti byli rozděleni do tří kategorií: 0-7 bodů bylo označeno jako minimální péče o vlastní zdraví, 8-14 bodů byla průměrná péče o vlastní zdraví a 15-21 bodů znamenalo nadprůměrná péče o vlastní zdraví. Jelikož byli v nadprůměrné péči o vlastní zdraví pouze 2 (0,7 %) respondenti, byli zahrnuti do kategorie průměrné péče o vlastní zdraví, aby se výsledky daly dobře statisticky zpracovat. Ze všech dotazovaných respondentů bylo tedy celkem 153 (50,2 %) v kategorii minimální péče o vlastní zdraví a 152 (49,2) respondentů spadalo do kategorie průměrné péče (tabulka č. 5).

V první otázce v dotazníku jsme se zabývali pohlavím. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 305 dotazovaných respondentů, bylo 294 respondentů ženského pohlaví a 11 respondentů pohlaví mužského (graf 1). Tento údaj souvisel s hypotézou 2, u kterého byl testován vztah pohlaví se způsobem životosprávy a mírou péče o vlastní zdraví. Konečný výsledek při testování nezávislosti projevil, že způsob životosprávy a míra péče o vlastní zdraví jsou stejné u mužů i žen (dosažená hladina významnosti v chí kvadrát testu je 76,7 %). Výsledky výzkumného šetření by mohly být zkráceny malým počtem mužů ve srovnání se zastoupením žen. Z kontingenční tabulky 1 vyplývá, že 6 (54,5 %) mužů pečuje o své zdraví minimálně a dalších 5 (45,5 %) mužů průměrně. Dále je patrné, že 147 (50 %) žen spadá do kategorie minimální péče o vlastní zdraví a dalších 147 (50 %) žen patří do kategorie průměrné péče o vlastní zdraví. Hypotéza 2 tudíž neplatí.

Druhá otázka se týkala věku respondentů. Věk respondentů byl pro nás velmi významným údajem, který se týkal hypotézy 3. Věk byl srovnáván s druhou proměnnou, a to způsobem životosprávy a mírou péče o vlastní zdraví. Z výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 305ti dotazovaných respondentů bylo 134 respondentů ve věku do 30 let, dále 83 respondentů uvedlo, že jsou ve věku od 31-40 let, dalších 49 respondentů je ve věku 41-50 let a 39 dotazovaných respondentů je více než 50 let (graf 2). Vztah míry péče o vlastní zdraví v souvislosti s věkovými kategoriemi byl hodnocen Pearsonovým chí kvadrát testem, který prokázal, že platí nulová hypotéza, která tvrdí, že věk neovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o vlastní zdraví (dosažená hladina významnosti $p = 71$ %). Z výsledků tedy vyplývá, že celkem 72 (53,7 %) respondentů ve věku do 30 let pečuje o své zdraví minimálním způsobem a dalších 62 (46,3 %) respondentů z této kategorie o své zdraví pečuje průměrně. Z kategorie respondentů ve věku 31-40 let jich 38 (45,8 %) pečuje o své zdraví minimálně a 45 (54,2 %) respondentů průměrně. Dále můžeme pozorovat, že 24 (49 %) respondentů ve věku 41-50 let pečuje o své zdraví spíše minimálně a 25 (51 %) respondentů průměrně. Z kategorie respondentů starších 50 let jich pečuje o své zdraví celkem 19 (48,7 %) spíše minimálně a 20 (51,3 %) respondentů průměrně (kontingenční tabulka 3). Tyto rozdíly nejsou statisticky významné, proto byla přijata nulová hypotéza, že péče o zdraví nesouvisí s věkem. I když se významnost neprokázala, lze pozorovat, že starší věkové kategorie o své zdraví pečují méně.

Třetí otázka v anonymním dotazníku se týkala druhu oddělení, na kterém respondenti v současné době pracují. Tento údaj souvisel s hypotézou 7, v níž jsme se zabývali domněnkou, že zdravotní problémy u sester souvisí s charakterem oddělení. Srovnávány ve statistickém zpracování byly tedy dvě

proměnné, a to charakter oddělení a výskyt zdravotních problémů u sester během nebo po směně. Pearsonův chí kvadrát test prokázal, že bolesti zad u sester během nebo po směně nesouvisí s charakterem oddělení (p je 0,203 , tj. 20,3 %). Z výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 305 (100 %) dotazovaných respondentů nejčastěji odpovědělo z jednotlivých oddělení 106 (34,8 %) respondentů, že bolestmi zad trpí 1x do měsíce a 76 (24, 9%) respondentů jimi trpí 1x za týden. Na oddělení ARO, dětském převažují bolesti zad 1x za měsíc. Na oddělení chirurgie a chirurgii JIP převažují bolesti 1x za týden. V lázních tyto problémy převažují rovněž nejčastěji 1x za měsíc (lázně Berta) a 1x za týden (lázně Aurora). Na nervovém, očním, ONP, ortopedii a traumatologii trpí bolestmi zad nejčastěji 1x za měsíc. Na traumatologické ambulanci trpí bolestmi zad každý týden 5 (55,6 %) respondentů. Na traumatologii JIP (4 (44,4 %) respondentů) se bolesti zad objevují nejčastěji každý den (kontingenční tabulka 22).

Značná souvislost byla zjištěna mezi charakterem oddělení a bolestmi hlavy u sester, protože tímto problémem trpí z jednotlivých oddělení celkem 128 (42 %) respondentů 1x za měsíc a 89 (29,2 %) respondentů 1x za týden (kontingenční tabulka 23), ale v tomto případě je bohužel nutné uvést, že výsledek chí kvadrát testu není spolehlivý z důvodu malého množství respondentů v některých buňkách tabulky. V problematice bolestí nohou a výskytu únavy výsledek určil, že bolesti nohou u sester souvisí s charakterem oddělení, jelikož z celkového počtu 305 (100 %) dotazovaných respondentů jich nejvíce z jednotlivých oddělení odpovědělo, tedy celkem 87 (28,5 %) respondentů, že bolestmi nohou během nebo po směně trpí 1x za týden a 64 (21 %) respondentů jimi trpí každý den (kontingenční tabulka 24). Ze statistického pohledu ale opět není tento výsledek jednoznačně průkazný. Únava během nebo po směně se nejčastěji objevuje z celkového počtu 305 (100 %) dotazovaných respondentů u 119 (39 %) každý den, u dalších 84 (27,5 %) respondentů 1x za týden a u 43 (14,1 %) respondentů obden (kontingenční tabulka 25). A nakonec i v oblasti zdravotních problémů, test nezávislosti stanovil, že pocit neuspokojení z práce (kontingenční tabulka 26) a výskyt depresí (kontingenční tabulka 27) u sester nesouvisí s charakterem oddělení, jelikož z výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 305 (100 %) dotazovaných respondentů jich nejvíce odpovědělo (191, tedy 62,6 % respondentů), že netrpí pocitem neuspokojení z práce. 55 (18 %) jimi trpí 1x za měsíc a 43 (14,1 %) respondentů 1x za týden. Z výzkumného šetření vyplývá, že z celkového počtu 305 (100 %) dotazovaných respondentů jich nejvíce, tedy 246 (80,7 %) respondentů, odpovědělo, že netrpí depresemi. Nejčastěji jimi trpí 39 (12,8 %) respondentů 1x za měsíc (kontingenční tabulka 27). Z důvodu širokého spektra oddělení, a s tím spojeného nízkého zastoupení respondentů některých oddělení, se hypotézu 7 nepodařilo prokázat.

Obecně můžeme říci, že zaznamenané rozdíly ve výskytu sledovaných zdravotních problémů na různých odděleních nebyly ani v jednom případě statisticky významné. Příčinou mohlo být nízké zastoupení respondentů na některých odděleních.

