



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Sestra jako představitelka zdravého životního stylu

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Marie Soukupová

Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svojí diplomovou práci s názvem Sestra jako představitelka zdravého životního stylu jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 15. 5. 2017

Poděkování

Děkuji vedoucí mé diplomové práce paní PhDr. Marii Trešlové, Ph. D. za odborné vedení práce, konzultace, vstřícnost, poskytování rad a připomínek k práci a Mgr. Olze Dvořáčkové z Ústavu laboratorní diagnostiky ZSF JU za statistické zpracování dat. Dále děkuji všem, kteří se zúčastnili mého výzkumu, za jejich čas a ochotu spolupracovat a poskytl mi tak dostatečný soubor pro výzkumné šetření. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a blízkým za jejich pomoc a podporu po celou dobu studia.

Sestra jako představitelka zdravého životního stylu

Abstrakt

Diplomová práce s názvem Sestra jako představitelka zdravého životního stylu je tvořena dvěma hlavními částmi a to teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou obsaženy teoretické poznatky týkající se problematiky životního stylu všeobecných sester vyplývající z charakteru jejich profese, témata týkající se osobnosti všeobecné sestry, životního stylu sester, psychohygieny sester. Praktická část diplomové práce referuje o kvantitativním výzkumu, který proběhl u 193 všeobecných sester formou dotazníkového šetření, o pravděpodobném dodržování zdravého životního stylu sestrami, o vlivu výchovy na dodržování zdravého životního stylu. Z výzkumu vyplývá, že většina sester zná ovlivnitelné determinanty zdravého životního stylu, ale profese všeobecné sestry neumožňuje sestřám tyto determinanty ve svém životním stylu naplnit. Výchova ke zdravému životnímu stylu v dětství nemá u zkoumané skupiny respondentů vliv na dodržování zdravého životního stylu v dospělosti, délka praxe nemá vliv na dodržování zdravého životního stylu sester. Diskuse a závěr podávají souhrn o získaných výsledcích.

Klíčová slova

Všeobecná sestra, zdravý životní styl, stres, fyzická zátěž, psychická zátěž, pracovní podmínky sester.

Nurse as a representative of a healthy lifestyle

Abstract

The thesis entitled Nurse as a representative of a healthy lifestyle consists of two main parts, one theoretical and one practical. The theoretical part consists of theoretical knowledge of the nurses' lifestyle coming from their profession, topics related to the personality of general nurses, nurses' lifestyle and mental hygiene. The practical part of the thesis is a quantitative research, which is based on responds of 193 nurses in a questionnaire survey about the impact of education on adherence on a healthy lifestyle. Research shows that most nurses know well the factors of a healthy life style which they could potentially have influence on, however they are not able to apply this knowledge to their life style. Education on correct healthy lifestyle and length of practice has no impact on nurses' healthy lifestyle and their families. Discussion and conclusion summarize the research results.

Key words

General nurse, healthy lifestyle, stress, physical stress, psychological stress, working conditions of nurses.

Obsah

Úvod.....	8
Cíl.....	9
1 Současný stav.....	11
1.1 Všeobecná sestra	11
1.2 Osobnost sestry	11
1.3 Role sestry.....	12
1.4 Pracovní náročnost sesterské profese.....	13
1.5 Pracovní podmínky a pracovní prostředí sester	14
2 Zdravý životní styl.....	16
2.1 Životní styl sester	17
2.1.1 Směnný provoz a jeho důsledky.....	17
2.1.2 Fyzická zátěž a její důsledky.....	18
2.1.3 Psychická zátěž a její důsledky	19
2.1.3.1 Fyziologické změny.....	21
2.1.3.2 Syndrom vyhoření (burnout).....	21
3 Psychohygienu	23
3.1 Psychohygienu sestry	23
3.1.1 Sebepoznání.....	24
3.1.2 Pohyb.....	25
3.1.3 Výživa.....	26
3.1.4 Hospodaření s časem	26
3.1.5 Mezilidské vztahy.....	27
4 Cíle práce, výzkumná otázka, hypotézy	29
4.1 Cíle práce	29
4.2 Hypotézy	29
4.3 Výzkumná otázka.....	29
5 Metodika	30
5.1 Metodika výzkumného šetření	30
5.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
6 Výsledky	32
6.1 Statistické testování hypotéz	46
7 Diskuze	52
8 Závěr	60

9 Seznam literatury	62
10 Seznam příloh	70
10.1 Dotazník pro všeobecné sestry	70
11 Seznam zkratek	74

Úvod

Zdravý životní styl je v dnešní přetechizované době velmi často diskutovaným tématem. Moderní, na výkon orientovaná doba nás neustále žene dopředu, ale i přes tuto skutečnost je nutné si uvědomit, že naše zdraví je velmi důležitou komoditou k dosahování našich životních cílů. Křivohlavý (2001, s. 29) to popisuje takto: „*Člověk chce něco dělat a udělat, úspěšně splnit úkol, který si předsevzal... chce dílo dokončit, něčeho dosáhnout. Chce své představy, plány a ideje realizovat. Aby toho dosáhl, potřebuje být zdrav.*“ Zdraví a duševní pohodu můžeme velkou měrou ovlivnit i my sami naším chováním a jednáním. Správným a uváženým jednáním tak můžeme předcházet mnoha zdravotním komplikacím a nemocem. Způsob jak těmto komplikacím předcházet a jak dodržovat zásady zdravého životního stylu by měl být součástí výchovy již od raného dětství.

K volbě tématu mé diplomové práce „*Sestra jako představitelka zdravého životního stylu*“ mě vedly osobní zkušenosti z praxe. Všeobecné sestry edukují pacienty o zdravém životním stylu, očekává se od nich, že samy zdravý životní styl dodržují a jsou jeho představitelkami, ale umožňuje jim vůbec profese všeobecné sestry zdravý životní styl naplnit?

Životní styl sester je ovlivňován charakterem jejich povolání. Jedná se o náročné povolání, jak po stránce fyzické tak psychické. Tato náročnost, práce s lidmi, velká zodpovědnost, směnný provoz, nepravidelný režim stravování a spánku, nedostatek času k volnočasovým aktivitám a další jiné faktory, se mohou negativně odrážet na jejich životním stylu (Heplová a Michálková, 2010). U sester pracujících v nemocnici ve směnném provozu je nesnadné udržet pravidelný režim stravování, příjmu tekutin, spánku. Stejně tak je obtížné pravidelně vykonávat pohybovou aktivitu.

Diplomovou práci tvoří část teoretická a část empirická. Teoretická část diplomové práce vymezuje pojmy zvoleného tématu: např. všeobecná sestra, role sestry, osobnost sestry, životní styl sester, pracovní podmínky sester. Empirická část této práce je zaměřena na zhodnocení výzkumného šetření, které bylo realizováno pomocí dotazníkové techniky.

Cíl

Cílem diplomové práce je zjistit, zdali zdravotnické povolání inspiruje, ovlivňuje všeobecné sestry k dodržování zdravého životního stylu a zdali jim profese všeobecné sestry umožňuje zdravý životní styl naplnit. Následné pojmy, ze kterých je cíl sestaven, jsou dále operacionalizovány.

1. Zjistit

Význam slova zjistit znamená podle slovníku českých slov zkoumat, šetřením poznat jako jisté, označit nebo stanovit jako jisté (Čermák, 2011).

2. Zdravotnické povolání

Zákon o NZP (č. 96/2004 sb.) uvádí, že se jedná o „souhrn činností při poskytování zdravotní péče, zejména ošetrovatelské péče, péče v porodní asistenci, preventivní péče, diagnostické péče, léčebné péče, léčebně rehabilitační péče, neodkladné péče, anesteziologicko-resuscitační péče, posudkové péče a dispenzární péče“. Zdravotnické povolání je tedy zákonem vymezený souhrn činností (MZCR, 2017).

3. Všeobecná sestra

Profese všeobecné sestry patří k státem regulovaným profesím a mohou ji vykonávat pouze ty osoby, které splňují přísně dané normy. Základní poslání všeobecné sestry je řízení a poskytování ošetrovatelské péče ve zdraví a nemoci. Je to pomoc jednotlivcům, rodinám a skupinám metodou ošetrovatelského procesu (Staňková, 2002).

4. Inspirace

V běžné řeči znamená inspirace nejčastěji podnět, myšlenku nebo nápad, buď původní, anebo převzatý. Může znamenat také okruh myšlenkového vlivu, působení či školu (Fisherová, Starý, 2006).

5. Naplnit

Podle slovníku českých synonym znamená slovo naplnit – zrealizovat, uskutečnit, implementovat, včlenit do, vykonat, splnit (Slovník českých synonym, 2007).

6. Zdravý životní styl

Životní styl je důležitý faktor ovlivňující zdraví člověka, zahrnuje základní faktory jako životní rytmus, pohybový režim, duševní aktivita, zvládání náročných životních situací, životospráva a racionální výživa (Kraus, 2008).

1 Současný stav

1.1 Všeobecná sestra

Vzhledem k tomu, že tato diplomová práce je zaměřená na všeobecnou sestru jako představitelku zdravého životního stylu je nezbytné si definovat kdo všeobecná sestra je a co je náplní její profese. Sestra je jedním z nejvýznamnějších článků ošetrovatelského týmu. Je hlavním vykonavatelem ošetrovatelské péče, kterou vykonává v souladu se zákony, etickými principy, profesními standardy a hygienicko epidemiologickými opatřeními (Mastiliaková, 2004, Kutnohorská, 2010). Tóthová (2009) uvádí, že je sestra nepostradatelným profesním článkem současného zdravotnictví a podporovatelkou zdraví. Svoji profesní kvalifikaci sestra získala absolvováním programu ošetrovatelství. V současné době lze tuto profesní kvalifikaci získat na vyšší odborné škole složením absolutoria a získáním titulu diplomovaný specialista nebo na vysoké škole složením státní závěrečné zkoušky a získáním titulu bakalář. Standardní doba studia je šest semestrů. Po absolvování studia ošetrovatelství se sestra zařazuje mezi nelékařská zdravotnická povolání a je součástí multidisciplinárního týmu, kde činnosti všech pracovníků na sebe navazují, vzájemně se prolínají a podmiňují a každý člen týmu je zodpovědný za svou práci (Rozsypalová, Šafránková, 2002).

1.2 Osobnost sestry

„Je zřejmé, že pečovat o druhé lidi mohou pouze ti jedinci, kteří si v raném dětství vytvořili pozitivní vztah k druhým lidem a jsou tzv. prosociálně orientovaní“ (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1995, s. 86).

Jaké vlastnosti by měla mít sestra? Jaké by měly být její přednosti? Na tyto otázky bychom našli mnoho různých názorů a odpovědí, ale v podstatě by v mnohém byly shodné. V osobnosti sestry zaujímají důležité místo její charakterové, volní, citové, pracovní a temperamentní vlastnosti, osobní zralost, spíše vyšší frustrační tolerance a vnitřní stabilita. Rovněž je velmi důležitá úroveň jejích společenských vlastností, mravních vlastností a vzdělanostní úroveň. Sestra by měla být profesionálka, měla by být samostatná, schopná přijímat velkou zodpovědnost, měla by aktivně hájit zájmy pacienta a pečovat o něj s maximálním akceptováním jeho důstojnosti a intimity. Další její předností by měla být její důvěryhodnost (Staňková, 2002, Plevová, 2011).

Důvěryhodnost je spjata se schopností umět jednat s lidmi a se schopností navázat kontakt s pacientem a jeho rodinou, která bezprostředně souvisí s rysy sociability a sociální zkušeností. Pro úspěšnou realizaci ošetrovatelského procesu je nezbytné, aby sestra jednala evalvačně, aby pacient cítil, že si ho váží, a že je pro ni velmi důležitý spolupracovník ve všech činnostech, které vedou k podpoře jeho zdraví a soběstačnosti a usnadňují edukační i terapeutický efekt ošetrovatelského procesu (Staňková, 2002).

Nevhodné chování sestry, jak uvádí Jurásková (2011), může sesterskou profesi velmi devalvovat a tím může následně dojít ke zkomplikování poskytované ošetrovatelské péče (Jurásková, 2011).

Plevová (2011) uvádí, že z psychologických profesiogramů zaměřených na osobnostní předpoklady sestry, které byly provedeny v 70. letech, vyplynuly určité předpoklady, které jsou pro osobnost sestry důležité. Tyto předpoklady Plevová (2011) rozděluje na několik skupin. První skupinu tvoří senzomotorické předpoklady jako je zručnost, obratnost, šikovnost a nepatologické smyslové vnímání. Druhou oblast tvoří estetické předpoklady, které zahrnují smysl pro úpravu zdravotnického prostředí, ale i smysl pro úpravu vlastního zevnějšku. Třetí skupina zahrnuje sociální předpoklady, do kterých patří pozitivní vztah k lidem, schopnost empatie, umět navázat kontakt a vést dialog, schopnost předjímat různé sociální role a umět ovládat své verbální i neverbální projevy. Na sociální předpoklady navazuje oblast komunikačních dovedností, které zahrnují schopnost naslouchání, reflexi, sumarizování, podněcování hovoru a mlčení. Nedílnou součástí sesterské profese jsou rovněž intelektové předpoklady: operacionalizace a dobré myšlenkové procesy umožňující osvojení si mnoha odborných pojmů, schopnost řešit proměnlivé situace, schopnost vybrat v dané situaci správné optimální řešení. A poslední skupinu předpokladů tvoří autoregulační předpoklady, které zahrnují přizpůsobivost, sebezapření a odolnost vůči stresu (Plevová, 2011, Příbylová, 2014).

1.3 Role sestry

Podle Farkašové (2006) profese sestry zahrnuje určitý systém rolí. Role sestry jsou společensky dané a jsou historicky podmíněné. Sestra vykonává mnoho rozdílných avšak neméně důležitých rolí. Dále Farkašová (2006) uvádí, že role sester ovlivňují změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nové poznatky a technologie, celkový zdravotní stav obyvatelstva apod.

Profesní role sester odráží očekávání laické i odborné veřejnosti vztahující se k profesionálnímu konání, aktivitám, chování a vystupování sester v rámci výkonu této

profese. Aby sestra dosáhla vysoké profesionální úrovně ve svých rolích, musí u ní dojít k poznání a pochopení vlastní role a k harmonickému rozvoji tří složek: **kognitivní**, která představuje vědomosti, znalosti, **afektivní**, zahrnující empatii a cit dělat správné věci ve správný čas a správným způsobem a **behaviorální**, která zahrnuje rozvoj zručnostních a praktických dovedností u sester včetně komunikace, edukačních činností, podporování a vedení. V současném ošetrovatelství sestra nejčastěji plní tyto profesní role: ošetrovatelka, pečovatelka, komunikátorka, zprostředkovatelka, edukátorka, poradkyně, advokátka pacienta, nositelka změn, vůdce a manažerka, týmová hráčka, výzkumnice (Špirudová, Králová, 2006).

Pro úspěšnou identifikaci s rolí sestry je důležité, aby sestra byla sociálně vyzrálá a orientovaná na druhého člověka, což znamená např. orientaci v tradicích, dodržování hygienických, stravovacích návyků, zvládnutí sociálních rolí a přizpůsobení svého chování určitým situacím, mít přiměřené vztahy k ostatním členům společnosti, schopnost naplňovat své potřeby v rámci společnosti a také akceptovat potřeby ostatních, schopnost dál aktivně předávat normy společnosti svým dětem ve svých vzorcích chování (Těthalová, 2010). Osvojení si role či adaptace na novou roli je závislé na společenské prestiži povolání. Výzkumy Sociologického ústavu AV ČR potvrdily, že prestiž povolání sestry se zvyšuje, což pravděpodobně souvisí s rostoucím vzděláním sester. Posilování prestiže sester patří k prioritním cílům strategického plánování České asociace sester a Spolku vysokoškolsky vzdělaných sester (Plevová, 2011).

1.4 Pracovní náročnost sesterské profese

Práce sester je velice rozmanitá a může mít široké uplatnění v poskytování ošetrovatelské péče v mnoha oblastech zdravotně sociální péče, tato péče může být sestrou poskytována v různých zdravotnických zařízeních: v ambulancích, ústavních zařízeních, komunitách či v domácnostech pacientů. Práce sester je vykonávána ve směnách, na lůžkových odděleních se zejména uplatňují dvanáctihodinové směny denní a noční. V osmihodinových směnách se sestry střídají v ranních, odpoledních a nočních směnách. V ambulantních provozech je nejčastěji práce na ranní směny (Rozsypalová, Šafránková, 2002, Plevová, 2011).

Podle Helekové (2012) patří profese sestry k nejtěžším a nejrizikovějším povoláním s nadprůměrnou mírou pracovního stresu. S Helekovou souhlasí i Kebza a Šolcová (2003), kteří považují povolání sestry za vysoce stresogenní, charakteristické vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení při současně nízké autonomii pracovní

činnosti. Sestry jsou denně při výkonu povolání vystavovány různým zátěžím. K nejzávažnějším typům zátěží v práci všeobecných sester patří podle Bartoškové (2006) - **zátěž fyzická, chemická a fyzikální**, do kterých řadíme statické zatížení (např. stání při práci s pacientem, při vizitě, při výkonech), dynamické zatížení (pocházení, přecházení), zatížení páteře, svalového a kloubního systému (např. při polohování a zvedání pacientů, při úpravě lůžka), setkávání se s nepříjemnými podněty (např. exkrementy, otevřené či hnisající rány, zápach), rizika infekce (např. při manipulaci s biologickým materiálem), směnování – narušení cirkardiálního rytmu, nepravidelné stravování a dodržování pitného režimu v důsledku nedostatečného klidu a času.

