

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Kateřina Janoušková

Životní styl nelékařských zdravotnických pracovníků

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a veškerou použitou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsem uvedla v referenčním seznamu.

V Olomouci dne

.....

Bc. Kateřina Janoušková

Děkuji Mgr. Janě Majerové za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky, laskavý přístup a čas, který mi věnovala při zpracování mé diplomové práce. Dále děkuji všem nelékařským zdravotnickým pracovníkům v nemocnicích Přerov, Prostějov a Šternberk za ochotu při vyplňování dotazníků.

OBSAH

1	ÚVOD	6
2	CÍL PRÁCE	7
3	TEORETICKÉ POZNATKY	8
3.1	ZDRAVÍ A NEMOC	8
3.1.1	Zdravotní stav	9
3.1.2	Podpora zdraví	10
3.1.3	Determinanty zdraví	11
3.2	ŽIVOTNÍ STYL	12
3.2.1	Definice životního stylu	12
3.2.2	Zdravý životní styl	12
3.2.3	Charakteristika životního stylu současného člověka	13
3.3	VÝŽIVA	14
3.3.1	Složky výživy	15
3.3.1.1	Bílkoviny	15
3.3.1.2	Tuky	16
3.3.1.3	Cukry	17
3.3.1.4	Vitaminy	18
3.3.1.5	Minerální a stopové prvky	18
3.3.2	Charakteristika současné stravy	19
3.3.3	Pyramida zdravé výživy	20
3.3.4	Doporučení pro zdravé stravování	20
3.3.5	Voda a pitný režim	22
3.4	POHYBOVÁ AKTIVITA	24
3.4.1	Význam pohybové aktivity	25
3.4.2	Tělesná kondice	25
3.4.3	Pohyb současného člověka	26
3.4.4	Doporučení pro pohybovou aktivitu	27
3.5	SPÁNEK A ODPOČINEK	28
3.5.1	Odpočinek	28
3.5.2	Spánek	29
3.5.2.1	Poruchy spánku	30

3.5.2.2	Doporučení pro zdravý spánek	31
3.6	STRES	31
3.6.1	Stres a práce	33
3.7	NÁVYKOVÉ LÁTKY	34
3.7.1	Definice závislostí	34
3.7.2	Alkohol	36
3.7.3	Tabák	38
3.8	CHARAKTERISTIKA PROFESE NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA	40
3.8.1	Profese nelékařského zdravotnického pracovníka	40
3.8.1.1	Rozdělení nelékařských zdravotnických pracovníků	40
3.8.2	Charakteristické rysy profese nelékařského zdravotnického pracovníka	41
4	METODIKA PRÁCE	43
4.1	Charakteristika zkoumaného souboru	43
4.2	Metoda sběru dat	44
4.3	Organizace výzkumu	45
4.4	Zpracování získaných dat	45
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU A DISKUZE	46
5.1	Dílčí úkol 1	46
5.2	Dílčí úkol 2	58
5.3	Dílčí úkol 3	62
5.4	Dílčí úkol 4	67
5.5	Dílčí úkol 5	77
6	ZÁVĚR	81
7	SOUHRN	84
8	SUMMARY	85
9	REFERENČNÍ SEZNAM	86
10	SEZNAM SYMBOLŮ A ZKRATEK	92
11	SEZNAM PŘÍLOH	93

1 ÚVOD

Životní styl byl a stále je velmi aktuálním a diskutovaným tématem. Tím, jaký životní styl si každý člověk zvolí, tedy jak se bude chovat a jednat, může do určité míry ovlivnit svůj zdravotní stav. Řada studií a výzkumů prokázala souvislost vzniku a rozvoje některých onemocnění s faktory životního stylu.

Zdravý životní styl, který zahrnuje aspekty, jako jsou zdravé stravování, dostatečná a přiměřená pohybová aktivita, spánek, odpočinek a relaxace, je však v dnešní době lidmi často podceňován a většina lidí mu nevěnuje dostatečnou pozornost a důležitost.

Životní styl současné populace je charakteristický rychlým konzumním životem s mnoha požitky, které však zkracují délku života a ovlivňují i jeho kvalitu. Populace stárne a ve společnosti přibývá nemocných ve středním věku, kteří se potýkají zejména s civilizačními nemocemi (Blahutková a kol., 2009).

Zdravotnický personál, jehož hlavní náplní práce je pečovat o zdraví lidí, by měl jít příkladem a vzorem v dodržování zdravého životního stylu. Je tomu, ale skutečně tak? Mají skutečně podmínky k tomu, aby žili zdravě? Zdravotnické povolání je náročné jak po stránce fyzické tak psychické. Tato fyzická a psychická náročnost, práce s lidmi, velká zodpovědnost, směnný provoz, stravovací návyky a další jiné faktory, se mohou negativně odrážet na jejich životním stylu (Heplová, Michálková, 2010).

Téma diplomové práce „Životní styl nelékařských zdravotnických pracovníků“ jsem si vybrala právě z důvodu, že já sama pracuji ve zdravotnictví již několik let a vím, jak je těžké a někdy dokonce i nemožné dodržovat zdravý životní styl. Zajímá mě tedy, jak jsou na tom ostatní nelékařští zdravotničtí pracovníci, jaký vliv má jejich profese na životní styl, zda se řídí zásadami zdravého životního stylu a jak hodnotí svůj zdravotní stav.

Diplomová práce má část teoretickou a část empirickou.

Teoretická část shrnuje poznatky z oblasti zdraví a jeho podpory a dále charakterizuje jednotlivé aspekty životního stylu jako je výživa, pitný režim, pohybová aktivita, spánek a odpočinek, stres a návykové látky. Poslední kapitola je pak věnována profesi a charakteristice nelékařského zdravotnického pracovníka.

Druhá část této práce je zaměřena na zhodnocení výzkumného šetření, které bylo realizováno pomocí dotazníkové metody. Cílem je zmapovat problematiku stravování a pitného režimu, pohybové aktivity, trávení volného času, užívání návykových látek a kvality spánku u nelékařských zdravotnických pracovníků.

2 CÍL PRÁCE

Cílem této práce a výzkumu je zmapovat a zhodnotit životní styl a subjektivní zdravotní stav nelékařských zdravotnických pracovníků.

Dílčí cíle:

- Zmapovat stravovací návyky, kvalitu a pravidelnost stravování nelékařských zdravotnických pracovníků.
- Zjistit, zda nelékařští zdravotničtí pracovníci dodržují pitný režim a jaké nápoje preferují.
- Zjistit, zda tito pracovníci užívají nějaké návykové látky.
- Zjistit, jak nelékařští zdravotničtí pracovníci tráví svůj volný čas a zda se věnují nějaké pohybové aktivitě.
- Posoudit kvalitu a kvantitu spánku nelékařských zdravotnických pracovníků.
- Zjistit, zda nelékařští zdravotničtí pracovníci pociťují stres v souvislosti s výkonem povolání a jak se s ním vyrovnávají.
- Zjistit, jak nelékařští zdravotničtí pracovníci hodnotí svůj zdravotní stav a zda mají nějaké zdravotní potíže.

3 TEORETICKÉ POZNATKY

3.1 Zdraví a nemoc

*"Zdraví není všechno, ale všechno ostatní
bez zdraví není ničím".*

Halldan Mahler

Zdraví představuje v životě člověka jednu z nejvýznamnějších hodnot. Pokud je člověk zdravý, může pracovat, uskutečňovat svá přání a realizovat své životní plány. Cílem života tedy není samo o sobě zdraví, ale je jednou z hlavních podmínek smysluplného žití (Machová, 2009).

Dle Křivohlavého (2003) však existují i taková pojetí zdraví, kde se zdraví stává cílem samo o sobě, a dokonce i nejdůležitější hodnotou. Může tomu být např. u lidí těžce handicapovaných, trpících velkými bolestmi nebo chronicky nemocných.

Zdraví se týká všech lidí. Představuje základní lidskou potřebu a je výrazně cennou hodnotou individuální i společenskou, která ovlivňuje kvalitu života, a hodnotou zasluhující si celospolečenskou ochranu. I když je k dosažení co nejlepšího zdraví velmi důležitá prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace, tak zdravotnické služby samy o sobě zdraví nezajistí. Proto nelze chápat zdraví jen jako kategorii výlučně medicínskou, ale široce humánní (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

Zdraví nevzniká v ambulancích a nemocnicích. Tam se jen s velkým úsilím a náklady napravuje to, co se již pokazilo. Zdraví vzniká ve školách, rodinách, na pracovištích a všude tam, kde lidé žijí, pracují, odpočívají, stárnou (Holčík, 2010).

Existuje mnoho definic zdraví. Snad nejznámější a nejčastěji v literatuře užívanou je definice WHO z roku 1948, kterou ve své knize uvádí Čevela, Čeledová, Dolanský (2009, s. 12). Tato definice říká, že: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ Dle Holčíka (2010) se však nejedná o definici v pravém slova smyslu, ale spíše o formulaci záměru WHO, která se orientuje nejen na nemoci a poruchy zdraví, ale věnuje se zdraví v celé jeho šíři.

Křivohlavý (2003, s. 40) definuje zdraví takto: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“

Dle Kukačky (2010) má slovo zdraví poněkud širší význam. Může se vztahovat např. k prostředí – zdravé prostředí nebo k výživě – zdravá výživa. Hlavní význam však souvisí se zdravotním stavem organismu. Pokud se řekne, že je člověk zdravý, pak se u něj předpokládá dobrý zdravotní stav všech tělesných součástí právě tak jako kvalita odpovídajících psychických projevů a sil.

Stejně jako zdraví je i nemoc definována z více pohledů. Machová (2009, s. 12) definuje nemoc takto: *„Nemoc, obecněji porucha zdraví, je potenciál vlastností organismu, které omezují jeho možnost vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky vnějšího i vnitřního životního prostředí bez porušení životních funkcí. Nemoc je tedy porucha adaptace člověka, nedostatečnost nebo selhání adaptivních mechanismů na podněty prostředí.“*

3.1.1 Zdravotní stav

Dle Drbala (2004) je zdravotní stav a jeho vývoj výslednicí dynamického působení různých příčin a podmínek, které buď posilují a umocňují potenciál lidského zdraví anebo jej naopak narušují, oslabují a vedou k jeho destrukci.

Zdravotní stav populace je ovlivňován nejen úrovní zdravotnických služeb, ale také sociálními, přírodními a ekonomickými podmínkami. Zdravotní stav se hodnotí pomocí demografických ukazatelů a to především na základě nemocnosti (morbidita) a úmrtnosti (mortalita). Z rozboru příčin chorob s vysokou nemocností a úmrtností vyplývá, že zdraví nejvíce poškozují tyto rizikové faktory:

- kouření,
- nadměrná konzumace alkoholu,
- zneužívání drog,
- nesprávná výživa
- nedostatečná pohybová aktivita,
- nadměrná psychická zátěž,
- rizikové sexuální chování (Čeledová, Čevela, 2010).

Tyto faktory však nepůsobí samostatně, ale ve vazbě na jiné faktory životního stylu. Pozitivní působení životního stylu se tak uplatňuje jen při komplexním dodržování správných zásad.

Ke sledování zdravotního stavu populace se využívají:

- zdravotnické statistiky (např. povinná hlášení infekčních nemocí, tuberkulózy, vrozených vývojových vad, pohlavních chorob, nemocí z povolání, a jiné),
- epidemiologická šetření, kdy východiskem těchto šetření jsou převážně údaje ze zdravotnických statistik,
- sociologická šetření, která využívají rozhovory a dotazníky (Čeledová, Čevela, 2010).

3.1.2 Podpora zdraví

Podporou zdraví se rozumí souhrn aktivit a opatření, která mají za cíl nejen předcházet nemocem, ale i vést ke zlepšení zdravotního stavu jednotlivce i celé komunity. Využívá poznatků z epidemiologických studií, které prokázaly podíl faktorů způsobu života, práce a některých návyků a chování na vzniku a vývoji chronických onemocnění. Důležitým aspektem v podpoře zdraví je posilování přímé účasti jednotlivce na uchování nebo zlepšení vlastního zdraví, kdy jedinec by měl pochopit význam změny postojů a měl by dobrovolně změnit své chování a životní styl, tzn., že by měl převzít spoluzodpovědnost za vlastní zdraví. To v praxi znamená např. boj s kouřením, zvyšování pohybové aktivity, prevence obezity, ozdravení výživy, prevence civilizačních onemocnění, očkování apod. (www.szu.cz).

V péči o zdraví tedy nejsou důležité jen finanční prostředky, zdravotnické služby, materiál a technické vybavení zdravotnických služeb. Nejdůležitější jsou sami lidé a to jakým způsobem žijí a jak jsou ochotni se na péči o zdraví podílet. Významnou roli hraje také celá společnost a to jaké vytváří ekonomické a sociální podmínky pro život lidí. Jednotlivci mohou podporovat své zdraví přijetím zdravého životního stylu a péčí o své životní prostředí. Společenská podpora zdraví se uplatňuje vytvářením podmínek pro realizaci zdravého životního stylu jednotlivců a ochranou a tvorbou zdravého životního prostředí (Čeledová, Čevela, 2010).

Dle Kukačky (2010) je zdravotní stav každého jedince závislý na vědomostech, znalostech a aktivní péči o osobní zdraví. Podle něj nelze spoléhat na zdravotní péči, která řeší především stavy, kdy již došlo k rozvoji určitého onemocnění. Důležitá je preventivní péče a ta je úkolem každého jedince.

3.1.3 Determinanty zdraví

Zdraví a tedy zdravotní stav každého jedince jsou ovlivňovány celou řadou zevních a vnitřních faktorů. Tyto faktory mohou působit samostatně nebo společně, mohou se vzájemně posilovat, oslabovat či rušit. Společně tak utvářejí zdravotní stav, pocit pohody a spokojenosti každého člověka. Určují také délku a kvalitu jeho života (Wasserbauer a kol., 2001).

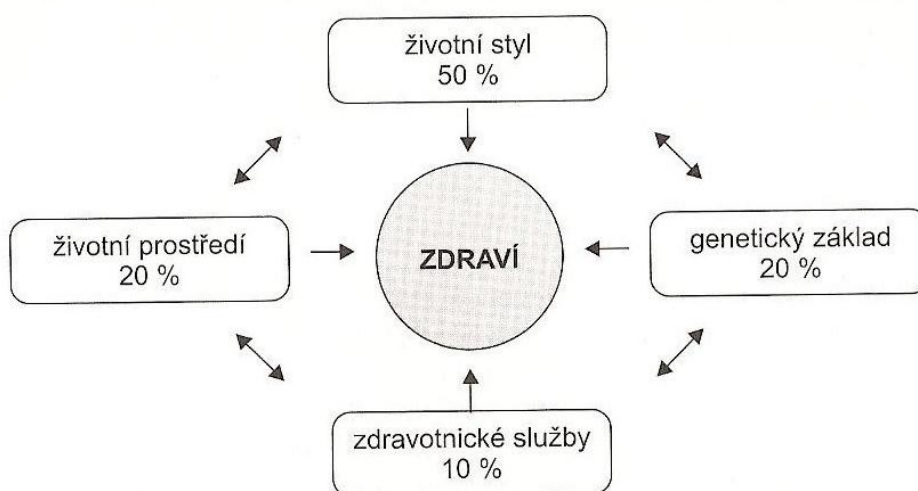
Působení faktorů na zdraví člověka může být buď biopozitivní, tedy chráníci a posilující zdraví, nebo bionegativní, tzn. oslabující zdraví a vyvolávající nemoc (Čeledová, Čevela, 2010).

Determinanty zdraví dělí Machová (2009) na vnitřní a zevní. Vnitřními determinantami jsou dědičné faktory. Dědičný základ získává každý jedinec od obou rodičů při splynutí jejich pohlavních buněk. Do tohoto dědičného základu se promítají vlivy přírodního i sociálního prostředí a také životní styl.

Mezi zevní faktory, které mají vliv na zdraví, patří:

- životní styl neboli způsob života,
- kvalita životního a pracovního prostředí,
- zdravotnické služby (Machová, 2009).

Vzájemné spojitosti mezi zevními a vnitřními determinantami a jejich vliv na zdraví vyjadřuje obrázek 1.



Obrázek 1. Determinanty zdraví (Machová, 2009, s. 13)

3.2 Životní styl

3.2.1 Definice životního stylu

Machová (2009, s. 16) definuje životní styl takto: „*Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností)*“.

Další definice charakterizuje zdravý životní styl je jako „*pocit fyzického, psychického a sociálního blaha*“ (Astl, Astlová, Marková, 2009, s. 10).

Kukačka (2010, s. 194) definuje životní styl jako „*vyhraněné typické chování lidí ve společnosti*“.

Jak je patrné z obrázku 1, nejvíce zdraví ovlivňuje životní styl a to až v 50 %.

Autoři Hřivnová (2010), Čeledová a Čevela (2010) uvádějí, že životní styl může ovlivnit zdraví až v 60 %.

Podle Holčíka (2010) ovlivňuje životní styl zdraví v 40 %. Uvádí také, že nejvýraznější determinantou zdraví jsou sami lidé. Lidé své zdraví někdy ohrožují a dokonce i přímo poškozují. Dokáží však také zdraví účinně chránit a obnovovat.

To, jak lidé žijí a jak se chovají, je značně ovlivňováno kulturou, sociální pozicí, ekonomickými okolnostmi, tradicemi, výchovou v dětství, dřívějšími zkušenostmi, rodinnou situací a také těžko zvládatelnými návyky jako je kouření, alkohol a drogy (Holčík, 2010).

Člověk se může správně rozhodnout jen tehdy, pokud má dostatečné informace o tom, co jeho zdraví podporuje a upevňuje a o tom, co jeho zdraví škodí. Díky zásadnímu významu životního stylu pro zdraví je proto nutné, aby poskytování odpovídajících znalostí, včetně rozvíjení dovedností a návyků a formování postojů, bylo součástí výchovy dítěte od útlého věku v rodině i ve škole a aby bylo spojováno s výchovou k odpovědnosti za vlastní zdraví (Machová, 2009).

3.2.2 Zdravý životní styl

Podle Kukačky (2010, s. 201) „*předpokladem a cílem zdravého životního stylu je dobré zdraví*“.

Kukačka (2010, s. 202) uvádí tyto zásady zdravého životního stylu:

- *zdravě se stravovat,*
- *dostatečně, přiměřeně a pravidelně se pohybovat,*
- *udržovat si optimální tělesnou hmotnost,*
- *dostatečně spát,*
- *omezovat a eliminovat stres,*
- *dostatečně relaxovat,*
- *vyhýbat se negativním návykům a závislostem,*
- *praktikovat zdravý a bezpečný sex,*
- *individuálně pečovat o své zdraví*
- *eliminovat negativní vlivy exogenních faktorů a životního prostředí,*
- *usilovat o pozitivní změnu životního stylu.*

Fórum zdravé výživy uvádí, že zdravý životní styl znamená omezit rizikové faktory. Člověk by se měl vyhýbat:

- *kouření,*
- *nadměrné konzumaci léků (především na bolest, proti únavě, nespavosti a nevolnosti),*
- *nadměrné konzumaci alkoholu,*
- *nevhodné stravě,*
- *riskantním dietním postupům a redukčním režimům (www.fzv.cz).*

3.2.3 Charakteristika životního stylu současného člověka

Kukačka (2010) považuje současný životní styl většiny populace za poněkud alarmující. Je charakteristický neustále se zrychlujícím životním tempem, konzumním stylem života s nesprávnou životosprávou a narůstajícím psychickým vypětím, které není kompenzováno dostatečným odpočinkem a relaxací.

Technický pokrok způsobil, že se výrazně omezila manuální a fyzická práce. Člověk vede převážně sedavý způsob života jak v práci, tak i ve volném čase a nemá tedy dostatečnou pohybovou aktivitu. Výsledkem tohoto stylu jsou civilizační choroby, které mají za následek zhoršení zdravotního stavu populace (Kukačka, 2010; Machová, 2009).

3.3 Výživa

Výživa patří k základním potřebám člověka a je nezbytná pro jeho život. Člověk výživou přijímá důležité látky, které potřebuje ke svému životu. Hlavním účelem výživy je poskytnout tělu potřebné množství energie, aby mohlo fungovat, a také materiál ke stavbě a celoživotnímu obnovování těla. Výživa také podstatně ovlivňuje psychiku člověka. To, co člověk jí, má vliv nejen na jeho zdraví, ale i na jeho náladu a duševní harmonii. Pouhý pohled na dostupné jídlo vyvolává příjemné pocity (Kopecký, 2010).

Pánek (2002) pod pojmem výživa rozumí zajištění živin potřebných pro udržení životní aktivity, zdraví, růstu a rozmnožování. Podle něj by měla výživa sloužit minimálně k udržení stávajícího zdravotního stavu, lépe pak k podpoře zdraví.

Dle Marádové (2010) patří výživa k nejdůležitějším činitelům, které ovlivňují zdraví a tedy i zdravotní stav člověka. Je faktorem, který se uplatňuje při vzniku, ale i prevenci onemocnění.

Mezi zdravím, ke kterému by měl směřovat životní styl každého člověka, a kvalitou výživy tedy existuje velmi těsný vztah. Bylo dokázáno, že více než 40 % všech civilizačních onemocnění je způsobeno právě nevhodnou stravou (Kukačka, 2010).

Podle odborníků zabývajících se výživou si až za 85 - 95 % nemocí může člověk sám a způsobuje si ji špatným životním stylem, ve kterém hlavní roli hraje výživa (Klescht, 2008).

Správná neboli zdravá výživa, která se opírá o vědecké poznatky a zkušenosti, bývá označována jako výživa racionální (Kukačka, 2010). Musí být vyvážená jak po stránce kvantitativní, tak i kvalitativní. Z kvantitativního pohledu má výživa zajistit příjem energie pokrývající její výdej. Proto lidé těžce fyzicky pracující mají vyšší energetické nároky než ti, kteří vykonávají lehkou svalovou činnost. Pokud příjem potravy převyší energetický výdej organismu, začne se v těle ukládat zásobní tuk a vzniká tak nadváha až obezita. Z kvalitativního pohledu musí být strava rozmanitá a vyvážená pro zajištění dostatečného přísunu živin, vitaminů a minerálů. Důležitý je i příjem vody. Nevyvážená nebo jednostranná strava může být příčinou nedostatku některých živin, oslabení imunitního systému a zvýšeného rizika vzniku kardiovaskulárních a nádorových onemocnění (Machová, 2009).

3.3.1 Složky výživy

Klescht (2008, s. 39) dělí složky výživy na:

- **makroživiny** (*makronutrienty*),
 - *bílkoviny*,
 - *tuky*,
 - *cukry*,
- **mikroživiny** (*mikronutrienty*),
 - *vitaminy*,
 - *minerální látky*,
 - *stopové prvky*,
- **voda**.

Z hlediska celkového příjmu energie je pro člověka nejvýhodnější konzumovat základní živiny v poměru: bílkoviny 15 %, tuky maximálně 30 % a sacharidy 55 % (Komprda, 2009).

3.3.1.1 Bílkoviny

Bílkoviny patří k hlavním živinám, které není možné nahradit a organismus je neumí ukládat do zásoby. Jsou základním stavebním materiálem všech živých struktur. Tvoří důležitou součást buněk, krve, hormonů, enzymů a protilátek. Sám organismus si je nedovede vytvořit, a proto je musí získat potravou. Minimální příjem bílkovin by měl činit 0,8 - 1 g/kg za den. Za optimální je považován příjem 1 - 1,5 g/kg za den. Potřeba bílkovin stoupá až na 1,5 - 2 g/kg za den při vykonávání tělesně náročné práce, sportu, v dospívání, v těhotenství, při kojení, v nemoci a v období rekonvalescence. Energetická hodnota 1 g bílkovin činí 17,2 kJ (Kunová, 2005; Machová, 2009; Pánek, 2002).

Bílkoviny přijaté potravou jsou v trávicím ústrojí rozloženy na jednotlivé stavební složky, tzv. aminokyseliny, z kterých je 23 nezbytných pro životní funkce člověka (Klescht, 2008).

Aminokyseliny se dělí na:

- **esenciální (nepostradatelné) aminokyseliny**, které si lidské tělo nedokáže samo vyrobit, a proto je musí přijímat potravou. Mezi ně patří arginin, histidin, leucin, izoleucin, lysin, metionin, fenylalanin, threonin a valin.

- **neesenciální (postradatelné) aminokyseliny**, které tělo dokáže samo vytvořit. Jsou to glycin, alanin, serin, cystein, kyselina aspargová, asparagin, kyselina glutamová, glutamin, tyronin, tryptofan a prolin. (Kopecký, Cichá, 2005).

Existují dva typy bílkovin:

- **bílkoviny živočišného původu (bílkoviny plnohodnotné)**, jejichž zdrojem je maso, ryby, vejce, mléko a mléčné výrobky,
- **bílkoviny rostlinného původu (bílkoviny neplnohodnotné)**, které jsou obsaženy v sóji, luštěninách a ořechách (Klescht, 2008; Kopecký, Cichá, 2005).

Živočišné a rostlinné bílkoviny by měly být v potravě zastoupeny v poměru 1:1. (Machová, 2009).

Nadměrný přívod bílkovin potravou se podílí na vzniku onemocnění ledvin, dny a osteoporózy (Diehl, Lundingtonová, 2006).

3.3.1.2 Tuky

Tuky jsou důležitou zásobní látkou živočišných organismů a významným stavebním materiálem. Všechny orgány kromě nervové tkáně umí využít tuk jako zdroj a dlouhodobou rezervu pro uvolnění energie, protože tuky obsahují dvakrát více energie než sacharidy a proteiny. Energetická hodnota 1 g tuku činí 38 kJ. Tuky tvoří také základní stavební součást některých hormonů a jsou důležité pro vstřebávání vitaminů A, D, E a K (Kopecký, Cichá, 2005).

Tuky jsou sloučeniny glycerolu a mastných kyselin. Kunová (2011) dělí mastné kyseliny na:

- **nasycené mastné kyseliny** - působí na zdraví většinou nepříznivě, zvyšují hladinu cholesterolu v krvi, jsou obsaženy v živočišných tucích, jako je máslo, sádlo,
- **mononenasycené mastné kyseliny** – působí příznivě, hladinu cholesterolu nemění, ale snižují jeho nebezpečnou složku (LDL) a zvyšují jeho prospěšnou součást (HDL), jsou obsaženy v olivovém a mandlovém oleji, olivách a ořechách,
- **polynenasycené mastné kyseliny** – musí být přijímány potravou, organismus si je nedokáže vyrobit, většina z nich hladinu cholesterolu v krvi snižuje, zdrojem jsou rostlinné oleje (řepkový, slunečnicový, sójový) a rybí tuk,

- **transkyseliny** – jsou pro zdraví škodlivé, vznikají při úpravě rostlinných tuků - při procesu jejich ztužování, dále vznikají při výrobě sušenek, oplatků, smažených hranolků a chipsů.

Součástí tuků živočišného původu je **cholesterol**. Nejbohatší na cholesterol jsou vnitřnosti, játra, uzeniny, vaječný žloutek, a máslo. Denní příjem cholesterolu by neměl přesáhnout 300 - 400 mg. (Kunová, 2011; Machová, 2009).

V potravě by měly být živočišné a rostlinné tuky zastoupeny v poměru 1:2. Celkově by denní příjem tuků neměl přesáhnout 30 % energetické hodnoty potravy. Vysoký příjem tuků má za následek vznik kardiovaskulárních a nádorových onemocnění, nadváhy a obezity (Machová, 2009).

3.3.1.3 Sacharidy

Cukry tvoří důležitou součást všech živých organismů. Slouží jako pohotový zdroj energie a jsou nejsnáze dosažitelnými látkami pro výrobu energie (Kopecký, Cichá, 2005; Rokyta, 2000).

Pokud jsou sacharidy konzumovány ve formě komplexní potravy, dodávají tělu také nezbytné minerální látky, vitaminy a množství tzv. ochranných látek (Fořt, 2005).

Sacharidy se dělí na:

- **monosacharidy** – glukóza (hroznový cukr), fruktóza (ovocný cukr), galaktóza,
- **disacharidy** – sacharóza (řepný cukr), laktóza (mléčný cukr), maltóza (sladový cukr),
- **oligosacharidy** – stachyóza, vebaskóza,
- **polysacharidy** – škrob, glykogen (Machová, 2009).

Jednotlivé sacharidy nejsou v potravě zastoupeny rovnoměrně. Člověk potravou nejvíce přijímá škrob, který je obsažen v bramborách, rýži, obilninách a luštěninách a sacharózu. Glukóza a fruktóza jsou obsaženy v ovoci, medu a v některé zelenině. Zdrojem oligosacharidů jsou luštěniny. Sacharidy kryjí více než polovinu energetické potřeby. Při sníženém příjmu sacharidů dochází k odbourávání tuků, čehož využívají některé redukční diety. Naopak nadměrný příjem cukrů zvyšuje riziko vzniku obezity, kardiovaskulárních onemocnění, cukrovky a zubního kazu. Čím jednodušší sacharidy člověk konzumuje, tím horším následkům se vystavuje (Klescht, 2008; Machová, 2009).