Ve 4. otázce jsme se zaměřili na délku práce ve zdravotnictví. Dotazovaní respondenti pracují ve zdravotnictví různě dlouhou dobu, a to v rozmezí zhruba od 1 roku do více než 41-50 let. Konkrétně z celkového počtu 305 dotazovaných respondentů, odpovědělo 24 respondentů, že ve zdravotnictví pracují do 1 roku, dále 126 respondentů pracuje ve zdravotnictví od 2-10 let, dalších 73 respondentů pracuje od 11-20 let, 44 dotazovaných respondentů pracuje ve zdravotnictví již 31-40 let a 1 respondent pracuje ve zdravotnictví v rozmezí 41-50 let (graf 4). V průběhu výzkumného šetření jsme se pokusili otestovat závislost výskytu zdravotních problémů u sester na délce práce ve zdravotnictví. Toto výzkumné šetření však nepřineslo významné výsledky, proto jsme nestanovili další hypotézu, která by se týkala těchto údajů. K tomuto rozhodnutí nás přivedly výsledky testů závislost věku na výskytu zdravotních problémů (kontingenční tabulky 16-21). Po důkladném uvážení jsme došli k závěru, že pokud věk nebyl významným faktorem výskytu zdravotních problémů, stejný výsledek bychom získali i v případě délky práce, která je na věk silně vázaná, což se nám i potvrdilo v Pearsonově chí kvadrát testu.

Údaj týkající se vzdělání, tedy otázka číslo 5, přímo souvisel s hypotézou 1, v níž jsme předpokládali, že vzdělání ovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o zdraví. Dotazovaní respondenti mají různý stupeň vzdělání od středního zdravotnického po vzdělání vysokoškolské (graf 5). Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že celkem 106 (51,7 %) respondentů se středním zdravotnickým vzděláním patří do kategorie minimální péče o vlastní zdraví a 99 (48,3 %) sester spadá do kategorie průměrná péče o vlastní zdraví. Celkem 19 (46,3 %) respondentů s vyšším odborným vzděláním pečuje o své zdraví minimálně a 22 (53,7 %) respondentů s tímto vzděláním průměrně. Také 28 (47,5 %) respondentů s vysokoškolským vzděláním bylo zařazeno do kategorie minimální péče o vlastní zdraví a 31 (52,5 %) pečuje o své zdraví průměrně (kontingenční tabulka 1). Při testování nezávislosti jsme dospěli k výsledku, že vzdělání neovlivňuje způsob životosprávy a míru péče o vlastní zdraví ($p = 0,738$, tj. 73,8%). Takže hypotéza 1 nebyla přijata.

Otázka číslo 6 se týkala způsobu péče o vlastní zdraví. Sestry měly na výběr z několika variant, jež se týkaly zásad správného stravování, pitného režimu, spánku, ale i užívání návykových látek, jako je pití kávy, kouření a požívání alkoholu (tabulka 2). Z výzkumného šetření vyplývá, že 199 (65,2 %) sester

jí každý den ovoce či zeleninu, pouze 58 (19 %) sester jí alespoň jednou týdně ryby a 102 (33,4 %) sester se snaží vyhýbat tučným jídlům.

Machová (2006) ve své publikaci tvrdí, že mnoho lidí si jistě uvědomuje důležitost prevence a chápou, jak je nutné nemocem předcházet. Také jsou si vědomi, že preventivní opatření vedou ke zvýšení kvality života. Proto hlavní úlohu hraje výchova ke zdraví, která spočívá ve změně chování sester (28). Z výsledků bakalářské práce na téma Sestra a její péče o vlastní zdraví, vliv na péči o nemocné vyplývá, že mnoho sester chodí do zaměstnání, i když jsou nachlazené. Jako důvod udávají nedostatek zdravotnického personálu a mají pocit, že kdyby zůstaly doma, způsobily by na pracovišti komplikace. Největší problém spočívá ve zdravotní politice v České republice, jelikož z důvodu úspory finančních zdrojů snižují stavy personálu, což vede k nepřiměřenému nátlaku na sestry. Nedostatek personálu se může projevit v poškození zdraví sester samotných (27).

Také z výsledků tohoto šetření vyplynulo, že při nachlazení sestry užívají nevhodné způsoby léčby, a to nejčastěji léky, které potlačují příznaky onemocnění. Dotazované sestry považovaly za nejdůležitější prevenci onemocnění vhodnou stravu a vitaminy, jako doplněk potravy (27).

Některé sestry (konkrétně 95, tj. 31,1 % respondentů) zároveň uváděly, že během směny nemají čas na oběd a večeři a celkem 161 (52,8 %) dotazovaných respondentů má během noční směny čas alespoň na jedno jídlo (tabulka 2), což je v rozporu s pravidly pro zdravé stravování, které ve své publikaci popisuje Clarková (2000).⁽⁵⁾ I Lukešové ve výzkumném šetření vyšlo, že sestry nemají během pracovního procesu čas na jídlo, čímž se s výsledky této diplomové práce shoduje (27). Příčinou je zřejmě příliš mnoho pacientů na oddělení, což vyjadřuje graf 6, i složení oddělení, neboť převažují imobilní pacienti (tabulka 8). Sestry by se měly snažit najít si čas na jídlo a nezanedbávat se, i když je to mnohdy těžké, což vím sama z vlastní zkušenosti.

Dále z 305ti dotazovaných respondentů odpovědělo pouze 129 (42,3 %) sester, že vypijí minimálně 2 litry tekutin za den a 151 (49,5 %) respondentů se snaží během denní i noční směny pravidelně pít, což se shoduje i s výsledky v bakalářské práci Lukešové (27). Kukačka (2010) ve své knize klade velký důraz na pitný režim, který je důležitou součástí každodenního života. Aby organismus mohl správně fungovat, je nutné udržovat rovnováhu mezi příjmem a výdejem tekutin. Uvádí, že k nevhodným tekutinám patří káva (25). Z výsledků vyplývá, že 83 (27,2 %) sester pije kávu velmi zřídka a 46 (15,1 %) sester ji nepije vůbec, což je dobře. Povolání sestry je náročné a plné stresu, proto sestry

často mohou sahat po alkoholu, aby se jim alespoň na chvíli ulevilo. Dotazovaní respondenti často odpovídali, konkrétně 181 (59,3 %) sester, že alkohol pijí příležitostně a v malém množství. Potěšující rovněž bylo, že celkem 173 (56,7 %) respondentů nekouří (tabulka 2). Lukešová také zkoumala, zda pacientům vadí, pokud je o kouření poučuje sestra, která sama kouří, a došla k závěru, že ano. Prý si v duchu myslí, že je nemá co poučovat, ale mlčky souhlasí (27).

Mikšová (2006) tvrdí, že při odpočinku dochází ke svalové relaxaci bez emočního vypětí, při kterém následuje uvolnění těla. Sestry by měly odpočívat v prostředí, jež je jim příjemné a v němž se můžou věnovat činnosti, která je příjemně naladí (32). Pouze 76 (24,9 %) dotazovaných respondentů spí alespoň 8 hodin denně. Lukešová ve své bakalářské práci uvádí, že většina sester při noční směně překonává spánek pitím silné kávy, jiné se zase brání spánku prováděním nějaké činnosti a některé sestry přiznaly, že si během směny na chvíli zdřímnou. U sester také byly prokázány potíže s usínáním či spánkem samotným, mezi ně patří potíže s usínáním, buzení se během noci či předčasné buzení. Většina sester však uvedla, že neužívají léky na spaní (27).

Jednotlivé odpovědi na 6. otázku byly ohodnoceny jedním bodem, kromě varianty „kávu nepiji vůbec“, která měla hodnotu dvou bodů. Maximálně tedy sestry mohly za tuto otázku získat 12 bodů.

V sedmé otázce respondenti měli za úkol vybrat, jak dlouho se každý týden věnují volnočasovým aktivitám. Jednotlivé možnosti délky volnočasových aktivit byly bodově ohodnoceny. Pokud se sestry věnovaly volnočasovým aktivitám minimálně 2 hodiny týdně, dostaly 1 bod, pokud sportovaly minimálně 4 hodiny týdně, dostaly 2 body a pokud sportovaly více než 4 hodiny, byly jim přiděleny 3 body. Další varianta byla: každý den chodím na procházku, za kterou sestry mohly dostat další 1 bod. Za poslední variantu, „volnočasovým aktivitám se nevěnuji vůbec“, nedostaly bod žádný. Sestry za tuto otázku mohly dostat maximálně 4 body (tabulka 3).