Dalšími typy dle Bartoškové (2006) jsou **zátěže psychické, emocionální a sociální**, ke kterým patří velká zodpovědnost za svoji vykonanou práci, neustálá pozornost, sledování (stavu pacientů, instrukcí, techniky), pružné reagování na různé požadavky a změny, nutnost rychlého, mnohdy samostatného rozhodnutí, opakovaný kontakt s lidmi v těžkých emočních stavech, konfrontace s utrpením a bolestí, s umíráním a se smrtí samotnou, vyrovnávání se s pocity bezmoci, působení bolesti druhým lidem, zacházení s intimitou člověka (např. při aplikaci injekcí, cévkování, aplikaci klyzmatu), kontakt a komunikace s příbuznými pacientů, opakované konfrontace s vlastními zážitky a postoji (přemýšlení o svém životě, o svých hodnotách a postojích), nízké ohodnocení práce, nároky na neustálé vzdělávání, nevyhovující pracovní podmínky a řada dalších, které nejsou výše uvedené.

Podle Bartoškové (2006) je obtížné říci, která z těchto skupin zátěží je horší neboť obě skupiny působí současně, navzájem se ovlivňují, a tedy zvyšují míru dopadu na jedince. Přemíra podnětů, kterým je sestra při výkonu povolání vystavena vyvolává napětí, které může vést k podrážděnosti a narušení neuropsychické rovnováhy (Zacharová et al., 2011).

1.5 Pracovní podmínky a pracovní prostředí sester

Pro rozvoj osobní profesionality jsou důležité podmínky, ve kterých sestry pracují. Podle Špirudové a Králové (2006) by pracovní prostředí mělo podporovat sestry v jejich úsilí naplňovat sesterské profesní role. Nejčastěji bývají pracovní podmínky chápány jako část nebo synonymum pracovního prostředí. Pracovní podmínky jsou podmíněné charakterem vykonávané práce, fyziologií práce, technologickými postupy, technickým a materiálovým vybavením, fyzikálními faktory prostoru, ve kterém pracovní činnost

probíhá, hygienickým stavem a estetickým řešením pracovišť. V širším kontextu je též ovlivněno sociálními faktory, mezilidskými vztahy a způsobem organizace a řízení (Choulíková, 2007).

Pracovní podmínky mají velký vliv na výkon sester a patří k významným determinantám jejich zdravotního stavu. Vedle pozitivního vlivu mohou mít pracovní podmínky i negativní vliv na zdraví sahající od bezvýznamných změn, kterými mohou být pracovní stigmata přes závažnější důsledky (nemoci z povolání) až po případy smrtelné (SZÚ, 2016).

Z výsledků výzkumu Hayese a Pryorové (2010) zaměřeného na pracovní spokojenost vyplývá, že spokojenost sester s pracovními podmínkami je komplexní a multifaktoriální jev, ve kterém má významný vliv na pozitivní vnímání a spokojenost s pracovními podmínkami spolupráce mezi jednotlivými sestrami a jejich manažery. Pracovními podmínkami a vlivem práce na zdravotní stav zaměstnanců, se zabývá pracovní lékařství jehož cílem je ochrana zdraví při práci, ergonomie práce a zabezpečení optimálního rozvoje fyzických a duševních sil pracujícího člověka (Tuček, 2005).

2 Zdravý životní styl

Zdravý životní styl je hlavní determinantou zdraví a definovat ho není snadné. 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 jako „*pocit fyzického, psychického a sociálního blaha*“ (Astl, Astlová, Marková, 2009, s. 10).

Podle Novákové (2011) zdravý životní styl představuje pravidelný životní rytmus, dostatečný pohyb, psychickou aktivitu, duševní hygienu a zdravou životosprávu, směřující k udržení zdraví, tělesné kondice a zvládnutí životně náročných situací. Krejčík a Altnerová (2007) definují zdravý životní styl jako souhru všech možných aktivit a činností, které člověk provádí během celého dne, které vedou k harmonii těla s duší a myslí.

Podle Blahušové (2009) není zdravý životní styl neměnný stav, ale jsou to neustálé změny jeho složek k lepšímu. Neexistuje hranice, o které lze říci, že člověk dosáhl nejvyššího stupně rovnováhy a duševní pohody.

Kukačka (2010) definuje životní styl jako typické chování lidí ve společnosti. Podle Kukačky je součástí zdravého životního stylu umění střídat práci s odpočinkem, dostatečně duševně relaxovat a řídit se správným hodnotovým žebříčkem, v němž zdraví zaujímá první místo. Jako hlavní zásady zdravého životního stylu Kukačka (2010) uvádí: zdravou stravu, dostatečnou duševní relaxaci, eliminaci negativních návyků a zvyklostí, praktikovat zdravý a bezpečný sex, individuálně pečovat o své zdraví, eliminovat negativní vlivy a exogenní faktory životního prostředí a usilovat o pozitivní změnu životního stylu.

Vzhledem k zásadnímu významu životního stylu pro zdraví je nutné, aby poskytování odpovídajících znalostí, včetně rozvíjení dovednostních a návykových postojů bylo součástí výchovy v dětství v rodině i ve škole a aby bylo spojováno s výchovou k odpovědnosti za vlastní zdraví (Machová, 2006).

2.1 Životní styl sestry

Životní styl sestry je ovlivňován charakterem a specifíčkostí jejich povolání, práce sestry klade zvýšené nároky na adaptaci, která souvisí se změnou životního stylu. Ta spočívá v omezení sociálních kontaktů s rodinou, přáteli, v omezení možností účastnit se společenských a kulturních akcí a také v posouvání a nepravidelnosti pracovního volna (Tuček, 2005).

Výzkum provedený v prosinci 2011 ve Středomoravské nemocnici a.s. potvrdil, že povolání sestry ovlivňuje její životní styl, a to především v oblasti příjmu stravy, tekutin, spánku, stresových situací a fyzické únavy. Otázkou však zůstává, do jaké míry hraje v životním stylu sestry roli genetika a individuální přístup každé sestry (Vybíhalová, 2013).

2.1.1 Směnný provoz a jeho důsledky

Směnný provoz patří mezi charakteristické rysy povolání všeobecné sestry. Střídání směn je závažným fyziologickým, psychologickým a společenským problémem. Zdraví sestry nejvíce ohrožují aspekty fyziologické, kde je významným problémem nabourání přirozené biorytmicity tj. změny fází práce - spánku - stravování. Zde je rozhodující poměr mezi exogenními rytmy (střídání dne a noci) a endogenními rytmy (připravenost organismu k fyzické a duševní práci), (Brhel et al., 2005, s. 90). Dle Nevšimalové (2007) se na špatné toleranci práce na směny podílejí tři základní faktory: narušení cirkadiánního rytmu, deficit spánku a následné časté konfliktní situace. S výše uvedeným souhlasí i Honzák (2015), který uvádí, že noční směny narušují cirkadiánní cyklus. Cirkadiánní změny způsobené probdělou nocí by podle Honzáka (2015) měly být vyrovnány do dvou dnů od směny, pokud se tak nestane, je třeba zvážit zda patofyziologická cena za noční směnu není pro sestru příliš vysoká.

Honzák (2015) také zmiňuje, že z provedených výzkumů vyplývá, že tři čtvrtiny sestry snášejí směnný režim dobře, patnáct procent se dokáže přizpůsobit a deset procent je v kategorii ohrožených, a proto by neměly být na noční směny vůbec zařazovány. Jde např. o sestry trpící spánkovými poruchami, trpící zvýšenou úzkostí, depresí, osoby, u kterých byla diagnostikována psychická porucha, záchvatovité onemocnění. Dále Honzák (2015) uvádí, že noční směny hůře snášejí vyhranění skřivani (lidé, kteří chodí brzy spát a ráno brzy vstávají) a lidé, kteří mají objektivně vyšší potřebu spánku. K důsledkům směnného provozu se řadí důsledky chronobiologické, ve světě se pro tyto

poruchy používá termín SWD – shift work disorder, ke kterým řadíme únavu, ospalost, nižší výkon a nesoustředěnost a nedostatek melatoninu, zapříčiněný nedostatkem spánku a cirkadiánními změnami. Výzkum dle Honzáka (2015) prokázal, že 28 hodinový deficit spánku může u citlivých osob zhoršit koncentraci, paměť, poruchy jemné motoriky, nejistoty, zbrkllost, srovnatelně s osobou, již bylo naměřeno jedno promile alkoholu v krvi. V takové situaci vzrůstá riziko nejen pro pacienty, ale je ohrožena i vlastní bezpečnost sestry (Honzák, 2015).

Dalšími důsledky jsou somatické, ke kterým patří zdravotní komplikace například ve smyslu zažívacích obtíží, úrazy, závislosti na návykových látkách či alkoholu, kardiovaskulární onemocnění. V neposlední řadě důsledky společenské, kde se střídání směn podepisuje nejvíce na rodinném a partnerském soužití. Nezvládnutí adaptovat se na změny v cirkadiánním rytmu může být důvodem k ukončení práce ve směnném provozu (Borzová et al., 2009).

2.1.2 Fyzická zátěž a její důsledky

Fyzická zátěž jak uvádí Komačková (2009) je dána poměrem mezi výkonovou kapacitou a požadavky, za kterých je ošetrovatelská péče uplatňována. Pokud jsou tyto dvě složky v rovnováze je fyzická zátěž adekvátní. Pokud ne, mluví se o zátěži nepřiměřené. Nejnáchylnější pro zvýšenou fyzickou zátěž je především pohybový systém (páteř, klouby a svaly), a to nejen v důsledku výkonu povolání, ale i v souvislosti se špatnými pohybovými návyky, které sestra provádí nesprávně a nekoordinovaně. Nejčastějšími zdravotními komplikacemi sester, které jsou uváděny jako negativní důsledek jejich profese, jsou bolesti zad, oteklé nohy a bolesti hlavy. Valdmanová (2014) při podrobnějším rozboru profese a při zaměření se na fyzickou náročnost povolání sestry a jejích důsledků uvádí, že poruchy pohybového aparátu vznikají z několika možných důvodů. Jedním z důvodů je manipulace s imobilním pacientem na lůžku, zvedání břemen, přenášení, polohování a mobilizace pacientů, u sester na operačním sále pak výrazně převažující dlouhé stání ve strnulé poloze, ale i další fyzicky náročné úkony. Výsledkem každodenní fyzické námahy jsou bolestivé syndromy zad, blokace a deformace páteře. Kromě poškození pohybového aparátu se sestra cítí vyčerpaná a unavená, výjimkou není ani vznik varixů, které jsou mnohdy zrádné a způsobují velké zdravotní komplikace. Fyzická náročnost je závažnější také z toho důvodu, že povolání sestry vykonávají většinou ženy, které jsou vybavené jiným

fyzickým fondem než muži, kteří tvoří v sesterské profesi menšinu. Podle Gučkové (2006) se fyzické zatížení sester při výkonu povolání liší typem oddělení, zdravotním stavem pacientů, počtem sester a ostatního pomocného zdravotnického personálu ve směně, ergonomií a organizací práce, dostupností a možnostmi využívat pomůcky usnadňující fyzické zatížení. Jako účinná prevence slouží uplatňování vhodných technik a pomůcek při manipulaci s pacientem, zde je ale nutné zdůraznit, že při současných technických možnostech zůstává fyzická zátěž sester zbytečně vysoká jen proto, že ergonomické řešení pracovišť přesahuje finanční možnosti zdravotnických zařízení (Komačková, 2009, Žídková et al. 2000).

2.1.3 Psychická zátěž a její důsledky

Psychická zátěž sester je definována jako emocionální a fyzická reakce, která vyplývá ze vzájemné interakce mezi sestrou a pracovním prostředím. Dochází k tomu, že nároky, které jsou na sestru kladeny v pracovním prostředí přesahují schopnost jejího zvládnutí (Zaghloul et al., 2009). Bártlová s Hajduchovou (2010) uvádí, že psychosociální zátěž je způsobena intenzivním kontaktem a interakcí s lidmi a je nejčastěji identifikovatelnou příčinou, která vychází z charakteru profese sestry. U sestry dochází v důsledku nepřiměřených požadavků a omezené pozitivní sociální odezvy k příznakům dlouhotrvající nespokojenosti, tzv. vyhasnutí (burnout), k poruchám přizpůsobení a pracovní demotivaci (Bártlová, Hajduchová, 2010). Hladký a Žídková (1999) vysvětlují pojem psychické zátěže jako vztah mezi požadavky, které jsou na člověka kladeny a schopností tyto požadavky zvládat. Nepřiměřená úroveň zátěže, která není člověkem zvládnuta a způsobuje psychickou zátěž, se nazývá stresor a při extrémní psychické zátěži způsobí psychický stres. Stres je v lidském životě nevyhnutelný a v přiměřené míře žádoucí. Nejběžnější formou je akutní stres, který pochází z aktuálních požadavků, tlaků a z nároků v blízké budoucnosti (Chipas, McKenna, 2011). Hosáková (2007) vymezuje psychickou zátěž jako fyziologickou reakci organismu na nadměrné zatížení. Z psychologického hlediska jde o ohrožující a nadměrně zatěžující stav. Podle Riahi (2011) představuje psychické zatížení stres, obecný lidský i zvířecí fenomén, který způsobuje intenzivní a nepříjemnou zkušenost a následně ovlivňuje chování. Riahi (2011) definuje pracovní stres jako sílu, která vytlačuje psychické i fyzické faktory mimo schopnosti zvládnutí jedince a způsobuje vznik vnitřního napětí. V profesi sestry existují dvě skupiny psychického zatížení: příčiny vyplývající z vlastní práce sestry a

příčiny, které mají svůj původ v soukromém životě sestry. Faktory psychického vypětí pracovního charakteru jsou nepřetržité vysoké nároky kladené na psychické stavy a na psychické procesy. Sestra permanentně sleduje změny zdravotního stavu pacientů a změny v jejich chování, soustředí se na činnosti vyžadující naprostou přesnost (např. dávkování léků, ředění, odběry materiálu, instrumentace), ale také musí přepínat pozornost z jedné činnosti na druhou, přičemž každou z činností je nutno konat bezchybně. Během činností je zapotřebí zapamatovat si a podle potřeby vybavit řadu důležitých údajů o zdravotním stavu pacientů. Sestra neustále vede v patrnosti sled různých vyšetření a včas na ně pacienta připravuje. Mimo jiné si má pamatovat a přesně plnit všechny pokyny lékaře, nesmí zapomínat na požadavky a přání pacientů (Kurucová, 2016).

Dalšími zátěžovými faktory, které vyplývají z charakteru povolání všeobecné sestry, jsou vysoké nároky na dovednosti a vzdělání sester a také narůstající požadavky, které jsou kladeny na dovednosti úroveň sester (Hamaideh et al., 2008). Dále to jsou zvyšující se nároky na senzorické a kognitivní procesy, které jsou důležité k ovládnutí technického zařízení na pracovišti (Kadučáková, 2011). S Kadučákovou (2011) souhlasí i Hosáková (2007), která uvádí, že se v posledních letech změnil způsob práce, došlo k zavedení složitějších postupů, například informačních technologií, které se musí sestry naučit. V souvislosti s tím vznikají pro sestry nové stresové situace.

Jako další faktory psychické zátěže uvádí Bártlová (2006) sociální interakci a komunikaci na pracovišti. Vzájemné vztahy zdravotnického personálu, zejména lékařů a sester, mají významný dopad na poskytování zdravotní péče. Nevhodné chování má negativní dopad na kvalitu a vede k patologickým pracovním vztahům. Vztahy mezi sestrami a lékaři tvoří podstatný prvek, který utváří celkovou atmosféru na pracovišti (Bártlová, 2006). Bártlová a Hajduchová provedly výzkum týkající se problematiky vztahů na pracovišti. Ze studie vyplývá, že negativní pracovní vztahy sestry psychicky vyčerpávají, 1/3 sester uvedla, že se v průběhu své kariéry setkaly se situací, v níž nevhodné chování lékaře zapříčinilo odchod sestry z oddělení (Bártlová, Hajduchová, 2010). Ve spolupráci mezi sestrami a lékaři dochází k různorodým situacím. Sestra pociťuje jako nejvíce ponižující situaci, když dojde ke konfliktu mezi ní a lékařem. Nejhůře tento konflikt sestry vnímají, když mu přihlíží nebo jsou-li do něho zainteresováni kolegové. Potíže v komunikaci mezi sestrou a lékařem nebo mezi sestrami navzájem vytváří nepříjemné pracovní prostředí, které vycítí i pacienti (Zachová, Škočková, 2007).

2. 1. 3. 1 Fyziologické změny

K dalším důsledkům psychické pracovní zátěže, které se projevují v případě, že jsou sestry psychicky přetíženy patří změny fyziologické, emocionální a behaviorální (jednání a chování lidí ve stresu). Křivohlavý (2010) uvádí, že mezi **fyziologické změny** způsobené stresem patří - bušení srdce doprovázené bolestí a sevřením za hrudní kostí, bolesti břicha, pálení žáhy, nechutenství, nevolnost, zvracení, průjem, dechové potíže (např. dušnost, hyperventilace), časté nucení na močení, sexuální dysfunkce či nedostatek sexuální touhy, u žen poruchy menstruačního cyklu, nepříjemné pocity v rukou a nohou (bodavé, řezavé), svalové napětí a bolest v oblasti krční páteře a v dolní části zad, velké bolesti hlavy počínající v krční oblasti a jdoucí směrem vpřed od temene k čelu, migréna - záchvatovitá bolest jedné poloviny hlavy, vyrážka v obličeji, poruchy vidění (dvojité vidění, obtížná fixace očí na jeden bod), tzv. "knedlík v krku" (nepříjemný pocit v krku).

Do **emocionálních změn** řadí Venglářová (2011) změny nálady (od radosti ke smutku a naopak), úzkostnost, nadměrné trápení s méně důležitými věcmi, neschopnost vcítění a sympatizování s druhými, omezení kontaktu s druhými lidmi, přehnaná starost o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled, časté pocity únavy, poruchy soustředění pozornosti, zvýšená podrážděnost a popudlivost, pokles výkonnosti, produktivity práce, morálky a pracovního uspokojení, sestry ztrácí pocit jistoty, kontrolu nad výkonem a pacienty, jež mnohdy okřiknou, protože je pro ně obtížné se udržet emocionálně stabilní a vyrovnané. K **behaviorálním změnám** patří nerozhodnost, nerozumné nářky, neplnění úkolů, zvýšená osobní nehodovost, nárůst kouření, požívání alkoholických nápojů, závislost na lécích na spaní, zklidnění, absence, pomalé uzdravování, nepozornost v řízení auta, poruchy výživy - nechutenství či naopak přejídání, změna denního životního rytmu - špatné usínání, noční bdělost následovaná pozdním vstáváním s pocity únavy (Marková, 2008).