Mezi sacharidy se řadí také **vláknina**, která zahrnuje celulózu, hemicelulózu a pektin. Tyto látky působí blahodárně na buňky střevního epitelu a jsou přítomny v buněčných membránách rostlinných buněk. Jejím zdrojem je především ovoce, zelenina, brambory

a obiloviny. I přesto, že lidské tělo nedokáže vlákninu využít jako zdroj energie, je důležité, aby jí v denní dávce bylo alespoň 30 g. Vláknina pozitivně ovlivňuje střevní peristaltiku a pravidelné vyprazdňování střev a má také ochranný účinek proti vzniku kardiovaskulárních onemocnění a nádorů tlustého střeva (Cichá, Kopecký, 2005; Machová, 2009).

3.3.1.4 Vitaminy

Vitaminy jsou organické látky, které jsou důležité k zajištění mnoha metabolických procesů. Jsou velmi důležité pro zachování a ochranu života. Neslouží jako zdroj energie ani jako stavební látky, ale jsou důležité pro přeměnu tuků, cukrů a bílkovin. Jsou potřebné v malých dávkách. Organismus není schopný si sám většinu vitaminů vytvořit, proto musí být přijímány potravou.

Vitaminy se dělí na:

- **vitaminy rozpustné v tucích** – A, D, E, K,
- **vitaminy rozpustné ve vodě** – komplex vitaminů B (B₁, B₂, B₃, B₅, B₆, B₉, B₁₂), C, H.

Při nedostatku vitaminů vzniká hypovitaminóza, při jejich naprosté absenci avitaminóza. Nadměrný přívod vitaminů ve formě vitaminových preparátů vede k hypervitaminóze, která může být u některých vitaminů až škodlivá. Přebytek vitaminů tělo okamžitě vyloučí. Některé vitaminy (především v tucích rozpustné) však tělo lehce vyloučit neumí, takže je možné se jimi předávkovat (Cichá, Kopecký, 2005; Machová, 2009; Rokyta, 2000).

Cichá a Kopecký (2005) uvádí, že obohacování potravy o vitaminy je vhodné jen u těch jedinců, kteří trpí nějakou poruchou výživy, která má za následek nedostatečný příjem vitaminů nebo u jedinců, kteří trpí takovou nemocí, která potřebu vitaminů zvyšuje a potrava by tedy toto množství nestačila pokrýt.

3.3.1.5 Minerální látky a stopové prvky

Tělo člověka kromě prvků biogenních (uhlík, vodík, dusík a kyslík) obsahuje také prvky minerální a stopové, které jsou důležité pro růst a metabolismus. Některé z nich se podílí na výstavbě tělesných tkání, jiné aktivují, regulují a kontrolují metabolické procesy a jiné se účastní na vedení nervových vzruchů.

Mezi **minerální prvky**, které se v organismu vyskytují v množství od stovek do desítek gramů, patří **sodík, draslík, vápník, fosfor, hořčík a síra**. Tyto látky se v lidském

těle vyskytují jako elektrolyty v tělesných tekutinách, v podobě nerozpustných solí v kostech a zubech anebo jsou vázané na organické látky, jako jsou bílkoviny, tuky, hormony, enzymy a vitaminy.

V řádově nižších koncentracích se v lidském těle nacházejí **stopové prvky**, mezi které patří železo, zinek, jod, selen, fluor, hliník, měď, mangan, kobalt, chrom a cín (Kopecký, Cichá, 2005; Rokyta, 2000).

3.3.2 Charakteristika současné stravy

Hrnčířiková (2009) charakterizuje současnou stravu dospělého člověka jako vysokodenzitní, technologicky maximálně zpracovanou, energeticky bohatou, ale chudou z nutričního hlediska. To znamená, že člověk přijímá mnoho živočišných tuků, vysoké množství soli a naopak má nedostatek vlákniny, vitaminů a minerálních látek.

Výzkumy ukazují, že je stále oblíbená konzumace smažených pokrmů a sladkých nápojů. Došlo také ke snížení spotřeby mléka a mléčných výrobků a nízká je i spotřeba ovoce a zeleniny. Někteří lidé dokonce vůbec zeleninu a ovoce do svého jídelníčku nezařazují. Následkem této nevhodné skladby výživy je narůstající výskyt civilizačních onemocnění jako je obezita, ateroskleróza, hypertenze, nádorová onemocnění, diabetes 2. typu, dna, osteoporóza a zubní kaz. Tato onemocnění představují závažný problém zdravotní, sociální a ekonomický (Machová, 2009).

Na stravovací návyky má vliv vzdělání. Ve vyspělém světě je patrná tendence ke zdravému životnímu stylu a tedy i ke zdravě výživě u lidí vzdělanějších, zatímco lidé z nižších sociálních vrstev inklinují spíše k výběru potravin jen na základě rychlosti a ceny (Kunová, 2011).

Podle Kunové (2011) se v posledních letech se vyprofilovaly celkem tři základní skupiny spotřebitelů. První skupinu tvoří jedinci, kteří hledí jen na ceny potravin, nakupují v levných obchodech a většinou zboží v akci. Druhá skupina naopak nakupuje lahůdky všeho druhu a to bez ohledu na cenu a množství živin v nich obsažených. Třetí skupina pak sleduje nutriční hodnoty, zdravotní benefity a někteří i bio kvalitu nakupovaných potravin. Někteří jsou dokonce posedlí zdravou stravou.

Dle FZV jsou dnes výživové zvyklosti české populace zhruba tyto:

- Roste konzumace ovoce a zeleniny, ale pomalu a spíše ve prospěch ovoce než zeleniny.

- Z důvodu zdražení mléčných výrobků se snížila jejich spotřeba.
- Spotřeba ryb stoupá jen velmi pomalu.
- Lidé stále konzumují maso s viditelným tukem.
- Konzumace výrobků z mouky je vyšší, než by měla být.
- Lidé často konzumují smažená jídla a tím se zvyšuje celkový příjem tuků.
- Nekonzumuje se nízkotučná strava, ale spíše nízkotučné výrobky („light“).
- Většina lidí dodržuje špatné redukční diety (www.fzv.cz).

3.3.3 Pyramida zdravé výživy

Na základě výsledků řady studií vypracovalo FZV aktuální potravinovou pyramidu (Příloha 1), která by měla jakýmsi návodem nebo doporučením k sestavení zdravého jídelníčku. Smyslem tohoto doporučení je předejít zdravotním rizikům, která ze současného výživového chování obyvatel vyplývají, a pomoci jim, aby se jejich zdravotní stav dále nezhoršoval, ale naopak se opět díky ozdravení výživy vrátil k pozitivnímu vývojovému trendu (Poledne, Kunová, Starnovská, 2003).

Pyramida vychází ze současných poznatků o vlivu výživy na zdraví. Potraviny v pyramidě jsou voleny tak, aby byla denně zajištěna přiměřená dávka bílkovin, zdravých druhů tuků a sacharidů, vitaminů, minerálních látek a vlákniny (Kunová, 2011).

Pyramida se skládá celkem ze 4 pater. Potraviny jsou řazeny podle vhodnosti ke konzumaci v rámci každého patra ve směru zleva doprava. V základně pyramidy jsou umístěny potraviny, které jsou doporučovány jako ty, které by se měly jíst nejčastěji a v největším množství. Směrem k vrcholu pyramidy by lidé měli být při výběru potravin střídavější. Ve špičce jsou pak umístěny potraviny, které by se v jídelníčku měly objevovat jen sporadicky nebo raději vůbec (Poledne, Kunová, Starnovská, 2003).

3.3.4 Doporučení pro zdravé stravování

Ve zdravém stravovacím režimu by měly být dodržovány tyto zásady:

- Příjem **pestré a vyvážené stravy** založené více rostlinných potravinách.
- **Udržování optimální tělesné hmotnosti.**

Podle Kukačky (2009) je však relativně obtížné určit, kolik by měl určitý jedinec vážit, aby jeho hmotnost byla optimální. Na jedné straně stojí určité subjektivní hledisko, které hodnotí představy jedince a jeho spokojenost se stavem hmotnosti.

K objektivnímu hodnocení optimální hmotnosti se používají různé indexy, které porovnávají tělesnou hmotnost ve vztahu k tělesné výšce. Tyto indexy však mají určité nevýhody a nelze vždy objektivně obsáhnout celou populaci. Nejčastěji se užívá tzv. **BMI**. Klasifikaci obezity zobrazuje tabulka 1.

- **Zvýšit konzumaci čerstvého ovoce a zeleniny včetně ořechů a luštěnin.** Denní příjem by měl činit 600g a poměr zeleniny a ovoce by měl být 5:3. Dle doporučení WHO by člověk měl denně zkonzumovat až 1 kg zeleniny a ovoce. Obsahují totiž celou řadu zdravotně příznivých látek, které mají na organismus ochranný vliv a jsou důležitým zdrojem vlákniny, antioxidantů, vitaminů, minerálních a dalších látek (Chrpová, 2010).
- **Kontrolovat příjem tuků.** Snížit spotřebu potravin s jejich vysokým obsahem (uzeniny, chipsy, čokolády, tučné mléčné výrobky, maso s viditelným tukem, lahůdkářské výrobky s majonézou, trvanlivé a jemné pečivo). Dávat přednost olejům rostlinným před živočišnými.
- **Snížit příjem cholesterolu** na 30 g za den.
- Denně konzumovat **mléko a mléčné výrobky** se sníženým obsahem tuku.
- Zvýšit konzumaci **výrobků z obilovin** s vyšším podílem z tmavé a celozrnné mouky.
- **Zvýšit spotřebu ryb**, zejména mořských.
- **Zvýšit příjem vlákniny** na 30 g za den.
- **Omezit příjem kuchyňské soli** na 5 g za den a to včetně soli skryté v potravinách.
- **Omezit konzumaci sladkostí a jednoduchých cukrů.** Vybírat potraviny s nízkým obsahem cukru.
- Při **konzumaci alkoholu** nepřekračovat denní dávku 20 g alkoholu (tj. 0,5 l piva, 2 dcl vína nebo 0,5 dcl 40% destilátu).
- Zaměřit se na **racionální přípravu stravy**, zejména na eliminaci ztrát vitaminů a dalších ochranných látek, upřednostňovat vaření a dušení před smažením na tuku.
- **Stravovat se 5 x denně v 3-4 hodinovém intervalu.**
- Konzumovat jídlo pouze v **klidu, bez spěchu**.
- **Nevynechávat snídani**, je to nejdůležitější jídlo dne.
- **Dodržovat pitný režim** s denním příjmem **2-2,5 l tekutin** a při zvýšené tělesné námaze nebo v prostředí se zvýšenou teplotou přiměřeně více. Upřednostňovat nápoje bez cukru (Machová, 2009; Ministerstvo zdravotnictví ČR).

Záleží však na každém jedinci, v jaké míře a kvalitě se bude stravovat. Člověk, který stravu odbývá, stravuje se nepravdělně, konzumuje nekvalitní výrobky a v jídelníčku mu chybí čerstvé ovoce a zelenina, kvalitní bílkovina a vláknina, nemůže očekávat od svého těla maximální výkon a kvalitní zdraví (Hrnčířiková, 2009).

Tabulka 1. Rozdělení hodnot BMI pro dospělou populaci (Machová, 2009, s. 219).

BMI (kg/m ²)	Kategorie
pod 18,5	podváha
18,5-24,9	norma
25-29,9	nadváha
30-34,9	obezita 1. stupně (lehká otylost)
35-39,9	obezita 2. stupně (výrazná otylost)
nad 40	obezita 3. stupně (morbidní otylost)

3.3.5 Voda a pitný režim

Pro organismus je voda velmi důležitá, protože ten se dovede mnohem lépe vyrovnat s nedostatkem organických látek než s nedostatkem vody a minerálních látek. Uvádí se, že naprostý nedostatek vody vede již za 2 - 3 dny k těžkým poruchám zdraví a během týdne až ke smrti (Kopecký, Cichá, 2005; Machová, 2009).

Voda je součástí každé tělesné buňky, ale její obsah je v různých tkáních rozdílný. Celkové množství tělesné vody je závislé na věku a skladbě těla. U většiny dospělých tvoří voda asi 60 % tělesné hmotnosti. S přibývajícím věkem podíl vody klesá a ve stáří tak tvoří už jen 50 %. Voda plní v lidském těle řadu funkcí. Slouží jako rozpouštědlo, transportní látka a je důležitá k udržování tělesné teploty (Ošancová, Janovská, 1995; Machová, 2009).

Člověk vodu přijímá v nápojích, v pevné stravě a menší část vody vzniká i v těle při metabolismu živin. Ztráty tekutin se uskutečňují především močí, potem, dýcháním a malá část i stolicí. Denní příjem vody je závislý na věku, tělesné námaze a na teplotě prostředí. Příjem vody by měl činit přibližně 2 - 3 litry tekutin za den. Pokud se člověk pohybuje v horku, sportuje nebo vykonává namáhavou práci, měl by vypít tekutin více. Za normálních okolností je příjem a výdej vody v rovnováze. Pokud je příjem vody větší, je větší i její výdej ledvinami. Při nadměrném úbytku tekutin a při nevyrovnání těchto ztrát, dochází v organismu

k dehydrataci. Ta se projevuje bolestmi hlavy, únavou, suchem v ústech, zvýšenou tělesnou teplotou, slabým močením a vylučováním příliš koncentrované moči (Havlík, 2006; Machová, 2009).

Pod pojmem pitný režim rozumí Kunová (2011) způsob, jak pokrýt každodenní ztráty tekutin. Zdůrazňuje, že je nutné udržet rovnováhu mezi příjmem a výdejem tekutin. Napít by se člověk měl ještě dříve, než pocítí žízeň.

Příjem tekutin během dne by měl být plynulý, nikoliv nárazový. Na velké jednorázové doplnění tekutin zareaguje tělo zvýšeným vylučováním. Pít by měl člověk pomalými doušky a ne více než 200 - 300 ml najednou (Kunová, 2011; Kukačka, 2010).

Správný pitný režim je prevencí proti řadě onemocnění a je také důležitou podmínkou kvalitního života. Po zátěži nebo v jejím průběhu napomáhá urychlit regeneraci organismu (Havlík, 2006).

Vhodné nápoje

Ke stálému pití jsou nejvhodnější čisté vody - pitné z vodovodu (studny) nebo balené kojenecké, pramenité a lehce mineralizované přírodní vody bez oxidu uhličitýho. Tyto vody lze konzumovat bez omezení (Kožíšek, 2008).

Dále jsou doporučovány různé neslazené a ne moc silné čaje, které nemají vysloveně léčebný účinek. Vhodný je čaj zelený, který má silné antioxidační, antikarcinogenní a antibakteriální účinky. Dále čaj černý, ovocný, šípkový, z jahodníku, maliníku a některé směsi. Vhodné jsou i naředěné ovocné a zeleninové šťávy (Chrpová, 2010; Kožíšek, 2008).

Méně vhodné nápoje

Méně vhodnými nápoji, které by člověk měl pít jen v omezeném množství, jsou slazené nápoje, nápoje s umělými sladidly a středně a silně mineralizované minerálky. Minerální vody nelze pít u některých nemocí, naproti tomu pití některých minerálek může být u některých nemocí prospěšné. Minerálky je třeba střídat, protože často obsahují nevyvážený poměr minerálních látek. Konzumace stále stejné minerálky může být příčinou vzniku ledvinových a močových kamenů (Hřivnová, 2010; Kožíšek, 2008; Kukačka, 2010).

Vody sycené oxidem uhličitým, díky kterému mají okyselující i osvěžující účinky, jsou vhodné konzumovat jen občas. Nadbytečné množství tohoto oxidu může totiž

pro organismus představovat metabolickou zátěž a mohou způsobit žaludeční a trávicí obtíže (Havlík, 2006).

Nevhodné nápoje

Za zcela nevhodné jsou považovány nápoje obsahující kofein, chinin a nápoje energetické, nektary, kolové nápoje a nápoje alkoholické.

Káva obsahuje mnoho chuťových látek a také malé množství draslíku a nikotinových kyselin. Hlavní látkou je kofein, který má povzbudivý účinek. Kofein se vyskytuje i v kolových nápojích a čaji. Jeho obsah je v různě připravovaných kávách a nápojích různý. Nadměrné pití kávy zvyšuje krevní tlak.

Kolové nápoje kromě malého množství kofeinu obsahují značné množství cukru. Mají vysokou energetickou hodnotu a podílejí se tak na vzniku obezity (Hřivnová, 2010; Ošancová, Janovská, 1995).

Ochranné nápoje

Zaměstnavatelé poskytují svým zaměstnancům ochranné nápoje, které slouží k ochraně zdraví před účinky tepelné zátěže nebo zátěže chladem. Tato povinnost zaměstnavatelů je stanovena Zákoníkem práce (§133 b) a zaměstnavatel je povinen poskytovat zaměstnanci ochranné nápoje bezplatně. Při tepelné zátěži se ochranným nápojem doplňuje ztráta tekutin ztracených pocením a dýcháním. Ztráta tekutin okolo 3 litrů za osmihodinovou směnu může mít za následek nervové a metabolické poruchy a může způsobit pokles pracovního výkonu i jeho kvality. Nebezpečné jsou teploty nad 28 °C a velmi rizikové teploty nad 36 °C (Havlík, 2006).

3.4 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita má velký vliv na zdraví jedince. Je označována jako základní prvek zdraví a je jednou z nejvýznamnějších potřeb člověka (Blahutková, 2009).

Tělo člověka je přizpůsobeno k pohybu a aktivitě. Tento pohyb může být buď pasivní (s využitím jiných živočichů nebo technických prostředků) nebo aktivní, který je výsledkem vlastní pohybové aktivity. Aktivní pohyb je velmi důležitý a nezbytný pro zachování a upevňování zdraví (Kubátová, 2009).

Pohybové schopnosti člověka se utvářely během vývoje po několik miliónu let a jsou zakódovány v jeho genech (Novotný, 2009).

Novotný (2009) rozlišuje pohybovou aktivitu habituální (oblékání, úklid, vaření, atd.), pracovní a školní, sportovní a rekreační.

3.4.1 Význam pohybové aktivity

Výzkumy ukazují, že pravidelná a dlouhodobá pohybová aktivita prodlužuje život člověka a snižuje tak úmrtnost na onemocnění spojená se sedavým způsobem života. Dostatek pohybové aktivity je spolu se správnou výživou to hlavní, co může jedinec vykonat pro své zdraví a prevenci nemocí. Pohyb působí i na náladu a duševní výkon člověka (Kukačka, 2010; www.cba.muni.cz).

Pohybová aktivita má také velký význam jako sekundární prevence při léčení řady onemocnění. Jejím cílem je zlepšit zdravotní stav nemocného jedince a předcházet klinickým projevům nemoci (Kukačka, 2010).

Podle Trachtové (2001) dostatečná pohybová aktivita a přiměřená fyzická kondice:

- zlepšují zdravotní stav (uvolňují napětí, zkvalitňují spánek, zpevňují kosterní svaly a posilují kosti a imunitní systém),
- chrání před nemocemi, jako jsou kardiovaskulární choroby, nádorová onemocnění, cukrovka, nadváha a obezita, dále zamezují vzniku neuróz, úzkostných stavů a depresí, zmírňují nebo odstraňují bolesti pohybového aparátu,
- zvyšují výkonnost orgánů (pravidelná a dlouhodobá pohybová aktivity vede k vyšší tělesné zdatnosti a kondici),
- vytvářejí pozitivní emoce a zlepšují duševní napětí, přispívají k duševní svěžesti,
- prodlužují délku života.

Optimální množství pohybové aktivity má vliv nejen na zdraví člověka, ale i na jeho životní pohodu a tělesnou kondici. Je dokázáno, že lidé, kteří pravidelně cvičí, mají lepší pracovní výsledky, nižší nemocnost a také pracovní úrazovost je u nich menší (Kopecký, 2010).

3.4.2 Tělesná kondice

Pohybová aktivita je významným prostředkem pro posilování pohybové soustavy a také pro upevnění zdraví a rozvíjení tělesné kondice. Tělesná kondice zahrnuje celkem čtyři

složky, kterými jsou vytrvalost neboli aerobní zdatnost (schopnost organismu zásobovat tkáň kyslíkem), svalová síla, pohyblivost kloubů, šlach a vazů a koordinace pohybů (Kubátová, 2009).

Podle Kubátové (2009) být zdatný znamená:

- udržet si optimální tělesnou hmotnost,
- mít zdravé a výkonné srdce a plíce,
- mít dostatečně silné svalstvo,
- udržet nejvyšší možnou pohyblivost kloubu, šlach a vazů,
- uchovat si duševní pohodu.

Tělesnou kondici organismu lze rozvíjet dvěma způsoby:

- **Sportovně orientovaná zdatnost** je zaměřena na efektivní metody tréninku a dosahování sportovních výsledků, nikoliv však na optimální zdraví organismu. Podřízení tréninku specifickým požadavkům sportovních disciplín může způsobit, že jednotlivé složky tělesné kondice jsou rozvíjeny nerovnoměrně. Sportovní trénink tedy musí být veden odborným trenérem, aby se minimalizovala možnost poškození zdraví (Kubátová, 2009).
- **Zdravotně orientovaná zdatnost** naproti sportovně orientované zdatnosti rozvíjí všechny složky tělesné kondice rovnoměrně a současně respektuje také věkové, pohlavní a zdravotní specifika jednotlivců. Snaží se o pozitivní dopad pohybových aktivit na zdraví člověka (Kubátová, 2009).

3.4.3 Pohyb současného člověka

Lidé narozeni před 2. světovou válkou byli zvyklí na neustálou tělesnou aktivitu a často také na těžkou fyzickou práci a námahu. Pohybová aktivita a fyzická námaha však postupně ze života lidí ustupuje a v současné době bohužel ve společnosti převládá hypokinetický životní styl. Tento pohodlný život bez pohybu a tělesné námahy má u člověka za následek vznik civilizačních onemocnění, ke kterým patří kardiovaskulární choroby (hypertenze, angina pectoris, infarkt myokardu, mozková mrtvice), choroby trávicího ústrojí (dvanáctníkové a žaludeční vředy), astma bronchiale, onemocnění pohybového aparátu, rakovina a psychické poruchy (deprese, poruchy spánku), (Blahutková, 2009; Kubátová, 2009).

Novotný (2009) uvádí, že se každý člověk narodil pro pohyb. Člověk v dnešní době se však častěji dopravuje v různých motorových prostředcích a většinu dne tráví vsedě nebo vestoje.

Z výzkumů vyplývá, že v hospodářsky vyspělých zemích, kam patří i ČR, trpí až 70 % dospělé populace nedostatkem pohybu (Kopecký, 2010).

3.4.4 Doporučení pro pohybovou aktivitu

Podle Kukačky (2010) by měla pohybová aktivita nebo sport jedince bavit. Pokud jedinec provozuje pohybovou aktivitu kvůli svému zdraví, pak si měl najít takovou aktivitu, u které vydrží a která organismu skutečně prospívá. Základem aktivního pohybu by měly být vytrvalostní aktivity a sporty (např. svižná chůze, běh, jízda na kole, plavání) a posilování, které zlepšuje správnou funkci svalů. Nesmí se také zapomenout na důkladné rozcvičení a protažení svalů na začátku a na konci pohybové aktivity.

Aby měla pohybová aktivita zdravotní efekt, doporučuje Kopecký (2010) tělesný pohyb v mírné intenzitě alespoň 30 minut každý den. Pohybovou aktivitou v mírné intenzitě je např. chůze, jízda na kole, plavání, spontánní aktivita, rekreační sport, práce na zahradě, domácí práce. Není nutné, aby aktivita trvala celých 30 minut. Pohybové aktivity je možné počítat, např. po třech 10 minutových nebo dvou 15 minutových intervalech za den.

Ústav preventivního lékařství Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně charakterizuje pohybovou aktivitu takto:

- Člověk by měl být aktivní každý den a to tolika způsoby, kolika jen může.
- Měl by dát dohromady minimálně 30 minut **nenáročné pohybové aktivity mírné intenzity** po většinu dní v týdnu, nejlépe ale každý den. Těmito aktivitami jsou ty, které se dají zařadit do běžného životně – pracovního rytmu jako je např. chůze, protáhnutí se a zacvičení si během pracovní přestávky či pasivnějšího odpočinku, pomalejší jízda na kole. Jde tedy o to, aby člověk aktivně hledal příležitosti k pohybu.
- Pokud člověk může, tak by měl navíc pravidelně provozovat nějaké **intenzivnější sportovně - rekreační aktivity** a to alespoň 3 - 4 dny v týdnu po dobu 30 a více minut. Tyto aktivity tvoří nadstavbu aktivitám mírné intenzity. Jsou extra úroveň pro ty, kteří jsou schopni a kteří chtějí dosáhnout lepšího přínosu pro zdraví a kondici. Patří sem např. běh, aerobik, rychlá cyklistika, rychlé plavání, kondiční kruhový trénink, tenis, fotbal, košíková (www.cba.muni.cz).

3.5 Spánek a odpočinek

Spánek a odpočinek jsou důležité faktory pro zachování a udržení psychického i fyzického zdraví. Jejich potřeba je u každého jedince individuální a je závislá na denní aktivitě člověka, věku, fyziologickém stavu organismu a dalších faktorech (Trachtová, 2001).

Faktory, které ovlivňují spánek a odpočinek jsou dle Trachtové (2001) tyto:

- fyziologicko-biologické faktory (věk, nemoc, bolest, jídlo, pití, pohyb, aktivita, změna způsobu života),
- psychologicko-duchovní faktory (úzkost, strach, nejistota, nedostatek činnosti, nuda, ztráta smyslu života),
- sociálně-kulturní faktory (mezilidské vztahy, disharmonie v rodině, pracovní problémy, finanční problémy),
- faktory životního prostředí (nadměrný hluk, světlo, stav ovzduší, tlak vzduchu, nevyhovující prostředí, zařízení ložnice).

3.5.1 Odpočinek

Cungi a Limousin (2005) charakterizují odpočinek jako přirozený jev, který je důležitý pro zdraví všech živočichů. Jde o to, aby jedinec vydával co nejméně energie a znovu tak načerpal nové síly.

Odpočinek je obdobím doplněním sil, kdy si organismus doplňuje spotřebovanou energii, vylučuje odpadní látky a připravuje se tak na novou činnost (www.celostnimedicina.cz).

Odpočinek neznamená pouze inaktivitu organismu, ale také klid, relaxaci bez emočního stresu a uvolnění napětí. Klid však vždy neznamená, že člověk nic nedělá. Odpočinkem může být naopak i nějaká aktivní činnost jako je např. procházka nebo sport. Stejně tak může člověk odpočívat např. při četbě knihy nebo poslechu hudby.

Předpokladem pro správný odpočinek je:

- vědomí, že člověk má svoje věci pod kontrolou,
- pochopení ostatních lidí,
- klid, pohoda a spokojenost,
- dostatečné množství činnosti, která má nějaký účel,
- vědomí, že mu v případě potřeby někdo pomůže (Trachtová, 2001).

3.5.2 Spánek

Asi nejčastější formou odpočinku je spánek. Spánek stejně jako výživa nebo pohyb, patří mezi základní fyziologické potřeby člověka a je potřebný pro správnou funkci organismu.

Spánek je pro lidské tělo velmi důležitý, protože má ochranný a regenerační vliv. To znamená, že nedostatek nebo špatná kvalita spánku, se může projevit zhoršeným myšlením, snížením pozornosti nebo únavou. Pravidelný a dostatečný spánek napomáhá k udržení normální funkce CNS a působí jako obranný mechanismus proti vyčerpání organismu (Kukačka, 2010; Trachtová, 2001).

Praško a kol. (2004, s. 11) charakterizují spánek jako „stav snížené mentální i pohybové aktivity, který slouží k obnově psychických i fyzických sil a svoji kvalitou citlivě reaguje na fyziologické i patologické změny v organismu“.

Trachtová (2001, s. 70) definuje spánek jako „pravidelně se opakující reverzibilní stav organismu, charakterizovaný relativním klidem, zvýšením prahu k zevním stimulům“.

Spánek má svou stavbu, strukturu, v níž se cyklicky střídají jednotlivé dvě fáze:

- REM (Rapid Eye Movement) stadium spánku – spánek rychlých pohybů očí.
- Non-REM (Non Rapid Eye Movement) stádium – pomalý spánek. Tato fáze má čtyři stadia a každá z nich má svou funkci.

Období spánku, které zahrnuje 4 stadia non-REM spánku a jednu periodu REM spánku se nazývá spánkový cyklus. Ten obvykle trvá 90 - 120 minut a během jedné noci se zopakuje 4 - 5 těchto cyklů (Praško a kol., 2004; Trachtová, 2001).