Lukešová (2007) ve svém článku uvádí, že práce sestry je velice náročná, často slouží dvanáctihodinové směny, ráno musí brzy vstávat, cítí se unavené, během jedné směny nachodí mnoho kilometrů a jsou na ně kladeny vysoké nároky, které musí během dne stihnout. Proto je důležité, aby se ve volném čase věnovaly také samy sobě a mohly načerpat nové síly (26). Z jejích výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že za nejoblíbenější sport dotazované sestry považují jízdu na kole (27).

Také Bartošíková (2006) ve své publikaci uvádí, že výzkumy prokázaly, že sestra u lůžka je více zatěžována než sestra na ambulanci. Bylo dále prokázáno, že sestry získávají pocit sociální opory na

základě kladných vztahů na pracovišti. Sestry také uvedly, že jejich povolání ovlivňuje jejich zdravotní stav (1). Rozdíly zdravotních problémů u sester pracujících na ambulanci a na lůžkovém oddělení se nám u některých podařilo prokázat, jelikož například bolesti zad se u sester na traumatologické ambulanci každý den neobjevují vůbec, kdežto u sester pracujících na traumatologii JIP se tyto problémy objevují každý den u 4 (44,4%) respondentů (kontingenční tabulka 22).

Osmá otázka se týkala způsobu péče o dolní končetiny, kdy respondenti měli na výběr z několika možností, které se týkaly nošení zdravotní obuvi a stahovacích punčoch. Dále jsme se v této otázce ptali, zda si dávají dolní končetiny do zvýšené polohy, pokud mají příležitost, aj. Za jednotlivé odpovědi měly tedy sestry možnost získat celkem 5 bodů (tabulka 4). Lukešová uvádí, že 61,9 % dotazovaných sester trpí žilními varixy, za terapii těchto potíží však považují možnost dát si nohy nahoru. Zdravotní obuv vnímají spíše jako prevenci pracovního úrazu (27).

Otázky 9, 10, 11, 12, a 13 vypovídaly o fyzické či psychické pracovní zátěži sester. V těchto otázkách měli respondenti určit délku směn, průměrný počet směn za měsíc, počet sester na směně, průměrný počet pacientů na oddělení a skladbu pacientů na oddělení. Tyto otázky se vztahovaly k hypotéze 4, která předpokládala, že pracovní zátěž má vliv na zdravotní problémy sester. Varianty odpovědí na jednotlivé otázky byly opět ohodnoceny různým počtem bodů podle toho, jakou měrou přispívají k celkové zátěži sester. Co se týče délky směn, které sestry sloužily, měli respondenti na výběr ze tří variant, a to: „pracuji 8 hodin denně“, za kterou byl přiřazen 1 bod, „sloužím jenom 12hodinové směny“, za které sestry dostaly 2 body, a nebo „sloužím někdy 8, jindy 12 hodin“, poslední varianta znamenala opět 2 body.

Průměrný počet směn za měsíc byl bodově ohodnocen následovně. Pokud sestry pracovaly 5-10 dní za měsíc, byl jim přidělen 1 bod, pokud měly 11-15 směn, přiřadili jsme jim 2 body, za 16-20 směn sestry dostaly 3 body a 21 a více směn jsme ohodnotili 4 body. Celkem 138 (45,2 %) dotazovaných respondentů má 11-15 směn za měsíc, 133 (43,6 %) respondentů slouží 16-20 směn za měsíc, dále 26 (8,5 %) respondentů pracuje 21 a více směn za měsíc a 8 (2,6 %) respondentů slouží 5-10 směn za měsíc (tabulka 6).

Další otázka se týkala počtu sester na směně, kdy sestry měly na výběr z předem stanovených kategorií. Pokud bylo na směně 6 a více sester, respondenti s touto odpovědí dostali 1 bod, pokud bylo na směně 4-5 sester, byli jim přiřazeny 2 body, pokud odpověděli, že jsou na směně 2-3 sestry, dostali 3

body a pokud byli na směně sami, dostali 5 bodů. Z konečných výsledků je patrné, že 16 (5,2 %) sester uvedlo, že je u nich na oddělení je 6 a více sester na směně, 58 (19 %) respondentů odpovědělo, že jsou na směně v počtu 4-5 sester, 218 (71,5 %) respondentů uvedlo, že jsou 2-3 na směně a 13 (4,3 %) respondentů odpovědělo, že slouží sami (tabulka 7).

K problematice psychického či fyzického pracovního zatížení sester se vztahovala i otázka 12, týkající se průměrného počtu pacientů na oddělení. Sestry měly na výběr z následujících variant: varianta „do 10 pacientů na oddělení“ znamenala 1 bod, dále varianta „11-20 pacientů“ byla ohodnocena 2 body, varianta „21-30 pacientů na oddělení“ znamenala 3 body, čtvrtá varianta „31-40 pacientů“ měla hodnotu 4 bodů a nakonec pátá varianta „41 a více pacientů“ byla obodována 5 body. Z celkového počtu 305 dotazovaných respondentů, uvedlo 84 respondentů, že počet pacientů na oddělení, kde pracují je do 10, dalších 67 respondentů odpovědělo, že mají na oddělení mezi 11-20 pacienty, 91 respondentů má na oddělení 21-30 pacientů. Dalších 47 dotazovaných respondentů má na oddělení 31-50 pacientů a 16 respondentů odpovědělo, že na jejich oddělení je dokonce více než 50 pacientů (graf 6).

V následující otázce (tedy otázka č. 13) jsme chtěli zjistit, jaká je skladba pacientů na oddělení. Pokud na pracovišti byli převážně soběstační pacienti, sestry za fyzickou či psychickou zátěž dostaly 1 bod. Byl-li poměr mezi soběstačnými a imobilními pacienty vyrovnaný, dostaly 2 body. Jestliže se na oddělení nacházeli převážně imobilní pacienti, sestry za pracovní zátěž dostaly 3 body. Celkem 102 (33,4 %) respondentů má na oddělení, kde pracují, převážně soběstačné pacienty, 57 (18,7 %) respondentů má na oddělení soběstačné i imobilní pacienty a 146 (47,9 %) respondentů má na oddělení převážně imobilní pacienty (tabulka 8).

Maximální počet bodů v rámci hodnocení psychické a fyzické zátěže (hypotéza 4) byl celkem 18 bodů. Byl rozdělen do 3 kategorií, a to 0-6 bodů = malá pracovní zátěž, kategorie 7-12 bodů = střední pracovní zátěž a kategorie 13-18 bodů = vysoká pracovní zátěž. Protože v kategorii malá pracovní zátěž nebyl žádný z dotazovaných respondentů, byly ke statistickému hodnocení použity pouze dvě kategorie, a to střední a vysoká pracovní zátěž.

Obecně v oblasti výskytu zdravotních problémů u sester v souvislosti s pracovní zátěží můžeme říci, že celkem 212 (69,5 %) dotazovaných respondentů patří do kategorie střední pracovní zátěž a 93 (30,5 %) respondentů spadá do oblasti vysoké pracovní zátěže (tabulka 9).

Lukešová (2007) tvrdí, že při výkonu svého povolání jsou sestry vystavovány různým škodlivým vlivům, které se mohou více či méně podílet na jejich zdravotním stavu. Sestry by si měly uvědomit, které situace pro ně mohou být rizikové a zbytečně je nepodceňovat. Zejména mladší sestry si dostatečně neuvědomují, že jim hrozí nebezpečí. Pro příklad můžeme uvést, že raději manipulují s imobilním pacientem samy, než aby požádaly kolegyni o pomoc nebo využily pomůcek, které usnadňují pohyb v lůžku. U těchto sester je jen otázkou času, kdy se začnou objevovat zdravotní potíže. (26)