Emocionální vyčerpání může vést k syndromu vyhoření, které má za výsledek nedostatečnou a život ohrožující péči o pacienta (Zaghloul, 2009).

2.1.3.2 Syndrom vyhoření (burnout)

Vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné. Objevuje se při práci s lidmi v tzv. „pomáhajících profesích“. Souvisí jednak se zátěží, ale také je důsledkem selhání osobních „coping mechanismů“ (mechanismů zvládnání

nároků). Jeho vznik je kombinací velkého očekávání pracovníka, subjektivních příčin a zátěže, které plynou z vysokých nároků, objektivních podmínek. Opakované situace pracovníka, kdy už nemůže dále těmto nárokům dostát, ve spojení s přesvědčením, že vložené úsilí je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu nebo ohodnocení, vede k vyhoření (Bartošíková, 2006).

Syndrom vyhoření není nemoc. Je to proces, který se objevuje v průběhu kariéry osoby. Způsobuje škody osobní (zasahuje pracovníky pomáhajících profesí) a ve svém důsledku zhoršuje kvalitu poskytovaných služeb (Bartošíková, 2006). Příčiny vzniku syndromu vyhoření je třeba hledat v osobnostních charakteristikách postiženého i v konkrétních pracovních podmínkách. Z osobnostních charakteristik, to je tzv. „syndrom spasitele“ u člověka, který pomoc k druhým prožívá jako nutkavou potřebu. Může to být spojeno s upřednostňováním potřeb jiných lidí před potřebami vlastními. Podle Schmidbauera (2015) se „syndrom spasitele“ projevuje touhou člověka zachraňovat druhé, tento jedinec si instinktivně vybírá slabé jedince, kde může svou pomoc uplatnit, vyhýbá se prožívat vlastní život a identifikuje se se svým blízkým, kterému pomáhá, obětuje se pro druhé. Často se cítí unaven, protože na „záchranu“ vydá většinu svých sil a energie. Má nízké sebevědomí, touží po kladném přijetí a pochvale. *„Pomáhání může být v tomto případě jako droga. Droga, na které jsme závislí, umožňuje náhradní identitu. Je to prostředek, jak udržet v řádu a pod kontrolou to, co by nás jinak nekontrolovatelně ohrožovalo“* Schmidbauer (2015, s. 134). Bartošíková uvádí, že za rizikovou je možné považovat i nízkou frustrační toleranci a malou schopnost odpočívat (Bartošíková, 2006).

3 Psychohygienu

3.1 Psychohygienu sestry

Makarová (2011) definuje psychohygienu jako návod, který poskytuje sestřím jak cílevědomě upravovat životní styl a životní podmínky tak, aby se nejen zabránilo nepříznivým vlivům, ale aby se co nejvíc uplatnily vlivy posilující jejich duševní kondici, duševní rovnováhu. Návod, který má sestru naučit, jak předcházet psychickým obtížím. Pokud již nastaly psychické potíže, učí je, jak je nejlépe zvládat (Makarová, 2011).

Špirudová (2015) uvádí, že prevence psychické zátěže a péče o duševní zdraví je aktuální trend, v sesterské profesi to znamená věnovat náležitou pozornost psychickému zdraví, psychické pohodě a komfortu sester.

V roce 2005 proběhla v Helsinkách Evropská konference ministrů pořádaná WHO, která se věnovala duševnímu zdraví. Evropské státy se zde zavázaly ke kolektivnímu řešení duševního zdraví a k podpoře důležitosti duševní pohody (WHO, 2005). Podpora duševního zdraví sester a jejich pacientů je v souladu s národním i světovým trendem. Podle Špirudové (2015) se v našich podmínkách podpora duševního zdraví v kontextu se sesterskou profesí neřeší.

Duševní hygienou se zabývala řada autorů Křivohlavý a Pečenková (2004), Honzák (2015), Venglářová (2011), Zacharová et al. (2011) Bartošíková (2006), kteří se v mnohých doporučeních shodují a uvádějí, co pro sebe mohou sestry udělat a jak předcházet psychické vyčerpanosti: vést smysluplný život a přijmout skutečnost, že nikdo není dokonalý a chybovat je lidské - „*neboj se přiznat, že něco neumíš, žádný učený z nebe nespádl, když něco nevíš nemachruj, ptej se*“ (Honzák, 2015, s. 36), stanovit si základní životní cíle a postupně je realizovat, pozitivně myslet a snažit se o vnitřní rovnováhu. Věřit v sebe samu, mít se rád, umět se pochválit, udělat si radost, naučit se odpočívat, mít své zájmy, relaxovat (Bartošíková, 2006). Mít dobré citové zázemí a fungující partnerský vztah, rodinu, podporovat pozitivní mezilidské vztahy. Naučit se odmítat, říkat NE, být asertivní, spoluvytvářet dobré pracovní prostředí, podílet se na týmové práci, mít respekt k životu a k lidem, těšit se z vlastní práce (Bartošíková, 2006).

S těmito doporučeními se ztotožňuje i psycholožka Jahodová (in Aišmanová, 2011), která specifikovala pozitivní kritéria duševního zdraví. V první řadě to je podle Jahodové kladný postoj k vlastní osobě, realistické a objektivní vidění své minulosti, přítomnosti

a budoucnosti. Seberealizace v duševním i duchovním růstu a vývoji. Být osobností celistvou, jednotnou a vnitřně vyrovnanou. Umět řídit své jednání nezávisle na jiných lidech, svými vlastními měřítky, kontrolovat své činy, objektivně vnímat realitu, mít empatii a sociální citlivost. A v neposlední řadě schopnost dobře zvládat nároky okolního prostředí hmotného i sociálního (Aišmanová, 2011).

Má-li všeobecná sestra dobře pracovat, má-li pečovat o pacienty a být pro ně povzbuzující sociální oporou, je nutné, aby i ona sama byla v dobrém duševním stavu. Z toho vyplývá, že by i ona měla pečovat o sebe samu. Tato péče má řadu oblastí např. péči o vlastní vzhled, o tělesné zdraví, dodržování správných stravovacích návyků apod. Patří sem i péče o vlastní tělesný a duševní život (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Makarová (2011) vidí hlavní přínos duševní hygieny v prevenci somatických a psychických nemocí, v dobré pracovní výkonnosti, společenské vyrovnanosti a v celkové rovnováze a spokojenosti člověka. Podle Kučerové (2014) s duševní hygienou velice úzce souvisí zdravý životní styl. Je tím myšlen takový styl života, který vede k fyzické a duševní pohodě a zároveň přispívá k udržení tohoto stavu. Kučerová (2014) uvádí, že dodržováním zásad zdravého životního stylu, můžeme dosáhnout lepšího celkového stavu svého organismu a zároveň si můžeme pomoci zmírnit škodlivé následky stresu, kterým jsme denně vystaveni. Zdravý životní styl má význam i z hlediska samotné prevence stresu. Míček (1986) zdůrazňuje, že naopak nedodržování zásad zdravého životního stylu, životosprávy má vliv na vznik celé řady psychosomatických onemocnění, na častější podléhání stresu, a stává se tak rizikovým faktorem naší duševní rovnováhy. Duševní hygiena klade důraz na sebevýchovu, zrání osobnosti a duševní vyrovnanost. Aišmanová (2011) uvádí, že vlastní sebevýchova, vlastní autoregulace, začíná sebepoznáním, které je součástí duševní hygieny. Vlivem sebepoznání se člověk stává bohatším a objektivnějším (Aišmanová, 2011). V rámci duševní hygieny by se sestra měla věnovat těmto následujícím oblastem, které uvádíme v dalších kapitolách.

3.1.1 Sebeoznání

Tím že sestra přemýšlí nad tím, kdo vlastně je a kým bude, pečuje o své myšlenky, o své představy, co prožívá a co je cílem a smyslem jejího života (Křivohlavý, Pečenková, 2004). S tím souhlasí i Špatenka a Špatenková (2017), kteří uvádí, že sebepoznáním člověk získá schopnost nadhledu nad sebou samým, dokáže vést vnitřní dialog s různými aspekty mysli, naslouchat vnitřním hlasům, porozumět řeči nevědomí. Jde

o schopnost naučit se nezaujatě rozjímat nad životními tématy a situacemi. Samotná teorie o sebepoznání v praktickém životě nestačí. Pokud se sestra rozhodne, že chce se sebou pracovat, je nutné vědět, jak na to, jaké existují metody, které jí mohou umožnit své sebepoznání. K metodám pečujícím o duši patří např. meditace, psaní deníku (písemné zachycení reflexe), zpětná vazba (sebeoznání prostřednictvím druhých lidí), relaxace, metoda volných asociací, což je speciální druh pravidelných úvah o vlastním duševním životě a jeho vysvětlování podle zásad psychoanalýzy (Míček, 1986). Dalšími metodami jsou např. supervize, která slouží k podpoře profesního růstu zaměstnanců, poskytuje prostor pro sdělování zkušeností, ventilaci emocí, hledání nových pohledů a nápadů (Venglářová et al., 2011, Špirudová, 2006) a koučing jehož cílem je napomáhat zdravým jedincům stanovovat si vhodné cíle, udržovat motivaci a překonávat překážky, které na cestě k cíli stojí (Whitworth et al., 1998 in Slezáčková, 2012).

3.1.2 Pohyb

Pohybová činnost je nejdůležitějším prvkem autoregulace pro zachování tělesného a duševního zdraví. K pohybové aktivitě řadíme cvičení, sport i fyzickou práci. Pohyb je pro naše tělo přirozenou potřebou. Výzkumy ukazují na úzké pozitivní vztahy mezi fyzickou zdatností a duševní rovnováhou a naopak na negativní korelace mezi dobrou fyzickou kondicí a příznaky duševní nerovnováhy (Míček, 1986). Praško (2003) uvádí, že nedostatek pohybové aktivity představuje výraznou zátěž psychiky, podporuje duševní nevyrovnanost, emoční napětí, úzkostnost, agresivitu apod. Nedostatek přiměřeného pohybu přispívá i k vytváření podmínek pro vznik řady psychosomatických onemocnění (Praško, 2003). Důležitost pohybové aktivity jako součást duševní hygieny zmiňuje i Valdmanová (2014), která sestřám doporučuje hledat takové druhy pohybu, které jsou příjemné, nenásilné, nezabírají mnoho času, jsou účinné a pro sestru představují dostatek motivujících podnětů. Mezi takové sporty patří podle Valdmanové (2014) např. jóga, hathajóga, posilovací cvičení. Valdmanová (2014) také uvádí, že je důležité kombinovat aerobní trénink jako běh, plavání, apod. s anaerobním tréninkem a vyvarovat se jednostrannosti. Melgoza (1997) zase zdůrazňuje, že je důležitá pravidelnost v tělesné aktivitě, která by měla být součástí životního stylu a prováděna každodenně nebo alespoň čtyřikrát až pětkrát týdně v délce trvání minimálně třiceti minut. Ale nejpodstatnější je podle Valdmanové (2014), aby pohybová aktivita přinášela pocit fyzické a psychické pohody a ve vztahu k profesi všeobecné sestry, aby docházelo k uvolnění a protažení zkrácených svalů a relaxaci.

3.1.3 Výživa

Kučerová (2014) uvádí, že výživa je nejvýznamnější složkou zdravého životního stylu. Nevhodná strava může podle Kučerové (2014) způsobovat až 40% chronických civilizačních onemocnění. Podle Hejnové (2015) souvisí duševní rozpoložení se stravou a vliv stravy na psychiku je podle Hejnové zcela jednoznačný a pro udržení psychického zdraví klíčový. Způsob stravování ovlivňuje pozitivně či negativně naši náladu, emoce, chování a celkovou psychiku (Hejnová, 2015). S Hejnovou souhlasí i Čablová (2010), která uvádí, že strava ovlivňuje chování a prožívání člověka a že řada zahraničních studií a laboratorních výzkumů prokázala významný vliv výživy na vznik a zvládnání psychologického stresu. Problematikou stravy na psychiku se zabývá vědní obor psychologie výživy, o němž je podle Čablové v klinické psychologii jen okrajový zájem (Čablová, 2010).

Řada autorů např. Míček (1986), Machová, Kubátová (2015) zabývajících se výživou doporučují tyto základní principy zdravé stravy - jíst v pravidelných intervalech, v klidu, bez spěchu, nejíst mezi jednotlivými jídly, omezit příjem živočišných tuků, jíst dostatek ovoce, zeleniny a celozrnných obilovin, omezit množství cukru, soli a koření, dbát na dostatek vitaminů skupiny B, které pomáhají udržovat nervový systém v rovnováze a napomáhají činnosti mozku, zvláště thiamin a pyridoxin, dbát na dostatek vitamínu C, který přispívá ke zvládnání stresu, pít dostatečné množství čisté vody (2-3 litry vody denně), vyvarovat se častému pití alkoholu, kávy a kouření cigaret (užívání těchto látek má vliv na nárůst stresu). Základem vyvážené stravy mají být obiloviny, rýže, těstoviny, luštěniny, celozrnné pečivo a ořechy. Následuje zelenina a ovoce, mléčné produkty a maso, vrchol potravinové pyramidy tvoří tuky a sladkosti, které by měly tvořit jen malou část naší stravy, nejvíce by v našem jídelníčku měly být zastoupeny potraviny ze základu potravinové pyramidy (Kučerová, 2014).

3.1.4 Hospodaření s časem

V současné době v souvislosti s režimem práce a odpočinku se často hovoří o potřebě tzv. „time managementu“, tedy o potřebě řídit svůj vlastní čas a naučit se s ním optimálně pracovat (Bedrnová et al., 1999). Hospodaření s časem neboli „time management“ Gruber (2002) definuje jako okruh technik vedoucích k hospodárnému zacházení s časem, jeho efektivnímu využití a z toho plynoucí redukce psychické zátěže. Křivohlavý, Pečenková (2004) zmiňují, že den má pro každého objektivně 24 hodin a duševní hygiena nás učí s tímto časem moudře hospodařit (Křivohlavý, Pečenková,

2004). Delivré (2002) uvádí, že špatné hospodaření s časem se projevuje různými formami zdržení, opomenutí, spěchem, nesoustředěností nebo pomalostí. Úspěšně využitý čas se skládá ze sledu zvolených cílů zdárně dovedených do konce. Z tohoto pohledu je naprosto nepodstatné, zda se jedná o cíle malé nebo významné, či čas na jejich uskutečnění je krátký nebo dlouhý (Delivré, 2002). Delivré (2002) rozlišuje čas na „povinný“ čas, o němž nemůžeme rozhodovat vůbec nebo jen málo a na „náš“ čas, jehož jsme pány. Míček (1986) v souvislosti s hospodařením času poukazuje na negativní působení pocitu časové tísně na zaměstnance. Některým z nich časový stresor dokáže zvýšit výkon, u většiny ale naopak pracovní výkon zhoršuje. Pro negativní působení časové tísně není důležité to, zda jde o skutečný nedostatek času nebo zda se člověk pouze domnívá, že je ohrožen časovou tísní. Podle Míčka (1986) je pro duševní rovnováhu ideální, když člověk intenzivní nedostatek času nepocítuje. To však pro mnoho lidí není reálné, tak je alespoň užitečné snažit se o snížení jeho intenzity. Pro získání více volného času je nutné racionálně využívat ten čas, který máme k dispozici. Toho lze dosáhnout například zvýšením pořádku a koncentrace. Pořádek ve věcech umožňuje lepší využití vlastní energie a času. Důležité je bezesporu také střízlivě odhadnout vlastní časové možnosti a nepřibírat nesplnitelné povinnosti. Každý by měl vědět, kolik práce je průměrně schopen zvládnout za hodinu. Rozumným rozvrhem práce a povinností rovněž ušetříme čas. Neméně důležité je správné posouzení závažnosti úkolů, omezení zbytečností a časových ztrát a pokud možno vytvoření pravidelného denního rytmu (Míček, 1986).

3.1.5 Mezilidské vztahy

Velmi důležitou oblastí psychohygieny jsou mezilidské vztahy. Podle Míčka (1986) v oblasti mezilidských vztahů hraje důležitou roli celkové ovzduší, které vládne v rodinách a na pracovištích. S Míčkem souhlasí i Bartko (1976), který zdůrazňuje, že zaměstnání a rodina jsou dvě hlavní složky, které se podstatně podílí na duševním zdraví. Langmeier a Krejčířová (1998) tvrdí, že kromě práce tvoří u většiny lidí život v manželství a v rodině nejdůležitější obsah jejich životního naplnění. Šťastné manželství a rodinný život přispívá rozhodující měrou k osobnímu štěstí a pocitu smysluplnosti. Podle Bedrnové et al. (1999), z pohledu psychohygieny je třeba si uvědomit, že i v těch nejbližších lidských vztazích se mohou objevit rušivé momenty, které plynou z těsné blízkosti soužití. Jako příklad lze uvést stálé opakování určitých stereotypů, „alergie“ na některá jednání nebo osobní zvyky partnera nebo tzv. ponorková nemoc. Na poruchy

přátelských a partnerských vztahů obvykle člověk reaguje rozchodem, v některých případech však může dojít i k použití násilí. Těmto rušivým momentům se lze vyhnout tím, že se člověk bude snažit racionálně přijímat podněty ze svého okolí a efektivně komunikovat. Z hlediska psychohygieny jsou dovednosti v oblasti komunikace s druhými lidmi nepostradatelnou součástí výbavy jedince pro vytváření, udržení a rozvoj jeho interpersonálních vztahů. Bedrnová poukazuje nato, že tyto vztahy nejenže uspokojují psychické potřeby zúčastněných osob, ale představují stavební kameny tzv. sociální opory jedince. Lidé, kteří mají ve svém životě silnou sociální oporu, méně často pociťují stres, lépe se s ním vyrovnávají a mají méně příznaků psychického vyhoření (Bedrnová et al., 1999). Důležitost sociální opory uvádí i Křivohlavý (2001), který definuje „sociální oporu“ jako pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v tíživé situaci. Lidé poskytující tuto oporu bývají zpravidla členové rodiny a spolupracovníci (Křivohlavý, 1994). S tím souhlasí i Honzák, který uvádí, že sociální oporou ve větších kolektivech může být kromě uznávané a posvěcené autority, nekanonizovaná, ale významná autorita takzvaná „sociometrická hvězda“, osoba, která s přehledem a v klidu umí řešit náročné situace, umí uklidnit, povzbudit, naslouchat. Jedná se o osobu klidnou, trpělivou, moudrou, ke které je možné zajít si pro radu a hledat pomoc v nouzi pravděpodobněji než u oficiální autority. Mezilidské vztahy nejsou podle Honzáka jednoduché, ale je důležité se jimi zabývat a věnovat jim náležitou pozornost a zaujmout k nim otevřený a vstřícný postoj. „*Najdi si svou „zed’ nářků,“ kam se můžeš přijít bezpečně vyplakat, až to budeš potřebovat*“ (Honzák, 2015 s. 41).