Spánek plní několik důležitých funkcí:

- umožňuje tělesnou i duševní obnovu,
- zvyšuje odolnost proti nemocem,
- pomáhá ukládat naučené do paměti,
- je důležitý pro zdravý růst organismu, regeneraci a hojení tkání,
- ovlivňuje náladu a výkonnost (Praško a kol, 2004).

Potřeba spánku, jak uvádí Praško a kol. (2004) se během života mění. Zatímco kojeneček prospí 18 - 20 a více hodin denně, dítě v předškolním věku spí zhruba 12 hodin a dospívající jedinec by měl spát 8 hodin denně. Zdravý dospělý člověk pak spí průměrně

6 - 8 hodin. Existují však i jedinci, kterým stačí 5-6 hodin spánku a naproti tomu jsou i lidé, kteří potřebují spát 9 - 10 hodin.

Kromě délky spánku je důležitá i jeho kvalita. Podle Praška a kol. (2004) je kvalitní spánek takový, po kterém když jedinec ráno vstane, se cítí odpočatý, svěží a plný energie.

Nedostatečný spánek se projevuje horší výkonností, koncentrací, unaveností a podrážděností. Dlouhodobý spánkový deficit může fungovat jako neurotizující faktor nebo jako spouštěč deprese (Praško a kol., 2004).

Dlouhodobé potíže se spánkem mohou vést ke vzniku vážných duševních onemocnění (Kukačka, 2010).

3.5.2.1 Poruchy spánku

Poruchy spánku se řadí k nejčastějším problémům člověka moderní doby. Skoro každý čtvrtý dospělý člověk má problémy se spánkem. Specifickou příčina je však zjištěna málokdy. Poruchy spánku se dělí na:

- **Primární** – u této poruchy je hlavním problémem samotná nespavost, popř. nadměrná spavost.
 - **Insomnie** – je nejčastější poruchou spánku. Jde o nedostatek nebo o sníženou kvalitu spánku. Lidé trpící insomnií, se po probuzení necítí odpočatí.
 - **Spánková inverze** - vzniká obvykle u starých lidí, kteří mají obrácený spánkový rytmus. V průběhu dne spí a v noci již nemohou usnout.
 - **Hypersomnie** – znamená nadměrné spaní, nejčastěji přes den. Lidé trpící tímto problémem často spí až do oběda a usínají i odpoledne. Většinou je spojena s psychofyziologickými problémy, jako jsou psychické poruchy (deprese, úzkost), poškozením CNS, onemocněním ledvin, jater a metabolickými poruchami.
 - **Narkolepsie** – znamená náhlé upadnutí do spánku během dne. Etiologie není přesně známá, předpokládá se genetický defekt CNS.
 - **Spánková apnoe** – se projevuje periodickými zástavami dechu během spánku. Nejčastěji se vyskytuje u mužů po 50. roce věku a u žen po klimakteriu.
 - **Parasomnie** – zahrnuje abnormální jevy během spánku, kterými jsou somnambulismus (náměsíčnost), noční děsy, mluvení ze spaní, noční erekce a bruxismus (skřípání zubů), (Trachtová, 2001).

- **Sekundární** – jsou způsobeny onemocněním (např. porucha štítné žlázy, deprese, aj.), (Trachtová, 2001).

3.5.2.2 Doporučení pro zdravý spánek

- Do práce zahrnout krátké přestávky, ve kterých je vhodné se napít vody a krátce se projít.
- Zařadit do denního režimu 30 - 60 minut pohybové aktivity.
- Dodržovat během dne pravidelný denní režim (ulehat i vstávat každý den ve stejnou dobu $\pm$ 15 minut, stravovat se ve stejnou denní dobu a v pravidelných intervalech).
- Vynechat večer těžká jídla a nestravovat se alespoň 3 - 4 hodiny před spánkem.
- 4 - 6 hodin před ulehnutím nepít nápoje obsahující kofein (káva, černý a zelený čaj, kolové a energetické nápoje) a omezit jejich užívání během dne.
- Vyvarovat se výrazné fyzické zátěži 3 - 4 hodiny před spánkem. Naopak lehká procházka po večeri může zlepšit spánek.
- Po večeri již neřešit důležitá témata, která mohou rozrušit a způsobit stres.
- Nepít večer alkohol, protože ten kvalitu spánku zhoršuje.
- Nekouřit, zvláště ne před usnutím a v době nočního probuzení. Nikotin působí na organismus povzbuzujícím účinkem.
- Postel i ložnici používat pouze ke spánku (v ložnici by neměla být televize, v posteli by se nemělo jíst, číst).
- V ložnici by měl být minimální hluk a světlo, vhodná teplota pro spánek je nejlépe 18 - 20 °C (Diehl, Ludingtonová, 2006; www.dobry-spanek.cz).

3.6 Stres

Podle definice Čevely, Čeledové a Dolanského (2009, s. 52) je stres „*stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž - fyzickou nebo psychickou*“.

Joshi (2007, s. 19) vymezuje stres jako „*skutečné nebo implicitní ohrožení homeostázy*“.

Člověk je schopen vypořádat se s běžnou zátěží a většinou požadavků vnějšího a vnitřního prostředí sám. Stres však pro člověka představuje takovou zátěž, na kterou již není

schopen reagovat pozitivně a s požadavky není schopen se vyrovnat (Wasserbauer a kol., 2001).

Klescht (2008, s. 22) definuje stres jako „*tělesnou a duševní reakci na stresor*“. Podle něj stres sám o sobě není ničím, neexistuje a sám o sobě nevzniká. Stres vzniká až jako důsledek působení vnějších faktorů, tzv. stresorů. Charakterizovat a vyjmenovat stresory je podle Kleschta (2008) obtížné a dokonce i nemožné, protože každý vnější podnět působí na každého člověka jinak. Existují jedinci, kteří mají hranici působení stresových situací posunutou a z rovnováhy je tedy jen tak něco nevyvede. Naproti tomu jsou však lidé, které rozhodí i maličkost a ta může pro ně představovat nadměrný stres.

Každý jedinec je odlišně individuálně osobnostně vybaven, má jinou povahu a jinou fyzickou a duševní odolnost (Wasserbauer a kol., 2001).

Čevela, Čeledová a Dolanský (2009) rozlišují tyto stresové faktory:

- fyzikální faktory – prudké světlo, nadměrný hluk, nízká nebo vysoká teplota,
- události – narození dítěte, úmrtí, únos, znásilnění, vála, svatba, rozvod, stěhování, chronické onemocnění, ztráta zaměstnání,
- zodpovědnost – nezaplacené účty, nedostatek peněz,
- práce nebo škola – zkoušky, termíny úkolů,
- frustrace, nesplněná očekávání,
- osobní vztahy – konflikt, nevěra, zklamání, týrání,
- životní styl – přejídání, nezdravá strava, kouření, nadměrné pití alkoholu, nedostatek spánku,
- věk.

Existují dva druhy stresu:

- **eustres** – tzv. „dobrý stres“ neboli stres přijatelný, který v přiměřené míře člověka stimuluje k lepším a vyšším výkonům,
- **distres** – tzv. „špatný stres, který může člověku uškodit a vyvolat u něj nemoc (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009).

Nadměrný stres se podílí vzniku celé řady symptomů a onemocnění, jako jsou kardiovaskulární choroby, žaludeční vředy, nechutenství, bolesti hlavy, oslabení imunitního systému, poruchy spánku, bolesti zad, astma, nádorová onemocnění, chronická únava a sexuální poruchy. Naproti tomu však nepřítomnost stresu může být příčinou únavy, nudy,

nespokojenosti a deprese. Je proto důležité najít rovnováhu mezi oběma extrémy (Wasserbauer a kol., 2001; Diehl, Ludingtonová, 2006).

Dle Kleschta (2008) se stres u žen a mužů liší. Podle něj se ženy lépe vypořádávají s dlouhodobým stresem. Údajně je tomu tak proto, že ženy musí v průběhu života zvládat náročné situace jako je těhotenství, porod a péče o děti. Naopak muži jsou vybaveni pro boj a lov. Při řešení problému se obvykle uzavřou do sebe a snaží se najít rychlé a účinné řešení. Dokážou tak lépe řešit krátkodobé vypjaté situace. Podle výzkumů jsou však obecně muži ke stresu náchylnější a to v důsledku toho, že vyplavují více stresového hormonu kortizolu.

3.6.1 Stres a práce

Důležitý zdroj stresu a zátěže mohou pro člověka představovat nepříznivé pracovní podmínky. Ty mohou vést výrazně ke snížení pracovního výkonu člověka, k jeho pracovní nespokojenosti a v neposlední řadě i ke vzniku onemocnění. Zdrojem stresu mohou být stresory, jako je např. práce na směny, odpovědnost a náročnost práce, fyzikální podmínky, konflikty se spolupracovníky, nízký plat, pracovní nejistota atd. (Mlčák, 2011).

Je pochopitelné, že práce konaná se zájmem a která je dokonce koníčkem, vyčerpává člověka mnohem méně než ta, která je charakterizována:

- zvýšenou osobní zodpovědností,
- náhlostí úkolů a krátkodobostí jejich termínů,
- zvýšeným podílem administrativně organizačních prací,
- neúměrným množstvím povinností (Míček, 1984).

K negativním důsledkům chronické pracovní zátěže patří syndrom vyhoření (burn out), pro který jsou charakteristické pocity emocionálního vyčerpání, projevy sociální distance, depersonalizace a ztráta osobního vztahu k práci. Tímto syndromem jsou ohroženi především pracovníci pomáhajících profesí, tedy zdravotníci a sociální pracovníci a také učitelé. Vznik tohoto syndromu ovlivňují faktory jako je vysoká míra profesní odpovědnosti, velký počet svěřených klientů a dlouhý sociální kontakt s nimi, krátké přestávky a nízká kvalita poskytované sociální opory v pracovním kolektivu (Mlčák, 2011).

3.7 Návykové látky

3.7.1 Definice závislostí

Dle Knausové (2010, s. 64) je závislost „stav, ve kterém jedinec není schopen se obejít bez určité látky, případně činnosti. Má stránku fyzickou, psychickou i sociální. Je to nezvladatelná touha po látce či po chování, přestože jedinec ví, že je to pro něj nebezpečné“.

Závislost na návykových látkách definuje Knausová (2010, s. 64) jako „stav tělesné či psychické závislosti na periodickém užívání nějaké látky s psychotropním, povzbuzujícím účinkem“.

Návykovou látkou pak Knausová (2010, s. 64) rozumí „psychotropní látku způsobilou nepříznivě ovlivnit psychiku člověka, jeho ovládací a rozpoznávací schopnosti i sociální chování“.

Nešpor (2003) uvádí, že hlavní charakteristikou syndromu závislosti je silná a někdy přemáhající touha užívat psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák.

Na vzniku závislosti se podle Kubátové (2009, s. 75) podílí mnoho faktorů, z nichž se za základní považují tyto:

- droga jako taková (její farmakologické vlastnosti, náročnost aplikace, dostupnost),
- osobnost (genetické a biologické dispozice),
- sociální prostředí (psychosociální vlivy, provokující a vyvolávající činitelé).

Podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je závislost chápána jako chronické onemocnění CNS, které je třeba diagnostikovat, léčit a pokud možno mu předcházet (Kubátová, 2009).

Pojem droga má mnoho významů. Presl (1995) označuje za drogu každou přírodní nebo syntetickou látku, která splňuje dva základní požadavky:

- má tzv. psychotropní účinek, tzn., že mění vnímání okolní reality i vnitřní naladění člověka,
- může vyvolat závislost.

Podle zákona se drogy dělí na:

- **Drogy legální**, které jsou společností tolerované. Patří sem alkohol, káva a čaj. Jejich výroba, prodej a požívání není trestné.
- **Drogy nelegální**, jejichž výroba, prodej a držení je trestné.

Známé je také dělení drog na **měkké** a **tvrdé**, kde se drogy rozdělují podle rizikovosti a z hlediska pravděpodobnosti vzniku závislostí a zdravotních komplikací:

- **tvrdé drogy s vysokou mírou rizika** – např. toluen, heroin, morfin,
- **tvrdé drogy s vysokou až střední mírou rizika** – např. lysohlávky, LSD, kokain, pervitin,
- **tvrdé drogy se střední mírou rizika** – alkohol, extáze, kodein,
- **měkké drogy s relativně malým rizikem** – marihuana, hašiš,
- **měkké drogy s nízkým nebo žádným rizikem** – káva, čaj.

Podle některých odborníků by se však toto dělení používat nemělo, protože rizikové jsou všechny drogy (Knausová, 2010).

Dlouhodobým zneužíváním některé drogy vzniká u jedince závislost psychická, fyzická nebo obě. **Závislost psychická** je považována za nesilnější faktor, který vede k nutkavému a opětovnému požívání drogy. Projevuje se neodolatelným nutkáním nebo přáním drogu požit, i když si jedinec uvědomuje, že to není správné. **Fyzická závislost** se po vysazení drogy projevuje tělesnými abstinenčními příznaky. Tato závislost vzniká většinou při dlouhodobějším a častějším užíváním drogy. Poškozovány jsou orgány jako srdce, játra aj (Machová, 2009).

Pravá závislost se u jedince pozná tehdy, pokud se u něj v průběhu jednoho roku objeví nejméně tři z těchto projevů:

- silná touha nebo přání užívat návykovou látku a to opakovaně a neustále,
- jedinec má potíže v sebeovládání při požívání návykové látky,
- návykovou látku jedinec užívá s úmyslem zmenšit příznaky tělesného odvykacího stavu,
- zvyšování tolerance, kdy je třeba stále větší dávky k vyvolání příjemného pocitu než na začátku užívání,
- užívání návykové látky má přednost před jinými aktivitami a zájmy,
- jedinec obětuje stále více času k získání nebo požívání návykové látky a k zotavení se z jejího účinku,
- snížení společenské a pracovní schopnosti,

- jedinec pokračuje v požívání látky, i když ví, že látka má škodlivé následky na zdraví a na vztahy osobní i společenské (Knausová, 2010; Nešpor, 2003).

Knausová (2010, s. 70) uvádí, že obecně závislost na návykových látkách vede:

- *ke změnám osobnosti,*
- *později až k životu na okraji společnosti,*
- *k nevratnému poškození zdraví,*
- *i ke smrti (např. předávkováním).*

Kukačka (2009) uvádí, že mezi nejčastěji užívané návykové látky patří: alkohol, tabák, dále opiáty (např. heroin), kanabinoidy (např. marihuana), různá hypnotika a sedativa (např. Diazepam), stimulancia (pervitin), halucinogeny (LSD) a těkavé látky (např. toluen).

3.7.2 Alkohol

Slovo alkohol pochází z arabského al - kahal, což znamená jemnou substanci. Jedná se o bezbarvou tekutinu, která vzniká kvašením sacharidů. Chemickým složením se jedná o etanol, který je obsažen v alkoholických nápojích v různých koncentracích. Například pivo obsahuje 3 - 8 % čistého alkoholu, stolní vína 8 - 14 %, likéry 20 - 50 % a destiláty 40 - 60 % alkoholu. Alkoholické nápoje se po konzumaci rychle vstřebávají v žaludku a tenkém střevě do krve. Krví alkohol dále proniká do mozku, plic, jater a ledvin. Odbourávání alkoholu pak probíhá v játrech (Machová, 2009; www.alkoholik.cz).

Alkohol je návyková látka s různými účinky. Na jedné straně může u člověka vyvolat příjemné pocity uvolnění, lásky a veselí, usnadňuje společenské kontakty, zahání stres a nudu a povzbuzuje chuť k jídlu. Na straně druhé však může vyvolat agresivitu, zuřivost, závislost, ztrátu osobnosti, těžké poškození zdraví až předčasné úmrtí. Svými účinky je nejbližší látkám, které navozují zklidnění a spánek – hypnotika. Účinek alkoholu závisí na jeho množství, na fyzickém a psychickém stavu jedince, jeho náladě a na mnoha dalších faktorech (Čevela, Čeledová, Dolanský, 2009; Knausová, 2010).

Dopady alkoholu na lidské zdraví jsou stále studovány. Je však prokázáno, že alkohol se negativně podílí na celkové úmrtnosti populace. Alkohol je příčinou vzniku řady úrazů a také se spolupodílí na vzniku nádorových onemocnění, onemocněních trávicího a oběhového systému a chorob srdce (Sovinová, Csémy, 2003).

Existují výzkumy, které uvádí, že alkohol požitý v malém množství může mít i pozitivní účinky. Při nadměrném zneužívání alkoholu je však jeho prospěch mnohem více převýšen poškozením mentálního a fyzického zdraví a narušením společenských vztahů (Machová, 2009).

Na základě vědeckých studií bylo prokázáno, že konzumace alkoholu způsobuje:

- zvýšenou hladinu triglyceridů v krvi, hypertenzi a zvýšené riziko infarktu myokardu,
- sníženou funkci imunitního systému proti infekčním onemocněním a rakovině,
- zvýšené riziko úrazů, dopravních nehod a sebevražd,
- karcinom dutiny ústní, hrtanu, jícnu, jater, prsu, tlustého střeva a konečníku,
- zvýšené riziko vzniku osteoporózy, obezity, gastritidy a dny,
- nevratné poškození mozkových buněk s následnou mozkovou atrofií,
- zhoršenou funkci dýchacího ústrojí,
- zvýšené riziko fetálního alkoholového syndromu u dětí (Diel, Ludingtonová, 2006).

Knausová (2010, s. 75-76) dělí osoby dle vztahu k alkoholu na:

- **abstinenty**, kteří odmítají alkohol z jakéhokoliv důvodu,
- **konzumenty**, kteří pijí alkohol „příležitostně“,
- **pijáky**, kteří potřebují pít a žádají účinky alkoholu,
- **alkoholiky**, kteří pijí denně a vše, co mají právě k dispozici, alkohol je pro ně droga.

Důvodem proč jedinec konzumuje alkohol, může být, že v alkoholu hledá zdroj euforie, úlevu, odstranění obtíží a duševního napětí, odstranění stresu, úzkosti a řešení problémů finančních a ve vztazích. U žen může být příčinou konzumace tzv. „opuštění hnízda“, kdy jejich děti dospějí a opustí domov a žena se tak cítí nepotřebná (Knausová, 2010).

Konzumace většího množství alkoholu způsobuje opilost. Dlouhodobé a pravidelné požívání většího množství alkoholu pak vede u jedince ke vzniku závislosti na alkoholu – alkoholismu. Alkoholismus je chronické a progresivní onemocnění projevující se ztrátou kontroly nad pitím, zaujatostí alkoholem a pokračováním v pití i přes jeho nepříznivé důsledky na zdraví a sociální vztahy. Pokud jedinec postižený alkoholismem alkohol nemá, dostaví se u něj abstinenční příznaky (Machová, 2009).

Vokurka (1995) v Praktickém slovníku medicíny definuje abstinenční syndrom jako „souhrn příznaků, které jsou důsledkem odnětí, resp. nedostatku drogy, na niž je vytvořena závislost“. Je rozlišován abstinenční syndrom psychický a fyzický. Psychický abstinenční

syndrom se projevuje neklidem, podrážděností, emoční labilitou a úzkostí. Fyzický abstinenci syndrom se projevuje tělesnými projevy, jako jsou bolesti svalů a kloubů, průjem, zvracení a žaludeční křeče (Machová, 2009).

Wasserbauer a kol. (2001, s. 31) definuje závislost na alkoholu takto: „*Závislost na alkoholu je chronická, progresivní nemoc, charakterizovaná nedostatkem kontroly nad pitím, zaujatostí alkoholem, pokračování v pití i přes jeho nepříznivé následky a popíráním závažnosti situace*“.

Vývoj alkoholismu probíhá celkem ve 4 vývojových stádiích, která se projevují typickými příznaky.

- **1. stádium – počáteční**

Jedinec poznal účinek alkoholu jako drogy. Postupně se zvyšuje frekvence pití a stoupají také dávky alkoholických nápojů. Konzument má potřebu dávky alkoholu zvyšovat, aby se dostavily pocity dobré nálady.

- **2. stádium – varovné**

Roste tolerance k alkoholu, jedinec pije častěji a přechází od méně koncentrovaných alkoholických nápojů k lihovinám. U jedince se objevuje častá opilost a podnapilost.

- **3. stádium – rozhodné**

V tomto stádiu se rozhoduje o závislosti. Jedinec přestává alkohol ovládat. Alkohol už ovládá jeho. Začíná mít problémy jak v rodině, tak v práci. Objevují se u něj tzv. „okna“ a první zdravotní problémy. Pokud bude jedinec v tomto stadiu nadále pít, jeho hranice se ztratí a už nepřestane.

- **4. stádium – konečné**

Mění se tolerance k alkoholu. Jedinec potřebuje k dosažení opilosti větší množství alkoholu. Pije při všech možných příležitostech a často „do němoty“. Často pije od rána a několik dní v kuse (www.alkoholik.cz).

3.7.3 Tabák

Kouření tabáku je jedním z nejvíce rizikových faktorů životního stylu, protože je nejčastější příčinou předčasných onemocnění a úmrtí (Machová, 2009).

Podle Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu v České republice (www.uzis.cz) denně kouří 24,5 % populace, z toho je 30 % mužů a 19% žen.

Kuřáctví má stále stoupající tendenci a jeho začátek se stále posouvá do nižších věkových skupin (Machová 2009).

Tabákový kouř obsahuje mnoho škodlivých látek, z nichž většina je prudce jedovatých a kancerogenních. Hlavní škodlivé části tabákového kouře jsou nikotin, dehet, oxid uhelnatý, amoniak, nitrosaminy, formaldehyd, kyanid, arzenik aj. (Machová, 2009).

Hlavní příčinou kuřácké závislosti je látka **nikotin**, jejíž pravidelné užívání vyvolává u jedince těžkou tělesnou závislost. Pokud jedinec kouřením přijímá další a další dávky nikotinu, jeho tělo si na tuto drogu zvykne. Při poklesu hladiny nikotinu v krvi se objeví abstinenční příznaky jako nervozita, třes rukou, podrážděnost, nutkavá touha po cigaretě, špatná nálada, úzkost, deprese, poruchy spánku, zácpa a zvýšená chuť k jídlu (Králíková; Machová, 2009).

Na základě výzkumu je prokázáno, že kuřáci nejčastěji umírají na infarkt myokardu, mozkovou mrtvici a rakovinu různých orgánů. Tabakismus, resp. nikotinismus má svá okamžitá i pozdější rizika. Mezi okamžitá zdravotní rizika kouření patří nevolnost, mžítka před očima, závrať, zvýšení tepové frekvence a krevního tlaku. S těmito příznaky se lze setkat u těch, co začínají s kouřením, případně u těch, kteří jsou oslabeni, po nemoci apod. Jako pozdější zdravotní rizika spojená s kouřením lze uvést výskyt nádorových onemocnění (hltnu, hrtanu, jícnu, ledvin, plic, močového měchýře, děložního čípku), některé leukemie, srdeční a cévní onemocnění a onemocnění dýchacích cest. Vážným rizikem je samotná závislost na tabáku – nikotinismus (Knausová, 2010).

Jako nejčastější důvody kouření uvádí Knausová (2010) tyto:

- *při nízkých dávkách aktivuje,*
- *pomáhá uvolnit, zklidnit,*
- *odstraňuje napětí, úzkost, trému a strach,*
- *navozuje určitý pocit pohody a relaxace,*
- *při vysokých dávkách dochází k útlumu člověka.*

Stejně nebezpečné jako aktivní kouření je pro zdraví člověka nebezpečné i vdechování cigaretového kouře v zakouřeném prostředí – tzv. pasivní kouření. Pasivnímu kouření jsou vystaveni především děti kouřících rodičů a pracovníci v zakouřených provozech (restaurace, kanceláře). Volně hořící cigareta produkuje velké množství nebezpečných a zdraví škodlivých látek (Pradáčová, 2010).

Podle Machové (2009) není žádný jiný faktor životního stylu, jehož ovlivněním by bylo možné dosáhnout tak významného zlepšení zdraví, jako je kouření.

3.8 Charakteristika profese zdravotnického pracovníka

Podle Rozsypalové a Staňkové (1996) je práce ve zdravotnictví nejkrásnějším humánním posláním. Tímto posláním je sloužit člověku a udržovat a upevňovat nejvyšší hodnotu života, kterou je zdraví. Práce ve zdravotnictví však na zdravotnického pracovníka klade velmi náročné úkoly. Zdravotník pečuje o zachování lidského zdraví, snaží se předcházet nemocem a podílí se na léčbě a uzdravení nemocného člověka.

Práce ve zdravotnictví je týmová a setkávají se při ní různé kategorie zdravotnických pracovníků, kteří se na zdravotní péči podílí buď přímo, nebo nepřímo. Jednu skupinu tvoří lékaři a druhou nelékařští zdravotničtí pracovníci (Rozsypalová, Staňková, 1996).

3.8.1 Profese nelékařského zdravotnického pracovníka

Nelékařští zdravotní pracovníci (NLZP) tvoří významnou součást zdravotnického týmu. Jejich role je stejně důležitá a významná jako role lékařů a bez nich si fungující zdravotnickou péči lze jen těžko představit. U nás i ve většině ostatních zemí tvoří tyto zdravotníci nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnictví vůbec (Zlonický, 2011).

Profesi nelékařského zdravotnického pracovníka upravuje zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), (Zákon č. 96/2004 Sb., 2004).

3.8.1.1 Rozdělení nelékařských zdravotnických pracovníků

Na zdravotnické péči se podílí nelékařští zdravotničtí pracovníci různých kategorií. Dle zákona č. 96/2004 Sb. mohou tyto pracovníci vykonávat povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu, pod odborným dohledem a pod přímým vedením a podle toho jsou také rozděleni do následujících skupin:

- **Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti:** do této kategorie patří všeobecná sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, zdravotní laborant, radiologický asistent, zdravotně-sociální pracovník, optometrista, asistent ochrany veřejného zdraví,

ortoptista, ortotik-protetik, zubní technik, nutriční terapeut, dentální hygienista, zdravotnický záchranář, biomedicínský technik, radiologický technik a farmaceutický asistent.

- **Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti:** sem patří psycholog a klinický psycholog, klinický logoped, fyzioterapeut, radiologický fyzik, odborný pracovník v laboratorních metodách a přípravě léčivých přípravků, odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví.
- **Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením:** zde je zařazen zdravotnický asistent, laboratorní asistent, dezinfektor, ortoticko-protetický technik, řidič vozidel zdravotnické záchranné služby, řidič dopravy nemocných a raněných, nutriční asistent, asistent zubního technika, zubní instrumentářka, ošetřovatel, sanitář, apod. (Zákon č. 96/2004 Sb., 2004).

Pojem nelékařský zdravotnický pracovník tedy v současné době zahrnuje širokou škálu profesí, i když široká veřejnost označení nelékařský zdravotnický pracovník stále nahrazuje označením „sestra“.

3.8.2 Charakteristické rysy profese nelékařského zdravotnického pracovníka

Jednou z etických zásad zdravotnického pracovníka nelékařských oborů, která je součástí etického kodexu, je že „*zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se **podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí***“ (www.nconzo.cz).

Aby se však zdravotnický pracovník mohl podílet na realizaci této zásady, měl by sám jít nemocnému příkladem a žít tedy zdravě a podle zásad zdravého životního stylu. Při práci ve zdravotnictví je to však u řady zdravotníků problém, a pokud se k tomu přidá ještě práce v směnném provozu, tak se může zdát, že to snad ani „nejde“.

Práce NLZP patří mezi náročná povolání, a to jak po stránce fyzické, tak i psychické. K práci musí tito pracovníci přistupovat s maximálním nasazením a na jejich schopnosti, dovednosti a znalosti jsou kladeny vysoké požadavky. Faktory ovlivňujícími náročnost

povolání jsou práce na směny, změny rytmu spánku a odpočinku, zodpovědnost za pacienty, nedostatek těchto pracovníků na směně a také aspekty soukromého života jako je péče o domácnost a o rodinu (Heplová, Michálková, 2010).

Zdravotnické povolání tedy s sebou nese určité změny v životním stylu, na které se musí jedinec adaptovat:

- **Práce na noční směny**, včetně sobot, nedělí a svátků.

NLZP pracují v jednosměnném nebo vícesměnném provozu. Jednosměnný provoz bývá provozován převážně v ambulantní péči a pracovní doba probíhá přibližně od 7.00 do 15.30 hodin. V ústavní péči je provozován převážně provoz vícesměnný, který může být buď trojsměnný – tedy ranní, odpolední a noční směny anebo 12 - ti hodinové ranní a noční směny. Rozmezí pracovní doby se liší typem oddělení. Pracovní tempo závisí na náročnosti oboru a na počtu nemocných. Noční směny mají negativní vliv na zdravotní stav, mají vliv na vznik poruch spánku, onemocnění žaludku a střev, onemocnění srdce a krevního oběhu, úzkostných stavů, zvyšují také počty chyb při práci a konzumaci alkoholu a cigaret (Gučková, 2007).

- **Psychické vypětí.**

Po delším působení v oboru mohou začít NLZP pociťovat značnou únavu a jsou ohroženi i syndromem vyhoření. Překonávání únavy pak často může být spojeno s nadměrnou konzumací kávy, cigaret a léků (Heplová, Michálková, 2010).