Jednotlivé zdravotní problémy, jež se vztahovaly k pracovní zátěži, byly rozděleny do 6 oblastí zdravotních potíží, vyskytujících se nejčastěji během nebo po směně, a to na bolesti zad, bolesti hlavy, bolesti nohou, únava, pocit neuspokojení z práce a deprese. Zajímalo nás, do jaké míry má velikost pracovní zátěže vliv na pociťování těchto zdravotních potíží. V případě bolesti zad u sester můžeme říci, že pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt bolestí zad, protože dosažená hladina významnosti p je v tomto případě 0,985, tj. 98,5%. Z výsledků můžeme usoudit, že u respondentů se střední pracovní zátěží se častěji objevují bolesti zad 1x za měsíc (75 (35,4%) respondentů) a u 52 (24,5 %) respondentů 1x za týden. U respondentů s vysokou pracovní zátěží se objevují častěji rovněž bolesti zad 1x za měsíc (31 (33,3 %) respondentů) a u 24 (25,8 %) respondentů 1x za týden (kontingenční tabulka 4). Ve výsledcích výzkumného šetření v bakalářské práci Lukešové odpovědělo pouhých 15,5 % sester, že netrpí bolestmi zad nebo odpovídaly, že jimi trpí jen občas, kdy jako důvod udávaly nadměrnou fyzickou zátěž při manipulaci s pacienty či při zvedání těžších břemen. Dále Lukešová uvádí, že nejvíce ohrožené jsou mladé sestry, které si neuvědomují, co jim hrozí, pokud se samy snaží manipulovat s imobilními pacienty či těžkými břemeny. Sestry také často odpovídaly, že k léčbě bolestí zad používají analgetika a pouze minimální počet sester navštíví lékaře. Opět zde dochází ke stejnému problému jako u běžných onemocnění, neboť sestry mají pocit, že si nemohou dovolit zůstat doma, protože je nedostatek personálu. Kladné výsledky vyšly v oblasti preventivních prohlídek. 76,2 % sester chodí pravidelně na preventivní prohlídky, ale většinou z důvodu, že to vyžaduje jejich zaměstnavatel (57 % dotazovaných sester). Najdou se i sestry (43 %), které chodí na tyto prohlídky v rámci péče o vlastní zdraví (27).

Dále byl za pomoci Pearsonova chí kvadrát testu hodnocen vztah pracovní zátěže u sester v souvislosti s výskytem bolestí hlavy. Hodnota dosažené hladiny významnosti $p = 3,2$ % vede k zamítnutí nulové hypotézy, že pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt bolestí hlavy. Tento vztah byl tedy prokázán. Z porovnání různě častého výskytu bolestí hlavy mezi střední a vysokou zátěží plyne, že v obou skupinách je nejčastější varianta 1x za měsíc (40,6 a 45,2 %). Rozdíly jsou nejvíce patrné

v kategoriích „obden“ (téměř 11 % respondentů s vysokou zátěží oproti 3,8 % u střední zátěže) a „nemám problém“ (celých 23,6 % u střední zátěže oproti pouhým 12,9 % u vysoké zátěže) (kontingenční tabulka 5).

V oblasti bolestí nohou můžeme ve výsledcích výzkumného šetření pozorovat, že u 42 (19,8 %) respondentů v kategorii střední pracovní zátěž se objevují bolesti nohou 1x za měsíc a u 67 (31,6 %) respondentů 1x za týden. U respondentů v kategorii vysoké pracovní zátěže se tento problém objevuje ve 27 (29 %) případech každý den a u 20 (21,5 %) respondentů 1x za týden (kontingenční tabulka 6). Ze statistického hodnocení nám vyšlo, že platí nulová hypotéza, která předpokládá, že pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt bolestí nohou (p je 0,087 , tj. 8,7 %).

Dále bylo při testování nezávislosti potvrzeno, že pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt únavy během nebo po směně. Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že u respondentů se střední pracovní zátěží se únava objevuje v 75 (35,4 %) případech každý den a u 64 (30,2 %) respondentů 1x za týden. V kategorii vysoké pracovní zátěže respondentů se často objevuje únava také každý den, tedy konkrétně u 44 (47,3 %) respondentů a u 20 (21,5 %) respondentů taktéž 1x za týden (kontingenční tabulka 7).

V případě výskytu pocitů neuspokojení z práce v souvislosti s pracovní zátěží, bylo prokázáno, že tyto proměnné nejsou na sobě závislé, protože dosažená hladina významnosti p je v tomto případě 0,106 , tj. 10,6 %. Pocity neuspokojení z práce se v kategorii střední pracovní zátěže objevují nejčastěji v oblasti „nemám problém“ (u 140 (66 %) respondentů), což bylo rovněž prokázáno i v oblasti vysoké pracovní zátěže, tedy u celkem 51 (54,8 %) respondentů (kontingenční tabulka 8).

V případě problematiky výskytu depresí vyšlo, že deprese se v kategorii střední pracovní zátěže u 175 (82,5 %) respondentů neobjevují vůbec, což platí i u 71 (76,3 %) respondentů v kategorii vysoká pracovní zátěž. Platí nulová hypotéza, která tvrdí, že pracovní zátěž u sester nemá vliv na výskyt depresí (kontingenční tabulka 9). Stanovená hypotéza 4 platí pouze zčásti, jelikož statisticky významný rozdíl vyšel jen v některých případech.

Krišková (2001) tvrdí, že důležitým předpokladem prevence poškození zdraví sestry je vhodné pracovní prostředí, při kterém nedochází k nadměrnému fyzickému zatížení (23). Z výzkumného šetření vyplývá, že všechny sestry jsou vystaveny střední nebo vysoké pracovní zátěži. Řešením by podle mého názoru bylo, kdyby byl navýšen počet sester na jednotlivých odděleních, aby na jednu sestru připadalo

méně pacientů. Dále by sestry nebyly vystaveny takové zátěži, kdyby měly dobře vybavené oddělení pomůckami, které by usnadnily manipulaci s imobilními pacienty.

V hypotéze 5 jsme testovali, zda zdravotní problémy u sester souvisí s pohlavím. Výsledky výzkumného šetření, vztahující se k hypotéze 5, byly ovlivněny malým zastoupením respondentů mužského pohlaví. V oblasti bolestí zad jsme dospěli k názoru, že spolu souvisí, ale tento výsledek není příliš spolehlivý z důvodu nedostatečného množství údajů v jednotlivých buňkách. Z výsledků vyplývá, že 6 (54,5 %) mužů nemá problémy s bolestmi zad během nebo po směně. Z kategorie opačného pohlaví, celkem 103 (35 %) žen bolí záda 1x za měsíc, 76 (25,9 %) žen bolí záda 1x za týden, dále 29 (9,9 %) žen má tyto potíže obden, 51 (17,3 %) žen bolí záda každý den a 35 (11,9 %) žen stejně jako muži netrpí tímto problémem (kontingenční tabulka 10).

Bolesti hlavy během nebo po směně u sester také souvisí s pohlavím, protože tyto problémy se u 9 (81,8 %) mužů neobjevují vůbec a u 127 (43,2 %) žen se objevují 1x za měsíc, ale ani tento výsledek není ze statistického hlediska příliš spolehlivý (kontingenční tabulka 11).

Bolesti nohou během nebo po směně u sester se také objevují v odlišné míře u mužů a žen, jelikož u 7 (63,6 %) mužů nebyly zaznamenány vůbec a u žen se nejčastěji objevují 1x za týden (tj. u 86 (29,3 %) žen) (kontingenční tabulka 12). I zde však nastává stejný problém, protože 5 buněk má méně než 5 respondentů, proto tento výsledek není statisticky příliš spolehlivý.

Dále bylo prokázáno, že únava během nebo po směně u sester částečně souvisí s pohlavím, protože pouze 2 (18,2%) muži trpí únavou a z opačného pohlaví trpí únavou každý den 117 (39,8 %) žen a 80 (27,2 %) žen jí trpí 1x za týden (kontingenční tabulka 13), ale i zde test nevyšel jednoznačně průkazný.

Pocity neuspokojení z práce u sester nesouvisí s pohlavím, protože se tyto problémy u mužů, kromě jednoho respondenta, neobjevují vůbec a u 181 (61,6 %) žen se rovněž neobjevují, ale u dalších 54 (18,4 %) žen se nejčastěji objevují 1x za měsíc (kontingenční tabulka 14).

Deprese také nesouvisí s pohlavím, jelikož 9 (81,8 %) mužů a 237 (80,6 %) žen odpovědělo, že jimi netrpí, ale 1 (9,1 %) muž jimi trpí 1x za měsíc a u žen se nejčastěji v 38 (12,9 %) případech vyskytují 1x za měsíc (kontingenční tabulka 15). Hypotéza 5, která předpokládá, že zdravotní problémy u sester souvisí s pohlavím, neplatí. Byly sice zaznamenány rozdíly ve výskytu zdravotních potíží mezi muži a ženami, ty se ale vzhledem k příliš nízkému zastoupení mužů ve vzorku nepodařilo statisticky prokázat.