4 Cíle práce, výzkumná otázka, hypotézy

4.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit vliv rodičů k provádění pohybové aktivity v dětství v rodině na vykonávání pohybové aktivity všeobecných sester v dospělosti.

Cíl 2: Zjistit vliv preferovaných stravovacích návyků v dětství v rodině na stravovací návyky všeobecných sester v dospělosti.

Cíl 3: Zjistit vliv životního stylu rodičů na současný životní styl sester.

Cíl 4: Zjistit vliv rodičů ve zdraví rizikových faktorech (kouření, alkohol).

4.2 Hypotézy

H1: Všeobecné sestry vykonávající profesi všeobecné sestry více než 20 let dodržují zdravý životní styl více, než sestry služebně mladší.

H2: Sestry, které byly vychovávány ke zdravému životnímu stylu v dětství v rodině, dodržují zdravý životní styl více, než sestry, které nebyly vychovávány ke zdravému životnímu stylu v rodině.

4.3 Výzkumná otázka

Zjistit zdali zdravotnické povolání inspiruje, ovlivňuje všeobecné sestry k dodržování vlastního zdravého životního stylu.

5 Metodika

5.1 Metodika výzkumného šetření

V empirické části diplomové práce jsme se pokusili o kvantitativní sondu v oblasti životního stylu všeobecných sester. Kvantitativní výzkum se soustředí na popis variability předem definovaných proměnných, které vymezují, co budeme zachycovat a pozorovat. Cílem je testování hypotéz a teorií. Pracuje většinou s velkým souborem respondentů (Bártlová et al., 2008). K získání dat jsme použili techniku dotazníkového šetření. „Dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá písemně“ (Chrásková, 2007, s. 163). Dotazník vlastní konstrukce byl sestaven na základě teoretických poznatků po konzultaci s vedoucí diplomové práce. Otázky do dotazníku byly vytvořeny tak, aby byly lehce pochopitelné cílovou skupinou respondentů. Před zahájením vlastního výzkumného šetření a distribucí dotazníků bylo uskutečněno pilotní šetření, ve kterém bylo rozdáno 10 dotazníků. Cílem šetření bylo zjistit srozumitelnost a použitelnost vytvořeného dotazníku. Všechny dotazované otázky byly osloveným vzorkem respondentů správně pochopeny a bylo možné přistoupit k vlastnímu výzkumnému šetření. Dotazník byl anonymní zcela na bázi dobrovolnosti a byl složen z 27 otázek, z nichž otázka č. 1 a 2 byly identifikační, týkající se délky praxe a pohlaví. 25 otázek bylo zaměřeno na vlastní problematiku v oblasti životního stylu všeobecných sester, například zdali jim profese všeobecné sestry umožňuje dodržovat správné stravovací návyky, naplnit životní styl pohybovou aktivitou, zdravým spánkem. Otázky číslo 16 a 18 byly otevřené, zde se respondenti mohli zcela volně vyjádřit k zadané otázce, odpověď na tyto otázky byla podmíněná odpovědí ANO na otázku číslo 15 a 17. Celkem bylo rozdáno 205 dotazníků, řádně vyplněných a použitelných se jich vrátilo 193, návratnost byla 94 %. Výsledky získané z jednotlivých dotazníků byly zpracovány v programu Microsoft Excel 2013 a jsou prezentovány v grafech. Hypotézy byly hodnoceny v programu SPSS 24.0 pomocí kontingenčních tabulek, přesného Fisherova testu a Spearmanovy neparаметrické korelace. Zvolená hladina významnosti α byla 5 %.

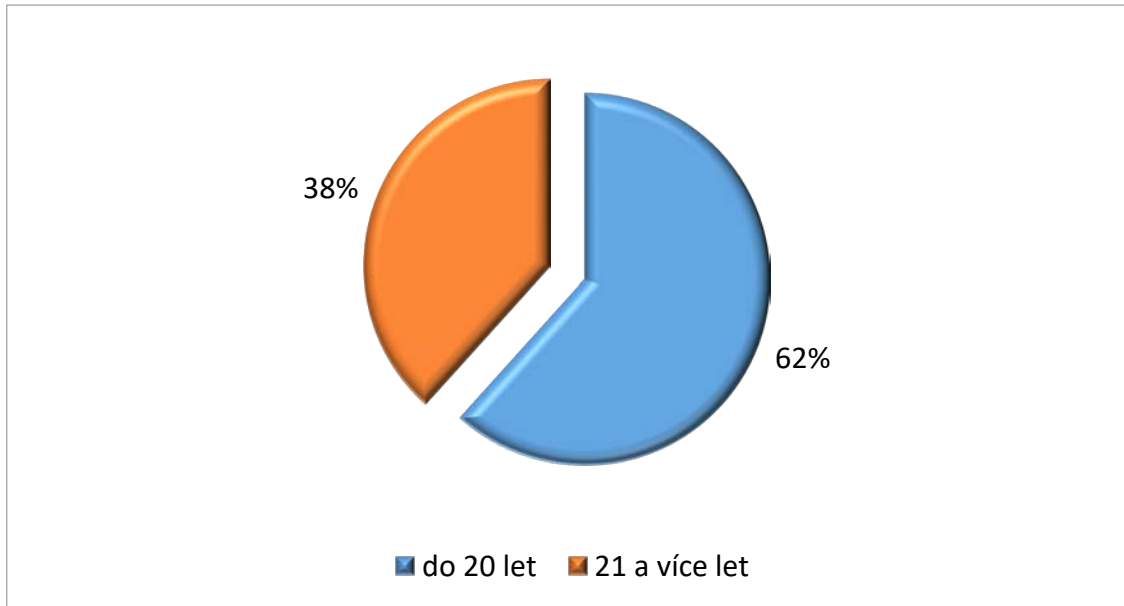
5.2 Charakteristika výzkumného souboru

Respondenty byly všeobecné sestry pracující v různých zdravotnických zařízeních, které byly ochotné dotazník vyplnit. Vyplnění dotazníku nebylo limitováno časem, bylo

anonymní a zcela dobrovolné. Při distribuci dotazníků byla použita metoda sněhové koule. V počátku distribuce byly osloveny sestry, spolužačky, které dál distribuovaly dotazník k dalším sestrám. Celkem bylo rozdáno 205 dotazníků, vrátilo se jich 202 (98,5 %) z nichž 9 (4,4 %) bylo vyřazeno pro neúplné vyplnění, 193 (94 %) jich bylo správně vyplněno a použito pro empirickou část diplomové práce. Výzkum probíhal od začátku října 2016 do konce ledna 2017.

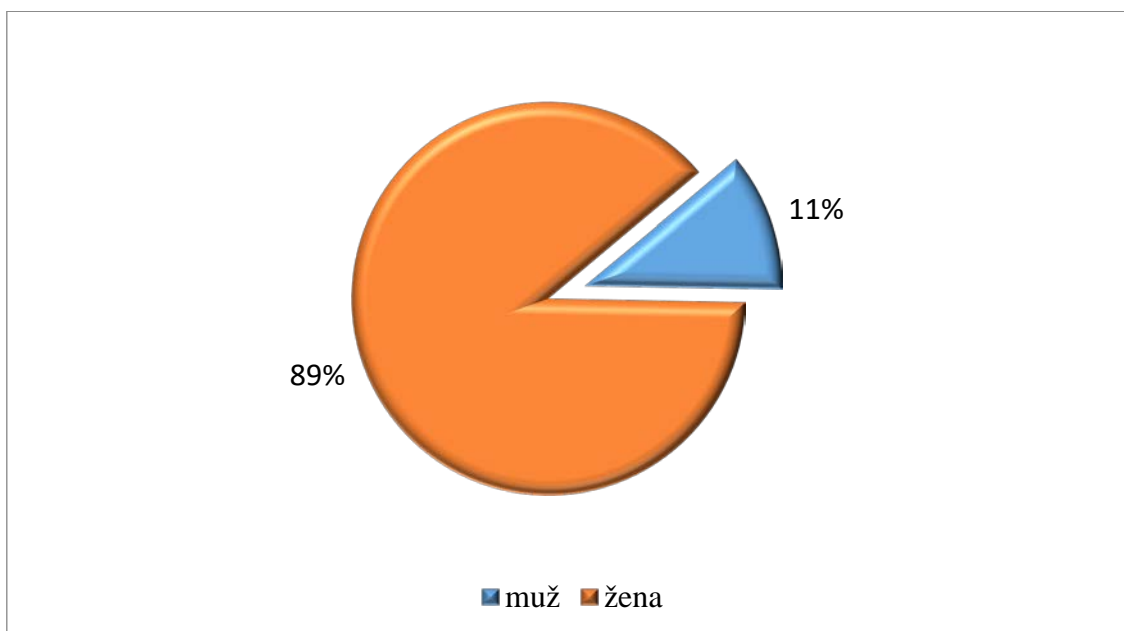
6 Výsledky

Graf 1 Délka praxe



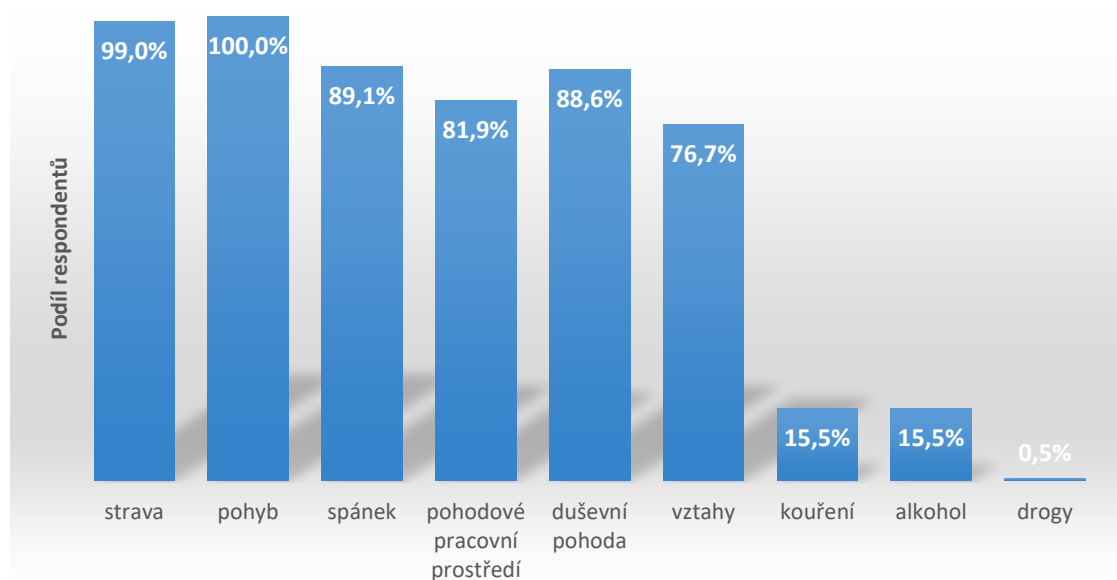
Graf 1 znázorňuje zastoupení respondentů ve výzkumném šetření podle délky jejich praxe. Respondenti měli na výběr ze dvou odpovědí. Výzkumného šetření se zúčastnilo 119 (62 %) respondentů vykonávajících profesi všeobecné sestry méně jak 20 let a 74 (38 %) respondentů vykonávajících profesi všeobecné sestry více jak 20 let.

Graf 2 Pohlaví



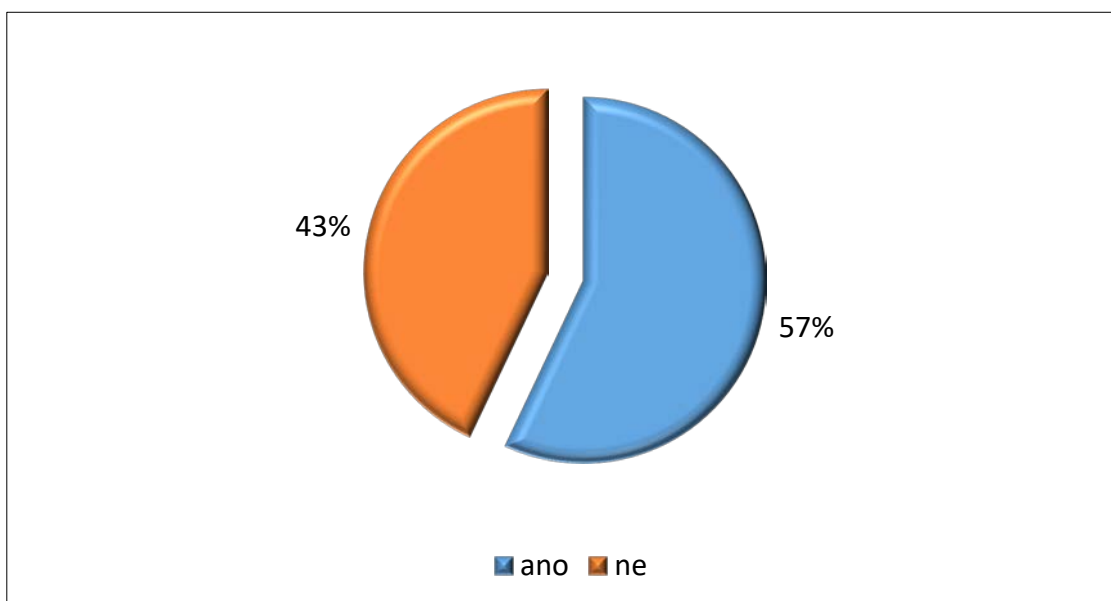
Graf 2 znázorňuje zastoupení jednotlivých pohlaví ve výzkumném šetření, kterého se zúčastnilo 171 (89 %) žen a 22 (11 %) mužů.

Graf 3 Zdravý životní styl



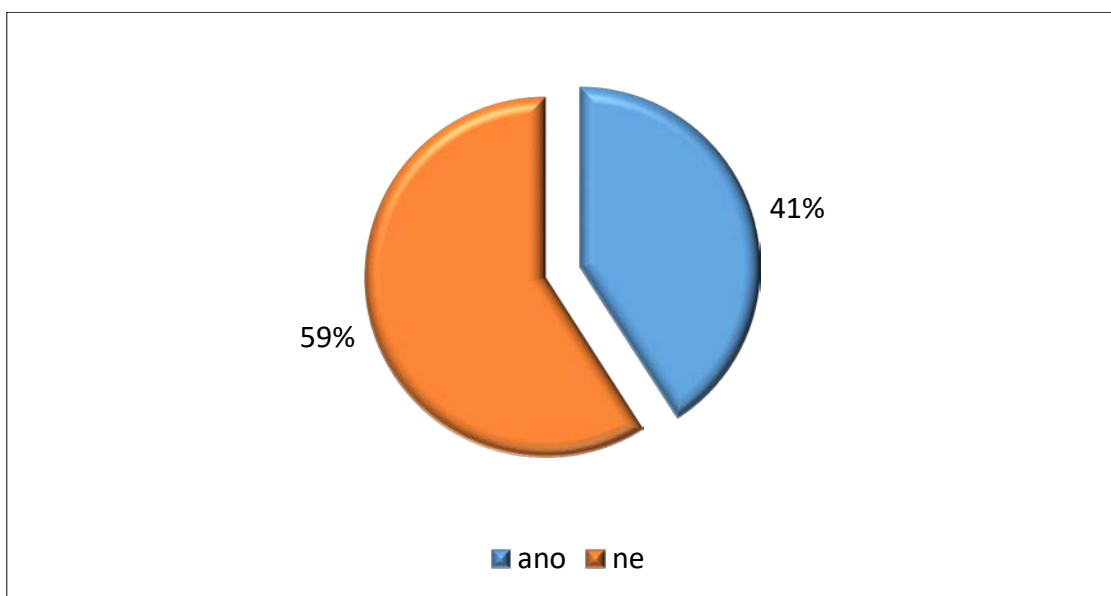
Graf 3 znázorňuje zastoupení jednotlivých determinant zdravého životního stylu v životním stylu sester. Respondenti měli na výběr z nabízených deseti možností, označit mohli více odpovědí. Z celkového počtu 193 respondentů označilo 99 % jako součást zdravého životního stylu stravu, všech 100 % respondentů označilo za součást zdravého životního stylu pohyb, 15,7 % respondentů označilo spánek, pohodové pracovní prostředí uvedlo 14,4 % respondentů, mezilidské vztahy označilo 13,5 % respondentů, 2,7 % respondentů označilo kouření a alkohol, drogy jako součást zdravého životního stylu uvedl 1 respondent všechny uvedené možnosti neoznačil žádný respondent.