- **Nepravidelné čerpání pracovních přestávek.**

Přestávky v průběhu pracovní doby bývají často nepravidelné. Stává se, že za celou pracovní dobu se nenajde ani chvilka na přestávku (Gučková, 2007).

- **Rizika vzniku infekčních i neinfekčních onemocnění.**

Při výkonu povolání jsou zdravotníci ohroženi nemocí. Hrozí u nich infekční nákazy a vznik alergií. Jejich riziko se sníží dodržováním hygienicko-epidemiologických předpisů a používáním ochranných pomůcek (gumové rukavice, ústenky). Při manipulaci s nemocnými je zvýšené fyzické zátěži vystaven pohybový aparát. Zatěžovány jsou zejména dolní končetiny, protože většinu pracovní doby NLZP chodí nebo stojí. Mohou se objevit bolesti nohou, páteře a později i poruchy kloubů a páteře (Gučková, 2007).

- **Nepravidelné stravování a pitný režim**

V důsledku čerpání nepravidelných přestávek se NLZP v pracovní době nepravidelně stravují. Často jsou nuceni jíst ve spěchu (Gučková, 2007).

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor tvořili NLZP pracující ve vybraných nemocnicích a ambulancích v Olomouckém kraji. Jednalo se o NLZP Středomoravské nemocniční, a.s., která je tvořena nemocnicemi v Přerově, v Prostějově a ve Šternberku a o NLZP v ambulancích v okrese Přerov.

Výzkumný soubor tvořilo celkem 215 nelékařských zdravotnických pracovníků. Z tohoto souboru pracuje 78 (36,28 %) NLZP v jednosměnném provozu (ranní směny) a 137 (63,72 %) NLZP pracuje na směny (ranní, odpolední a noční). Nepodařilo se nám dosáhnout rovnoměrného zastoupení NLZP pracujících ve směnném a jednosměnném provozu a to z důvodu, že většina NLZP pracuje v nemocnicích na lůžkových odděleních, kde musí být pro zajištění léčebné péče pacientů, zabezpečen 24 hodinový provoz. Z tohoto důvodu, jsou NLZP pracující v jednosměnném provozu zařazeni ve výzkumu společně s NLZP pracujícími na směny.

Celkem byla získána data od 202 žen a od 13 mužů. Z tohoto počtu 73 (33,95 %) žen a 5 (2,33 %) mužů pracuje v jednosměnném provozu a 129 (60,00 %) žen a 8 (3,72 %) mužů ve vícesměnném provozu (Tabulka 2). Protože práci NLZP vykonávají většinou ženy, nebylo dosaženo rovnoměrného zastoupení obou pohlaví.

Tabulka 2. Rozdělení zkoumaného souboru podle pohlaví a směnného provozu.

pohlaví	jednosměnný		vícesměnný	
	n	%	n	%
ženy	73	33,95	129	60,00
muži	5	2,33	8	3,72
celkem	78	36,28	137	63,72

Rozdělení zkoumaného souboru podle profese a směnného provozu znázorňuje tabulka 3 a podle věku a směnného provozu tabulka 4.

Tabulka 3. Rozdělení zkoumaného souboru podle profese a směnného provozu.

Pracovní zařazení	Jednosměnný		Vícesměnný	
	n	%	n	%
všeobecná sestra	33	15,35	77	35,81
porodní asistentka	15	6,98	41	19,07
zdravotnický asistent	10	4,65	9	4,19
zdravotní laborant	10	4,65	0	0,00
ošetřovatel	9	4,19	5	2,33
sanitář	1	0,47	5	2,33
celkem	78	36,28	137	63,72

Tabulka 4. Rozdělení zkoumaného souboru podle věku a směnného provozu.

Věk	Jednosměnný		Vícesměnný	
	n	%	n	%
19-30 let	16	7,44	53	24,65
31-40 let	25	11,63	38	17,67
41-50 let	25	11,63	33	15,35
51 a více let	12	5,58	13	6,05
celkem	78	36,28	137	63,72

4.2 Metoda sběru dat

Pro zpracování empirické části diplomové práce byl zvolen kvantitativní výzkum metodou dotazníku. „*Dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá písemně*“ (Chrásky, 2007. s. 163).

Tato metoda byla zvolena pro možnost získat od respondentů velké množství informací v poměrně krátkém časovém období.

Dotazník byl sestaven na základě vlastních zkušeností a teoretických znalostí daného tématu a po konzultaci s vedoucí práce. Dotazník (Příloha 2) obsahuje celkem 24 otázek, z toho jedna otázka je tvořena tabulkou s 20 položkami. Prvních 5 otázek je zaměřeno na osobní údaje respondentů (věk, pohlaví, vzdělání, pracovní zařazení, směnný provoz).

Zbývající položky se týkají životního stylu a byly voleny na základě cílů práce. Vyplnění dotazníku bylo anonymní, aby se zvýšila upřímnost a věrohodnost odpovědí.

V dotazníku byly použity tyto typy otázek:

- uzavřené dichotomické – položky č. 1, 4, 12, 14, 18,
- uzavřené polytomické – položky č. 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 17, 20, 22, 35,
- polouzavřené – položky č. 13, 15, 16, 19, 21, 23,
- otázky otevřené – položky č. 5, 6.

4.3 Organizace výzkumu

Dotazníkové šetření probíhalo v měsíci prosinci 2011 a v lednu a únoru 2012 na různých pracovištích výše zmíněných nemocnic a na ambulancích. Vlastnímu průzkumu a rozdáání dotazníků v nemocnicích předcházela písemná žádost k vyslovení souhlasu s výzkumným šetřením na dané téma. Žádost byla adresovaná náměstkyni ředitele pro nelékařskou zdravotní péči Středomoravské nemocniční a.s. (Příloha 3).

Pro zjištění srozumitelnosti otázek byl před vlastním dotazníkovým šetřením proveden předvýzkum. V rámci předvýzkumu bylo rozdáno celkem 10 dotazníků NLZP v nemocnici Přerov. Po jejich analýze nebyly shledány žádné nesrozumitelnosti, proto byly dotazníky zařazeny do celkového výzkumu.

Celkem bylo rozdáno 240 (100 %) dotazníků na různých pracovištích nemocnic a ambulancí. Z tohoto množství se jich vrátilo 220 (91,67 %), ale 5 z nich bylo pro neúplné vyplnění vyřazeno. Do výzkumného šetření tedy bylo zahrnuto celkem 215 dotazníků (89,58 %).

4.4 Zpracování získaných dat

Navracené a vyplněné dotazníky byly překontrolovány a po kontrole správnosti dat bylo provedeno jejich zpracování v programu Microsoft Excel a Microsoft Word. Získaná data byla zanesena do tabulek. V tabulkách jsou výsledky jednotlivých položek uvedeny v absolutních četnostech (n) a relativních četnostech (%). Nakonec byly výsledky z tabulek zpracovány také graficky. Grafické znázornění je vyjádřeno v %. Součástí každého grafu je slovní komentář.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU A DISKUZE

Tato část práce je zaměřena na prezentaci výsledků výzkumného šetření. K interpretaci výsledků bylo použito všech 215 dotazníků. Výsledky jsou prezentovány formou tabulek a grafů. V této části práce nejsou prezentovány všechny položky dotazníku. Celý dotazník je uveden v příloze 2. Položky, které se týkaly demografických údajů respondentů, jsou uvedeny v charakteristice zkoumaného souboru.

5.1 Dílčí úkol 1

Stravování a stravovací návyky nelékařských zdravotnických pracovníků.

Tento dílčí úkol je spojen s dotazníkovými položkami č. 6, 7, 8, 9 a 10, které se zaměřují na stravovací návyky a složení stravy NLZP.

Nejjednodušším ukazatelem posouzení hmotnosti je Body Mass Index, který se vypočítá podle vzorce - hmotnost (kg)/ výška² (m). V této položce byl tedy z hodnot hmotnosti a výšky vypočítán BMI každého respondenta. Vypočítané hodnoty pak byly přiřazeny do jednotlivých kategorií.

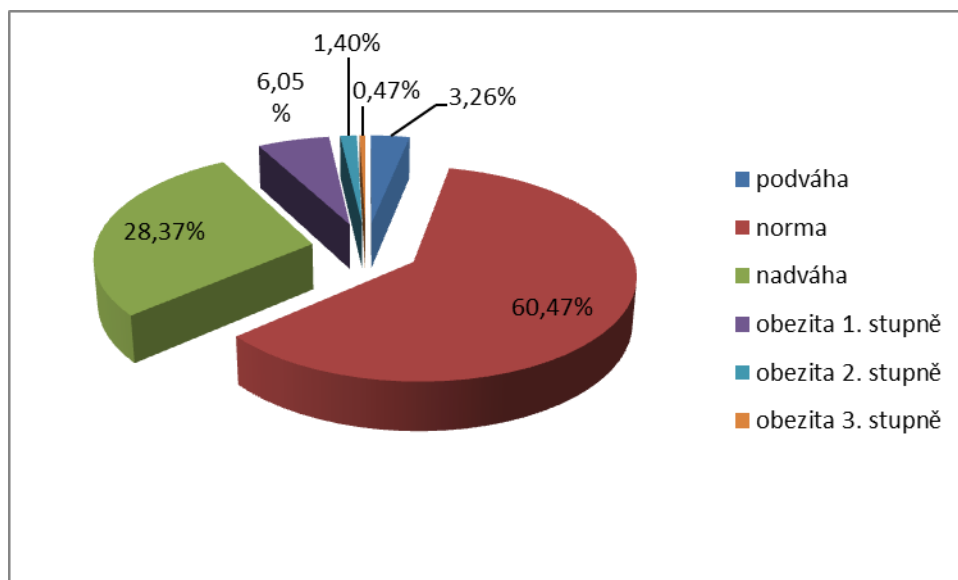
Tabulka 5 a graf 1 znázorňují rozdělení NLZP podle hodnot BMI. Za pozitivní lze považovat, že více než polovina respondentů – tedy 130 (60,47 %) má normální váhu. Podváhou trpí 7 (3,26 %) respondentů. Znepokojivé však je že, 61 (28,37 %) respondentů, což je skoro třetina, se potýká s nadváhou. 13 (6,05 %) respondentů spadá do obezity 1. stupně, 3 (1,40 %) do obezity 2. stupně a 1 (0,47 %) dotázaný do obezity 3. stupně.

Jak uvádí Machová (2009) obezita je závažným chronickým onemocněním, které zkracuje život a má za následek vznik dalších zdravotních komplikací jako jsou kardiovaskulární a metabolické choroby a choroby opěrného systému. Již nadváha je spojena s mírně zvýšeným rizikem vzniku těchto onemocnění a se stoupajícím stupněm obezity se riziko vzniku onemocnění stále zvyšuje.

Autorka Mašková (2011) ve své bakalářské práci zjistila, že více než polovina sester (59 %) má váhu přiměřenou, což koresponduje s naším zjištěním (60,47 %). Oproti autorce Maškové (2011) jsme však zjistili, že nadváhou trpí o 10 % více respondentů. Její zjištění bylo 18 %.

Tabulka 5. Posouzení hmotnosti dle BMI

BMI	n	%
méně než 18,5 (podváha)	7	3,26
18,5 - 24,9 (norma)	130	60,47
25,0 - 29,9 (nadváha)	61	28,37
30,0 - 34,9 (obezita 1. stupně)	13	6,05
35,0 - 39,9 (obezita 2. stupně)	3	1,40
40,0 a více (obezita 3. stupně)	1	0,47
celkem	215	100,00

Graf 1. Posouzení hmotnosti dle BMI

Další položka zjišťovala četnost stravování NLZP během dne. Respondenti měli na výběr jednu z uvedených možností. Dle doporučení odborníku, by se člověk měl stravovat pravidelně 5x denně.

Analýzou dat bylo zjištěno, že právě 5 x denně se stravuje jen necelá čtvrtina - 46 (21,40%) respondentů. Nejčastěji se respondenti stravují 3x – 4x denně, tuto možnost uvedla nadpoloviční většina - 141 (65,58 %) dotázaných. 9 (4,19 %) respondentů se stravuje pouze 1x – 2x denně a více než 5x denně se stravuje 19 (8,84 %) dotázaných (Tabulka 6, Graf 2).

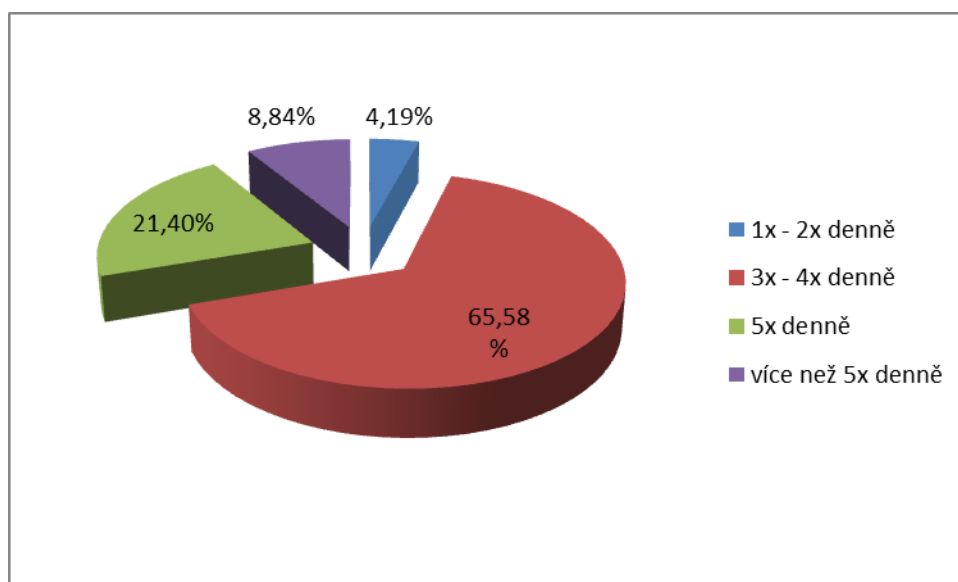
K pozitivnějšímu výsledku došla ve své práci Fišerová (2011), která se zabývala životním stylem všeobecných sester ve směnném provozu. V doporučených pěti denních

dávkách se podle jejího výzkumu stravuje nadpoloviční většina (69 %) respondentů. Možnost stravování 3x – 4x denně uvedlo 22 % dotázaných.

Tabulka 6. Četnost stravování během dne

Četnost stravování	n	%
1x - 2x denně	9	4,19
3x - 4x denně	141	65,58
5x denně	46	21,40
více než 5x denně	19	8,84
celkem	215	100,00

Graf 2. Četnost stravování během dne



Kromě toho, že by se měl člověk stravovat 5x denně, měl by se stravovat také pravidelně přibližně v 3 – 4 hodinovém intervalu a měl by přijímat stravu pestrou a vyváženou (Machová, 2009).

Výsledky v tabulce 7 a graf 3 ukazují, že polovina - tedy 108 (50,23 %) respondentů se v průběhu pracovní doby stravuje pravidelně pouze občas. Za znepokojivý stav se dá považovat, že téměř třetina - 69 (32,29 %) respondentů se pravidelně nestravuje nikdy. Pravidelně se v průběhu pracovní doby stravuje pouze 38 (17,67 %) dotázaných.

Zjištěné výsledky šetření se shodují s článkem autorky Židkové (2010), která ve svém článku uvádí, že nejčastějším prohřeškem sester je nepravidelné stravování a nedodržování

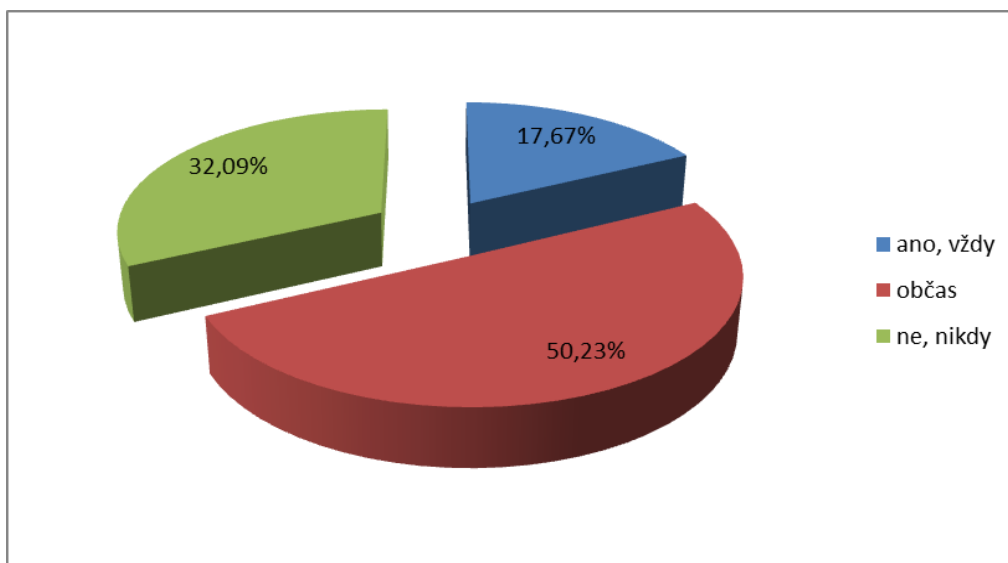
pravidelných přestávek na oběd. Podle ní se, ale jedná o řešitelný nedostatek, který by se ve zdravotnictví neměl omlouvat nutnou přítomností na pracovišti.

Navrátilová (2010) ve své práci zabývající se životním stylem porodních asistentek dokonce zjistila, že celkem 93 % respondentek pracujících na porodním sále a 69 % respondentek pracujících na gynekologickém oddělení, se stravuje v průběhu pracovní doby nepravidelně. Jí oslovení respondenti však neměli na výběr variantu odpovědi „občas“. Podle ní je toto zjištění zapříčiněno tím, že situace na porodním sále je dramatictější a je zde tedy vyšší procento nepravidelnosti stravy, než např. na gynekologických odděleních.

Tabulka 7. Pravidelnost stravování

Stravování se v pravidelných intervalech	n	%
ano, vždy	38	17,67
občas	108	50,23
ne, nikdy	69	32,09
celkem	215	100,00

Graf 3. Pravidelnost stravování



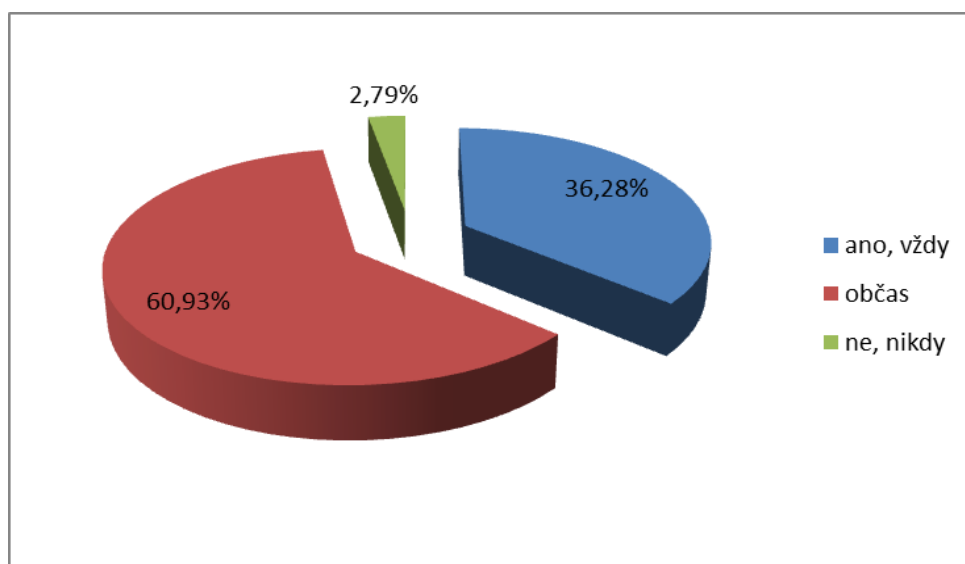
V položce č. 9 bylo zjišťováno, zda se NLZP v průběhu pracovní doby stravují ve spěchu. I zde více než polovina – 131 (60,93 %) dotázaných uvedla možnost občas. Vždy se ve spěchu stravuje 78 (36,28 %) respondentů. Možnost nikdy uvedlo jen 6 (2,79 %) dotázaných. Uvedené výsledky prezentuje tabulka 8 a graf 4.

Tato situace je však dána typem oddělení a pracovišť v nemocnicích. Jsou pracoviště, kde NLZP mají v průběhu pracovní doby umožněno pravidelně čerpat půlhodinovou přestávku a mohou se tedy v klidu najíst, ale jsou také pracoviště, kde se čerpání přestávky a tedy i stravování musí podřídít režimu pacientů.

Tabulka 8. Stravování se ve spěchu

Stravování se ve spěchu	n	%
ano, vždy	78	36,28
občas	131	60,93
ne, nikdy	6	2,79
celkem	215	100,00

Graf 4. Stravování se ve spěchu



Další položky dotazníku byly věnovány konzumaci jednotlivých druhů potravin a jejich zastoupení v jídelníčku. Vzhledem k tomu, že u potravin neznáme přesně jejich konzumovaná množství, ale pouze jejich frekvenci, výsledky nemusí být zcela relevantní.

Důležitou součást jídelníčku každého člověka by měly tvořit ovoce a zelenina. Obsahují totiž celou řadu zdravotně příznivých látek, které mají na organismus ochranný vliv a jsou důležitým zdrojem vlákniny, antioxidantů, vitaminů a minerálů (Chrpová, 2010).

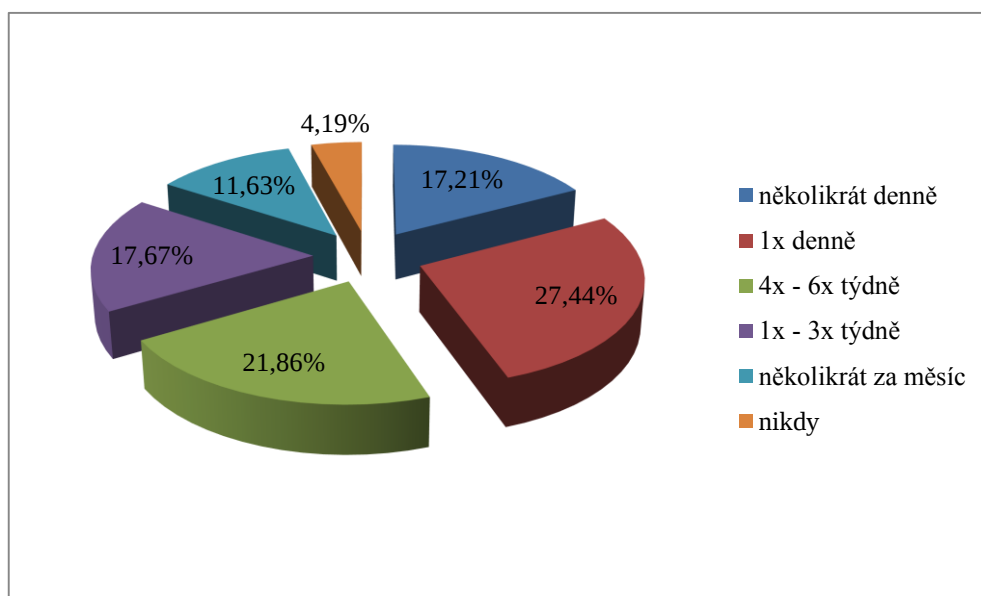
Jejich nedostatek se může projevit nedostatkem vitaminů a sníženou obranyschopností organismu. Podle doporučení WHO by měl člověk denně zkonzumovat až 1 kg čerstvé zeleniny a ovoce. Proto jsou také umístěny v základně potravinové pyramidy.

Několikrát denně ovoce konzumuje 37 (17,21 %) dotázaných. Za pozitivní lze považovat, že nejvíce respondentů – 59 (27,77 %) obohacuje svůj jídelníček ovocem 1x denně. 47 (21,68 %) oslovených zařazuje do svého jídelníčku ovoce 4x - 6x týdně a 38 (17,67 %) respondentů 1x - 3x týdně. 25 (11,63 %) dotázaných však přiznalo, že konzumuje ovoce jen několikrát za měsíc a dokonce 9 (4,19 %) nekonzumuje ovoce vůbec (Tabulka 9, Graf 5).

Tabulka 9. Konzumace ovoce

Konzumace ovoce	n	%
několikrát denně	37	17,21
1x denně	59	27,44
4x - 6x týdně	47	21,86
1x - 3x týdně	38	17,67
několikrát za měsíc	25	11,63
nikdy	9	4,19
celkem	215	100,00

Graf 5. Konzumace ovoce



Ještě více než ovoce by v jídelníčku měla být zastoupena čerstvá zelenina. Odborníci ji doporučují konzumovat několikrát denně a poměr ovoce a zeleniny by měl být 3 : 5.

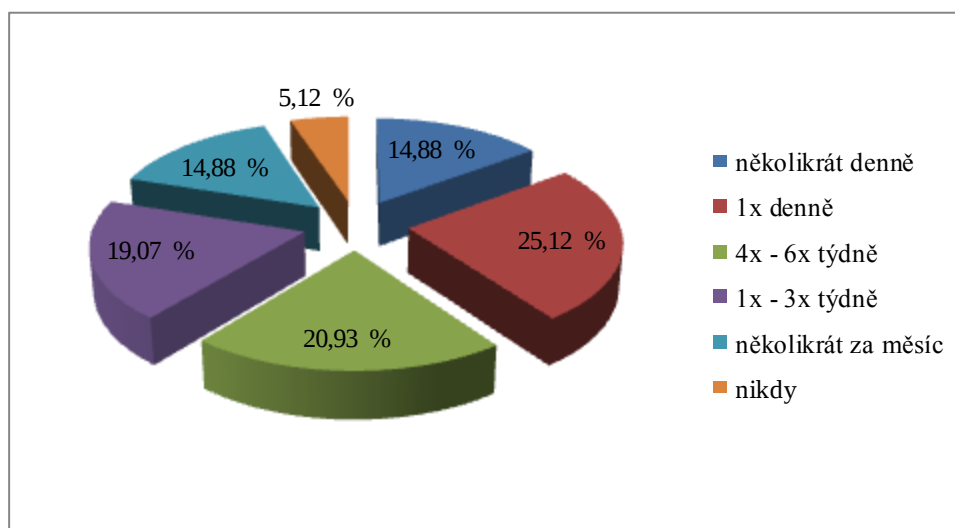
Výzkumným šetřením však bylo zjištěno, že NLZP konzumují zeleninu ještě o něco méně než ovoce. Jak ukazuje tabulka 10 a graf 6 několikrát denně zařazuje zeleninu do svého jídelníčku pouhých 32 (14,88 %) dotázaných. Nejčastěji respondenti uvedli konzumaci zeleniny 1x denně - 54 (25,12 %). 4x - 6x týdně konzumuje zeleninu 45 (20,93 %) oslovených. Za již nedostačující lze považovat konzumaci zeleniny 1x - 3x týdně. Bohužel 32 (14,88 %) dotázaných uvedlo, že zařazuje do své stravy zeleninu jen několikrát za měsíc a dokonce 11 (5,12 %) respondentů přiznalo, že nekonzumuje zeleninu vůbec.

Z výzkumného šetření je bohužel zřejmé, že příjmu ovoce a zeleniny není NLZP věnována dostatečná pozornost.

Tabulka 10. Konzumace zeleniny

Konzumace zeleniny	n	%
několikrát denně	32	14,88
1x denně	54	25,12
4x - 6x týdně	45	20,93
1x - 3x týdně	41	19,07
několikrát za měsíc	32	14,88
nikdy	11	5,12
celkem	215	100,00

Graf 6. Konzumace zeleniny



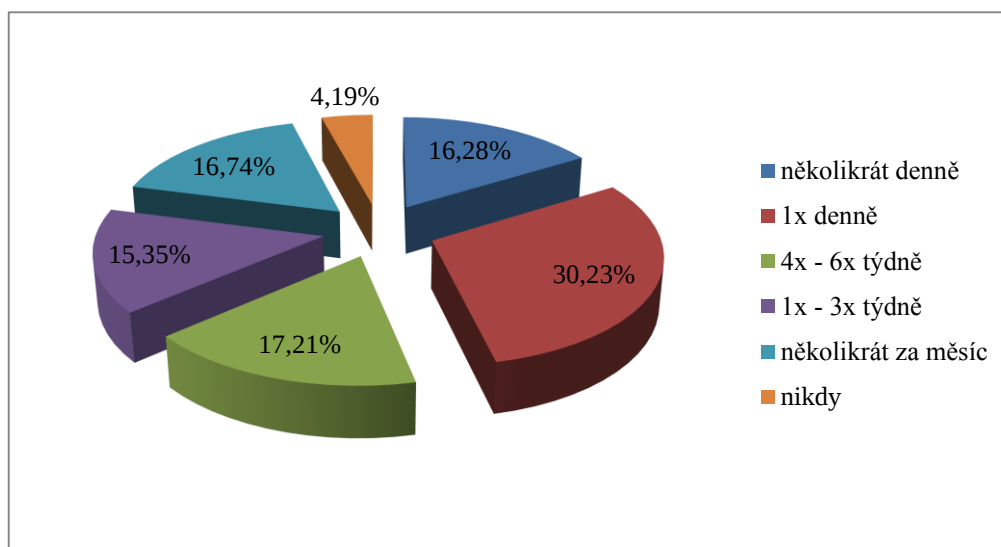
Podstatnou část našeho jídelníčku by měly tvořit také mléčné výrobky se sníženým obsahem tuků a stejně jako ovoce a zelenina by měly být konzumovány několikrát denně.