Z celkového počtu 305 respondentů, což je samo o sobě dostatečně vysoké číslo, představuje podíl pouhých 11 mužů necelá čtyři procenta (3,6 %). Odráží to skutečnou situaci ve zdravotnické praxi. Vzhledem k náročnosti a zjištěnému zdravotnímu zatížení tohoto zaměstnání by však bylo žádoucí, aby se tento podíl zvýšil.

V hypotéze 6 jsme předpokládali, že zdravotní problémy souvisí s věkem sester. U respondentů v jednotlivých věkových kategoriích převažují bolesti zad 1x za měsíc, konkrétně celkem u 106 (34,8 %) respondentů (kontingenční tabulka 16). Výsledek chí kvadrát testu však ukazuje, že bolesti zad, objevující se během nebo po směně, s věkem nesouvisí. Hnízdil (2000) ve své knize uvádí, že bolesti zad jsou jednou z vůbec nejčastěji se vyskytujících obtíží. Bolesti zad jsou způsobeny poruchou v oblasti páteře a jsou funkční etiologie, což znamená, že nejsou přítomny výrazné patologicko-anatomické odchylky. Nejčastěji se bolesti zad objevují v oblasti krční a bederní páteře, protože tyto části jsou nejvíce mechanicky zatěžovány (18). Výsledek testu potvrzuje tento názor, bolesti zad jsou rozšířené ve všech věkových skupinách.

V další oblasti zdravotních problémů u sester, které se týkají bolesti hlavy během nebo po směně byla přijata alternativní hypotéza, jež tvrdí, že bolesti hlavy u sester během nebo po směně souvisí s věkem. U 56 (41,8 %) respondentů ve věku do 30 let převažuje tento problém 1x za měsíc, dále u respondentů ve věku mezi 31-40 lety se častěji objevují bolesti hlavy 1x za týden, ve věku 41-50 let se rovněž nejčastěji objevují bolesti hlavy 1x za měsíc, což platí i o respondentech starších 50 let (kontingenční tabulka 17). Tento výsledek není příliš spolehlivý, protože v některých buňkách při testování bylo příliš málo respondentů. Další testování nezávislosti týkající se další oblasti zdravotních problémů u sester potvrdilo, že bolesti nohou objevující se během nebo po směně souvisí s věkem. Tento problém se objevuje v kategorii do 30 let u 43 (32,1 %) respondentů 1x za týden, ve věku mezi 31-40 lety se bolesti nohou objevují nejčastěji rovněž 1x za týden, v kategorii 41-50 let se nejčastěji objevují každý den a u respondentů starších 50 let převažuje varianta „nemám problém“ (kontingenční tabulka 18).

Na rozdíl od předchozího případu bylo zamítnuto tvrzení, že únava během nebo po směně souvisí s věkem, jelikož z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že únava se nejčastěji objevuje u jednotlivých věkových kategorií každý den, a to konkrétně u 119 (39 %) respondentů a u dalších 84 (27,5 %) respondentů se únava objevuje nejčastěji 1x za týden (kontingenční tabulka 19).

V oblasti zdravotních problémů u sester vyskytující se v souvislosti s jejich povoláním jsme nakonec došli k závěru, že pocit neuspokojení z práce u sester je ovlivněn věkem, jelikož pocity neuspokojení z práce se z celkového počtu 305 (100 %) dotazovaných respondentů neobjevují u 191 (62,6 %) respondentů vůbec a u 55 (18 %) respondentů se objevují 1x za měsíc (kontingenční tabulka 20). Tento rozdíl však není statisticky významný, protože v některých buňkách při testování bylo příliš málo respondentů. Bartošíková (2006) ve své publikaci uvádí, že syndrom vyhoření, jehož jedním příznakem je právě pocit neuspokojení z práce, postihuje sestry, které jsou obětavé a zapálené pro svou práci (1).

V problematice depresí nám Pearsonův chí kvadrát stanovil, že tento zdravotní problém u sester nesouvisí s věkem, jelikož z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že depresemi z celkového počtu 305 (100 %) dotazovaných trpí 39 (12,8 %) respondentů 1x za měsíc, dalších 10 (3,3 %) respondentů má potíže 1x za 2 měsíce, 7 (2,3%) respondentů jimi trpí 1x za 3 měsíce, a 3 (1 %) respondenti mají tento problém 1x za půl roku a 246 (80,7 %) respondentů depresemi netrpí vůbec (kontingenční tabulka 21). Hypotézu 6, která předpokládá, že zdravotní problémy u sester souvisí s věkem, nebylo možno na základě výsledků statistického hodnocení potvrdit. Věk sice do značné míry ovlivňuje pocíťované problémy, statisticky průkazný rozdíl byl však zaznamenán pouze u bolestí nohou, kde dosažená hladina významnosti v chí kvadrát testu p se rovná 0,019 , tj. 1,9 %. Ve třech případech byl výsledek ovlivněn nedostatkem pozorování (bolesti hlavy, pocit neuspokojení a deprese), v případě únavy a bolestí zad jsou rozdíly statisticky nevýznamné ($p = 64\%$, respektive 41%).

Sestry byly velice ochotné při vyplňování dotazníku. Ale cítím nutnost uvést, že jsou výzkumnými šetřeními již velice znechucené, protože za nimi s touto žádostí přichází každoročně příliš mnoho studentů.

6. Závěr

Problematika péče o vlastní zdraví sester je velice zajímavé téma. Sestry se při výkonu svého povolání dostávají do situací, které ohrožují jejich zdraví i zdraví jejich rodinných příslušníků, a to může být velice stresující. Během směny jsou fyzicky i psychicky přetěžovány, což se podepisuje na jejich celkovém zdravotním stavu, a proto by si měly uvědomit, jak moc je důležitá péče o vlastní zdraví, nejen o zdraví pacientů.

Hlavním cílem diplomové práce byla identifikace faktorů, které ovlivňují životosprávu sester a jejich péči o vlastní zdraví, a snaha zjistit, zda pracovní zátěž a charakter oddělení souvisí s případným výskytem zdravotních problémů. Pro tento účel byly stanoveny dílčí cíle a pracovní hypotézy. Do předpokládaných faktorů ovlivňujících péči o zdraví a zdravotní problémy byly zahrnuty proměnné jako je věk, pohlaví, vzdělání a charakter oddělení.

Pro práci bylo stanoveno celkem sedm hlavních hypotéz, které dávaly do souvislosti výše uvedené proměnné s životosprávou a zdravotními problémy. Ve výzkumném šetření se nepotvrdil statisticky významný vztah mezi mírou péče o zdraví a vzděláním, pohlavím ani věkem. V případě pohlaví se dá předpokládat, že výsledek byl ovlivněn malým počtem respondentů mužského pohlaví. Stejný negativní efekt malého množství zastoupených kategorií na výsledky testů byl zaznamenán u zastoupení nemocničních a dalších typů oddělení, celkový počet 305 respondentů byl dělen do 20ti různých oddělení. Byly sice získány názory širokého spektra respondentů, lišících se zaměřením práce, ale po rozdělení údajů do jednotlivých kategorií byly četnosti v kontingenčních tabulkách nezřídka pod hranicí 5ti respondentů. Co se týče výskytu zdravotních problémů, ani zde se nepodařilo prokázat významný vztah mezi věkem, pohlavím ani charakterem oddělení. Prokázal se však významný vztah mezi pracovní zátěží a výskytem některých subjektivních zdravotních problémů, především bolesti hlavy. Významný vztah pracovní zátěže a výskytu únavy, bolesti nohou, deprese ani bolestí zad prokázán nebyl.

V průběhu zpracovávání této diplomové práce jsem se dopustila chyb, kterých bych se příště vyvarovala. Nejdříve jsem vypracovávala teoretickou část, ale uvědomila jsem si, že jsem zároveň s ní měla vypracovávat i anonymní dotazník, a proto jsem ztratila mnoho času. Velké potíže mi dělalo statistické zpracování dat v SPSS programu, jelikož jsem s ním neměla žádné zkušenosti.