Graf 4 Náplň práce inspiruje



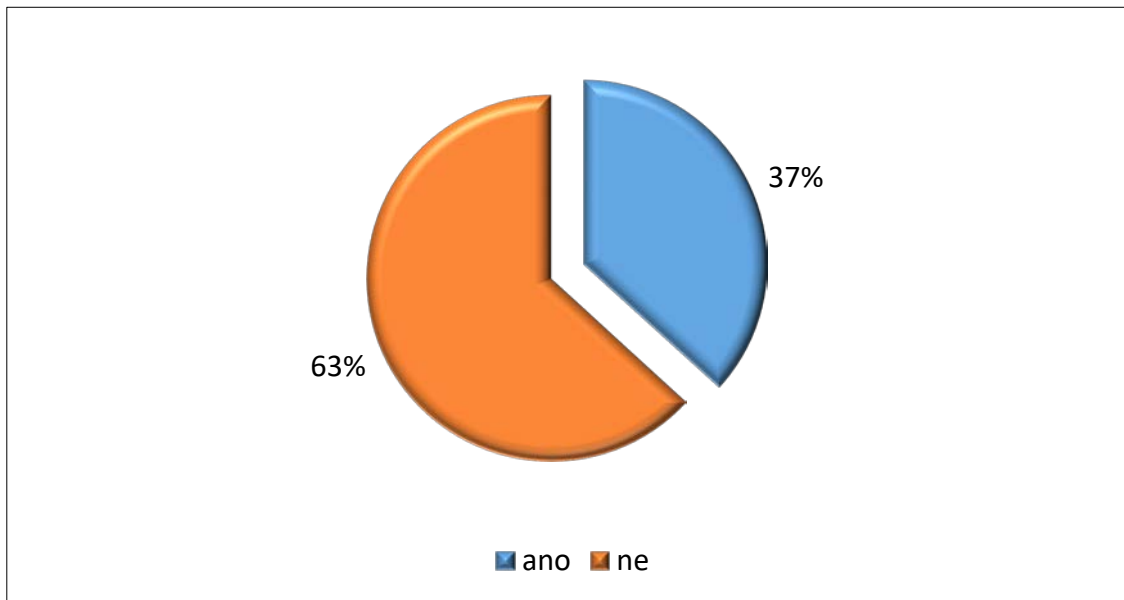
Inspirováno svojí profesí ke zdravému životnímu stylu se cítí být 110 (57 %) sester, 83 (43 %) sester nepovažuje své povolání za inspiraci pro svůj životní styl.

Graf 5 Dodržování zdravého stravování



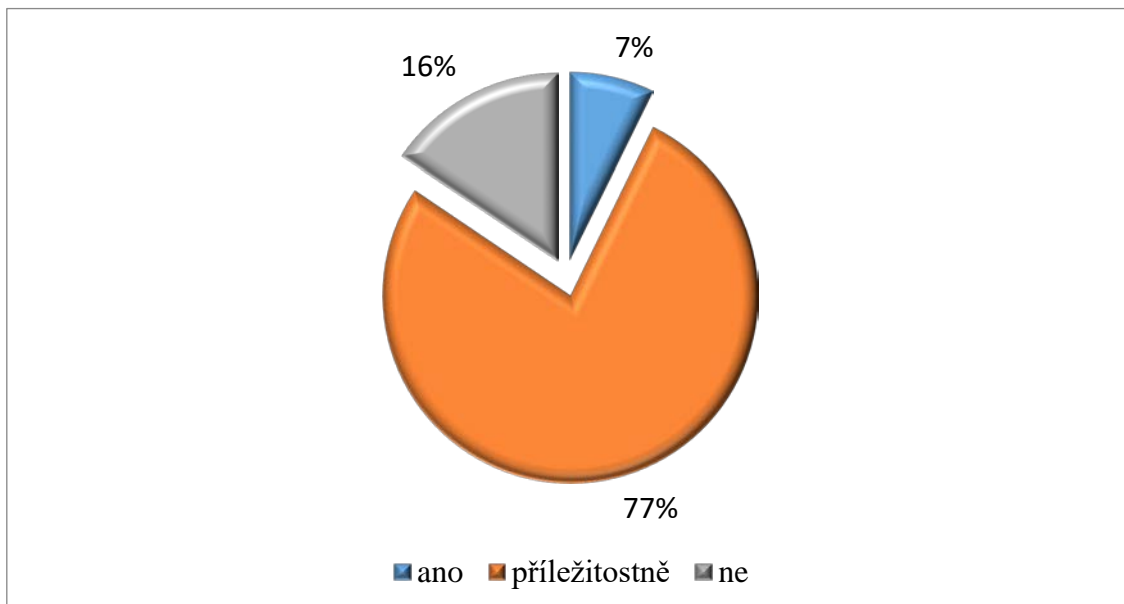
V grafu 5 je znázorněno dodržování zásad zdravého stravování. 114 (59,1 %) sester uvedlo, že jim profese všeobecné sestry neumožňuje dodržovat zásady zdravého stravování, 74 (40,9 %) sester označilo odpověď ANO, že mohou dodržovat zásady zdravého stravování.

Graf 6 Dodržování zdravého spánku



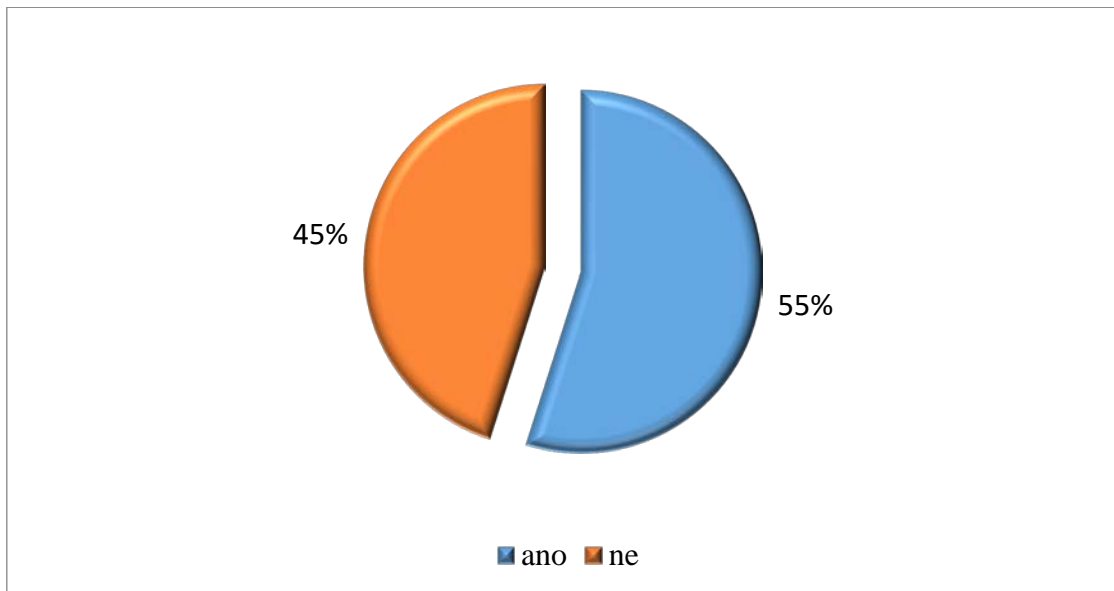
V grafu 6 je znázorněn požadavek dodržování zdravého spánku sestrami s ohledem na jejich profesi. Možnost dodržování zdravého spánku uvedlo 71 (37 %) sester. Nemožnost dodržování zdravého spánku uvedlo 122 (63 %) dotázaných sester.

Graf 7 Konzumace alkoholu



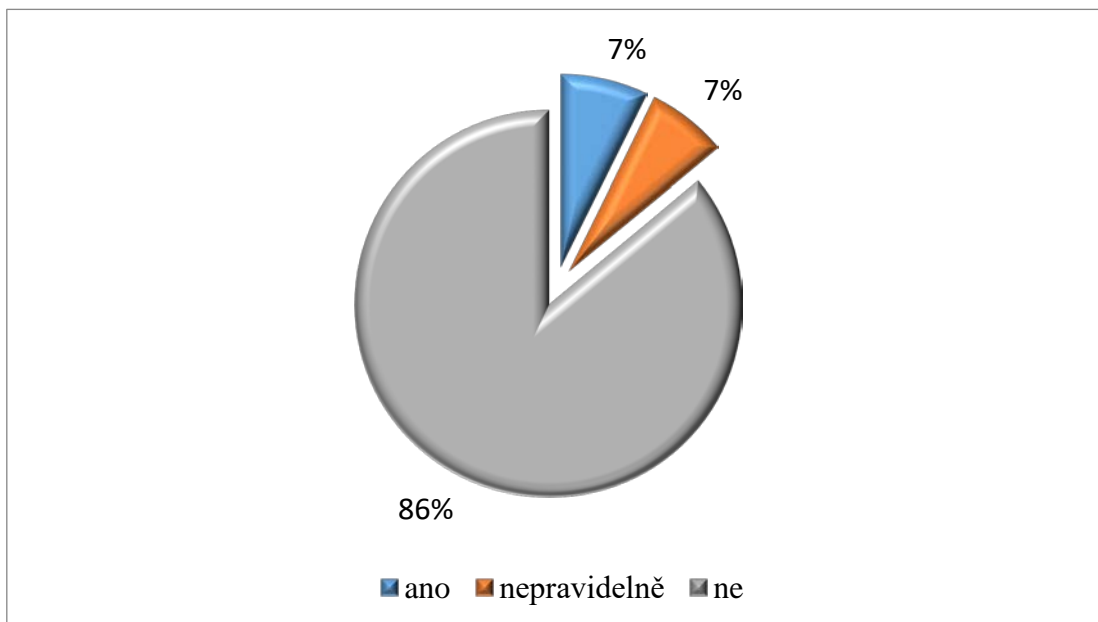
Graf 7 znázorňuje zda respondenti konzumují alkohol a její četnost. Sestry měly na výběr ze tří možností. Příležitostnou konzumaci alkoholu jako součást životního stylu uvedlo 149 (7 %) sester, pravidelnou konzumaci alkoholu uvedlo 14 (7 %) sester a 30 (16 %) sester uvedlo, že alkohol nekonzumují vůbec.

Graf 8 Kouření



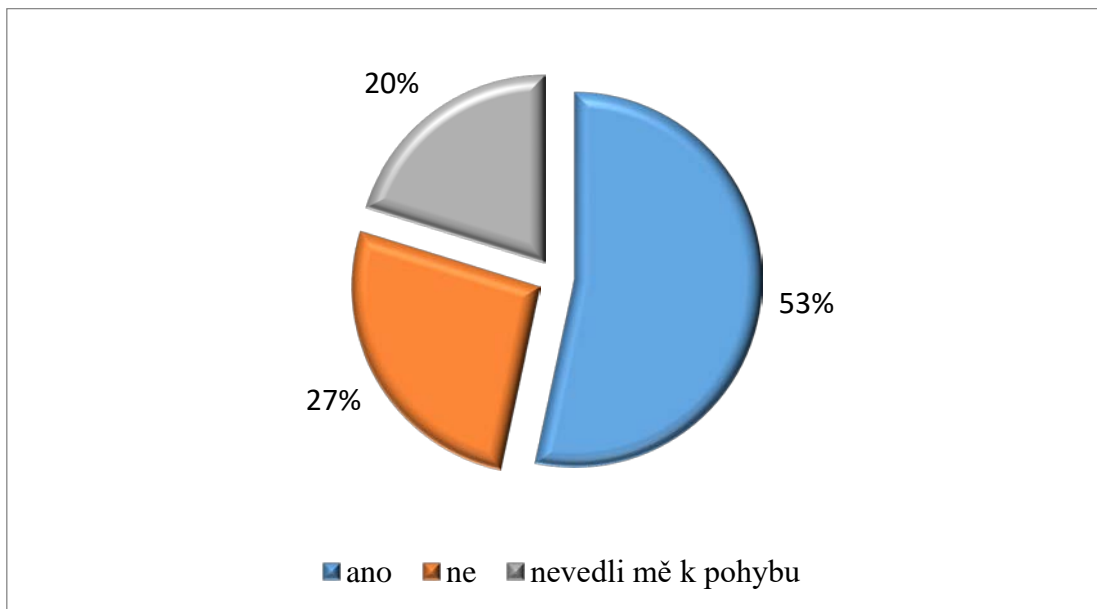
Graf 8 zobrazuje zastoupení kuřáků a nekuřáků ve výzkumném souboru. 106 (55 %) respondentů uvedlo, že kouří, 87 (45 %) respondentů uvedlo, že nekouří.

Graf 9 Konzumace jiných návykových látek



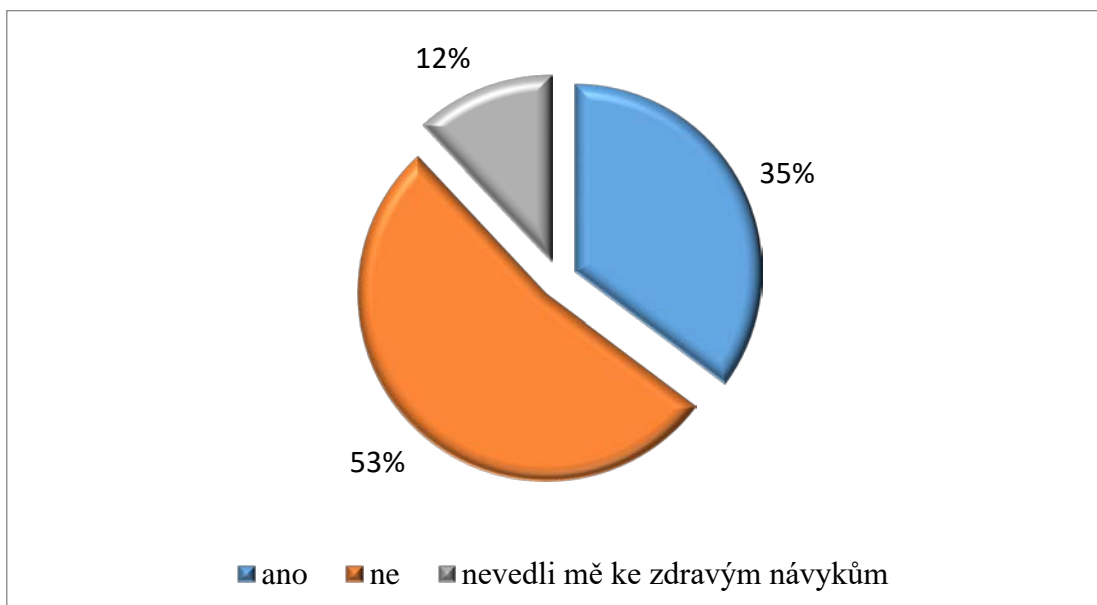
Konzumaci jiných návykových látek zobrazuje graf 9. Žádnou konzumaci návykových látek označilo 166 (86 %) respondentů. Nepravidelnou konzumaci návykových látek uvedlo 13 (7 %) respondentů a pravidelnou konzumaci jiných návykových látek uvedlo 14 (7 %) respondentů.

Graf 10 Vliv vedení rodičů k pohybové aktivitě



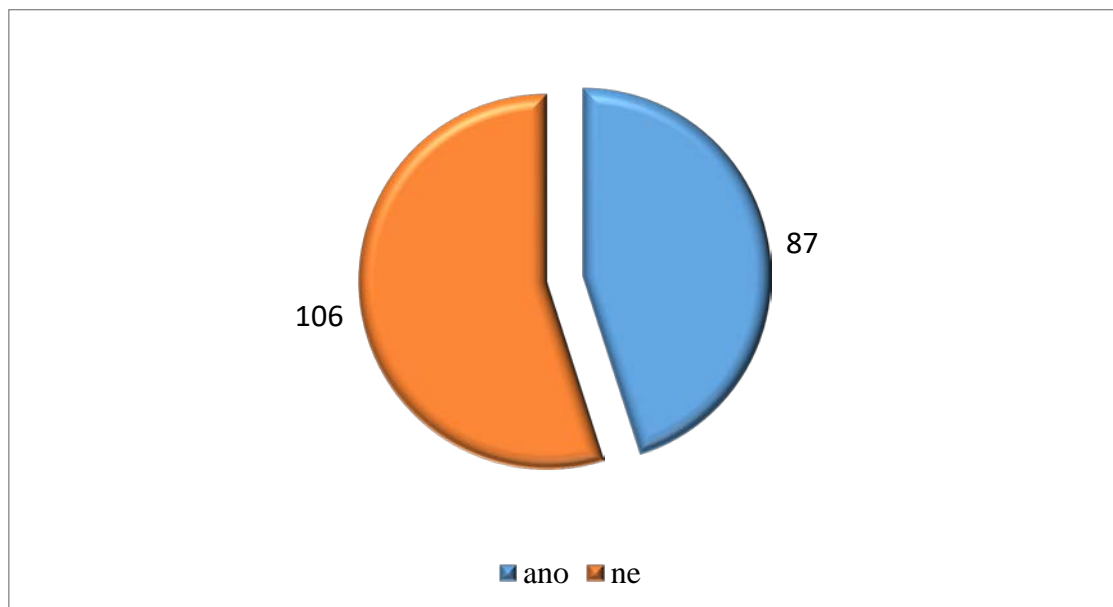
Graf 10 zobrazuje vliv rodičů v dětství na vykonávání pohybové aktivity sester v dospělosti. 103 (53 %) respondentů uvedlo, že rodiče měli vliv na vykonávání jejich současné pohybové aktivity, 51 (27 %) respondentů uvedlo, že vedení rodičů je neovlivnilo k vykonávání pohybové aktivity a 39 (20 %) respondentů uvedlo, že je rodiče nevedli k vykonávání pohybové aktivity.