Hodnocením příjmu mléčných výrobků však bylo zjištěno, že výživová doporučení, tedy konzumaci mléčných výrobků několikrát denně splňuje jen 35 (16,28 %) dotázaných. Nejvíce respondentů - 65 (30,23 %) konzumuje mléčné výrobky 1x denně. 37 (17,21 %) dotázaných zařazuje mléčné výrobky do svého jídelníčku 4x - 6x týdně. Možnost 1x - 3x týdně zvolilo 33 (15,35 %) respondentů. 36 (16,74 %) oslovených uvedlo, že mléčné výrobky jsou v jejich jídelníčku zastoupeny jen několikrát za měsíc a 9 (4,19 %) respondentů nekonzumuje mléčné výrobky vůbec (Tabulka 11, Graf 7).

Tabulka 11. Konzumace mléčných výrobků

Konzumace mléčných výrobků	n	%
několikrát denně	35	16,28
1x denně	65	30,23
4x - 6x týdně	37	17,21
1x - 3x týdně	33	15,35
několikrát za měsíc	36	16,74
nikdy	9	4,19
celkem	215	100,00

Graf 7. Konzumace mléčných výrobků



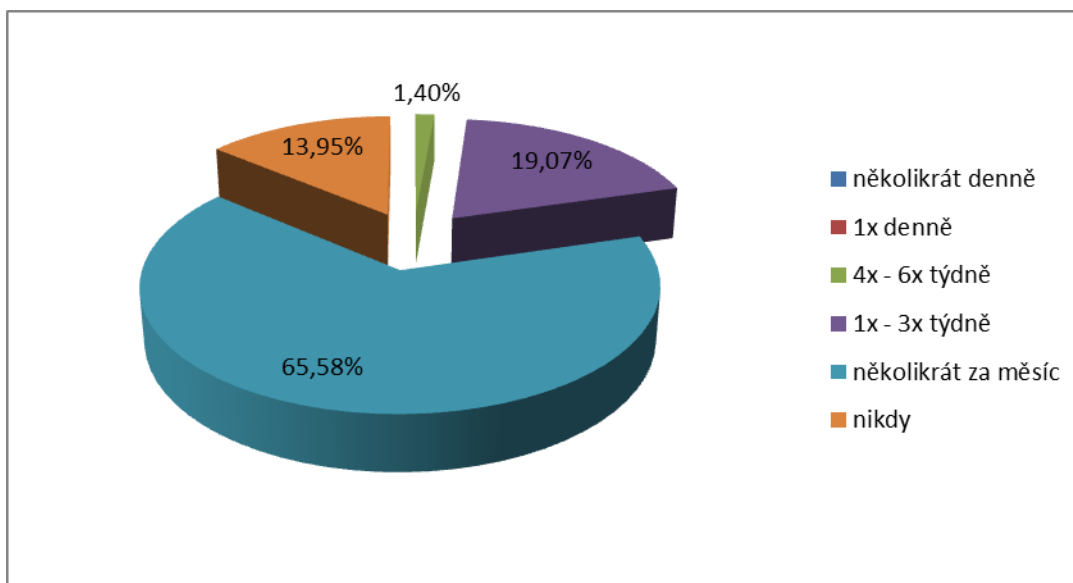
V potravinové politice mnoha států světa jsou významnou položkou mořské a sladkovodní ryby. Slouží jako zdroj kvalitních bílkovin, nutričně významných tuků, vitaminů a minerálů a jeho konzumace zabraňuje vzniku závažných onemocnění. Podle průzkumu je v ČR spotřeba ryb velmi nízká a několik posledních let stagnuje na 5 až 5,5 kg. Podle lékařů by se však měla roční spotřeba ryb zvýšit optimálně na 17 kg na průměrného obyvatele. Rybí maso by se v jídelníčku mělo objevovat 2x - 3x týdně (Ingr, 2008).

Výsledky v tabulce 12 a graf 8 ukazují, že 1x - 3x týdně ryby konzumuje pouhých 41 (19,07 %) respondentů. Nadpoloviční většina dotázaných - 141 (65,58 %) uvedla, že ryby do svého jídelníčku zařazují jen několikrát za měsíc. 3 (1,40 %) oslovených zvolila možnost 4x - 6x týdně.

Tabulka 12. Konzumace ryb

Konzumace ryb	n	%
několikrát denně	0	0,00
1x denně	0	0,00
4x - 6x týdně	3	1,40
1x - 3x týdně	41	19,07
několikrát za měsíc	141	65,58
nikdy	30	13,95
celkem	215	100,00

Graf 8. Konzumace ryb



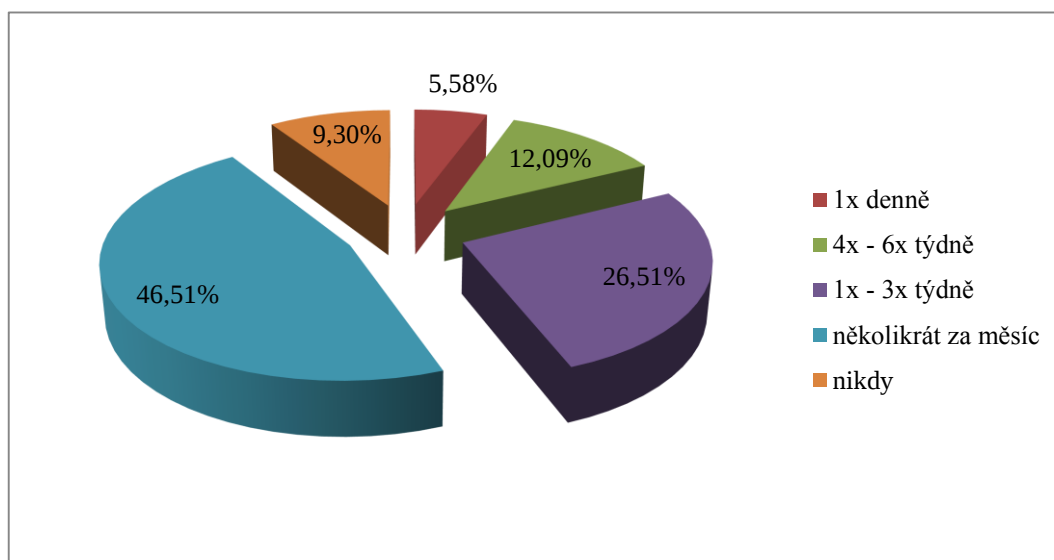
Kromě konzumace pro zdraví prospěšných potravin nás také zajímalo, zda a jak často konzumují NLZP tzv. nezdravé pokrmy a potraviny jako jsou smažená jídla, uzeniny a sladkosti. Konzumace těchto potravin má na zdraví člověka negativní vliv, a proto by měly být z jídelníčku zcela vyloučeny. Podle různých studií se však smažené pokrmy těší značné oblibě.

Tabulka 13 a graf 9 ukazují, že s výjimkou 20 (9,30 %) respondentů, konzumují smažená jídla všichni dotázaní. U skoro poloviny dotázaných - 100 (46,51 %) se smažená jídla a pokrmy objevují v jídelníčku několikrát za měsíc. Nepotěšujícím zjištěním jistě je, že více než čtvrtina dotázaných - 57 (26,51 %) konzumuje smažená jídla 1x - 3x týdně. Možnost 4x - 6x týdně zvolilo 26 (12,09 %) respondentů. Ke konzumaci smažených pokrmů každý den se přiznalo dokonce 12 (5,58 %) oslovených.

Tabulka 13. Konzumace smažených jídel

Konzumace smažených jídel	n	%
několikrát denně	0	0,00
1x denně	12	5,58
4x - 6x týdně	26	12,09
1x - 3x týdně	57	26,51
několikrát za měsíc	100	46,51
nikdy	20	9,30
celkem	215	100,00

Graf 9. Konzumace smažených jídel



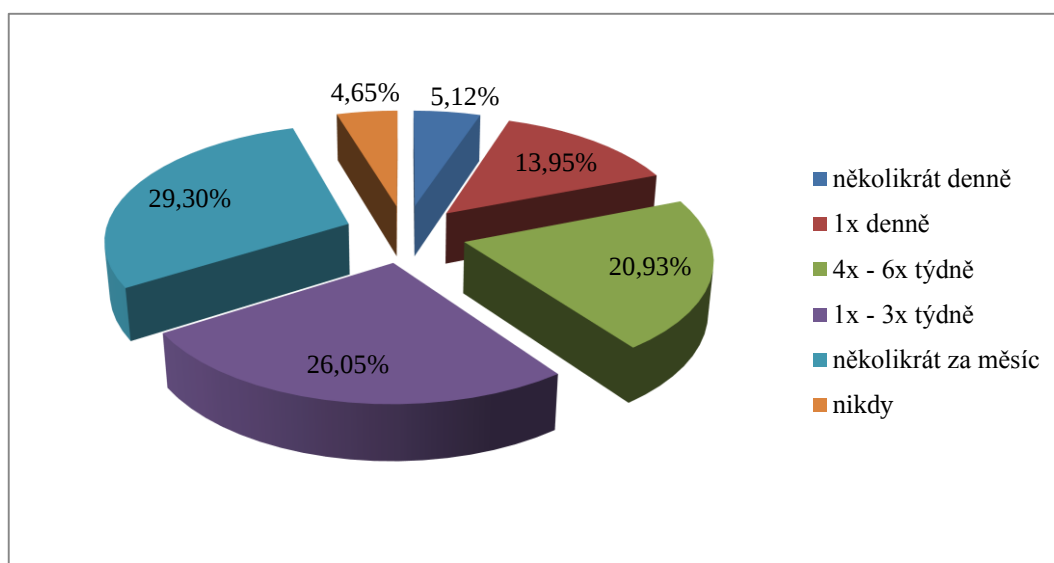
Jedním z výživových doporučení dle WHO je snížit spotřebu živočišných potravin s vysokým obsahem tuku. Uzeniny bezpochyby mezi tyto potraviny patří, a proto jsou v potravinové pyramidě zařazeny až v nejvyšším patře. To znamená, že člověk by se měl jejich konzumace zdržet.

Výzkumným šetřením však bylo zjištěno, že uzeniny ze svého jídelníčku vylučuje pouhých 10 (4,25 %) respondentů. Nejvíce dotázaných - 63 (29,30 %) uvedlo, že uzeniny do své stravy zařazuje několikrát za měsíc. 56 (26,05 %) respondentů konzumuje uzeniny 1x - 3x týdně a 45 (20,93 %) oslovených 4x - 6x týdně. Každý den konzumuje nějaký druh uzeniny 30 (13,95 %) dotázaných. 11 (5,12 %) uvedlo, že uzeniny tvoří podstatnou část jejich jídelníčku a konzumují je tedy dokonce několikrát denně (Tabulka 14, Graf 10).

Tabulka 14. Konzumace uzenin

Konzumace uzenin	n	%
několikrát denně	11	5,12
1x denně	30	13,95
4x – 6x týdně	45	20,93
1x – 3x týdně	56	26,05
několikrát za měsíc	63	29,30
nikdy	10	4,65
celkem	215	100,00

Graf 10. Konzumace uzenin



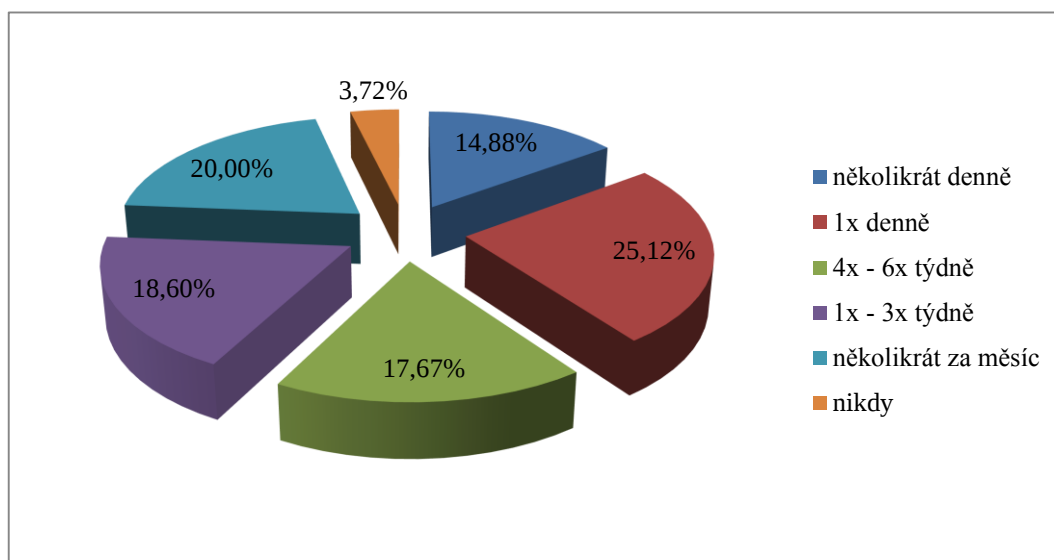
Pro svůj vysoký obsah cukrů a tuků by z jídelníčku měly být vyloučeny nebo konzumovány jen výjimečně také sladkosti. Je prokázáno, že nadměrná spotřeba sacharidů zvyšuje riziko vzniku obezity, kardiovaskulárních chorob, cukrovky a zubního kazu (Machová, 2009). Proto jsou také výrobky s vysokým obsahem cukrů stejně jako uzeniny zařazeny v nejvyšším patře potravinové pyramidy.

Skutečnost je však jiná. Jak uvádí tabulka 15 a graf 11, ke konzumaci sladkostí několikrát denně se přiznalo 32 (14,88 %) dotázaných. Celá čtvrtina - 54 (25,12 %) respondentů konzumuje sladké výrobky 1x denně. Možnost 4x - 6x týdně zvolilo 38 (17,67 %) respondentů. 40 (18,60 %) dotázaných zařazuje sladkosti do svého jídelníčku 1x - 3x týdně. 43 (20 %) oslovených konzumuje sladké výrobky několikrát za měsíc a jen 8 (3,72 %) respondentů se zdržuje konzumace těchto výrobků úplně.

Tabulka 15. Konzumace sladkostí

Konzumace sladkostí	n	%
několikrát denně	32	14,88
1x denně	54	25,12
4x - 6x týdně	38	17,67
1x - 3x týdně	40	18,60
několikrát za měsíc	43	20,00
nikdy	8	3,72
celkem	215	100,00

Graf 11. Konzumace sladkostí



Výsledky výzkumu, které se týkají konzumace dalších potravin a nápojů (luštěniny, bílé pečivo, celozrnné pečivo, drůbež, vepřové maso, masné výrobky, rychlé občerstvení, slazené minerálky a nápoje) jsou uvedeny v tabulkách v příloze 4.

5.2 Dílčí úkol 2

Pitný režim a preferované nápoje nelékařských zdravotnických pracovníků.

Pro posouzení pitného režimu NLZP jsou určeny dotazníkové položky č. 11 a 12. Část položky č. 10 je zaměřena konzumaci energetických nápojů a kávy.

Tabulka 16 a graf 12 znázorňují, jaké množství tekutin nelékařští zdravotníci vypijí za den. Analýzou dat bylo zjištěno, že nejvíce dotázaných - 126 (58,60 %) vypije během dne 1 - 2 litry tekutin. 48 (22,33 %) uvedlo svůj denní příjem tekutin v rozmezí 2 - 3 litry. Více než 3 litry tekutin během dne vypije 8 (3,72 %) respondentů. Za velmi znepokojivý a alarmující stav lze považovat, že méně než 1 litr tekutin přijímá během dne 33 (15,35 %) dotázaných.

Autorka Mašková (2011) ve své práci také zjistila, že více než polovina sester (63 %) vypije během dne 1 - 2 l tekutin. Naopak ale „jen“ u 8 % dotázaných se příjem tekutin pohyboval do 1 litru, což je o necelou polovinu méně, než bylo zjištěno v našem výzkumu.

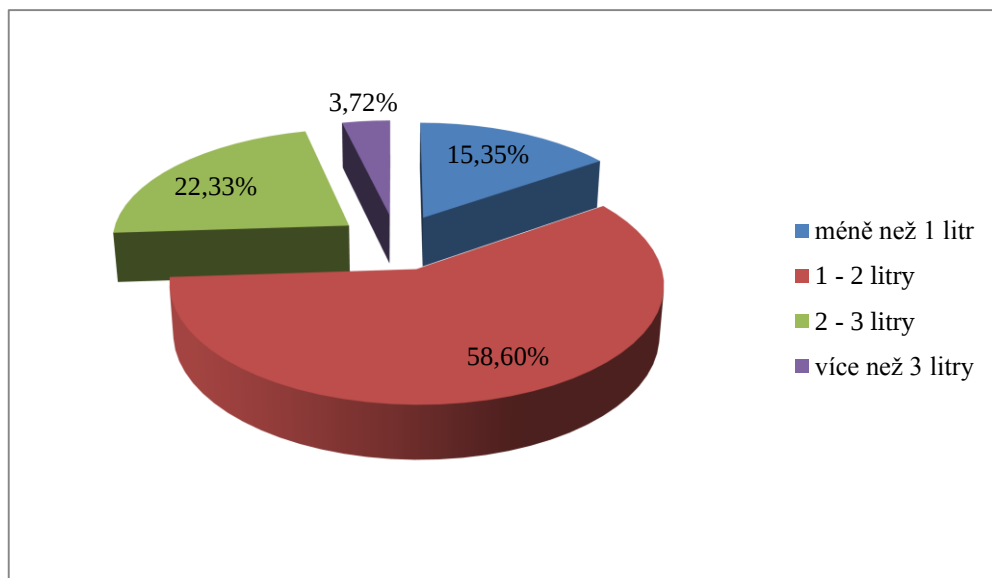
Někteří odborníci doporučují vypít během dne 1,5 - 2 l tekutin a někteří až 2,5 – 3 l. Pokud člověk vykonává namáhavou práci, měl by vypít tekutin více (Machová, 2009).

Podle Havlíka (2006) je dodržování správného pitného režimu důležité v prevenci proti mnoha onemocněním. Přispívá také ke zlepšení činnosti ledvin a k optimalizaci krevního oběhu.

Tabulka 16. Množství tekutin

Množství tekutin	n	%
méně než 1 litr	33	15,35
1 - 2 litry	126	58,60
2 - 3 litry	48	22,33
více než 3 litry	8	3,72
celkem	215	100,00

Graf 12. Množství tekutin



Podle doporučení odborníků by měl být příjem tekutin během dne plynulý, nikoliv nárazový (Kukačka, 2010).

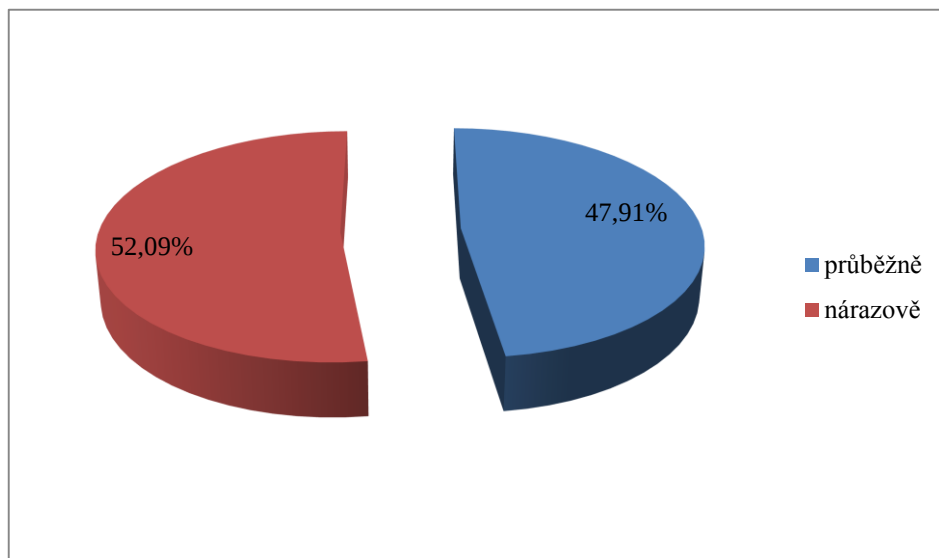
Výzkumným šetřením však bylo zjištěno, že více než polovina respondentů - 112 (52,09 %) pije v průběhu pracovní doby nárazově a jen necelé polovina dotázaných - 103 (47,91 %) přijímá tekutiny průběžně během celého dne (Tabulka 17, Graf 13).

K jiným výsledkům došla ve svém výzkumu o životním stylu zdravotních sester autorka Vránová (2011). Podle jejího zjištění 76,77 % oslovených pije průběžně a 23,33 % pije nárazově.

Tabulka 17. Příjem tekutin

Příjem tekutin	n	%
průběžně	103	47,91
nárazově	112	52,09
celkem	215	100,00

Graf 13. Příjem tekutin



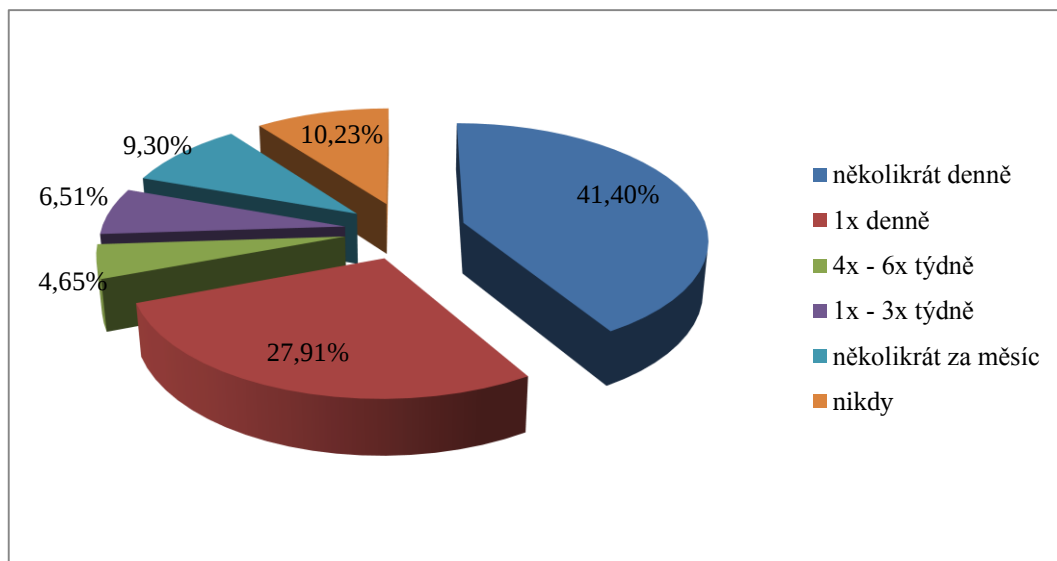
U velké části populace je pro svůj povzbudivý účinek velmi oblíbená káva. Často ji lidé pijí pro překonání únavy. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že ne jinak tomu je u zdravotníků.

89 (41,40 %) respondentů uvedlo, že konzumuje kávu několikrát denně. 1x denně si kávu dopřeje 60 (27,91 %) dotázaných. 10 (4,65 %) respondentů zvolilo možnost 4x - 6x týdně a 14 (6,51) možnost 1x - 3x týdně. Několikrát za měsíc konzumuje kávu 20 (9,30 %) dotázaných. Nikdy kávu nepije 22 (10,23 %) oslovených.

Tabulka 18. Konzumace kávy

Konzumace kávy (1 šálek = 7g kávy)	n	%
několikrát denně	89	41,40
1x denně	60	27,91
4x - 6x týdně	10	4,65
1x - 3x týdně	14	6,51
několikrát za měsíc	20	9,30
nikdy	22	10,23
celkem	215	100,00

Graf 14. Konzumace kávy



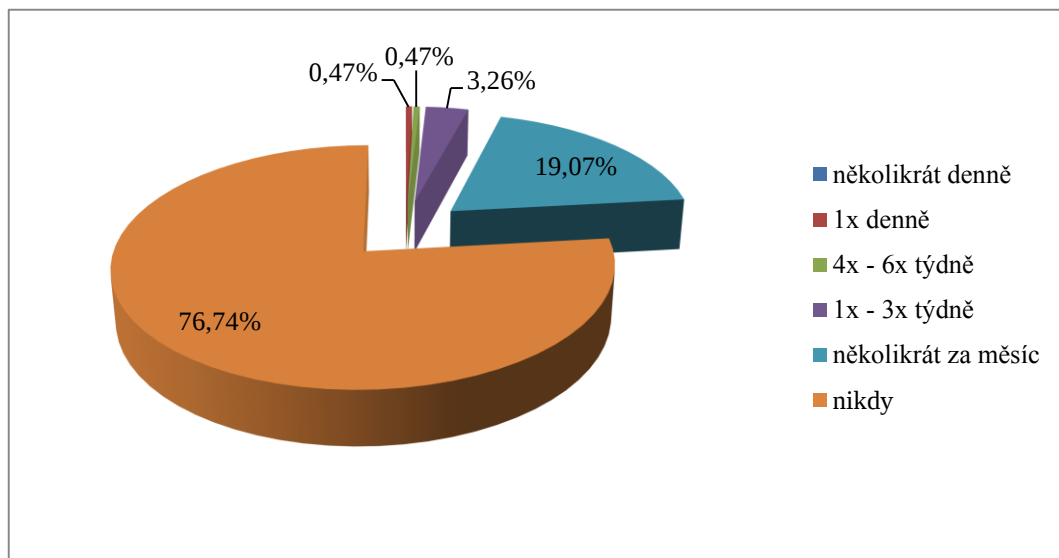
Protože většina NLZP v nemocnicích pracuje na směny, zajímalo nás, jak jsou na tom s konzumací energetických nápojů, které jsou považovány za zcela nevhodné nápoje pitného režimu. Již z názvu je zřejmé, že se jedná o nápoje, které by měly konzumentovi poskytovat energii a pomoci překonat únavu.

Pozitivním zjištěním je, že nejvíce respondentů - 165 (76,74 %) uvedlo, že energetické nápoje nekonzumuje nikdy. 41 (19,07 %) dotázaných si je dopřede několikrát za měsíc. Možnost 1x - 3x týdně uvedlo 7 (3,26 %) respondentů. 1 (0,47 %) dotázaný dokonce uvedl, že tyto nápoje popíjí každý den.

Tabulka 19. Konzumace energetických nápojů

Konzumace energetických nápojů	n	%
několikrát denně	0	0,00
1x denně	1	0,47
4x - 6x týdně	1	0,47
1x - 3x týdně	7	3,26
několikrát za měsíc	41	19,07
nikdy	165	76,74
celkem	215	100,00

Graf 15. Konzumace energetických nápojů



5.3 Dílčí úkol 3

Užívání návykových látek nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

Tento dílčí úkol je spojen s částí položky č. 10, která zjišťuje konzumaci alkoholických nápojů jako je víno, pivo a destiláty a s položkami č. 13 a 14, které se týkají kouření.

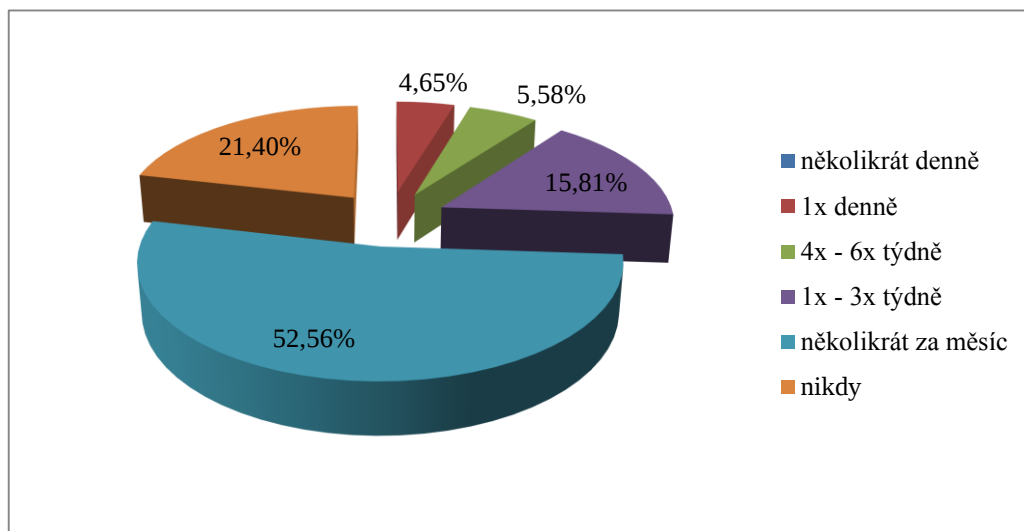
Jako další rizikový faktor životního stylu byla sledována konzumace alkoholu. Je však prokázáno, že alkohol se negativně podílí na celkové úmrtnosti populace. Je příčinou vzniku úrazů, nádorových onemocnění, onemocnění trávicího a oběhového systému a chorob srdce (Sovinová, Csémy, 2003).