Tato diplomová práce může posloužit jako zpětná vazba k rozšíření informovanosti sester o této problematice, prostřednictvím uveřejnění článku na webu NCO NZO, konkrétně na

www.nconzo.cz/elearning/komunitniweb. Sestry by se měly aktivněji zabývat péčí o vlastní zdraví a zamyslet se nad tím, zda jejich dosavadní životní styl je správný. Každý z nás je sám za sebe zodpovědný a může výrazným způsobem zvýšit kvalitu svého života. Bylo by vhodné informovat o výsledcích výzkumného šetření vrchní i staniční sestry na jednotlivých odděleních, jelikož by mohly následně tyto informace předávat ostatním sestrám. Mimo jiné může tato práce posloužit jako podklad pro studenty, kteří se o tuto problematiku budou zajímat a třeba se i oni zamyslí nad péčí o své vlastní zdraví.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1 vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
2. BÁRTLOVÁ, S. – MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. vyd. neuvedeno. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
3. BILAVČÍKOVÁ, P. - KARAFIÁTOVÁ, M. Jak sestry vnímají pracovní podmínky a psychosociální zátěž. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 9, s. 26-28. ISSN 1210-0404.
4. CASADO, A – CASTELLANOS, A. *Relationship between oxidative and occupational stress and aging in nurses of an intensive care unit* [online]. 2008, [cit. 2010- 04-07]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585640/?tool=pubmed>>.
5. CLARKOVÁ, N. *Sportovní výživa*. 1. vyd. Praha : Grada, 2000. 272 s. ISBN 80-247-9047-5.
6. ČERMÁK, J. et al. *Záda už mě nebolí*. 4. doplněné a rozšířené vyd. Praha: Jan Vašut, 2000. 295 s. ISBN 80-7236-117-1.
7. GOLISOVÁ, J. Péče o zdraví zaměstnanců. *Florence*, 2010, roč. VI, č. 7- 8, s. 24-25. ISSN 1801-464X.
8. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
9. GROHAR – MURRAY, M. E. - DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247- 0267-3.
10. GUČKOVÁ, M. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. 2007, roč.17, č. 6, s.21. ISSN 1210- 0404.

11. GULALP, B. et al. *Burnout: need help?* [online]. 2008, [cit. 2010- 04-07]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2621227/?tool=pubmed>>.
12. GÚTH, A. et al. *Výšetrovacie a liečebné metodiky pre fyzioterapeutov*. Bratislava: Liečreh Gúth, 1998. 448 s. ISBN 80-88932-02-5.
13. GÖPFERTO VÁ, D. et al. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie a hygiena: pro střední a vyšší odborné zdravotnické školy*. 3. doplněné vyd. Praha: Triton, 2002. 148 s. ISBN 80-7254-223-0.
14. HALUZÍKOVÁ, J. - ŘÍMOVSKÁ, Z. Zvládání stresu a prevence jeho následků. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 4, s. 26 - 27. ISSN 1210-0404.
15. HORA, J. Hranice zátěže jsou často překračovány. *Sestra*, 2003, roč. 13 , č. 10. s. ISSN 1210 – 0404.
16. HOSÁK, L. et al. *Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků* [online]. 2005, [cit. 2010-10-16]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1768 >.
17. HOSÁK, R. Burnout syndrom. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 4, s. 27-28. ISSN 1210-0404.
18. HNÍZDIL, J. – BERÁNKOVÁ, B. *Bolesti zad jako životní realita*. 1.vyd. Praha: Triton, 2000. 167 s. ISBN 80-7254-098-X.
19. JOBÁNKOVÁ, M. – KVAPILOVÁ, J. Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 7-8, s. 18-19. ISSN 1210-0404.
20. KANE, P. et al. *Stress causing psychosomatic illness among nurses* [online]. 2009, [cit. 2010-10-16]. Dostupné z: <<http://www.ijoem.com/article.asp?issn=0019-5278;year=2009;volume=13;issue=1;spage=28;epage=32;aulast=Kane>>.

21. KELNAROVÁ, J. – MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie pro studenty zdravotnických oborů. 1. díl.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 162 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
22. KRIŠANDOVÁ, J. Mají sestry vědomosti v oblasti prevence psychické zátěže? *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 7- 8, s. 25 - 26. ISSN 1210-0404.
23. KRIŠKOVÁ, A. et al. *Ošetrovatelské techniky.* Martin: Osveta, 2001. 804 s. ISBN 80-8063-087-9.
24. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978- 80-247-3149-0.
25. KUKAČKA, V. *Udržitelnost zdraví.* 1.vyd. České Budějovice: ZF JCU, 2010. 228. ISBN 978-80-7394-217-5.
26. LUKEŠOVÁ, R. – HUDÁČKOVÁ, A. Sestra a její péče o vlastní zdraví, vliv na péči o nemocné. *In Nové trendy v ošetrovatelství VI: Sborník z příspěvků s mezinárodní účastí VI Jihočeské ošetrovatelské dny.* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství, 2007. s. 204 – 215. ISBN 978-80-7040-992-3.
27. LUKEŠOVÁ, R. *Sestra a její péče o vlastní zdraví, vliv na péči o nemocné.* České Budějovice, 2007. 87 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity na katedře ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Andrea Hudáčková.
28. MAČEJOVSKÁ, M. Analýza výskytu burn – out na konkrétním pracovišti. *Sestra.* 2007, roč. 17, č. 9, s. 28-29. ISSN 1210-0404.
29. MACHOVÁ, J. – KUBÁTOVÁ, D. et al. *Výchova ke zdraví pro učitele.* 1.vyd. Ústí nad Labem: PF UJEP, 2006. 250 s. ISBN 80-7044-768-0.
30. MARKOVÁ, E. et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče.* vyd. neuvedeno. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

31. MASTILIÁKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
32. MELGOSA, J. *Zvládni svůj stres!*. 2.vyd. Praha: Advent – Orion, 2004. 190 s. ISBN 80- 7172-624-9.
33. MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
34. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s. ISBN 80- 7178-432-X.
35. ONDRIÁNOVÁ, I. - SLANINKOVÁ, J. Prevence syndromu vyhoření u zdravotníků při ošetřování terminálně nemocných. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 10, s. 27-28. ISSN 1210-0404.
36. PAVLÍČKOVÁ, J. Fakta o jídle a zdraví. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 4, s. 68. ISSN 1210- 0404.
37. PILAŘOVÁ, J. *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století* [online]. 2010,[cit. 2010-11-12] Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/odbory-odbor-zdravotnickehozabezpeceni.aspx?q=Y2hudW09Mg%3D%3D>.
38. PROVAZNÍK, K. – KOMÁREK, L. *Manuál prevence v lékařské praxi. Díl I.-IX., souborné vydání*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2004. 733 s. ISBN 80-7168-942- 4.
39. RADVANOVÁ, A. – BAUEROVÁ, M. Stravování v noční směně - při třisměnném provozu. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404.
40. RAŠEV, E. *Škola zad*. 1. vyd. Praha: Direkta, 1992. 222 s. ISBN 80-900272-6-1.

41. REINDINGEROVÁ, A. – BRABCOVÁ, I. Rizika poranění sester injekční jehlou při pracovním procesu. *In Nové trendy v ošetrovatelství VI. Sborník z příspěvků s mezinárodní účastí VI Jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství, 2007. s. 301 – 304. ISBN 978-80-7040-992-3.
42. REINDLOVÁ, V. – BOGÁROVÁ, S. Přetížení zdravotnického pracovníka – ano, nebo ne?. *Sestra*, 2007, roč. 17, č.12, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
43. RUTTKAY, L. Zelenina v naší výživě. *Sestra -tématický sešit*, 2010, roč. IX, č 7-8, s. 44 – 45. ISSN 1210 – 0404.
44. SANDOROVÁ, R. et al. Droga jménem alkohol. *Kontakt*, 2006, roč. 8, č. 2, s. 358-365. ISSN 1212-4117.
45. STARNOVSKÁ, T. Pitný režim. *Sestra*, 2003, roč.13 , č. 10. s. 42 – 43. ISSN 1210 – 0404.
46. Státní zdravotní ústav. *Podpora zdraví na pracovišti* [online]. rok neuveden [cit. 2010-11-12]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/podpora-zdravi-na-pracovisti>>.
47. SÝKOROVÁ, A. Spánek a jeho poruchy. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 4, s. 22. ISSN 1210- 0404.
48. ŠLÁGR, J. *Lékařské požadavky na zdravotně nezávadné obouvání* [online]. rok neuveden, [cit 2010-10-16]. Dostupné z: < http://webnet.wz.cz/nem_priz/zdrava_obuv.html >.
49. TUČEK, M. et al. *Pracovní lékařství pro praxi: příručka s doporučenými standardy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 327 s. ISBN 80-247-0927-9.
50. VÉLE, F. *Kineziologie*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 375 s. ISBN 80-7254-837-9.