Graf 11 Vliv rodičů na stravování



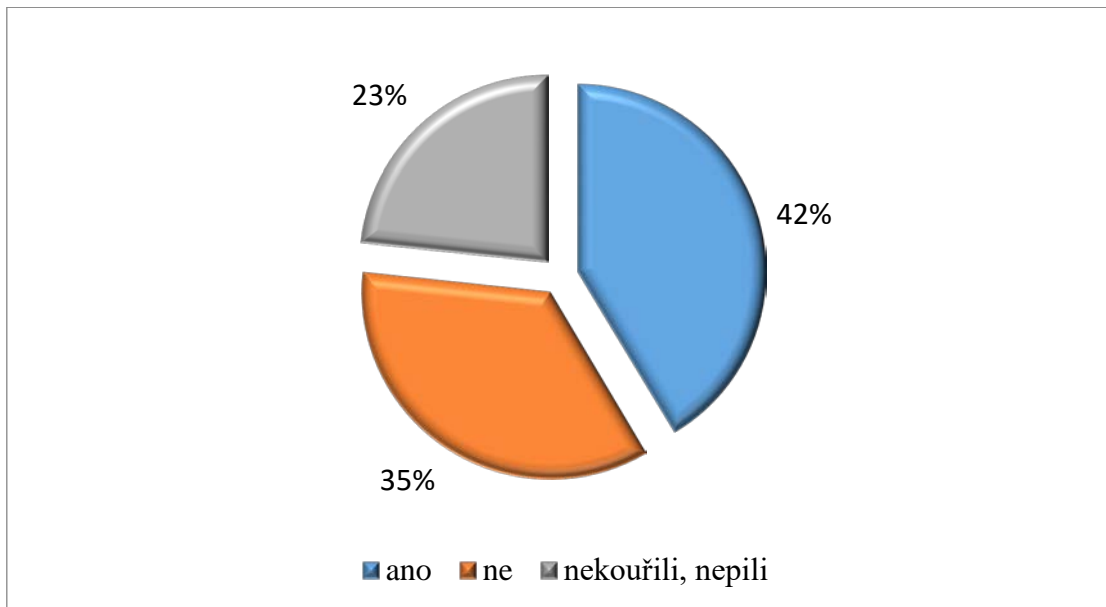
Vliv stravovacích návyků rodičů v dětství na stravování všeobecných sester v dospělosti je vyobrazen v grafu 11. 68 (35 %) respondentů uvedlo, že stravovací návyky preferované v dětství v rodině je ovlivnily v současných stravovacích návycích, 102 (53 %) respondentů uvedlo, že je stravovací návyky rodičů neovlivnily v současném stravování a 23 (12 %) respondentů uvedlo, že v dětství nebyli vedeni ke zdravým stravovacím návykům.

Graf 12 Vliv životního stylu rodičů



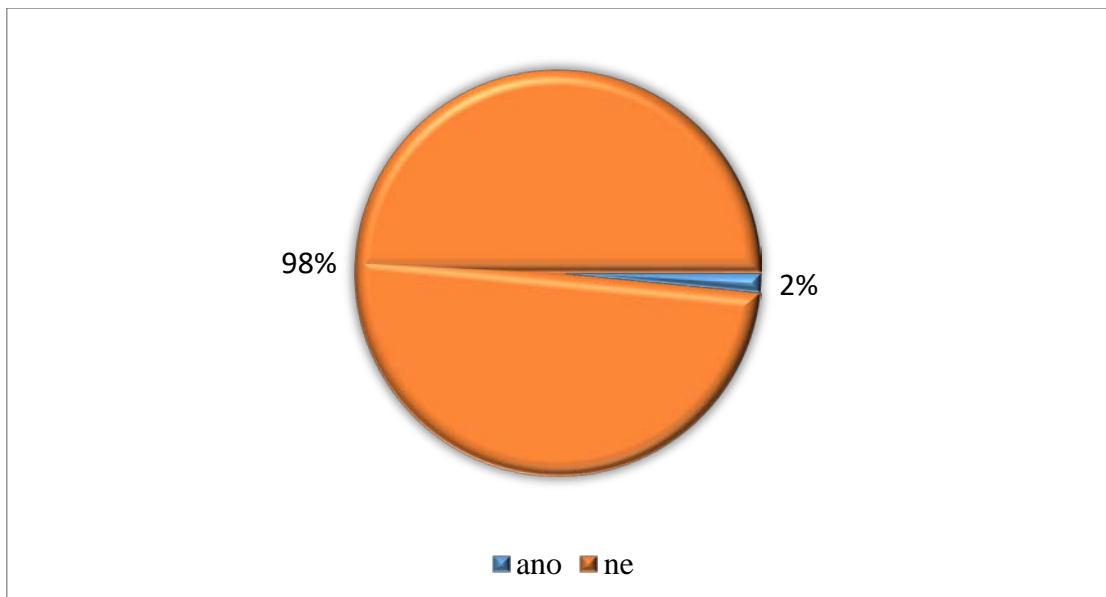
Graf 12 znázorňuje vliv životního stylu rodičů v dětství sester na jejich současný životní styl. 87 (45 %) respondentů uvedlo, že je životní styl rodičů ovlivnil a 106 (55 %) respondentů uvedlo, že nebyli ovlivněni životním stylem svých rodičů v dětství.

Graf 13 Vliv rodičů v oblasti zdraví rizikových faktorů



Vliv rodičů v rizikových faktorech je vyobrazen v grafu 13. 80 (42 %) respondentů uvedlo, že je rodiče ovlivnili v oblasti zdraví rizikových faktorů (kouření, alkohol, atd.), 68 (35 %) uvedlo, že je rodiče neovlivnili a 45 (23 %) respondentů označilo, že jejich rodiče nekouřili a nepili alkohol.

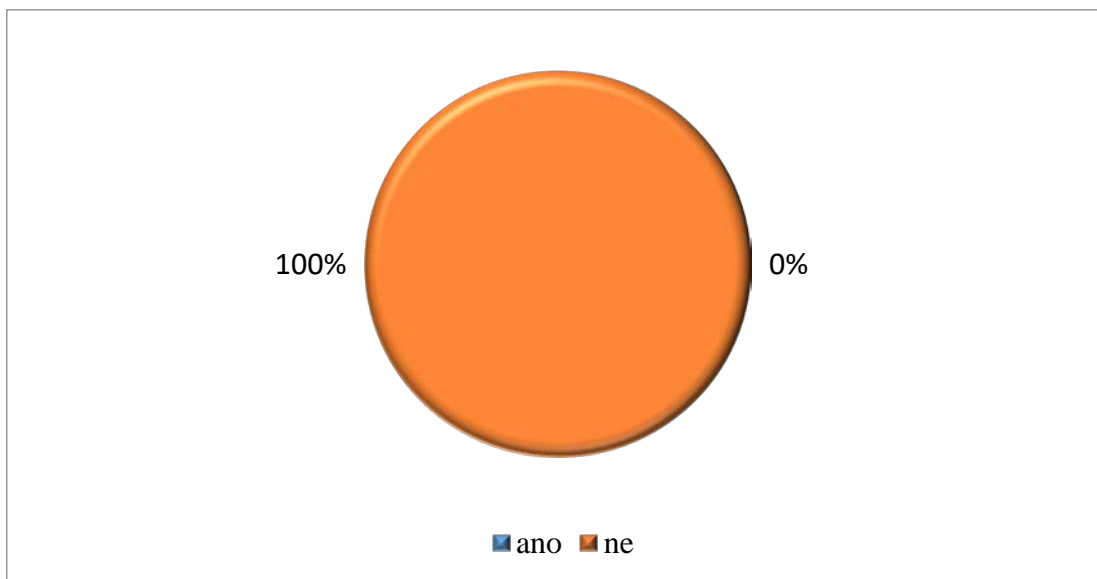
Graf 14 Vliv práce na životní styl



Graf 14 zobrazuje zda práce na pracovišti vedla nebo vede sestry k tomu, že musely změnit životní styl. 190 (98 %) dotázaných sester uvedlo, že jejich práce je nevedla ke

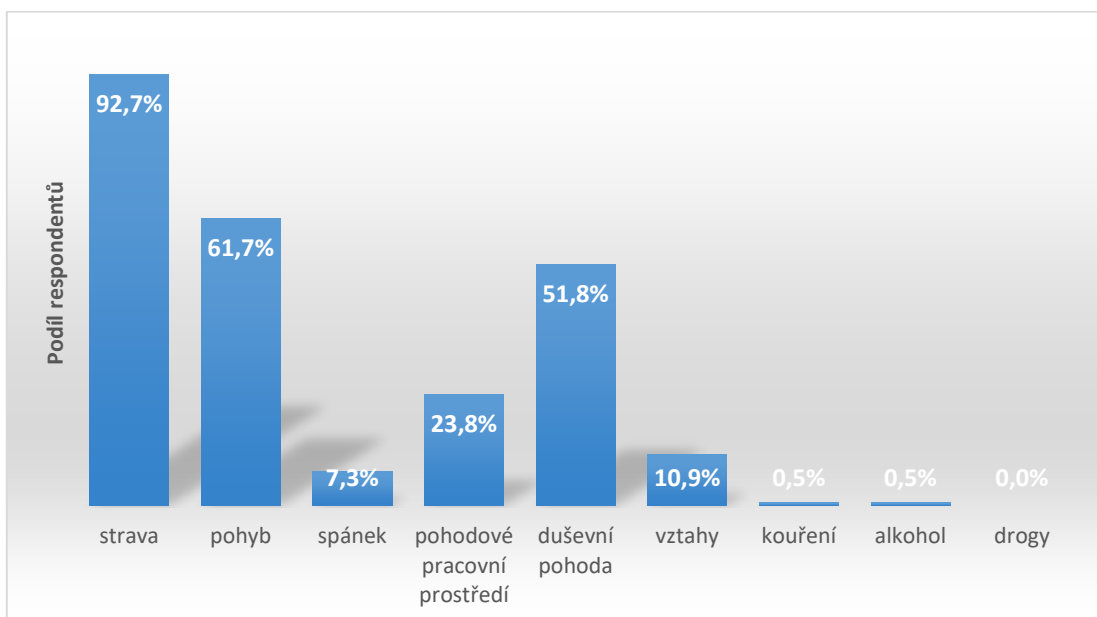
změně životního stylu a 3 (2 %) sestry uvedly, že je jejich práce vedla ke změně životního stylu.

Graf 15 Vliv profese na životní styl



Všech 193 (100 %) sester uvedlo, že jejich životní styl nebyl radikálně změněn vykonáváním profese všeobecné sestry (viz graf 15).

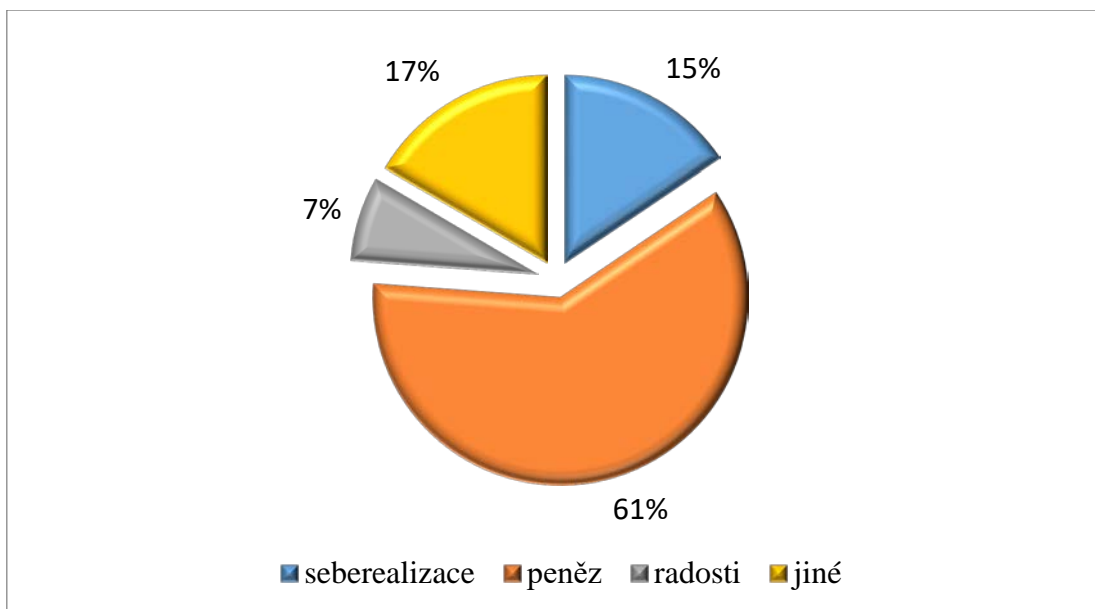
Graf 16 Nejdůležitější oblasti zdravého životního



Graf 16 znázorňuje zastoupení jednotlivých determinant zdravého životního stylu podle vnímání důležitosti jednotlivými respondenty. Respondenti měli na výběr z

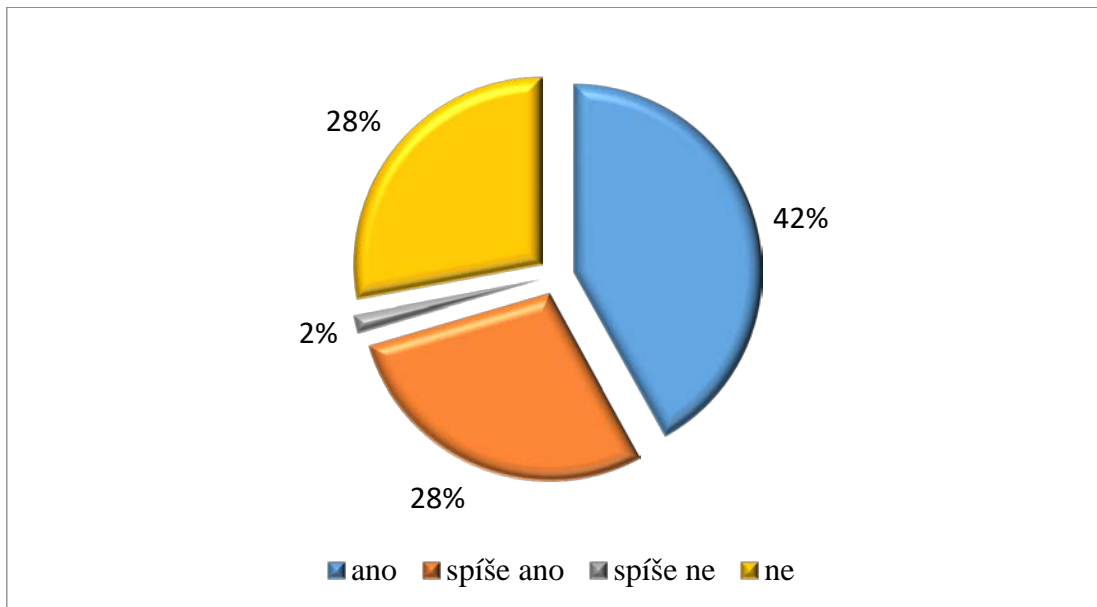
nabízených deseti možností, označit mohli více odpovědí. Ze 193 respondentů 92,7 % respondentů označilo jako nejdůležitější součást zdravého životního stylu stravu, 61,7 % respondentů označilo za nejdůležitější součást zdravého životního stylu pohyb, spánek jako nejdůležitější součást zdravého životního stylu označilo 7,3 % respondentů, pohodové pracovní prostředí uvedlo 23,8 % dotázaných, mezilidské vztahy označilo 10,9 % respondentů, 51,8 % respondentů uvedlo za nejdůležitější duševní pohodu, 1 respondent označil kouření a 1 respondent alkohol, drogy a všechny uvedené možnosti neoznačil žádný respondent.

Graf 17 Zaměstnání jako zdroj



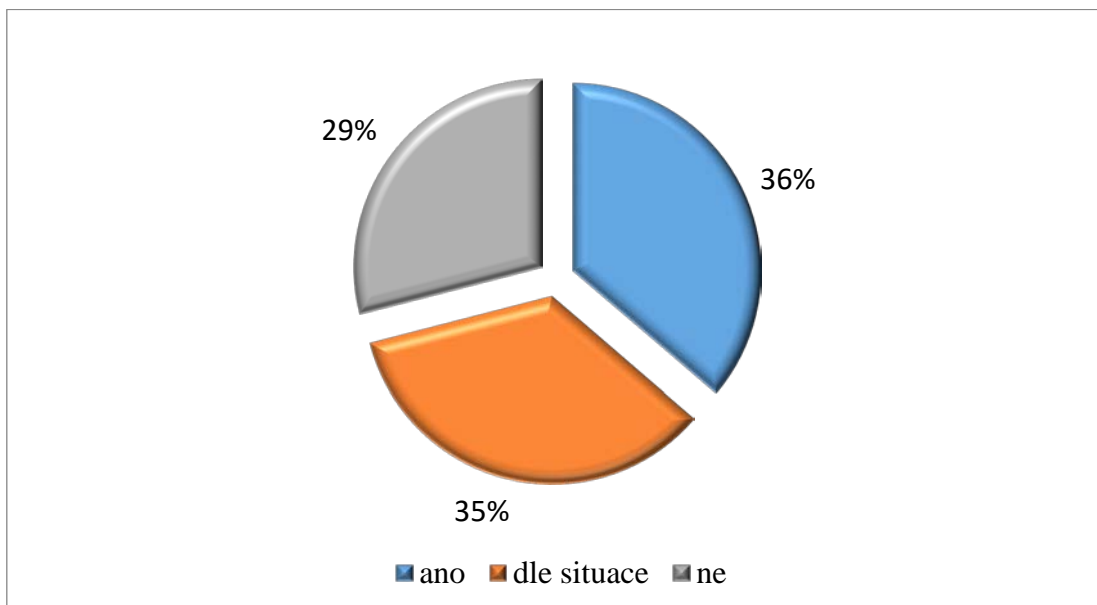
Graf 17 zobrazuje jak sestry vnímají své zaměstnání. 117 (61 %) sester uvedlo zaměstnání jako zdroj peněz. 30 (15 %) sester označilo zaměstnání jako zdroj seberealizace, 32 (17 %) označilo zaměstnání jako zdroj něčeho jiného a 14 (7 %) sester uvedlo, že je pro ně zaměstnání zdrojem radosti.

Graf 18 Chodíte do zaměstnání ráda



Do zaměstnání chodí rádo 81 (42 %) sester, 55 (28 %) sester uvedlo, že spíše rády chodí do zaměstnání, 54 (28 %) sester označilo, že nechodí do zaměstnání rády a 3 (2 %) sestry uvedly, že spíše nechodí do zaměstnání rády (viz graf 18).