Existují však i výzkumy podle kterých, alkohol požitý v malém množství může mít i pozitivní účinky.

Výsledky v tabulce 20 a graf 16 znázorňují frekvenci konzumaci piva u NLZP. Nadpoloviční většina respondentů - 113 (52,56 %) konzumuje pivo několikrát za měsíc. Každý den si pivo dopřeje 10 (4,65 %) dotázaných. Všechny těchto 10 dotázaných byli muži. Lze tedy říct, že pivo je oblíbenějším nápojem mužů. 4x - 6x týdně pije pivo 12 (5,58 %) respondentů, 1x - 3x týdně 34 (15,81 %) dotázaných. Možnost nikdy zvolilo 46 (21,40 %) respondentek a žádný muž.

Tabulka 20. Konzumace piva

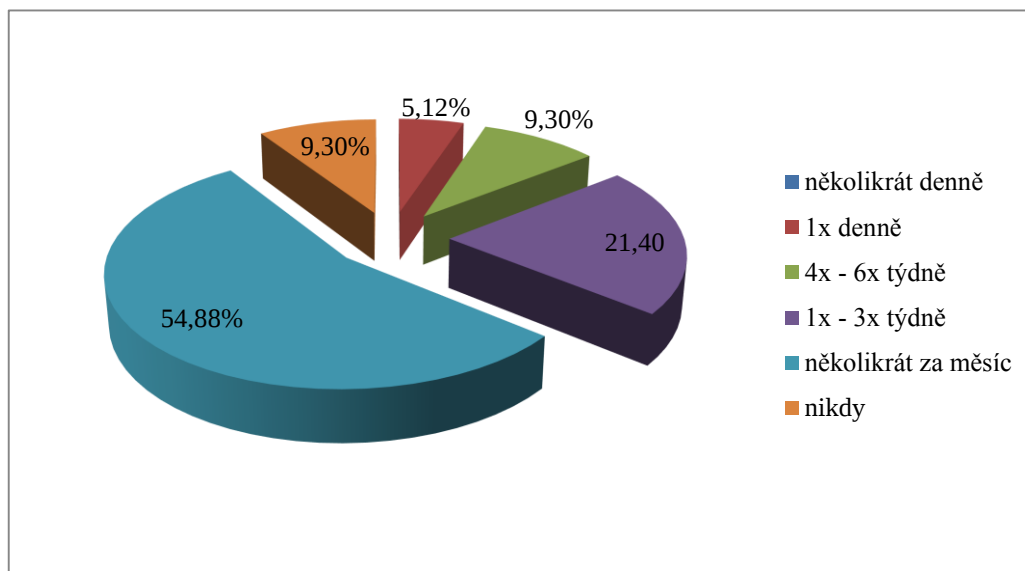
Konzumace piva (0,5, l)	n	%
několikrát denně	0	0,00
1x denně	10	4,65
4x - 6x týdně	12	5,58
1x - 3x týdně	34	15,81
několikrát za měsíc	113	52,56
Nikdy	46	21,40
Celkem	215	100,00

Graf 16. Konzumace piva

Výzkumné šetření zjišťovalo také konzumaci vína. Analýzou dat bylo zjištěno, že žádný dotázaný nekonzumuje víno několikrát denně. 11 (5,12 %) respondentů konzumuje 2 dcl vína každý den. Všichni, kteří tuto možnost zvolili, byli ženy. Lze tedy konstatovat, že víno je oblíbenější u žen. 4x - 6x týdně pije víno 20 (9,30 %) oslovených a 1x - 3x týdně 46 (21,40 %) dotázaných. Nadpoloviční většina respondentů - 118 (54,88 %) uvedla možnost několikrát za měsíc. Možnost nikdy zvolilo 20 (9,30 %) respondentů (Tabulka 21, Graf 17).

Tabulka 21. Konzumace vína

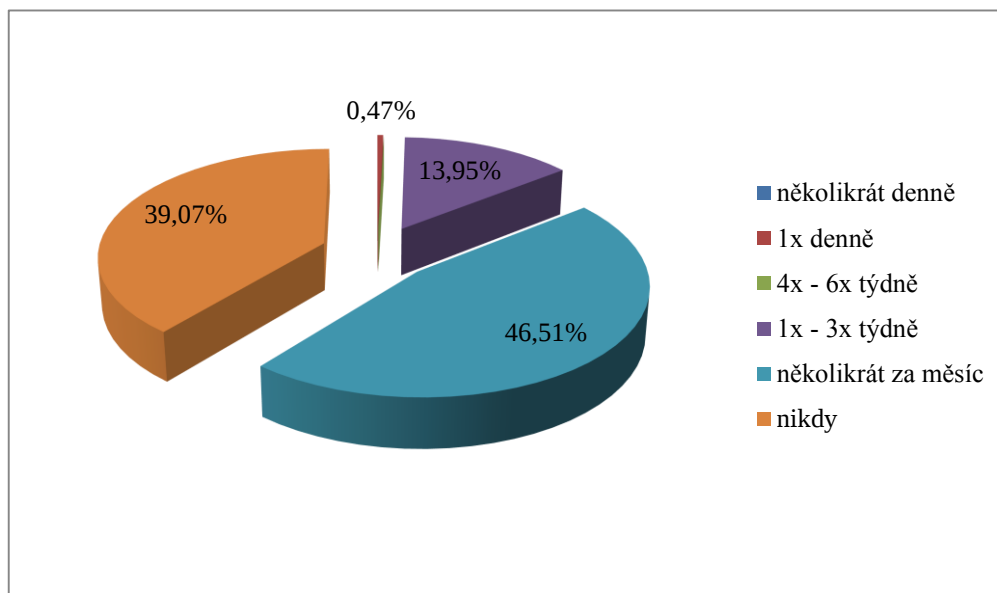
Konzumace vína (0,2 l)	n	%
několikrát denně	0	0,00
1x denně	11	5,12
4x - 6x týdně	20	9,30
1x - 3x týdně	46	21,40
několikrát za měsíc	118	54,88
nikdy	20	9,30
celkem	215	100,00

Graf 17. Konzumace vína

Tabulka 22 a graf 18 ukazuje, jak často NLZP konzumují tzv. tvrdý alkohol neboli destiláty. K pravidelné konzumaci tvrdého alkoholu 1x denně se přiznal 1 (0,47 %) respondent. 30 (13,95 %) dotázaných pije tvrdý alkohol 1x - 3x týdně. Nejvíce dotázaných - 100 (46,1 %) uvedlo konzumaci destilátů několikrát za měsíc. Nikdy tvrdý alkohol nepije 84 (39,07 %) respondentek. Tuto možnost nezvolil ani jeden muž, což znamená, že všichni muži konzumují alespoň někdy tvrdý alkohol.

Tabulka 22. Konzumace destilátů

Konzumace destilátů (0,04 l)	n	%
několikrát denně	0	0,00
1x denně	1	0,47
4x - 6x týdně	0	0,00
1x - 3x týdně	30	13,95
několikrát za měsíc	100	46,51
nikdy	84	39,07
celkem	215	100,00

Graf 18. Konzumace destilátů

Kouření tabáku je jedním z nejvíce rizikových faktorů životního stylu, protože je nejčastější příčinou předčasných onemocnění a úmrtí (Machová, 2009).

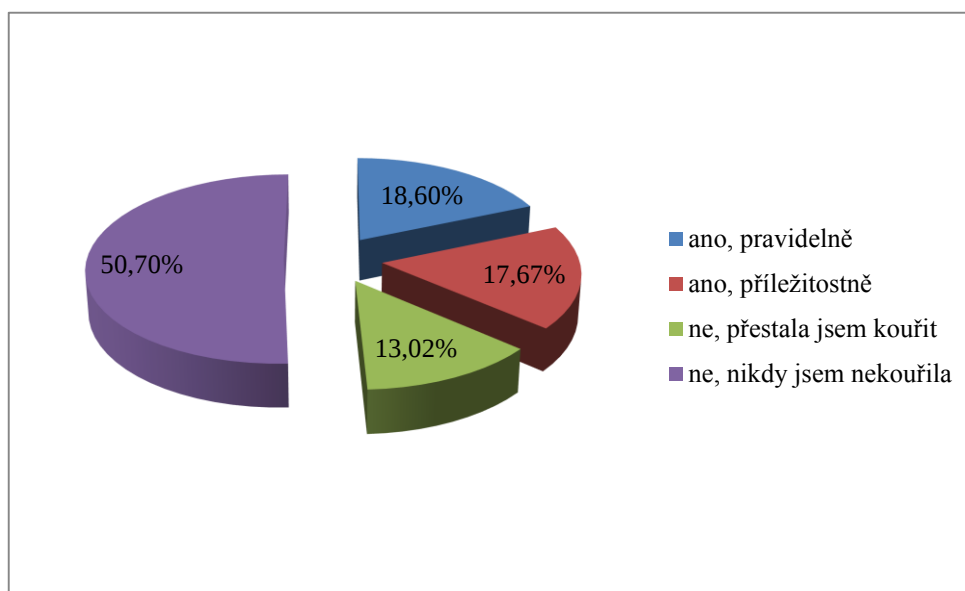
Výzkum prokázal, že polovina NLZP - 109 (50,70 %) jsou nekuřáci. V minulosti kouřilo, ale kouřit přestalo 28 (13,02 %) respondentů. Příležitostně kouří 38 (17,67 %) dotázaných. K pravidelnému kuřáctví se přiznalo 40 (18,60 %) respondentů. Tyto výsledky prezentuje tabulka 23 a graf 19. Z těchto pravidelných kuřáků 2 (5 %) dotázaní vykouří do 6 cigaret za den, 27 (67,5 %) vykouří 6 - 10 cigaret denně, 6 (15 %) vykouří 11 - 15 cigaret denně, 4 (10 %) vykouří 16 - 20 cigaret za den a jeden kuřák vykouří více než 20 cigaret denně.

Podle Evropského výběrového šetření o zdraví v ČR z roku 2008 (EHIS 2008) zpracovaného Ústavem zdravotnických informací a statistiky denně kouří 24,5 % populace, což je přibližně o 6 % více, než bylo zjištěno v našem výzkumu (www.uzis.cz).

Tabulka 23. Kouření

Kouření	n	%
ano, pravidelně	40	18,60
ano, příležitostně	38	17,67
ne, přestala jsem kouřit	28	13,02
ne, nikdy jsem nekouřila	109	50,70
celkem	215	100,00

Graf 19. Kouření

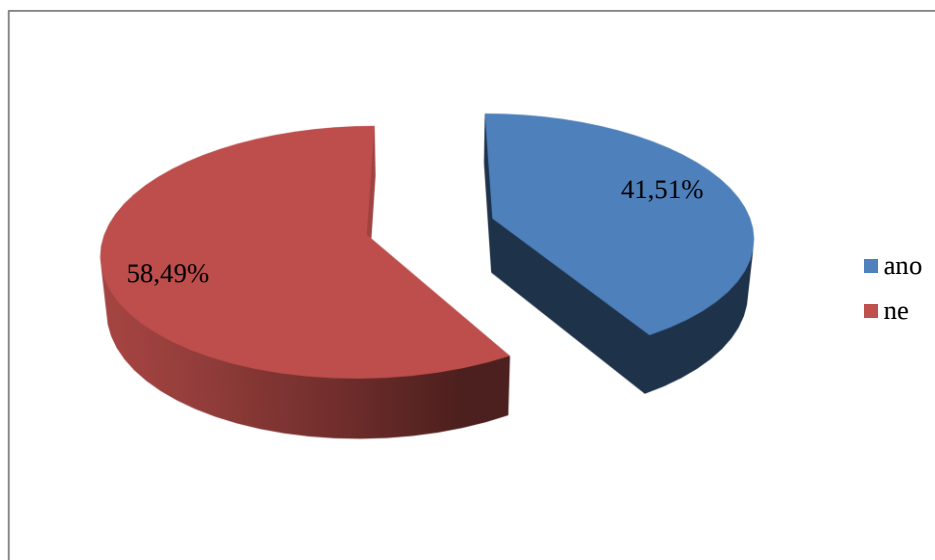


Další položka dotazníku zjišťovala, zda respondenti, kteří kouří nebo kouřili, začali kouřit v souvislosti s nástupem do zdravotnictví. Výsledky v tabulce 24 a graf 20 ukazují, že nadpoloviční většina respondentů - 62 (58,49 %) nezačala kouřit v souvislosti s nástupem do zdravotnictví. Možnost „ano“ zvolilo 44 (41,51 %) dotázaných.

Tabulka 24. Kouření v souvislosti s nástupem do zdravotnictví

Kouření v souvislosti s nástupem do zdravotnictví	n	%
ano	44	41,51
ne	62	58,49
celkem	106	100,00

Graf 20. Kouření v souvislosti s nástupem do zdravotnictví



5.4 Dílčí úkol 4

Trávení volného času a pohybová aktivita nelékařských zdravotnických pracovníků.

S tímto dílčím úkolem se pojí otázka č. 15, která je zjišťuje, jak NLZP tráví nejčastěji svůj volný čas. V této otázce mohli respondenti označit 3 odpovědi. Položka č. 16 se zaměřuje na rozsah pohybové aktivity.

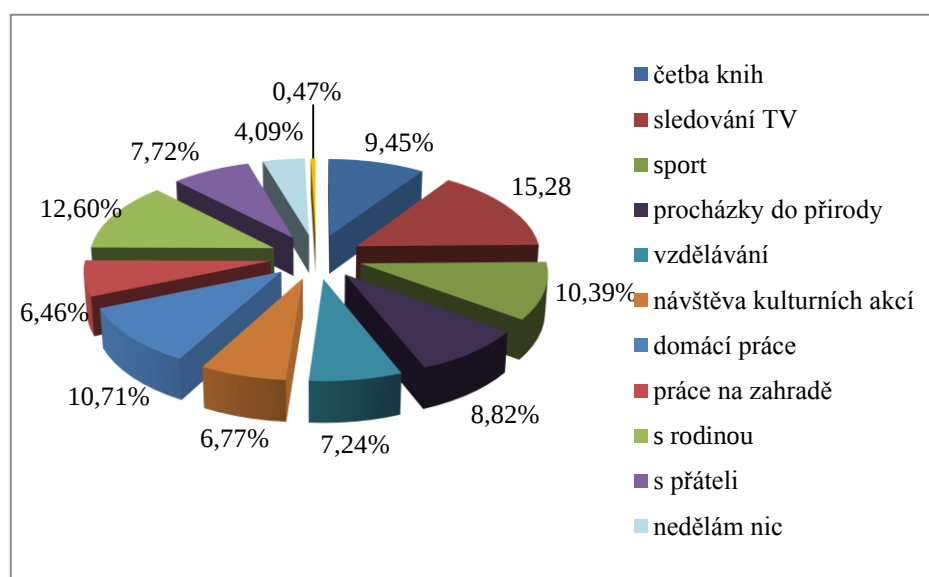
U položky, která se týkala trávení volného času, mohli NLZP označit až 3 odpovědi. Z celkového počtu odpovědí 635 (100 %) respondenti nejčastěji uváděli sledování televize - 97 krát (15,28 %). 80 krát (12,60 %) označili respondenti, že svůj čas tráví s rodinou. 68 krát (10,71 %) dotázaní odpověděli, že volný čas tráví domácími pracemi a 66 krát (10,39 %) vybrali možnost sport. 60 krát (9,45 %) označili dotazovaní četbu knih, 56 krát (8,82 %) procházky do přírody. Respondenti dále 49 krát (7,72 %) vybrali možnost trávení volného času s přáteli a 46 krát (7,24 %) možnost vzdělávání. Návštěva kulturních

akcí byla zaškrtnuta 43 krát (6,77 %) a práce na zahradě byla vybrána 41 krát (6,46 %). 26 krát (4,09 %) dotázaní odpověděli, že ve volném čase nedělají nic. Nejméně oslovení označili odpověď jinak - 3 krát (0,47 %) - zde 1 respondent uvedl, že volný čas tráví spánkem, 1 respondent tráví svůj volný čas na internetu a 1 dotázaný provozuje ruční práce (Tabulka 25, Graf 21).

Tabulka 25. Trávení volného času

Trávení volného času	n	%
četba knih	60	9,45
sledování TV	97	15,28
sport	66	10,39
procházky do přírody	56	8,82
vzdělávání	46	7,24
návštěva kulturních akcí	43	6,77
domácí práce	68	10,71
práce na zahradě	41	6,46
s rodinou	80	12,60
s přáteli	49	7,72
nedělám nic	26	4,09
jinak	3	0,47
celkem	635	100,00

Graf 21. Trávení volného času



Pohybová aktivita je důležitá pro zdraví každého jedince. Je dokázáno, že lidé, kteří pravidelně cvičí, mají lepší pracovní výsledky, nižší nemocnost a také pracovní úrazovost je u nich menší (Kopecký, 2010).

Podle doporučení odborníků by měl člověk provozovat pohybovou aktivitu mírné intenzity v rozsahu minimálně 30 minut denně. A alespoň 3 - 4 dny v týdnu by měl rovněž provozovat nějakou intenzivnější sportovně-rekreační aktivitu (www.cba.muni.cz).

Výsledky v tabulce 26 a graf 22 ukazují, že každý den se pohybové aktivitě mírné intenzity věnuje jen 10 (4,65 %) dotázaných. Nejvíce dotázaných - 71 (33,02 %) uvedlo možnost 1x - 2x týdně. 5x - 6x týdně provozuje pohybovou aktivitu 9 (4,14 %) oslovených. 42 (19,53 %) respondentů se pohybové aktivitě věnuje 3x - 4x týdně a 65 (30,23 %) respondentů se pohybuje jen několikrát za měsíc. Možnost nikdy zvolilo 18 (8,37 %) oslovených.

U respondentů, kteří zvolili možnost, že nikdy neprovozují pohybovou aktivitu, nás zajímalo, proč tomu tak je. Z těchto 18 dotázaných jich 13 uvedlo, že nesportují, protože nemají čas, 4 respondenty pohybová aktivita nebaví a jeden dotázaný nemůže provozovat pohybovou aktivitu kvůli zdravotním problémům.

Z výsledků je tedy patrné, že NLZP nevěnují pohybové aktivitě dostatečnou pozornost a zanedbávají ji. Příčinou může být vyčerpanost z práce a také směnný provoz.

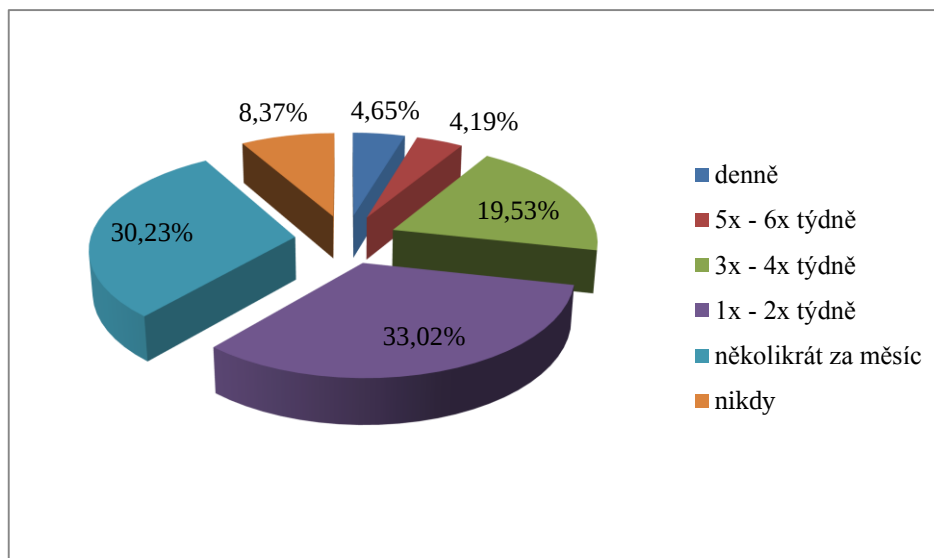
Já sama z vlastní zkušenosti vím, že je velmi těžké skloubit svoje zaměstnání, kde pracuji ve směnném provozu s pravidelným vykonáváním jakékoliv intenzivnější sportovně-rekreační aktivity.

Podle Žídkové (2010) však postrádá logiku doporučovat zdravotníkům více pohybu. Bylo dokázáno, že zdravotníci během jedné směny ujdou 4 - 7 km. Podle ní je však třeba odlišit relaxační pohyb od pracovní zátěže, kde tvoří pohyb přesuny z místa na místo a přenášení, a od domácích prací a péče o děti, které na ně čekají po příchodu z práce. Žídková (2010) doporučuje dvě věci. A to šetřit síly zdravotníků ergonomickým řešením pracovišť a o to více přidat relaxačního a duševně zotavujícího pohybu ve volném čase.

Tabulka 26. Pohybová aktivita

Pohybová aktivita	n	%
denně	10	4,65
5x - 6x týdně	9	4,19
3x - 4x týdně	42	19,53
1x - 2x týdně	71	33,02
několikrát za měsíc	65	30,23
nikdy	18	8,37
celkem	215	100,00

Graf 22. Pohybová aktivita



5.5 Dílčí úkol 5

Kvalita a kvantita spánku nelékařských zdravotnických pracovníků.

S pátým dílčím úkolem jsou vázány dotazníkové položky č. 17 - 19, které zkoumaly délku spánku, jeho kvalitu a také jeho poruchy.

Spánek je pro lidský organismus velice důležitý, protože má ochranný a regenerační vliv. Dospělý člověk by měl denně spát 6 - 8 hodin. Jak se tímto doporučením řídí NLZP, uvádí tabulka 27 a graf 23.

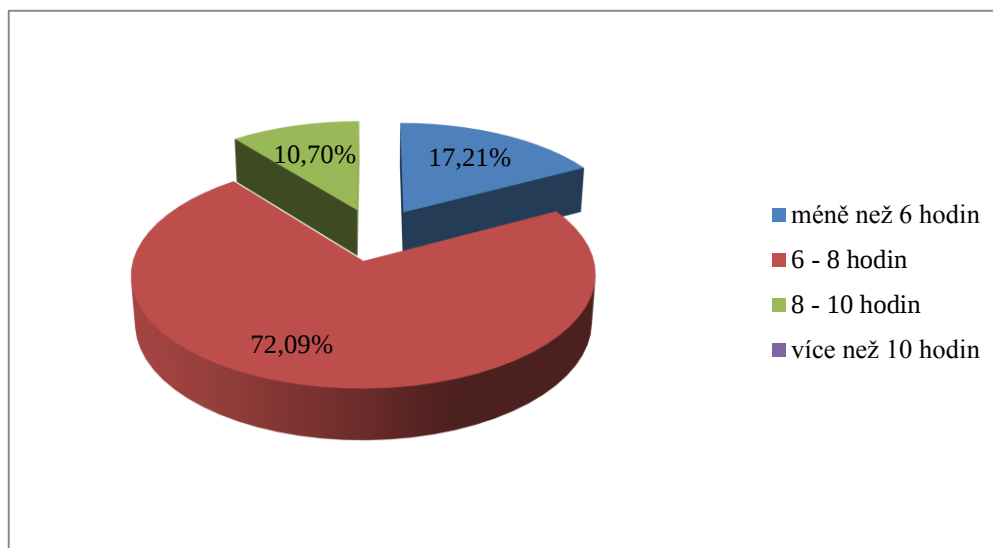
Ze sledovaného souboru více než polovina - 155 (72,09 %) respondentů uvádí, že spí právě oněch doporučených 6 - 8 hodin. Skoro ke stejnému výsledku došla ve své práci také Fišerová (2011). V jejím výzkumu 73 % zdravotních sester uvedlo, že denně spí 6 - 8 hodin.

V našem výzkumu dále 37 (17,21 %) respondentek uvedlo délku spánku méně než 6 hodin. Odborníci však varují, že nedostatek spánku zkracuje život. 23 (10,70 %) oslovených spí průměrně 8 - 10 hodin. Potřebu spát více než 10 hodin nemá žádný z dotázaných.

Tabulka 27. Délka spánku

Délka spánku	n	%
méně než 6 hodin	37	17,21
6 - 8 hodin	155	72,09
8 - 10 hodin	23	10,70
více než 10 hodin	0	0,00
celkem	215	100,00

Graf 23. Délka spánku



Jak jsou NLZP spokojeni s kvalitou svého spánku uvádí tabulka 28 a graf 24. 87 (40,47 %) dotázaných se svým spánkem spokojeno není. Je však překvapivé, že i přes práci na směny nadpoloviční většina NLZP - 128 (59,53 %) uvedla, že je se svým spánkem spokojena.

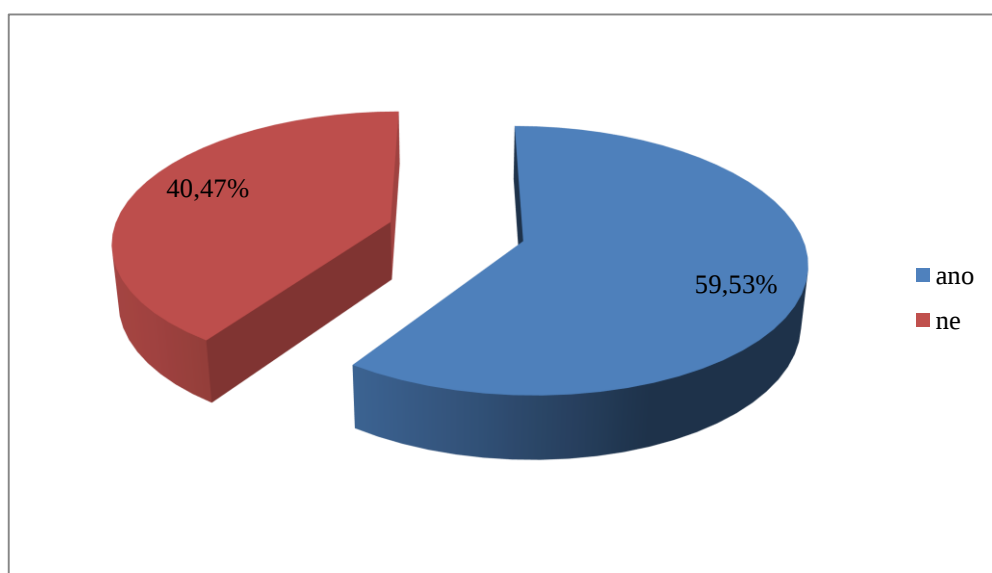
Podle Žídkové (2010) se zvláště zdravotníci pracující ve směnném provozu prohřešují proti spánkové hygieně. Jejich spánek po noční směně bývá kratší a navíc spánek ve dne není

fyziologicky plnohodnotný. Brzké nástupy na ranní směnu znamenají pro tuto profesi nefyziologické vstávání. Zajímalo nás tedy, zda má na spokojenost se spánkem vliv směnný provoz. Pokud jsme tedy zkoumali jen NLZP pracující ve směnném provozu, zjistili jsme, že nadpoloviční většina - 73 (53,28 %) jich je i přes všechna negativa spojená se směnným provozem se svým spánkem spokojena.

Tabulka 28. Spokojenost s kvalitou spánku

Spokojenost s kvalitou spánku	n	%
ano	128	59,53
ne	87	40,47
celkem	215	100,00

Graf 24. Spokojenost s kvalitou spánku



Výzkum se také zaměřil na zjištění poruch spánku u NLZP.

Podle Sýkorové (2006) se problémy se spánkem odrážejí na celkové kondici dotyčného jedince. Člověk trpící poruchami spánku vstává již unavený a další den je podrážděný, ospalý a vyčerpaný. Často bývá nepozorný, což může mít za následek i vznik pracovních úrazů.

Ze sledovaného souboru 120 (55,81 %) dotázaných nemá žádné problémy se spánkem. 95 (44,19 %) respondentů uvedlo, že trpí nějakými poruchami spánku. Výzkumné šetření také zjišťovalo, jakými poruchami spánku tito jedinci trpí. 34 (35,79 %) dotázaných uvedlo, že trpí

nespavostí, 43 (45,26 %) respondentů se během spánku budí a 18 (18,95 %) oslovených špatně usíná. Uvedené výsledky prezentuje tabulka 29 a graf 25.

Pokud jsme se zaměřili na poruchy spánku NLZP pracujících ve směnném provozu, tak jsme zjistili, že ze 137 (100 %) jich poruchami spánku trpí 65 (47,45 %) - tedy méně než polovina.