51. VONDRÁČEK, L. - VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II. 1.* vyd. Praha: Grada, 2006. 68 s. ISBN 80-247-1919-3.
52. VRÁNOVÁ, J. Pitný režim. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 4, s. 23. ISSN 1210-0404.
53. ZACHAROVÁ, E. Nebezpečí zvané syndrom vyhoření. *Zdravotnické noviny*, 2009, roč. 58, č. 45, s. 18-19. ISSN 0044-1996.
54. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve. 2.* přepracované a doplněné vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193X.
55. ŽIDKOVÁ, Z. Životospráva sálových sester. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 2, s. 40 – 41. ISSN 1210 – 0404.

8. Klíčová slova

Sestra

Zdraví

Vlastní zdraví

Životní styl

Péče o zdraví

Fyzická zátěž

Psychická zátěž

Stres

Syndrom vyhoření

9.Přílohy

Příloha 1 – Dotazník pro sestry

Příloha 2 – Metodika hodnocení výzkumného šetření

Příloha 3 – Článek, týkající se zásad péče o vlastní zdraví sester

Příloha 1 – Dotazník pro sestry

Dobrý den, jmenuji se Gabriela Roubalová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Píši diplomovou práci na téma Sestra a její péče o vlastní zdraví. Tímto jsem Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který Vám zabere pár minut Vašeho drahocenného času. Je potřeba pouze zaškrtnout pravdivou odpověď, popřípadě odpověď doplnit. Zavazuji se, že dotazníky jsou anonymní a výsledky budou využity pouze pro účely mé diplomové práce. Předem děkuji za ochotu a Váš čas.

1. Pohlaví

1. muž
2. žena

2. Kolik je Vám let?

.....

3. Na jakém oddělení pracujete v současné době?

.....

4. Kolik let již pracujete ve zdravotnictví?

.....

5. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

1. střední zdravotnická škola
2. vyšší odborná škola
3. vysoká škola

6. Jakým způsobem pečujete o vlastní zdraví? – zaškrtněte pravdivé odpovědi

- každý den jím ovoce či zeleninu
- minimálně jednou týdně jím ryby
- snažím se vyhýbat tučným potravinám
- během denní směny mám čas na oběd a večeři
- během noční směny mám čas minimálně na jedno jídlo
- vypiju každý den alespoň 2 litry tekutin
- během denní i noční směny se snažím pravidelně pít
- kávu piji velmi zřídka
- kávu nepiju vůbec
- nekouřím
- alkohol piju jen příležitostně a v malém množství
- denně spím alespoň 8 hodin

7. Jaké jsou vaše pravidelné volnočasové aktivity? – zaškrtněte pravdivé odpovědi

- každý týden se věnuji sportovním aktivitám minimálně 2 hodiny (např. běhání, jízda na kole, lyžování, cvičení v tělocvičně či posilovně, aj.)
- každý týden provozuji nějaké sportovní aktivity minimálně 4 hodiny (např. běhání, jízda na kole, lyžování, cvičení v tělocvičně či posilovně, aj.)
- každý týden se věnuji sportovním aktivitám více než 4 hodiny (např. běhání, jízda na kole, lyžování, cvičení v tělocvičně či posilovně, aj.)
- každý den chodím na procházku (např. s dětmi, se psem)
- neprovozují žádné volnočasové aktivity

8. Jakým způsobem pečujete o dolní končetiny? – zaškrtněte pravdivé odpovědi

- v práci vždy nosím zdravotní obuv
- v práci nosím stahovací punčochy
- když sedím, nedávám si nohy přes sebe
- pokud mám příležitost, dám si nohy nahoru
- při bolestech nohou, používám chladivé krémy na dolní končetiny

9. Kolika hodinové směny v současné době sloužíte?

- pracuji 8 hodin denně
- sloužím jenom 12 – ti hodinové směny
- sloužím někdy 8 hodin, jindy 12 hodin

10. Kolik máte průměrně směn za měsíc?

- 5-10 směn za měsíc
- 11-15 směn za měsíc
- 16-20 směn za měsíc
- 21 a více směn za měsíc

11. Jaký je na Vašem pracovišti počet sester na směně?

- jsem na směně sama
- 2-3 sestry na směně
- 4-5 sester na směně
- 6 a více sester na směně

12. Jaký je průměrný počet pacientů na oddělení?

- do 10 – ti pacientů
- 11-20 pacientů
- 21 - 30 pacientů
- 31 – 40 pacientů
- 41 a více pacientů

13. Jaká je skladba pacientů na Vašem oddělení?

- převážně soběstační pacienti
- převážně imobilní pacienti
- poměr mezi soběstačnými a imobilními pacienty je vyrovnaný

14. Zaškrtněte zdravotní potíže v souvislosti s Vaším povoláním, kterými trpíte v posledním půl roce - zaškrtněte pravdivé odpovědi

1. během nebo po směně mě bolí záda

1x za měsíc	1x za týden	obden	každý den	nemám problém
-------------	-------------	-------	-----------	---------------

2. během nebo po směně mě bolí hlava

1x za měsíc	1x za týden	obden	každý den	nemám problém
-------------	-------------	-------	-----------	---------------

3. během nebo po směně mě bolí nohy

1x za měsíc	1x za týden	obden	každý den	nemám problém
-------------	-------------	-------	-----------	---------------

4. během nebo po směně se cítím unavená

1x za měsíc	1x za týden	obden	po každé směně	nemám problém
-------------	-------------	-------	----------------	---------------

5. Cítím, že mě tato práce neuspokojuje

1x za měsíc	1x za týden	obden	po každé směně	nemám problém
-------------	-------------	-------	----------------	---------------

6. trpím depresemi minimálně:

1x za měsíc	1x za 2 měsíce	1x za 3 měsíce	1x za 6 měsíců	nemám problém
-------------	----------------	----------------	----------------	---------------

Příloha 2 – Metodika hodnocení výzkumného šetření

a) Hodnotící kritéria pro oblast míry péče o vlastní zdraví sester

Maximální počet bodů pro tuto oblast = 21 bodů

Kategorie:

0 – 7 bodů = minimální péče o vlastní zdraví

8 – 14 bodů = průměrná péče o vlastní zdraví

15 – 21 bodů = nadprůměrná péče o vlastní zdraví

b) Hodnotící kritéria pro oblast zátěže kladené na sestry

Maximální počet bodů pro tuto oblast = 18 bodů

Kategorie:

0– 6 bodů = malá pracovní zátěž

7– 12 bodů = střední pracovní zátěž

13 – 18 bodů = vysoká pracovní zátěž

c) Hodnocení oblasti zdravotních problémů

- testování každé odpovědi zvlášť

Příloha 3 – Článek na téma Sestra a její péče o vlastní zdraví

1. Úvod

V každodenním životě používáme často slovo zdraví. Každý člověk přiřazuje zdraví významnou hodnotu, která mu umožňuje pracovat a realizovat své plány. Zdraví je jedno ze základních práv člověka a mělo být u každého jedince v hierarchii hodnot na prvním místě. Je tedy třeba, aby si sestry uvědomily, že zdraví rozhodně není samozřejmostí a proto je nutné o něj správným způsobem pečovat a to ještě dříve, než se objeví zdravotní problémy.(5)

Mnoho sester si jistě uvědomuje důležitost prevence a chápou, že je nutné nemocem předcházet. Také jsou si vědomy, že preventivní opatření vedou ke zvýšení kvality života. Přesto však existují sestry, které si myslí, že pokud nemají žádné potíže a cítí se zdravé, není nutné navštěvovat lékaře, a co víc, některé i věří, že jim daná nemoc nehrozí. Proto hlavní úlohu hraje výchova ke zdraví, která spočívá ve změně chování sester a v nutnosti přechodu z oblasti léčení nemocí do oblasti podpory zdraví i prevence.(5)

Při výkonu svého povolání jsou sestry vystavovány různým škodlivým vlivům, které se mohou více či méně podílet na jejich zdravotním stavu. Sestry by si měly uvědomit, které situace pro ně mohou být rizikové a rozhodně není radno je podceňovat. Zejména mladší sestry si dostatečně neuvědomují, že jim hrozí nebezpečí. (4)

Práce sestry je velice náročná, často slouží dvanáctihodinové směny, ráno musí brzy vstávat, cítí se unavené, je narušený jejich cyklus bdění a spánku, zejména po nočních službách, během jedné směny nachodí mnoho kilometrů, jsou na ně kladeny vysoké nároky, které musí během dne stihnout, aj. (4)

2. Zásady péče o vlastní zdraví u sester

Velký podíl na zdraví sestry má životní styl. (5) Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že sestry nejčastěji pečují o své zdraví minimálně nebo průměrně.