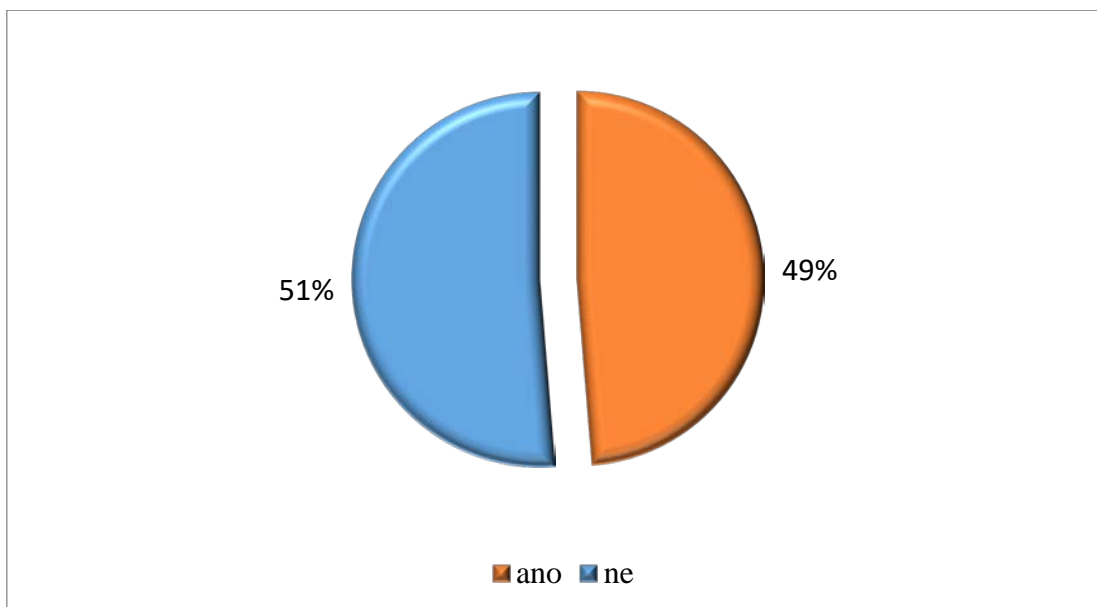
Graf 19 Povolání jako stresující faktor



Za stresující v souvislosti se zdravým životním stylem své povolání uvedlo 70 (36 %) sester, 67 (35 %) sester označilo své povolání za stresující pouze v určitých situacích a

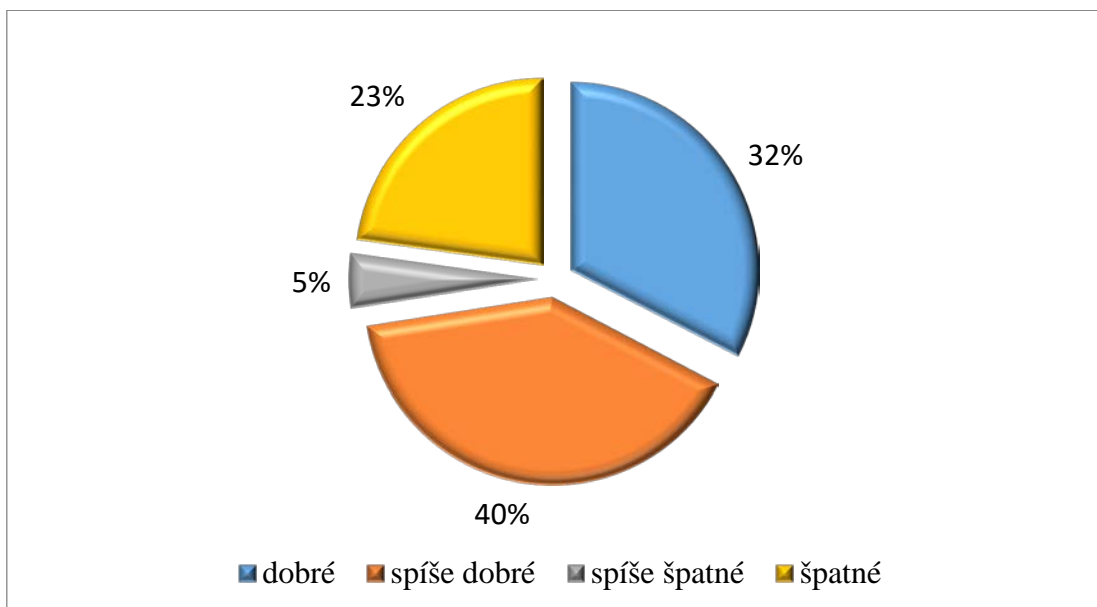
56 (29 %) sester uvedlo, že jejich povolání není stresující v souvislosti s jejich životním stylem (viz graf 19).

Graf 20 Myšlenky na změnu povolání



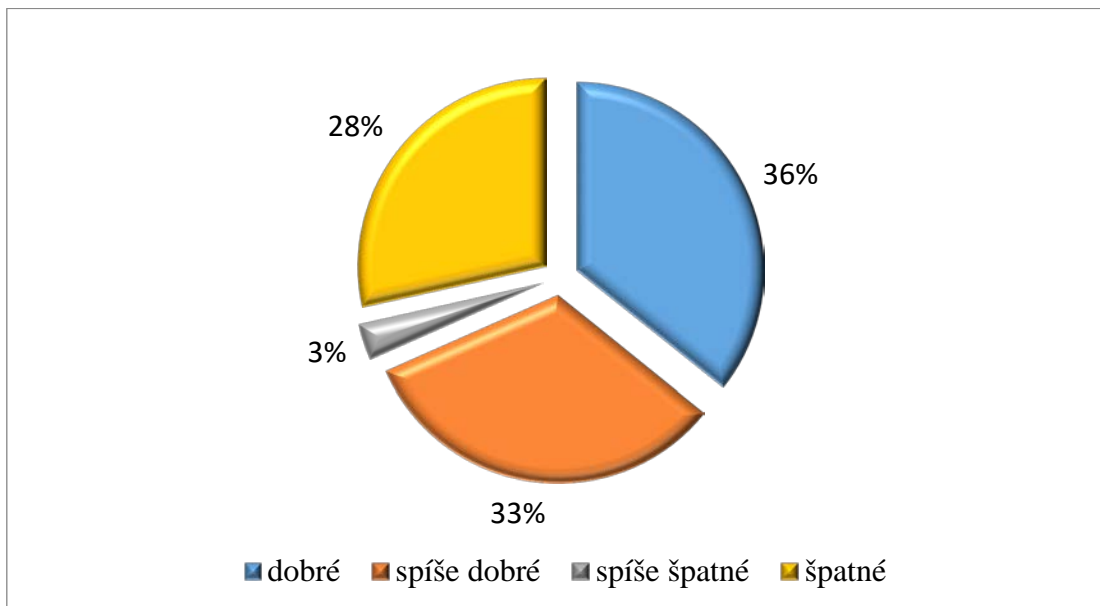
O změně povolání v souvislosti se zdravým životním stylem přemýšlelo 94 (49 %) sester, 99 (51 %) sester nepřemýšlelo o změně povolání (viz graf 20).

Graf 21 Pocity po psychické stránce



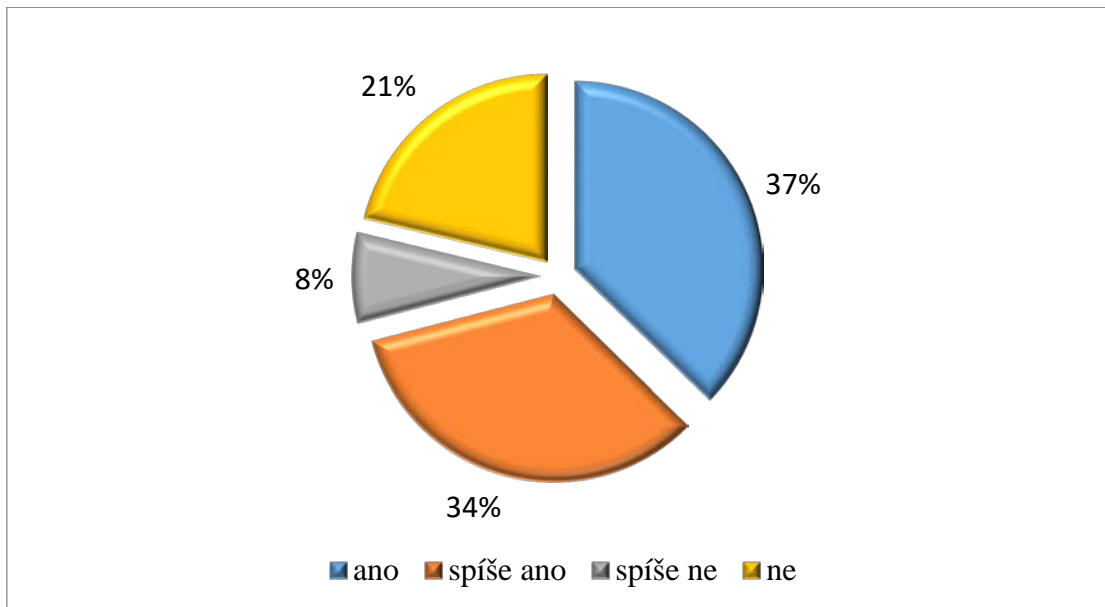
Dobré pocity v souvislosti se zaměstnáním má 63 (32 %) sester, spíše dobré pocity má 77 (40 %) sester, spíše špatné pocity má 77 (40%) sester a 9 (5 %) sester uvedlo, že mají špatné pocity (viz graf 21).

Graf 22 Pocity po fyzické stránce



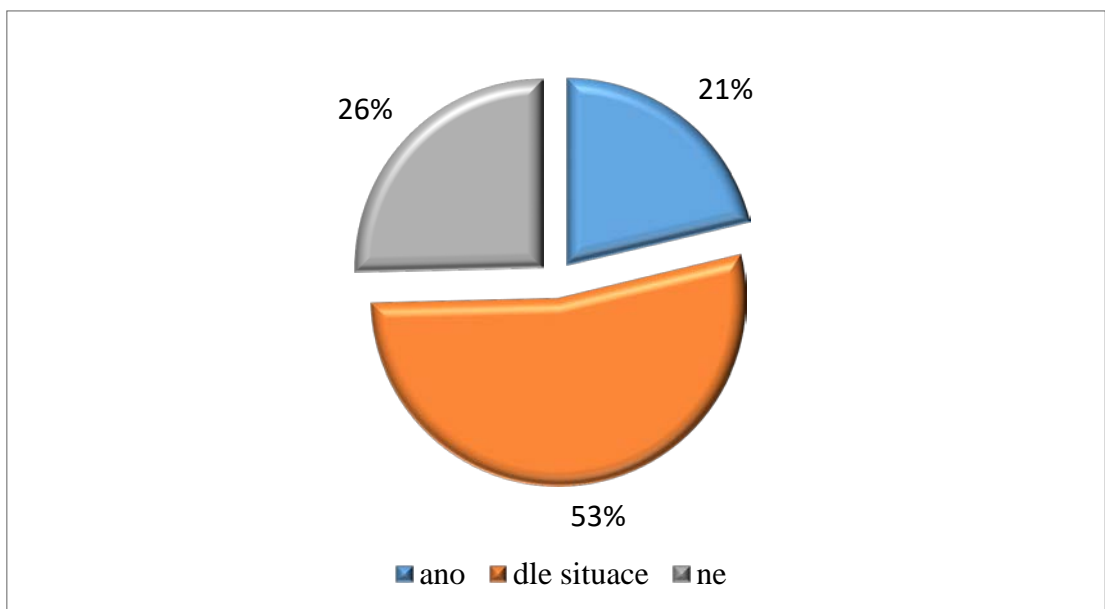
Dobré pocity po fyzické stránce v souvislosti se zaměstnáním vnímá 69 (36 %) sester, spíše dobré pocity po fyzické stránce má 63 (33 %) sester, 55 (28 %) sester uvedlo, že mají spíše špatné pocity a 6 (3 %) sester uvedlo, že mají špatné pocity po fyzické stránce (viz graf 22).

Graf 23 Pocit štěstí a spokojenosti



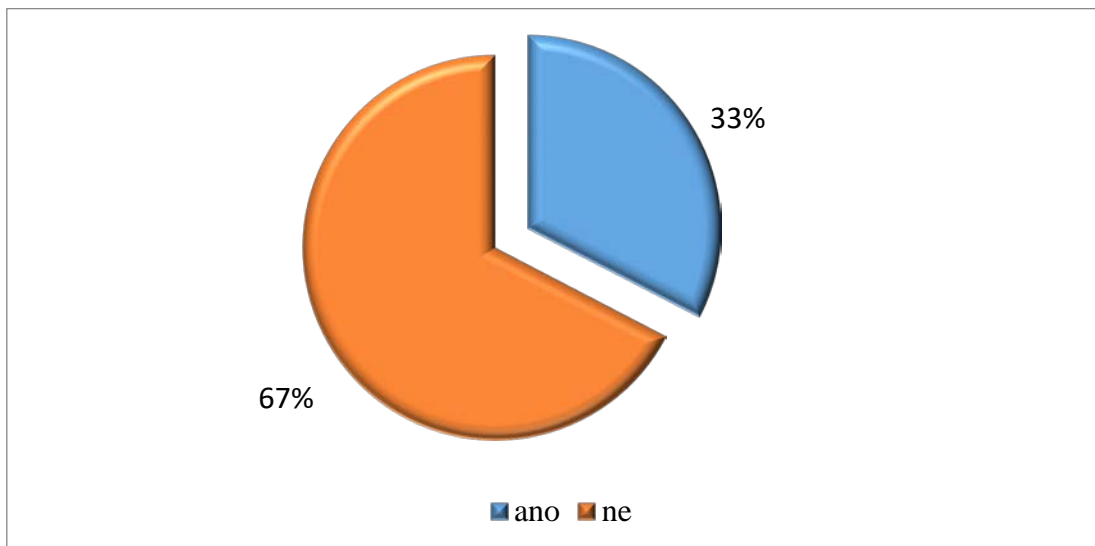
Šťastné a spokojené v souvislosti se životním stylem se cítí být 72 (37 %) sester, spíše šťastné se cítí být 65 (34 %) sester, 41 (21 %) sester se necítí být šťastné a spokojené a 15 (8 %) se spíše necítí být šťastné a spokojené (viz graf 23).

Graf 24 Životní styl vzorem pro pacienty



Vzorem pro pacienty svým životním stylem se cítí být 41 (21 %) sester, 103 (53 %) sester se cítí být vzorem pro pacienty dle situace a 49 (26 %) sester uvedlo, že svým životním stylem nejsou vzorem pro pacienty (viz graf 24).

Graf 25 Dodržování pohybových aktivit



Profese všeobecné sestry umožňuje 63 (33 %) sestrám naplnit životní styl pohybovou aktivitou, 130 (67 %) sester uvedlo, že jim profese všeobecné sestry neumožňuje naplnit život pohybovou aktivitou.

6.1 Statistické testování hypotéz

H1: Všeobecné sestry vykonávající profesi všeobecné sestry více než dvacet let dodržují zdravý životní styl více, než sestry služebně mladší.

K vyjádření dodržování zdravého životního stylu (ZŽS) byly použity odpovědi na otázky 5, 6, 7, 8, 9, a 26. Jednotlivé odpovědi byly obodovány dle schématu v tabulce 1 (více bodů = větší míra dodržování ZŽS).

Tabulka 1 Hodnocení dodržování ZŽS

Otázka	Bodování odpovědí	
	5. S ohledem na vaši profesi můžete dodržovat ve vašem životním stylu zásady zdravého stravování?	ano
	ne	0
6. S ohledem na vaši profesi můžete naplnit váš životní styl pohybovou aktivitou?	ano	1
	ne	0
7. S ohledem na vaši profesi můžete dodržovat ve vašem životním stylu požadavek zdravého kvalitního spánku?	ano	1
	ne	0
8. Kouříte?	ano	0
	ne	1
9. Konzumujete alkohol?	ano	0
	příležitostně	1
	ne	1
26. Cítíte se šťastný/á a spokojený/á v souvislosti se zdravým životním stylem?	ano	3
	spíše ano	2
	spíše ne	0
	ne	0

Výsledné skóre dodržování ZŽS u každého respondenta bylo získáno jako součet bodů.

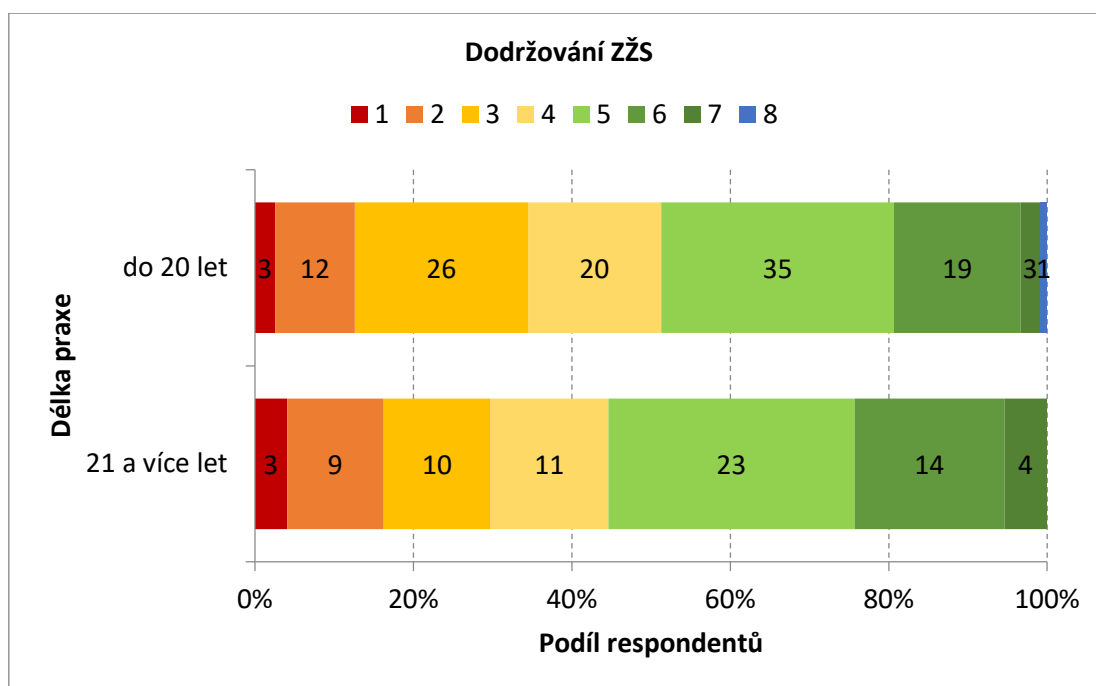
Respondenti mohli získat nejvíce 8 bodů, nejméně pak 0 bodů. Ve skutečnosti byl nejnižší získaný počet bodů 1.