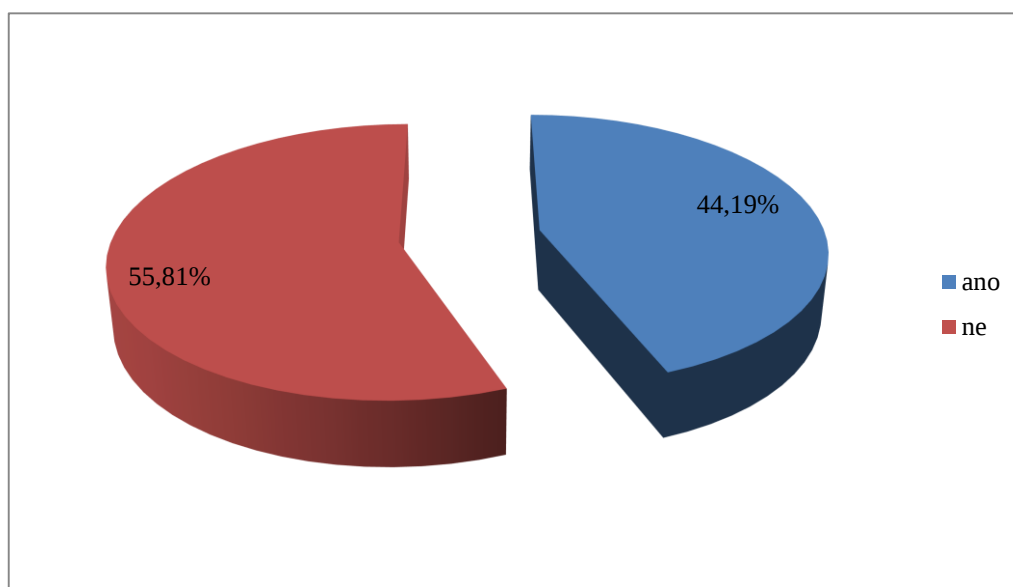
Ke stejnému zjištění došla také Choulíková (2008). Podle jejího výzkumu 55 % dotázaných nemá žádné problémy se spánkem.

Naopak rozdílné informace ve svém výzkumu zjistila Fišerová (2011). Podle jejího výzkumu spí bez problémů pouze necelá čtvrtina (24 %) oslovených.

Tabulka 29. Poruchy spánku

Poruchy spánku	n	%
ano	95	44,19
ne	120	55,81
celkem	215	100,00

Graf 25. Poruchy spánku



5.6 Dílčí úkol 6

Stres v životě nelékařských zdravotnických pracovníků.

S tímto dílčím úkolem jsou spojeny dotazníkové otázky č. 20 a 21, které zkoumaly, zda NLZP pociťují stres v souvislosti s výkonem svého povolání a způsoby, kterými se nejčastěji NLZP vyrovnávají se stresem.

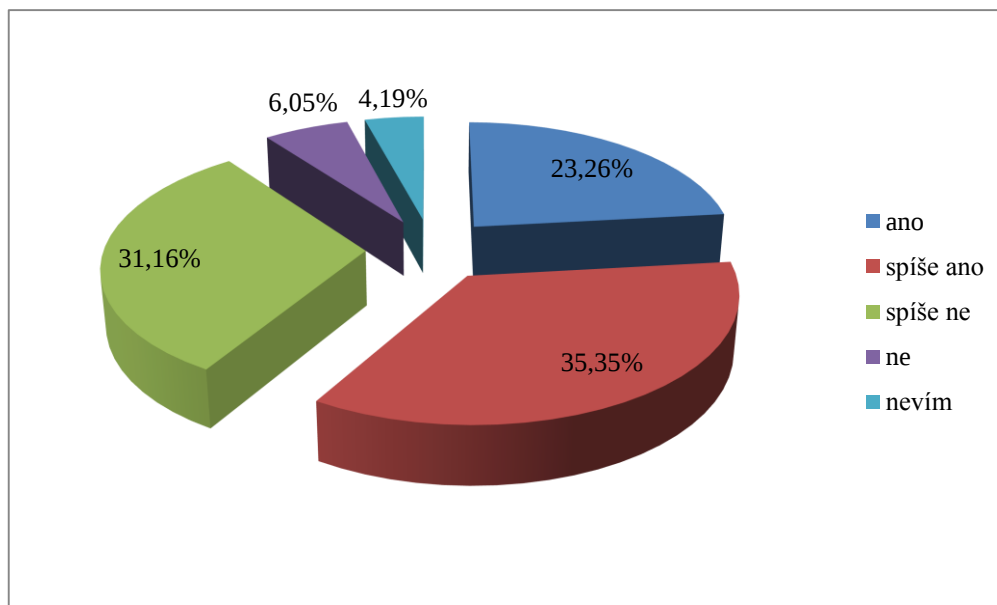
Práce ve zdravotnictví bezpochyby patří mezi rizikové profese, které jsou ohroženy stresem. Tito pracovníci musí k práci přistupovat s maximálním nasazením. Jsou vystaveny neustálé psychické zátěži a na jejich schopnosti, dovednosti a znalosti jsou kladeny vysoké požadavky. Následkem toho může vzniknout dlouhodobý stres, který se za určitých okolností může projevit jako nepříjemné subjektivní prožívání až selhání organismu. Je však na každém zdravotníkovi, zda tomuto stresu podlehně, anebo proti němu začne bojovat. Typickými stresovými faktory jsou např. pracovní režim, služby o víkendech a o svátcích, směnný provoz, zodpovědnost za pacienta, nedostatek NLZP, psychická a fyzická náročnost, riziko infekce, nedostatečná prestiž oboru (Valášková, 2008).

Tabulka 30 a graf 26 ukazují, že 50 (23,26 %) respondentů uvedlo, že je pro ně práce stresující. Nejvíce dotázaných - 76 (35,35 %) zvolilo možnost spíše ano. Spíše nepociťuje stres v souvislosti s výkonem své profese 67 (31,16 %) oslovených. Práce ve zdravotnictví není stresující jen pro 13 (6,05 %) respondentů. 9 (4,9 %) respondentů uvedlo možnost nevím.

Tabulka 30. Stres v souvislosti s výkonem profese

Stres v souvislosti s profesí	n	%
ano	50	23,26
spíše ano	76	35,35
spíše ne	67	31,16
ne	13	6,05
nevím	9	4,19
celkem	215	100,00

Graf 26. Stres v souvislosti s výkonem profese



Aby jedinec stresu nepodleh, je důležité umět se s ním vyrovnat. Každý proti stresu bojuje jinak. Způsoby vyrovnávání se stresem znázorňuje tabulka 31 a graf 27.

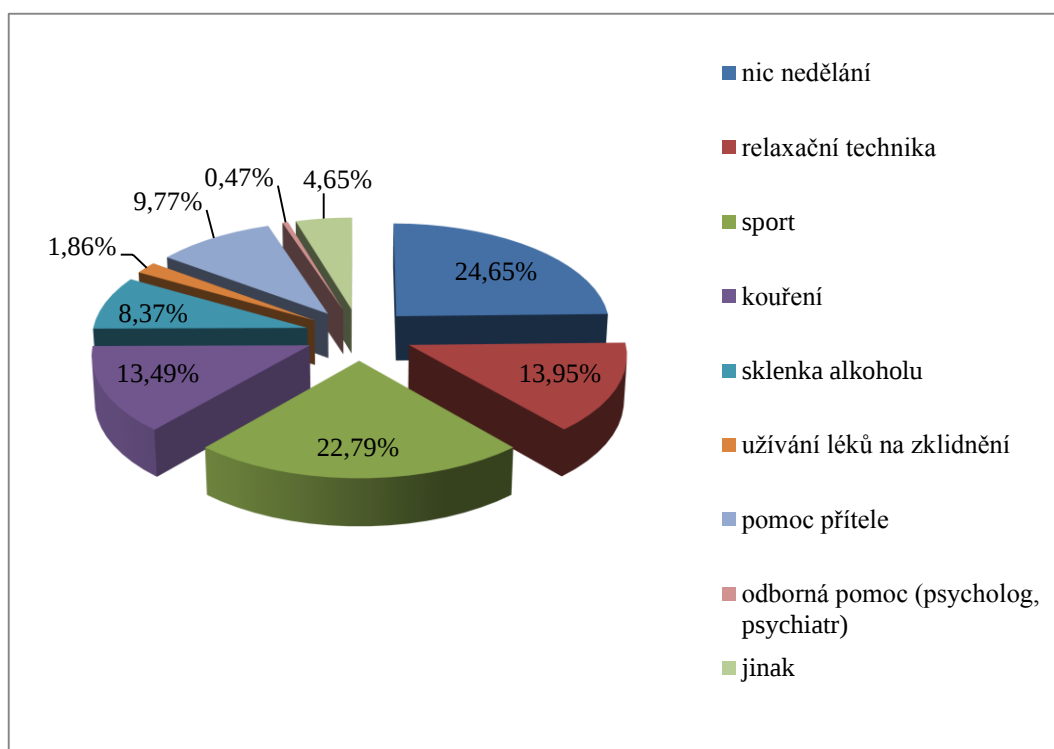
Z výzkumného souboru 215 respondentů jich 53 (24,65 %) uvedlo, že nic nedělá. Tuto možnost zvolilo nejvíce dotázaných. 30 (13,95 %) dotázaných v boji proti stresu využívá relaxační techniku a 49 (22,79 %) si zasportuje. Po cigaretě ve stresu sáhne 29 (13,49 %) oslovených a po sklenice alkoholu 18 (8,37 %) dotázaných. 4 (1,86 %) respondenti ve stresových situacích užívají léky na zklidnění. Pomoc přítele vyhledá 21 (9,77%) oslovených a odbornou pomoc využívá 1 (0,47 %) respondent. 10 (4,65 %) dotázaných uvedlo, že se se stresem vyrovnává jinak. 5 respondentů zahání stres procházkou se psem, 4 respondenti sladkostmi a 1 respondent ve stresových situacích spí.

K jiným výsledkům dospěla ve svém výzkumu Fišerová (2011). V jejím výzkumu polovina dotázaných (50%) uvedla, že ve stresu více jí. Dále 13% respondentů uvedlo, že stres zahání užíváním návykových látek, zatím co v našem výzkumu tuto možnost (kouření, alkohol) zvolilo dokonce 21,86 % respondentů. Jde tedy vidět, že návykové látky jsou u NLZP ve stresových situacích velmi oblíbené. Fišerová dále uvádí, že jen 9 % dotázaných ve stresu více sportuje. V našem výzkumu tuto možnost označilo 22,79 % oslovených.

Tabulka 31. Způsoby vyrovnávání se stresem

Způsoby vyrovnávání se stresem	n	%
nic nedělání	53	24,65
relaxační technika	30	13,95
sport	49	22,79
kouření	29	13,49
sklenka alkoholu	18	8,37
léky na zklidnění	4	1,86
pomoc přítele	21	9,77
odbornou pomoc (psycholog, psychiatr)	1	0,47
jinak	10	4,65
celkem	215	100,00

Graf 27. Způsoby vyrovnávání se stresem



5.7 Dílčí úkol 7

Zdravotní stav a zdravotní potíže NLZP

S posledním dílčím úkolem se pojí otázky č. 22 - 24. Tyto položky se zaměřují na zdraví, zdravotní stav a zdravotní potíže NLZP.

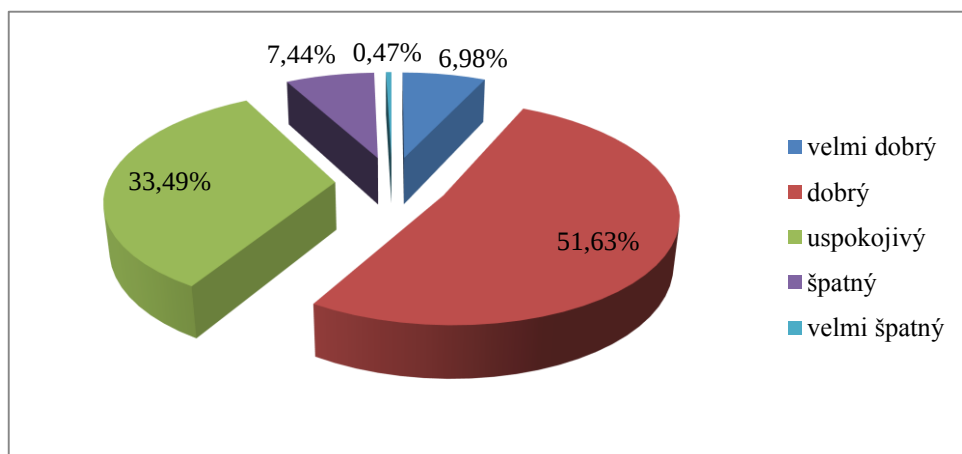
Jak hodnotí NLZP svůj zdravotní stav ukazuje tabulka 32 a graf 28. Je třeba však zdůraznit, že jedná o subjektivní hodnocení.

Za pozitivní stav můžeme hodnotit, že více než polovina - 111 (51,63%) respondentů hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý. Jen 15 (6,98 %) dotázaných však uvedlo, že je jejich zdravotní stav velmi dobrý. Třetina - 72 (33,94 %) respondentů zvolila možnost uspokojivý. 16 (7,44 %) dotázaných hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný a 1 (0,47 %) dokonce jako velmi špatný.

Tabulka 32. Zdravotní stav

Zdravotní stav	n	%
velmi dobrý	15	6,98
dobrý	111	51,63
uspokojivý	72	33,49
špatný	16	7,44
velmi špatný	1	0,47
celkem	215	100,00

Graf 28. Zdravotní stav



Dále dotazníkové šetření zjišťovalo, zda NLZP trpí nějakými zdravotními potížemi (trvající déle než 6 měsíců), o kterých si myslí, že mají souvislost s jejich povoláním.

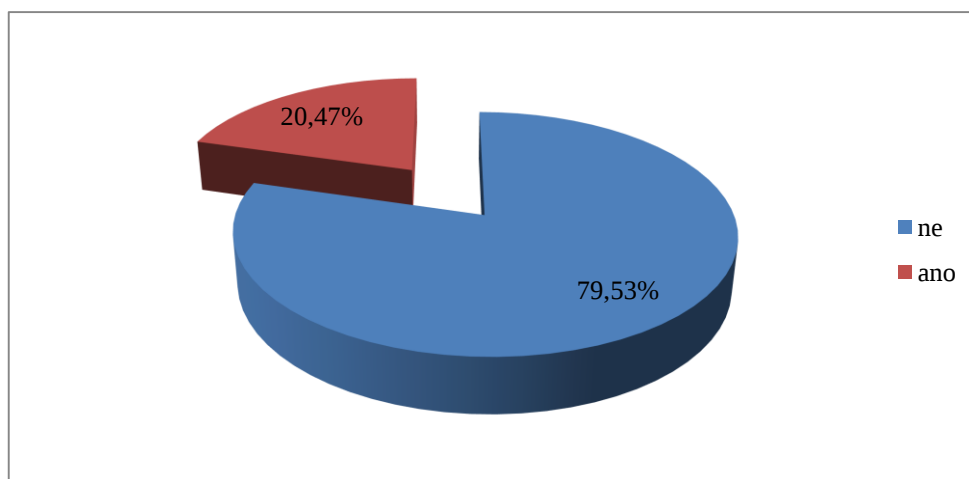
Jak již bylo několikrát zmíněno, práce ve zdravotnictví patří mezi fyzicky náročná povolání. Fyzické zatížení zdravotníků při práci se liší typem pracoviště, zdravotním stavem pacientů, počtem NLZP na směně. Zvýšené fyzické zátěži jsou vystaveny zvláště dolní končetiny, protože většinu pracovní doby zdravotník chodí nebo stojí. Zatížena je však také páteř a horní končetiny a to zejména při manipulaci s imobilními klienty. Následkem opakovaných zátěží vzniká únava a při déletrvající fyzické zátěži může dojít k vyčerpání organismu, které se projevuje podrážděností, sníženou pozorností a schopností soustředit se a poruchami spánku. Organismus je také více vnímavý vůči infekcím. Dalšími důsledky zátěže jsou bolesti nohou, páteře, poruchy páteře a kloubů a křečové žíly. Pokud dojde k poškození zdraví v souvislosti s výkonem povolání, jedná se o pracovní úraz (Gučková, 2007).

Tabulka 33 a graf 29 ukazují, že ze sledovaného souboru 171 (79,53 %) respondentů žádné dlouhodobé zdravotní potíže nemá a 44 (20,47 %) dotázaných uvedlo, že zdravotní potíže má. Potíže, které dotázání uváděli, znázorňuje graf 30. Více než polovina - 25 (56,82 %) oslovených uvedla, že je trápí bolesti zad.

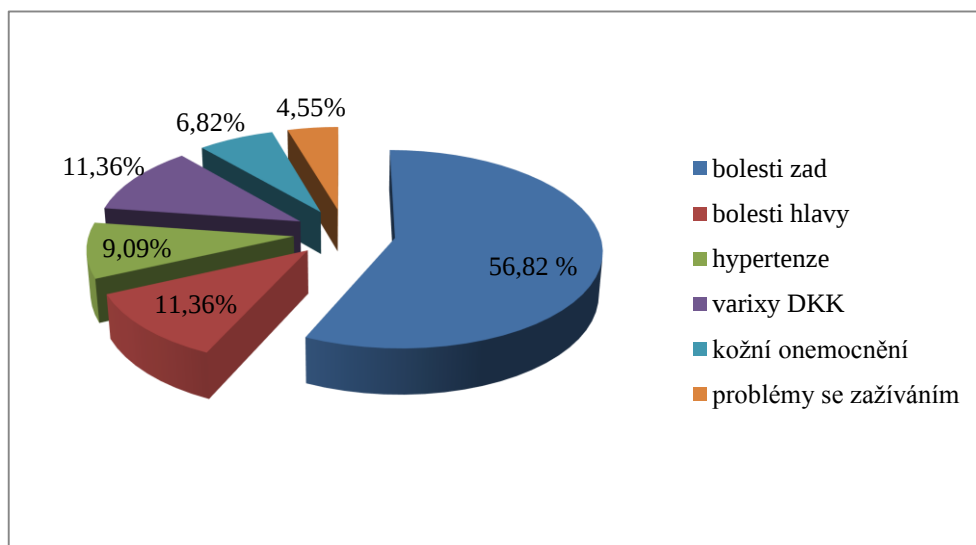
Tabulka 33. Zdravotní potíže

Dlouhodobé zdravotní potíže	n	%
ne	171	79,53
ano	44	20,47
celkem	215	100,00

Graf 29. Zdravotní potíže



Graf 30. Zdravotní potíže



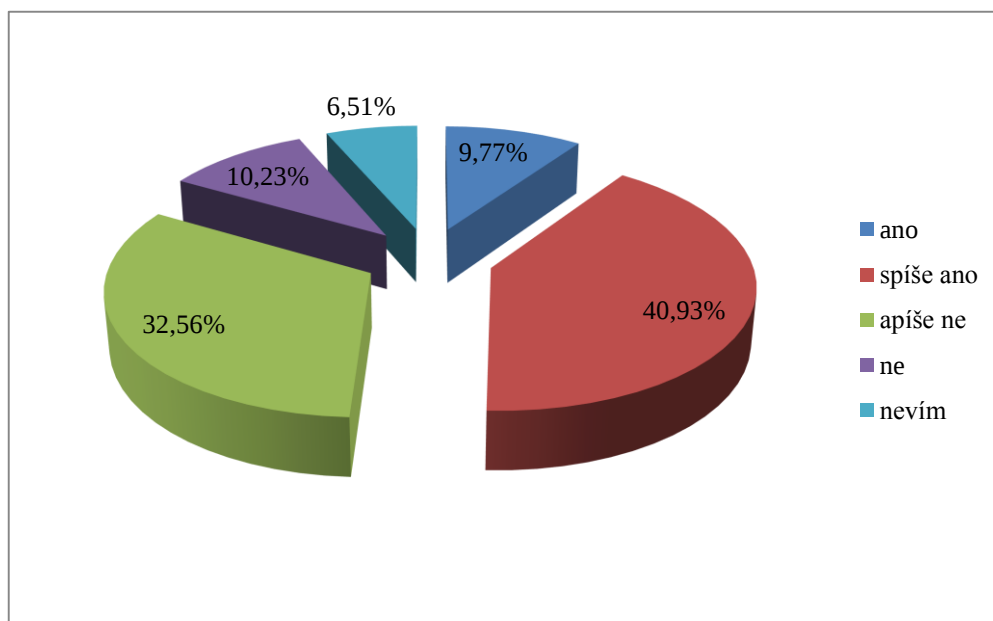
Poslední položka dotazníku zjišťovala, zda si NLZP myslí, že žijí zdravě. I zde se jedná o jejich subjektivní pohled.

Výzkumný šetření bylo zjištěno, že 21 (9,77 %) respondentů si myslí, že žije zdravě. 88 (40,93 %) dotázaných zvolila možnost spíše ano, 70 (32,56 %) možnost spíše ne. 22 (10,23 %) oslovených si myslí, že žije nezdravým způsobem života. Možnost nevím označilo 14 (6,51 %) dotázaných.

Tabulka 34. Zdravý život

Myslíte si, že žijete zdravě	n	%
ano	21	9,77
spíše ano	88	40,93
spíše ne	70	32,56
ne	22	10,23
nevím	14	6,51
celkem	215	100,00

Graf 31. Zdravý život



6 ZÁVĚR

Diplomová práce pojednává o problematice životního stylu NLZP.

V teoretické části práce byly shrnuty poznatky z jednotlivých oblastí životního stylu. Jednotlivé kapitoly byly věnovány zdraví a jeho podpoře, zdravotnímu stavu, zdravé výživě, pohybové aktivitě, spánku a odpočinku, stresu a užívání návykových látek. V poslední kapitole byla nastíněna profese nelékařského zdravotnického pracovníka.

Výzkumná část práce byla zaměřena na analýzu životního stylu nelékařských zdravotnických pracovníků. K šetření byla použita metoda dotazníku. Výzkumný soubor tvořilo celkem 215 NLZP pracujících ve vybraných nemocnicích a ambulancích Olomouckého kraje.

K hlavnímu cíli práce byly vázány jednotlivé dílčí úkoly práce. Na základě výzkumu jsme došli k těmto závěrům:

Prvním dílčím úkolem práce bylo zjistit, jaké jsou stravovací návyky NLZP, zda se stravují v pracovní době pravidelně a jakým potravinám a pokrmům dávají přednost. Výsledky ukazují, že hmotnost více než poloviny (60,47 %) NLZP je sice v pásmu normy, avšak jejich stravování neodpovídá pěti doporučeným dávkám jídla. Jídelníček většiny dotázaných (65,58 %) se skládá z 3 - 4 porcí jídla během dne. Negativní bylo zjištění, že více než třetina respondentů se během pracovní doby stravuje ve spěchu (36,28 %) a navíc vždy nepravidelně (32,09 %). Bylo také zjištěno, že NLZP mají sklon spíše k nezdravému stravování. Jen necelá třetina zařazuje do svého jídelníčku ovoce a zeleninu každý den. Ryby si více než polovina oslovených dopřeje pouze několikrát za měsíc. Zato uzeniny a smažená jídla jsou skoro u třetiny NLZP v jídelníčku zastoupena 1x - 3x týdně. Oblíbená je také konzumace sladkostí. Většina dotázaných si je dopřává každý den.

Druhý dílčí úkol zjišťoval pitný režim NLZP. Odborníci doporučují během dne vypít 2 litry a více tekutin za den. Výzkumným šetřením však bylo zjištěno, že tímto doporučením se řídí jen 22, 33 % respondentů. Více než polovina dotázaných (58,60 %) vypije během dne 1 - 2 litry nápojů. 52,09 % respondentů nadále uvedlo, že doplňování tekutin v průběhu pracovní doby je nárazové. Káva je u dotázaných velmi oblíbeným nápojem. Několikrát denně ji popíjí 41, 40 % dotázaných.

V práci jsme se dále snažili zjistit, jak je to s konzumací návykových látek - alkoholu a tabáku. I když nejvíce respondentů uvedlo, že alkoholické nápoje konzumuje pouze

několikrát za měsíc, tedy příležitostně, mnohem více negativní bylo zjištění, že pouhá polovina (50,70 %) dotázaných nikdy nekouřila. Pravidelnými kuřáky je celých 18,61 % dotázaných. Smutné je, že 41,51 % respondentů začalo kouřit v souvislosti s nástupem do zdravotnictví.

Při vyhodnocení části výzkumu zaměřené na trávení volného času a pohybovou aktivitu byl zjištěno, že nejčastěji respondenti tráví volný čas u televize (15,28 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo trávení času s rodinou (12,60 %). Výsledky ukazují, že třetina (33,02 %) dotázaných provozuje pohybovou aktivitu pouze 1x - 2x týdně. Dle doporučení odborníku by se měl člověk věnovat pohybové aktivitě každý den. Tímto doporučením se však řídí jen 4,65 % oslovených. 8,37 % respondentů neprovozuje dokonce žádnou pohybovou aktivitu.

Pátým cílem bylo zjistit spánkové návyky NLZP. Doporučovaná doba spánku je 6 - 8 hodin. Tuto dobu spánku udávala také nadpoloviční většina dotázaných (72,09 %). Více než polovina respondentů (59,53 %) je také se svým spánkem spokojena. Zjišťovány byly také poruchy spánku, kterými trpí 44,19 % dotázaných. Jako nejčastější problémy se spánkem respondenti uváděli buzení se během spánku (45,26 %).

Práce ve zdravotnictví patří mezi profese, které jsou nadměrně ohroženy stresem. Za stresující nepovažuje své povolání pouhých 6,05 % respondentů. 24,65 % oslovených však v boji proti stresu nedělá nic. Jako druhý nejčastější způsob respondenti uváděli sport (22,79 %).

Posledním dílčím úkolem bylo zjistit, jak NLZP vnímají svůj zdravotní stav a zda mají nějaké zdravotní potíže. Přesto, že je profese zdravotníka fyzicky i psychicky, tak více než polovina (51,63 %) respondentů vnímá svůj zdravotní stav jako dobrý. Zdravotními potížemi, o nichž si dotázaní myslí, že mají souvislost s výkonem povolání, trpí 20,47 % a nejvíce je trápí bolesti zad (56,82 %).

Na základě zjištěných výsledků můžeme konstatovat, že NLZP mají v dodržování zdravého životního stylu jisté nedostatky. Jedná se hlavně o oblast výživy, kdy se stravují nepravidelně a ve spěchu a do svého jídelníčku zařazují spíše nezdravé potraviny. Dalším problémem je nízká pohybová aktivita a užívání návykových látek, především tabáku.

Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty vedení nemocnic, na kterých výzkumné šetření probíhalo. Tyto informace jim mohou posloužit k získání náhledu na životní styl a zdraví jejich zaměstnanců.

Doporučení pro praxi:

Protože je práce ve zdravotnictví fyzicky i psychicky náročná, je důležité, aby sami zdravotníci dbali o své zdraví dodržováním zásad zdravého životního stylu. Měly by se tedy začít více zabývat péčí o vlastní zdraví a zamyslet se nad tím, zda jejich dosavadní styl života je správný.

Důležitá je však také podpora zdraví ze stran zaměstnavatelů, tedy, aby i samotní zaměstnavatelé podporovali zdravý životní styl svých zaměstnanců. Může se např. jednat o:

- realizaci seminářů zabývajících se zdravým životním stylem,
- umožnění čerpání pravidelné přestávky na oběd - NLZP mají možnost najíst se v klidu, v místnosti tomu určené, mají možnost nechat si donést jídlo na oddělení, pokud nemohou své pracoviště opustit,
- rozšíření nabídky výrobků zdravé výživy, ovoce a zeleniny v jídelnách pro zaměstnance
- podporu dodržování průběžného pitného režimu - umožnit, aby NLZP měli pití při ruce a nemuseli odbíhat do jiné místnosti, vhodné by také bylo umístění nápojových automatů na jednotlivá oddělení
- o materiální nebo finanční benefity formou příspěvků na dovolenou, wellness pobyty, vitamíny a doplňky výživy, různé rehabilitační procedury, navýšení dovolené)
- podporu pohybové aktivity zřízením posilovny a tělocvičny v rámci nemocnice s bezplatným vstupem pro zaměstnance.

7 SOUHRN

Cílem diplomové práce je analýza životního stylu nelékařských zdravotnických pracovníků.

Teoretická část se zabývá problematikou zdraví, jeho podpory a zdravotního stavu. Dále shrnuje poznatky z jednotlivých oblastí životního stylu jako je výživa a pitný režim, pohybová aktivita, stres, spánek a návykové látky. Opomenuta není ani charakteristika profese nelékařského zdravotnického pracovníka.

Výzkumné šetření, které je zaměřeno na zmapování životního stylu NLZP, bylo realizováno pomocí dotazníkové metody. Zkoumaný soubor tvořilo celkem 215 NLZP pracujících ve vybraných nemocnicích a ambulancích Olomouckého kraje.