❖ ***Jezte pravidelně ovoce, zeleninu, ryby, stravu s obsahem vlákniny a vyhýbejte se tučným jídlům***

Je důležité, nejen co jíme, ale i v jakém množství, protože nevhodné potraviny vedou k poškození zdraví.(1)

❖ ***Jezte pravidelně alespoň 3 hlavní jídla denně***

Mezi pravidla, která by měla být dodržována celý život, patří pravidelnost v přijímání 3 hlavních jídel, tedy snídaně, oběda i večeře, což je největším prohřeškem u sester, které jí nepravidelně a nedodržují přestávky na jídlo. Není výjimkou, že u sester je prvním jídlem až večeře, právě často z důvodu nedostatku času. Důležité je však i stravování při noční směně. (7, 8, 13)

❖ ***Najděte si čas na jídlo v průběhu směny***

Sestry často mají nedostatek času na jídlo a pitný režim během služby, což plyne z nepravidelných přestávek. Pro udržení optimálního zdraví a výkonnosti jsou důležité živiny získané z potravy. (1, 6, 7)

❖ ***Dodržujte pitný režim***

Pitný režim by měl vždy začít ráno a pokračovat celý den Denní příjem tekutin by měl být alespoň 2,5 l. Hydratace organismu je důležitým předpokladem pro život, protože pokud je v organismu nedostatek tekutin, začínají se objevovat negativní fyzické projevy. Mezi doporučené tekutiny patří bylinkové čaje, voda, minerálky či přírodní ovocné šťávy. Hlavní zásadou je dostatečné množství během dne. Není však vhodné přijímat najednou velké množství tekutin, na který náš organismus zareaguje zvýšeným vylučováním. U sester je pitný režim dle průzkumů až na dolní hranici a to cca 1,5l za den. Sestry také často pijí větší množství kávy, kterou však nelze započítávat do pitného režimu.(3, 9, 10)

❖ ***Pečujte o dolní končetiny***

S péčí o vlastní zdraví úzce souvisí i péče o dolní končetiny. U profese sestry jsou dolní končetiny značně přetěžovány, proto je nutná péče i o ně. Ta spočívá zejména ve volbě vhodné zdravotní obuvi. Kromě vhodné obuvi je dále příhodné, aby si sestry v rámci prevence dávaly dolní končetiny do zvýšené polohy, kdykoliv je to jen možné. Zároveň by měly používat stahovací punčochy. (12)

❖ ***Ve volném čase se věnujte volnočasovým aktivitám***

Vlivem fyzicky namáhavé práce u sester může dojít k poklesu pohybové aktivity ve volném čase. I když nedostatek pohybu ve volném čase je určitým paradoxem, protože sestry během směny nachodí mnoho kilometrů. V tomto případě je nutné odlišit pracovní zátěž a relaxační pohyby. (5, 13)

❖ ***Najděte si volný čas sami pro sebe, aby jste se mohli uvolnit, odpočinout si a načerpat novou sílu*** (1)

❖ ***Odpočívajte v prostředí, které je Vám příjemné***

Při odpočinku dochází ke svalové relaxaci bez emočního vypětí, při němž následuje uvolnění těla. (1)

❖ ***Spěte alespoň 8 hodin denně***

Při práci ve zdravotnictví je narušený cyklus spánku. Je prokázáno, že po nočních směnách je spánek kratší a neplnohodnotný. Problém spočívá i v brzkých nástupech na směnu, kdy je narušeno fyziologické vstávání. Možné problémy související se spánkem se dále projevují na celkové kondici, protože sestry již jako unavené vstávají, cítí se vyčerpané, mohou být podrážděné, ale i nepozorné s čímž souvisí zvýšené riziko pracovních úrazů. (11)

❖ ***Chraňte své zdraví při manipulaci s pacientem***

Ženy ze zákona nesmí zvedat břemena, která váží více než 15 kg, ale to se nevztahuje na manipulaci s pacientem. Zákon totiž pacienta nepovažuje za břemeno, proto není výjimkou, že sestra, která váží například 60 kg, manipuluje s pacientem jednou tak těžkým. (13)

❖ ***Dbejte na správné držení těla***

Základem pro manipulaci s břemeny je, postavit se co nejbližší k pacientovi nebo předmětu. Před zdvihnutím je důležité rozšířit postoj, pro zajištění stability a ohnout se v oblasti bederní páteře a kolenních kloubů. Dále je důležité nastavit výšku pracovního prostoru do výše těžiště. Při tahání těžkých břemen se doporučuje předsunout jednu nohu dopředu a využívat svalovou sílu dolních končetin. Pro ochranu vlastního zdraví sestry je také důležité využívat horní končetiny jako páky a vyhýbat se práci proti gravitaci. (2)

⇒ ***Pěstujte přátelské vztahy na pracovišti a zlepšujte své komunikační schopnosti***

Použité zdroje:

1. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
2. KRIŠKOVÁ, A. et al. *Ošetrovatel'ské techniky*. Martin: Osveta, 2001. 804 s. ISBN 80-8063-087-9.
3. KUKAČKA, V. *Udržitelnost zdraví*. 1.vyd. České Budějovice: ZF JCU, 2010. 228. ISBN 978-80-7394-217-5.
4. LUKEŠOVÁ, R. – HUDÁČKOVÁ, A. Sestra a její péče o vlastní zdraví, vliv na péči o nemocné. In *Nové trendy v ošetrovatelství VI: Sborník z příspěvků s mezinárodní účastí VI Jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Katedra ošetrovatelství, 2007. s. 204 – 215. ISBN 978-80-7040-992-3.

5. MACHOVÁ, J. – KUBÁTOVÁ, D. et al. *Výchova ke zdraví pro učitele*. 1.vyd. Ústí nad Labem: PF UJEP, 2006. 250 s. ISBN 80-7044-768-0.
6. MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* aktualizované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
7. PAVLÍČKOVÁ, J. Fakta o jídle a zdraví. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 4, s. 68. ISSN 1210- 0404.
8. RADVANOVÁ, A. – BAUEROVÁ, M. Stravování v noční směně - při třísměnném provozu. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404.
9. REINDLOVÁ, V. – BOGÁROVÁ, S. Přetížení zdravotnického pracovníka – ano, nebo ne?. *Sestra*, 2007, roč. 17, č.12, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
10. STARNOVSKÁ, T. Pitný režim. *Sestra*, 2003, roč.13 , č. 10. s. 42 – 43. ISSN 1210 – 0404.
11. SÝKOROVÁ, A. Spánek a jeho poruchy. *Sestra*, 2006, roč. 16, č. 4, s. 22. ISSN 1210- 0404.
12. ŠLÁGR, J. *Lékařské požadavky na zdravotně nezávadné obouvání* [online]. rok neuveden, [cit 2010-10-16]. Dostupné z: < http://webnet.wz.cz/nem_priz/zdrava_obuv.html >.
13. ŽIDKOVÁ, Z. Životospřáva sálových sester. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 2, s. 40 – 41. ISSN 1210 – 0404.