Na základě výzkumu bylo zjištěno, že NLZP mají jisté nedostatky v dodržování zdravého životního stylu. Jedná se hlavně o oblast výživy, kdy se stravují nepravidelně a ve spěchu. Do svého jídelníčku zařazují spíše nezdravé potraviny a zapomínají na ovoce, zeleninu a ryby. U více než poloviny dotázaných se hmotnost pohybuje v pásmu normy, avšak skoro třetina NLZP již trpí nadváhou.

Na hranici je také jejich pitný režim, kdy více než polovina respondentů uvedla, že za den vypije 1 – 2 litry tekutin. Velké oblibě se však těší káva, kterou skoro polovina respondentů popíjí i několikrát denně. Zjištěna byla i konzumace a užívání návykových látek jako je alkohol a tabák.

Dalším problémem je nízká pohybová aktivita, kdy skoro třetina NLZP provozuje nějakou pohybovou aktivitu 1x – 2 x týdně a další třetina jen několikrát do měsíce.

8 SUMMARY

The target of my diploma thesis is to analyze a lifestyle of nurses and paramedical staff.

The theoretical part deals with a health issue, its support and its condition. It also summarizes the findings from the different lifestyle areas such as nutrition and a drinking regime, a physical activity, stress, sleep and addictive substances. I did not even omit a characteristic of a paramedical worker profession (NLZP).

The research survey, which focuses on mapping of a lifestyle of paramedical staff, was realised by using a questionnaire method. The surveyed group consisted of 215 NLZP working in the selected hospitals and ambulances of Olomoucký region.

Based on the research, it was found out that NLZP have certain shortages in compliance with a healthy lifestyle. It is mainly the area of nutrition because they eat irregularly and in a hurry. They put more junk food in their diet and they forget about fruit, vegetables and fish. More than a half of the respondents have their weight within standards, but nearly a third of NLZP are overweight.

Their drinking regime is also in the limit. More than a half of the respondents said they drink 1 - 2 litres of fluids per day. They mostly like coffee and a half of the respondents drink it several times a day. Further, it was found out consumption and use of addictive substances such as alcohol and tobacco.

Another issue is a low physical activity, almost a third of NLZP do some physical activity once up to twice a week and other third of NLZP only several times a month.

9 REFERENČNÍ SEZNAM

1. ASTL, Jaromír, Eliška ASTLOVÁ a Eva MARKOVÁ. *Jak jíst a udržet si zdraví aneb Vyvážený zdravý životní styl pro každý den: Příručka poradce*. Praha: Maxdorf, 2009, 328 s. ISBN 978-80-7345-175-2.
2. BLAHUTKOVÁ, Marie, Viktor PACHOLÍK, Viktor PÓČ, Iva HRNČÍŘÍKOVÁ a Ondřej SMOLKA. *Pohybem proti civilizačním chorobám*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 127 s. ISBN 978-80-210-5110-2.
3. CUNGI, Charly a Serge LIMOUSIN. *Relaxace v každodenním životě*. 1.vyd. Překlad Miloslava Láznovská. Praha: Portál, 2005, 160 s. ISBN 80-7178-948-8.
4. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
5. ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 108 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
6. DIEHL, Hans a Aileen LUDINGTON. *Síla zdraví*. 1. vyd. Překlad Peter Pribiš. Praha: Advent-Orion, 2006, 349 s. Život a zdraví. ISBN 80-7172-183-2.
7. DRBAL, Ctibor. *Naše zdraví a jeho otazníky*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2004, 66 s. ISBN 80-867-2908-7.
8. FOŘT, Petr. *Výživa pro dokonalou kondici a zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 184 s. ISBN 80-247-1057-9.
9. GUČKOVÁ, Mária. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404.
10. HAVLÍK, Bořivoj. *Pijeme zdravě?*. 1. vyd. Praha: Sdružení českých spotřebitelů, 2006, 32 s. Průvodce spotřebitele. ISBN 80-239-767-X.
11. HEPLOVÁ, Monika a MICHÁLKOVÁ, Helena. Motivační prvky v práci sester. *Sestra*. Praha: 2010, č. 11, s. 30. ISSN 1210-0404.
12. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: K teoretickým základům cesty ke zdraví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.
13. HRNČÍŘÍKOVÁ, Iva. Výživa pro dokonalou kondici a zdraví. BLAHUTKOVÁ, Marie, Viktor PACHOLÍK, Viktor PÓČ, Iva HRNČÍŘÍKOVÁ a Ondřej SMOLKA. *Pohybem proti civilizačním chorobám*. 1.vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5110-2.

14. HŘIVNOVÁ, Michaela. Zdraví: definice a determinanty zdraví, Výživa. HŘIVNOVÁ, Michaela, Jana MAJEROVÁ, Ivana KNAUSOVÁ, Jitka TOMANOVÁ, Miroslav KOPECKÝ a Kateřina KIKALOVÁ. *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010, s. 9-16. ISBN 978-80-244-2503-0.
15. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
16. CHRPOVÁ, Diana. *S výživou zdravě po celý rok*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 133 s. ISBN: 978-80-247-2512-3.
17. JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. 1. vyd. Překlad Dagmar Tomková. Praha: Portál, 2007, 160 s. ISBN 978-80-7367-211-9.
18. KLESCHT, Vladimír. *5 pilířů zdravého života*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2008, 176 s. ISBN 978-80-251-2149-8.
19. KNAUSOVÁ, Ivana. Problematika závislostí. HŘIVNOVÁ, Michaela, Jana MAJEROVÁ, Ivana KNAUSOVÁ, Jitka TOMANOVÁ, Miroslav KOPECKÝ a Kateřina KIKALOVÁ. *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, s. 63-89. ISBN 978-80-244-2503-0.
20. KOMPRDA, Tomáš. *Výživou ke zdraví*. 1. vyd. Velké Bílovice: TeMi CZ, 2009. 110 s. ISBN 978-80-87156-41-4.
21. KOPEC, K. *Zelenina ve výživě člověka*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 168 s. ISBN 978-80-247-2845-2.
22. KOPECKÝ, Miroslav. Pohyb a zdraví. HŘIVNOVÁ, Michaela, Jana MAJEROVÁ, Ivana KNAUSOVÁ, Jitka TOMANOVÁ, Miroslav KOPECKÝ a Kateřina KIKALOVÁ. *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010, s. 90-95. ISBN 978-80-244-2503-0.
23. KOPECKÝ, Miroslav a Martina CICHÁ. *Somatologie pro učitele*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1027-9.
24. KRÁLÍKOVÁ, Eva. *Nekuřáctví - základní podmínka zdravých plic: Jak přestat kouřit?*. Olomouc: Solen. ISBN 978-80-87327-27-2.
25. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
26. KUKAČKA, Vladislav. *Zdravý životní styl*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2009, 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.

27. KUKAČKA, Vladislav. *Udržitelnost zdraví*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2010. 228 s. ISBN 978-80-7394-217-5.
28. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa a hubnutí v otázkách a odpovědích*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 128 s. ISBN 80-247-1050-1.
29. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa*. 2. přepracované vyd. Praha: Grada, 2011, 140 s. ISBN 978-80-247-3433-0.
30. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
31. MARÁDOVÁ, Eva. *Výživa zdraví*. STŘEDA, Leoš, Eva MARÁDOVÁ a Tomáš ZIMA. *Vybrané kapitoly o zdraví*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2010, s. 22-30. ISBN 978-80-7290-480-8.
32. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Výživová doporučení pro obyvatelstvo ČR*. 1.vyd. Praha, 2005.
33. MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena: Celost. vysokoškolská učebnice pro stud. filozof. fakulty oboru psychologie*. 1. vyd. Praha: SPN, 1984. 207 s.
34. MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. 107 s. ISBN 978-80-7368-951-3.
35. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 2. vyd., upr. Praha: Portál, 2003. 152 s. ISBN 80-7178-831-7.
36. NOVOTNÝ, Jan. *Hypokineze*. AUTORSKÝ KOLEKTIV. *Civilizace a nemoci*. 1. vyd. Praha: FUTURA, 2009, s. 36-41. ISBN 978-80-86844-53-4.
37. OŠANCOVÁ, Kateřina a Jarmila JANOVSÁ. *Voda a nápoje*. STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA. *Manuál prevence v lékařské praxi: II. Výživa*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1995, s. 31-34. ISBN 80-7168-227-6.
38. PÁNEK, Jan a kol. *Základy výživy*. 1. vyd. Praha: Svoboda Servis, 2002. 207 s. ISBN 80-86320-23-5.
39. PRADÁČOVÁ, Jarmila. *Kouření a zdraví*. Praha: Liga proti rakovině Praha, [2010?]. 16 s. ISBN 978-80-254-8025-0.
40. PRAŠKO, Ján, Kateřina ESPA-ČERVENÁ a Lucie ZÁVĚŠICKÁ. *Nespavost: zvládání nespavosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 104 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-717-8919-4.
41. PRESL, Jiří. *Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?* 2. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 1995, 88 s. MEDICA - Praktické rady lékaře. ISBN 80-85800-25-X.

42. ROKYTA, Richard. *Fyziologie: pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 359 s. ISBN 80-85866-45-5
43. ROZSYPALOVÁ, Marie a Marta STAŇKOVÁ. *Ošetrovatelství 1/1: pro střední zdravotnické školy*. 2. přepracované vyd. Praha: Informatorium, 1996, 234 s. ISBN 80-854-2793-1.
44. SOVINOVA, Hana a Ladislav CSÉMY. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 96 s. ISBN 80-7071-230-9.
45. SÝKOROVÁ, Anna. Spánek a jeho poruchy. *Sestra*. Praha: 2006, č. 4, s. 22. ISSN 1210-0404.
46. TRACHTOVÁ, Eva, Dagmar MASTILIAKOVÁ a Gabriela FOJTOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 185 s. ISBN 80-7013-324-8.
47. VALÁŠKOVÁ, Dana. Sestra stráví denně v předklonu 96 minut. *Sestra*. Praha: 2008, č. 12, s. 22. ISSN 1210-0404.
48. VOKURKA, Martin. *Praktický slovník medicíny*. 3. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 1995, 409 s. ISBN 80-85800-27-6.
49. WASSERBAUER, Stanislav a kol. *Výchova ke zdraví pro vyšší zdravotnické škol a střední školy*. 3. upravené a rozšířené vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2001. ISBN 80-7071-172-8.
50. ŽIDKOVÁ, Zdeňka. Životospráva sálových sester. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 2, s. 41. ISSN 1210-0404.

INTERNETOVÉ ZDROJE

51. Česká republika. Zákon č.96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. In: www.nconzo.cz. 2004, č. 339, 109. Dostupné z: http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=b2b51f48-888b-4a11-9c9e-51f8ab4ad1db&groupId=11063.
52. Desatero spánkové hygieny. In: *Dobrý spánek* [online]. 02.03.2012 [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: <http://www.dobry-spanek.cz/desatero>.
53. Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí: Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. In: *Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů* [online]. © 2008-2012 [cit. 2012-02-10]. Dostupné z:

- http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=a740f1ac-a17a-412c-89ea-30e5cd71780e&groupId=11063.
54. Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR - EHIS CR (Kouření a vystavení tabákovému kouři). In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 20.01.2011 [cit. 2012-03-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/evropske-vyberove-setreni-zdravotnim-stavu-cr-ehis-cr-koureni-vystaveni-tabakovemu-kouri>.
55. FIŠEROVÁ, Petra. *Životní styl všeobecných sester*. Olomouc, 2011. Dostupné z: http://theses.cz/id/xqc8n6/ivotn_styl_veobecnych_sester.pdf. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravovědy. Vedoucí práce Mgr. Jana Majerová
56. CHOULÍKOVÁ, Irena. *Životní styl sester pracujících na anesteziologicko-resuscitačním oddělení*. České Budějovice, 2008. Dostupné z: http://theses.cz/id/o5k4nx/downloadPraceContent_adipIdno_12349. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita.
57. INGR, Ivo. V české republice jíme příliš málo ryb. *Výživa a potraviny* [online]. 2008, č. 4 [cit. 2012-03-22]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/v-ceske-republice-jime-prilis-malo-ryb.html>.
58. Komplexní přístup ke zdravému životnímu stylu. *Fórum zdravé výživy* [online]. [cit. 2012-03-01]. Dostupné z: <http://www.fzv.cz/komplexni-pristup/146-komplexni-pristup-ke-zdravemu-zivotnimu-stylu.aspx>.
59. KOŽÍŠEK, František. *Pitný režim* [online]. 2. přepracované vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2008 [cit. 2012-03-03]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/plne_znani/letaky/pitny_rezim.pdf.
60. MAŠKOVÁ, Nikola. *Životní styl sester dle vybraných sociálních determinant (v oblasti stravování, sportovní aktivity, zvládání stresu, závislosti)*. České Budějovice, 2011. Dostupné z: http://theses.cz/id/vsw38z/Bakalsk_prce_Nikola_Makov.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
61. MLČOCH, Zbyněk. *Alkoholik* [online]. 3. verze. 10.7.2009 [cit. 2012-02-23]. Dostupné z: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/>.
62. NAVRÁTILOVÁ, Simona. *Životní styl porodních asistentek pracujících ve směnném provozu ve FN Brno na gynekologicko - porodnické klinice*. Brno, 2010. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/319775/lf_b/BP_Simona_Navratilova.pdf. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence.

63. Odpočinek - lék na naši únavu. In: *Celostnimedicina.cz: Informační server o zdraví* [online]. 05.03.2008 [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: <http://www.celostnimedicina.cz/odpocinek-lek-na-nasi-unavu.htm>.
64. POLEDNE, Rudolf, Václava KUNOVÁ a Tamara STARNOVSKÁ. *Fórum zdravé výživy: Pyramida zdravé výživy* [online]. 18-06-2003 [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <http://www.fzv.cz/pro-media/publikace/informacni-materialy/pyramida-zdrave-vyzivy/115-pyramida-zdrave-vyzivy.aspx>.
65. Pracovní prostředí: Podpora zdraví na pracovišti. *Státní zdravotní ústav* [online]. [cit. 2011-12-15]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/podpora-zdravi-na-pracovisti>.
66. ÚSTAV PREVENTIVNÍHO LÉKAŘSTVÍ LÉKAŘSKÉ FAKULTY MASARYKOVY UNIVERZITY V BRNĚ. Pohybová aktivita. *Prevence nemoci a podpora zdraví* [online]. 2004 [cit. 2012-03-03]. Dostupné z: <http://www.cba.muni.cz/prevencenemoci/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=6>.
67. VRÁNOVÁ, Zuzana. *Kouření, stravování a pitný režim sester při výkonu profese na vybraných odděleních*. Olomouc, 2011. Dostupné z: http://theses.cz/id/bc7exu/Vranova_Zuzana_Kouren_stravovani_a_pitny_rezim_sester_pri.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství.
68. ZLONICKÝ, Petr. *Sonda do názorů absolventů vzdělávacího systému nelékařských zdravotnických pracovníků*. Brno, 2011. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/208896/pedf_m/?jazyk=en;info. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky.

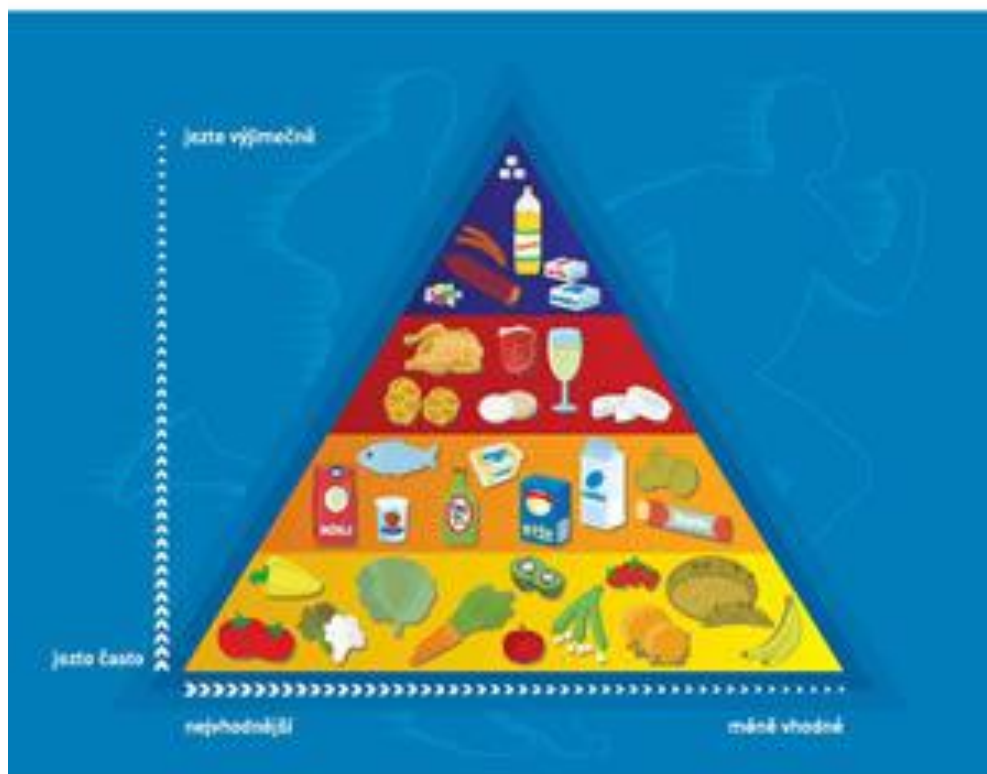
10 SEZNAM SYMBOLŮ A ZKRATEK

atd.	a tak dále
BMI	Body mass index
°C	stupeň Celsia
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
dcl	decilitr
FZV	Fórum zdravé výživy
g	gram
HDL	High – density lipoprotein
kg	kilogram
kJ	kilojoul
l	litr
LDL	Low – density lipoprotein
m	metr
mg	miligram
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
ml	mililitr
např.	například
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
WHO	World Health Organisation – Světová zdravotnická organizace
§	paragraf

11 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Pyramida zdravé výživy
Příloha 2	Dotazník
Příloha 3	Žádost o umožnění výzkumného šetření
Příloha 4	Ostatní výsledky dotazníkové položky č. 10

Česká potravinová pyramida



- základem jíst pestrou stravu rozloženou do celého dne
- zvýšte spotřebu zeleniny (zejména salátů) a ovoce na množství 0,5 kg denně
- denně konzumujte nejméně 2l tekutin, přednost dávejte vodě
- nespomeňte na pravidelnou denní konzumaci mléčných výrobků
- k vaření a přípravě pomazánek používejte pouze rostlinné tuky, do salátů rostlinné oleje
- maso jzte jen libově, bez viditelného tuku
- omezte smažení: pokrmy a vyberte se oplatkám, kuskům a sušenkám s náplní
- vybírejte si potraviny s nižším obsahem sodíku. Neprísolujte!
- udržujte optimální tělesnou hmotnost, horní hranice je výška (v cm) minus 100; pravidelně sportujte

➤ Další informace a dotazy: www.fvc.cz

Příloha 2

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Janoušková a studuji 5. ročník magisterského studia oboru Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro SŠ na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Dovoluji si Vás požádat o spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí mé diplomové práce s názvem „**Životní styl nelékařských zdravotnických pracovníků**“. Vyplnění dotazníku je anonymní. Pokud není uvedeno jinak, vyberte prosím jen jednu odpověď. Svoji odpověď označte křížkem nebo doplňte. Předem Vám moc děkuji za Vaši ochotu a čas, který věnujete vyplnění dotazníku a za zodpovězení všech otázek.

1. Pohlaví

- ☐ muž
- ☐ žena

2. Věk

- ☐ 19 – 30
- ☐ 31 – 40
- ☐ 41 – 50
- ☐ 51 a více

3. Nejvyšší ukončené vzdělání

- ☐ střední s maturitou
- ☐ střední s maturitou + PSS
- ☐ vyšší odborné (Dis.)
- ☐ vysokoškolské (Bc., Mgr.,...)

4. V jakém provozu pracujete?

- ☐ jednosměnný
- ☐ vícesměnný

5. Vaše pracovní zařazení:

6. Váha kg Výška cm

7. Kolikrát denně se stravujete?

- ☐ 1x – 2x denně
- ☐ 3x – 4x denně
- ☐ 5x denně
- ☐ více než 5x denně

8. Stravujete se v průběhu pracovní doby v pravidelných intervalech?

- ☐ ano, vždy
- ☐ občas
- ☐ ne, nikdy

9. Jíte v práci ve spěchu?

- ☐ ano, vždy
- ☐ občas
- ☐ ne, nikdy

10. V následující tabulce označte křížkem, jak často konzumujete uvedené potraviny a nápoje

	několikrát denně	1x denně	4x-6x týdně	1x-3x týdně	několikrát za měsíc	nikdy
ovoce						
zelenina						
luštěniny						
mléčné výrobky (mléko, sýry,...)						
bílé pečivo						
celozrnné pečivo						
ryby						
drůbež						
vepřové maso						
smažená jídla						
uzeniny						
masné výrobky (paštiky, konzervy,...)						
rychlé občerstvení (hamburgery, hranolky, pizza,...)						
sladkosti						
káva						
energetické nápoje						

slazené minerálky a nápoje						
pivo 0,5 l						
víno 0,2 l						
destiláty 0,04 l						

11. Kolik litrů tekutin během dne vypijete?

- ☐ méně než 1 litr
- ☐ 1 – 2 litry
- ☐ 2 – 3 litry
- ☐ více než 3 litry

12. Pijete v průběhu pracovní doby:

- ☐ průběžně
- ☐ nárazově

13. Kouříte?

- ☐ ano, pravidelně cig./denně
- ☐ ano, příležitostně
- ☐ ne, přestala jsem kouřit
- ☐ ne, nikdy jsem nekouřila

14. Začal(a) jste kouřit v souvislosti s nástupem do zdravotnictví?

- ☐ ano
- ☐ ne

15. Jak obvykle trávíte svůj volný čas? (můžete označit max. 3 odpovědi)

- ☐ četba knih
- ☐ sledování TV
- ☐ sport
- ☐ procházky do přírody
- ☐ vzdělávání
- ☐ návštěva kulturních akcí
- ☐ domácí práce
- ☐ práce na zahradě
- ☐ s rodinou
- ☐ s přáteli
- ☐ nedělám nic
- ☐ jinak (prosím uveďte):

16. Jak často se věnujete pohybové aktivitě mírné intenzity (např. jízda na kole, běh, plavání, rekreační sport,..) v rozsahu nejméně 30 min.?

- ☐ denně
- ☐ 5x – 6x týdně
- ☐ 3x – 4x týdně
- ☐ 1x – 2x týdně
- ☐ několikrát za měsíc
- ☐ nikdy (*uved'te proč*):

17. Kolik hodin denně průměrně spíte?

- ☐ méně než 6 hodin
- ☐ 6 – 8 hodin
- ☐ 8 – 10 hodin
- ☐ více než 10 hodin

18. Jste spokojen(a) s kvalitou Vašeho spánku?

- ☐ ano
- ☐ ne

19. Trpíte nějakými poruchami spánku?

- ☐ ne
- ☐ ano (*uved'te jakými*):

20. Pociťujete stres v souvislosti s výkonem vašeho povolání?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne
- ☐ nevím

21. Jak se nejčastěji vyrovnáváte se stresem?

- ☐ nedělám nic
- ☐ používám relaxační techniku
- ☐ sportuji
- ☐ kouřením
- ☐ sklenkou alkoholu
- ☐ užívám léky (na zklidnění)
- ☐ vyhledám pomoc přítele

- ☐ vyhledám odbornou pomoc (psycholog, psychiatr)
- ☐ jinak (*uved'te*):

22. Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

- ☐ velmi dobrý
- ☐ dobrý
- ☐ uspokojivý
- ☐ špatný
- ☐ velmi špatný

23. Trpíte nějakými dlouhodobými zdravotními potížemi (trvajícím déle než 6 měsíců), které si myslíte, že mají souvislost s Vaším povoláním?

- ☐ ne
- ☐ ano (*uved'te jakými*):

24. Myslíte si, že žijete „zdravě“?

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ spíše ne
- ☐ ne
- ☐ nevím

Příloha 3

Náměstkyně ředitele pro nelékařskou zdravotní péči

Mgr. Marie Jouklová

Středomoravská nemocniční a.s.

Mathonova 291/1

796 04 Prostějov

Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Vážená paní náměstkyně,

jsem studentkou 5. ročníku oboru Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro SOŠ na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Dovoluji si Vás požádat o povolení provést výzkumné šetření u zaměstnanců Středomoravské nemocniční a.s. – o.z. Nemocnice Prostějov, Nemocnice Přerov a Nemocnice Šternberk. Výsledky tohoto šetření budou zpracovány v mé diplomové práci s názvem: *„Životní styl nelékařských zdravotnických pracovníků“*. Účast zaměstnanců na studii by spočívala ve vyplnění dotazníků, které budou anonymní a jejich vyplnění je dobrovolné.

Za kladné vyřízení žádosti předem děkuji.

Bc. Kateřina Janoušková

Pod Valy 2

750 02 Přerov

Mgr. Jana Majerová

Katedra antropologie a zdravotvědy

PdF UP v Olomouci

vedoucí diplomové práce

Příloha: dotazník

V Přerově 2.12. 2011

Příloha 4

Tabulka 35. Konzumace luštěnin

Luštěniny	n	%
několikrát denně	0	0,00
1x denně	1	0,47
4x - 6x týdně	4	1,86
1x - 3x týdně	32	14,88
několikrát za měsíc	142	66,05
nikdy	36	16,74
celkem	215	100,00

Tabulka 36. Konzumace bílého pečiva

Bílé pečivo	n	%
několikrát denně	28	13,02
1x denně	62	28,84
4x - 6x týdně	37	17,21
1x - 3x týdně	32	14,88
několikrát za měsíc	42	19,53
nikdy	14	6,51
celkem	215	100,00

Tabulka 37. Konzumace celozrnného pečiva

Celozrnné pečivo	n	%
několikrát denně	31	14,42
1x denně	40	18,60
4x - 6x týdně	51	23,72
1x - 3x týdně	48	22,33
několikrát za měsíc	38	17,67
nikdy	7	3,26
celkem	215	100,00

Tabulka 38. Konzumace drůbeže

Drůbež	n	%
několikrát denně	0	0,00
1x denně	0	0,00
4x - 6x týdně	26	12,09
1x - 3x týdně	67	31,16
několikrát za měsíc	108	50,23
nikdy	14	6,51
celkem	215	100,00

Tabulka 39. Konzumace vepřového masa

Vepřové maso	n	%
několikrát denně	0	0,00
1x denně	9	4,19
4x - 6x týdně	34	15,81
1x - 3x týdně	74	34,42
několikrát za měsíc	80	37,21
nikdy	18	8,37
celkem	215	100,00

Tabulka 40. Konzumace masných výrobků

Masné výrobky	n	%
několikrát denně	2	0,93
1x denně	5	2,33
4x - 6x týdně	21	9,77
1x - 3x týdně	46	21,40
několikrát za měsíc	106	49,30
nikdy	35	16,28
celkem	215	100,00

Tabulka 41. Konzumace rychlého občerstvení

Rychlé občerstvení	n	%
několikrát denně	0	0,00
1x denně	0	0,00
4x - 6x týdně	11	5,12
1x - 3x týdně	23	10,70
několikrát za měsíc	125	58,14
nikdy	56	26,05
celkem	215	100,00

Tabulka 42. Konzumace slazených minerálek a nápojů

Slazené minerálky a nápoje	n	%
několikrát denně	7	3,26
1x denně	22	10,23
4x - 6x týdně	28	13,02
1x - 3x týdně	37	17,21
několikrát za měsíc	85	39,53
nikdy	36	16,74
celkem	215	100,00

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Kateřina Janoušková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotvědy
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Majerová
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Životní styl nelékařských zdravotnických pracovníků
Název v angličtině:	Lifestyle of paramedical staff
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá problematikou životního stylu nelékařských zdravotnických pracovníků. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část shrnuje poznatky z oblasti zdraví a jeho podpory, výživy, pohybové aktivity, spánku, stresu a návykových látek. Část druhou, praktickou tvoří kvantitativní výzkum, který hodnotí životní styl NLZP ve vybraných nemocnicích.
Klíčová slova:	nelékařský zdravotnický pracovník, výživa, pohybová aktivita, spánkové návyky, stres, návykové látky
Anotace v angličtině:	My diploma thesis deals with a lifestyle issue of paramedical staff. It is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part summarizes the findings from the area of health and its support, nutrition, a physical activity, sleep, stress and addictive substances. The second part which is practical consists of a quantitative research evaluating a lifestyle of NLZP in the selected hospitals.
Klíčová slova v angličtině:	paramedical worker, nutrition, physical activity, sleeping habits, stress, addictive substances
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 Pyramida zdravé výživy Příloha 2 Dotazník Příloha 3 Žádost o umožnění výzkumného šetření Příloha 4 Ostatní výsledky dotazníkové položky č. 10
Rozsah práce:	93 s.
Jazyk práce:	čeština