Srovnání dodržování ZŽS respondenty s různou délkou praxe je znázorněno v kontingenční tabulce 2 a v grafu 26.

Tabulka 2 Délka praxe vs. dodržování ZŽS

Dodržování ZŽS	Délka praxe			
	do 20 let	21 a více let	do 20 let	21 a více let
1	3	3	3%	4%
2	12	9	10%	12%
3	26	10	22%	14%
4	20	11	17%	15%
5	35	23	29%	31%
6	19	14	16%	19%
7	3	4	3%	5%
8	1	0	1%	0%
Celkem	119	74	100%	100%

Graf 26 Délka praxe nemá na dodržování ZŽS vliv



Test četností v kontingenční tabulce pracoval s následujícími hypotézami:

H_0 : Dodržování ZŽS se s délkou praxe nemění.

H_A : Dodržování ZŽS se s délkou praxe mění.

Z důvodu nižšího zastoupení četností v některých buňkách tabulky byl k testu použit přesný Fischerův test. Dosažená hladina významnosti činí 75,4%. Protože je tato hodnota vyšší než zvolená hladina významnosti α (5 %), nemůžeme testovanou **nulovou hypotézu zamítnout**. Námi testovaná hypotéza H_1 : *Všeobecné sestry vykonávající profesi všeobecné sestry více než dvacet let dodržují zdravý životní styl více, než sestry služebně mladší proto **neplatí** – dodržování zdravého životního stylu se s délkou praxe nemění.*

H2: Sestry, které byly vychovávány ke zdravému životnímu stylu v dětství v rodině, dodržují zdravý životní styl více, než sestry, které nebyly vychovávány ke zdravému životnímu stylu v rodině.

Způsob vyjádření dodržování ZŽS je popsán výše u hypotézy 1. Výchova ke zdravému životnímu stylu byla zjišťována otázkami 11, 12, 13, 14. Odpovědi byly ohodnoceny bodově podle schématu uvedeného v tabulce 3.

Tabulka 3 Hodnocení výchovy ke ZŽS

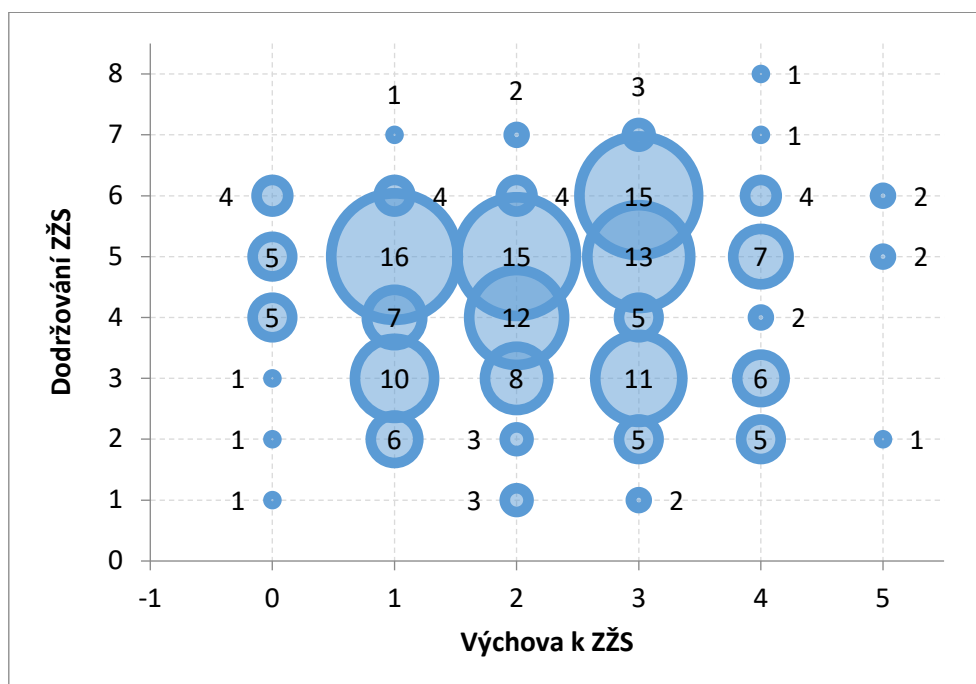
Otázka	Bodování odpovědí						
11. Ovlivnilo váš současný životní styl vedení vašich rodičů v dětství k provádění pohybové aktivity?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">ano</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ne</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">nevedli mě k pohybové aktivitě</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> </table>	ano	2	ne	0	nevedli mě k pohybové aktivitě	0
ano	2						
ne	0						
nevedli mě k pohybové aktivitě	0						
12. Ovlivnilo váš současný životní styl stravování vašich rodičů v dětství ve stravovacích návycích?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">ano</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ne</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">nevedli mě ke zdravým stravovacím návykům</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> </table>	ano	1	ne	0	nevedli mě ke zdravým stravovacím návykům	0
ano	1						
ne	0						
nevedli mě ke zdravým stravovacím návykům	0						
13. Ovlivnil váš současný životní styl, životní styl vašich rodičů v dětství?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">ano</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ne</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> </table>	ano	1	ne	0		
ano	1						
ne	0						
14. Ovlivnili vás rodiče v oblasti zdraví rizikových faktorů (kouření, alkohol, atd.)?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">ano</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ne</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">rodiče nekouřili, nepili</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> </table>	ano	0	ne	1	rodiče nekouřili, nepili	0
ano	0						
ne	1						
rodiče nekouřili, nepili	0						

Výsledné skóre výchovy ke ZŽS u každého respondenta bylo získáno jako součet bodů. Respondenti mohli získat nejvíce 5 bodů, nejméně pak 0 bodů. Srovnání dodržování ZŽS respondenty s různým vlivem výchovy je znázorněno v kontingenční tabulce 4 a v grafu 27.

Tabulka 4 Výchova vs. dodržování ZŽS

Dodržování ZŽS (součet bodů)	Výchova k ZŽS (součet bodů)						Celkem
	0	1	2	3	4	5	
1	1	0	3	2	0	0	6
2	1	6	3	5	5	1	21
3	1	10	8	11	6	0	36
4	5	7	12	5	2	0	31
5	5	16	15	13	7	2	58
6	4	4	4	15	4	2	33
7	0	1	2	3	1	0	7
8	0	0	0	0	1	0	1
Celkem	17	44	47	54	26	5	193

Graf 27 Vztah výchovy a dodržování ZŽS



Velikost bublin v grafu 27 znázorňuje počet respondentů dané kombinace výchovy a dodržování ZŽS. Je zřejmé, že nejvíce zastoupeny jsou střední až vyšší míry dodržování ZŽS (ohodnocené 5 a 6 body), které odpovídají střední míře výchovy k ZŽS (skóre 1-3).

Pro test závislosti dodržování ZŽS na výchově byly stanoveny následující hypotézy:

H_0 : Výchova ke ZŽS nemá vliv na dodržování ZŽS.

H_A : Výchova ke ZŽS má vliv na dodržování ZŽS.

Data byla otestována pomocí neparametrické korelace. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 5.

Tabulka 5 Neparametrická korelace

Spearmanův korelační koeficient r_s	0,060
Dosažená hladina významnosti	40,6%
Počet pozorování	193

Kladný korelační koeficient znamená, že závislost mezi mírou výchovy a dodržování ZŽS je pozitivní (čím více výchovy, tím lepší dodržování ZŽS). Jak však dokládá dosažená hladina významnosti, tento efekt je statisticky zanedbatelný.

Protože dosažená hladina významnosti v testu neparametrického korelačního koeficientu činí 40,6 %, nemůžeme zamítnout testovanou nulovou hypotézu. Proto **hypotéza H2:** *Sestry, které byly vychovávány ke zdravému životnímu stylu v dětství v rodině, dodržují zdravý životní styl více, než sestry, které nebyly vychovávány ke zdravému životnímu stylu v rodině neplatí.* Vedení ke zdravému životnímu stylu v rodině nemá u zkoumané skupiny respondentů vliv na jeho dodržování v dospělosti.

7 Diskuze

Výzkum této diplomové práce byl zaměřen na životní styl všeobecných sester. Údaje byly získány dotazníkovým šetřením. Dotazník zjišťoval pravděpodobné chování sester v oblasti zdravého životního stylu. Výzkumného šetření se zúčastnily všeobecné sestry z různých zdravotnických zařízení v České republice, z toho 171 (89 %) žen a 22 (11 %) mužů (graf 2).

Cílem práce bylo zjistit zdali profese všeobecné sestry inspiruje k dodržování zdravého životního stylu, zda jim vůbec náplň povolání umožňuje zdravý životní styl dodržovat, zda sestry, které vykonávají profesi všeobecné sestry déle jak 20 let dodržují zdravý životní styl více než jejich kolegyně a kolegyně služebně mladší a zda sestry, které byly vedeny ke zdravému životnímu stylu v dětství dodržují životní styl více, než sestry, které ke zdravému životnímu stylu vedeny nebyly. Podle WHO nejvíce své zdraví ovlivňujeme svým vlastním životním stylem, celkově určuje naše zdraví životní styl z 80 % zbývajících 20 % je dáno ostatními vlivy jako je například dědičnost a dostupnost zdravotní péče. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (WHO, 2017). Tato definice zahrnuje tři složky - biologickou, psychickou a sociální. Při disharmonii jedné ze složek dochází u člověka k poruše zdraví, které se prolíná i v dalších složkách. Proto je velmi důležité, aby se lidé o své zdraví starali a péče o zdraví byla jejich každodenní součástí životního stylu. Vzhledem k efektu na zdraví jsou klíčové tyto oblasti životního stylu: pravidelný pohyb, zdravá a nutričně vyvážená strava, nekouření, limitovaná konzumace alkoholu, dostatek spánku, optimismus a pohodové prostředí (Machová et al., 2015). Z tohoto důvodu byly obsahem našeho šetření.

Podle Čeledové a Čevely (2010) by každý jedinec měl mít přiměřené znalosti a vědomosti o zdraví a zdravém životním stylu. Pro realizaci zdravého životního stylu je nezbytné, aby každý člověk chtěl své zdraví šetřit a upevňovat a zároveň eliminoval rizikové faktory (Čeledová, Čevela, 2010). Výzkumné šetření potvrdilo, že sestry znají zásadní oblasti zdravého životního stylu spadající do péče o zdraví, usuzujeme tak, protože 193 (100 %) sester uvedlo, že zdravý životní styl pro ně představuje pohyb, 191 (99 %) sester označilo zdravou stravu, spánek uvedlo 172 (15,7 %) sester a pohodové pracovní prostředí uvedlo jako součást zdravého životního stylu 158 (14,4 %) sester (graf 3, graf 16).

Pro mírnou většinu 110 (57 %) sester jak vyplývá z výzkumného šetření je povolání inspirující k dodržování zdravého životního stylu (graf 4). Lze se domnívat, že je toto zjištění pravděpodobně ovlivněno pravidelným setkáním se s množstvím nejrůznějších onemocnění vyplývajících ze zanedbávání zdraví prospěšných faktorů v životním stylu jedince, v nemalé míře zde svojí roli sehrává i vliv médií.

S dodržováním zdravého životního stylu souvisí zdravé stravování, které podle Machové (2010) představuje zdravou nutričně vyváženou stravu, konzumovanou v klidu a v pravidelných intervalech 5x denně. Celkem 114 (59 %) sester z výzkumného šetření uvedlo, že jim profese všeobecné sestry neumožňuje dodržovat zásady zdravého stravování (graf 5). I Blake (2013) ve svém výzkumu uvádí, že 73 % sester nesplňuje zásady zdravého stravování, zejména v počtu porcí za den a v konzumaci ovoce a zeleniny. Domnívám se, že naplnit požadavek zdravého stravování mohou lépe sestry pracující u lůžka než sestry pracující u lůžka a na operačních sálech. Z vlastní zkušenosti vím, že největším problémem zdravého stravování sester není nutriční stránka, ale nedostatek času a z něho vyplývající nepravidelnost v konzumaci stravy, časová tíseň vede k tomu, že se sestry stravují pod tlakem nebo se nestravují vůbec. Navrátilová (2010) ve svém výzkumu uvádí, že 93 % sester pracujících na porodním sále a 69 % sester pracujících na gynekologickém oddělení se v pracovní době stravuje nepravidelně. Taktéž Žídková (2010) ve svém článku uvádí, že nejčastějším prohřeškem sester je nepravidelné stravování a nedodržování pravidelných přestávek na oběd, zároveň ale zmiňuje, že se jedná o řešitelný nedostatek, který by se ve zdravotnictví neměl omlouvat nutnou přítomností na pracovišti. Dle našeho úsudku je tento problém řešitelný dostatkem personálního obsazení.

Další determinantou zdravého životního stylu je pohybová aktivita, která je důležitá pro zdraví každého jedince. Je dokázáno, že lidé, kteří pravidelně cvičí, mají lepší pracovní výsledky, nižší nemocnost a nižší pracovní úrazovost, jsou optimističtější (Kopecký, 2010). Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že 130 (67 %) sestrám profese všeobecné sestry nedovoluje naplnit životní styl pohybovou aktivitou (graf 25). Co je skutečnou příčinou sester nemoci naplnit životní styl pohybovou aktivitou nevíme, příčin může být mnoho např. fyzická i psychická vyčerpanost z práce, směnný provoz, skloubení pohybové aktivity s dalšími povinnostmi, ale i nedostatečná vůle k pohybové aktivitě. Podle Žídkové (2010) postrádá logiku doporučovat zdravotníkům více pohybu. Bylo dokázáno, že zdravotníci během jedné směny nachodí 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 šetřit síly zdravotníků ergonomickým řešením pracovišť a více přidat relaxačních a duševně zotavujících činností, včetně pohybu, ve volném čase.

K dalším jedinci ovlivnitelným složkám zdravého životního stylu patří kvalitní a dostatečně dlouhý spánek, který je pro lidský organismus důležitý z hlediska regenerace a ochrany. Podle Sýkorové (2006) se problémy způsobené nekvalitním spánkem odrážejí na celkové kondici jedince. Člověk trpící poruchami spánku bývá již po probuzení unavený, podrážděný, ospalý a vyčerpaný. Často bývá nepozorný, což může mít za následek i vznik pracovních úrazů. Žídková (2010) uvádí, že zvláště u zdravotníků pracujících ve směnném provozu je spánková hygiena narušená. S Žídkovou souhlasí Geiger-Brown et al. (2011), která uvádí, že z jejího výzkumu si na nedostatek kvalitního spánku a únavu stěžují nejčastěji sestry pracující dvanáctihodinové směny, noční i denní. Naplnění požadavku dodržování zdravého spánku všeobecnými sestrami je uveden v grafu 6. 122 (63 %) sester uvedlo, že jim profese neumožňuje naplnit dodržování kvalitního spánku a 71 (37 %) sester uvedlo, že jim profese umožňuje naplnit požadavek zdravého spánku. U sester, kterým profese nedovoluje naplnit požadavek zdravého spánku může být příčinou již výše zmíněný směnný provoz a naopak o sestrách, kterým profese umožňuje dodržovat zdravý spánek lze usuzovat, že nepracují ve směnném provozu. I toto tvrzení může být zavádějící, důkazem toho je výzkum Janouškové (2012), která uvádí, že nadpoloviční většina jí dotázaných sester 53,3 % pracujících ve směnném provozu je i přes všechna negativa spojená se směnným provozem se svým spánkem spokojena.

K nejvíce rizikovým faktorům životního stylu patří kouření, které je nejčastější příčinou předčasných onemocnění a úmrtí (Machová, 2009). O tom, že škodí zdraví, bylo už napsáno mnoho, pravdivost tohoto tvrzení nejlépe vystihují statistiky, které uvádí ÚZIS: pokud by všichni kuřáci v ČR přestali kouřit, třetina onkologů by byla bez práce. Aktuálně ve světě v důsledku kouření umírá cca 4 miliony lidí ročně. Přibližně čtvrtina onemocnění cév a srdce v ČR je následkem kouření. V současné době prodělá pětinasobek mladých kuřáků infarkt nebo mrtvici mezi 30. – 40. rokem života. Kouření je nejčastější příčinou rakoviny plic, rakoviny močového měchýře a rakoviny slinivky. Z celkového množství nádorových onemocnění vzniká 1/3 právě v důsledku kouření. V případě chronických plicních onemocnění jsou statistiky ještě hrozivější. Jejich propuknutí je ze 2/3 záležitostí kuřáků (ÚZIS, 2014). Výzkumné šetření prokázalo, že

kouření jako součást svého životního stylu uvedla více jak polovina dotázaných sester 106 (55 %), 87 (45 %) sester uvedlo, že nekouří (graf 8). Skutečnost tohoto výsledku mě velmi překvapila a zklamala, jsem přesvědčena, že kouření se s profesí všeobecné sestry naprosto neslučuje. Přestože sestry znají negativní stránky kouření a důsledky s ním spojené, samy toto nedodrží. Nepřísluší mi, ale nikoho soudit, a tak lze jen spekulovat co je skutečnou příčinou kuřáctví sester. Může jí být třeba přemíra stresu spojená s výkonem profese, ve kterém cigareta může sehrávat roli jakéhosi „uvolňovače“ napětí. Janoušková (2012) uvádí, že 41 % sester začalo kouřit v souvislosti s nástupem do zdravotnictví. Výzkum moravské společnosti ELSPAC (2000) zaměřené na kouření a stres dokazuje, že stres kouřením nezmizí, jen je na chvíli potlačen a následně často vyvolán ještě silnější než na počátku. Od 1. května 2017 Česká republika zavádí legislativní opatření omezující kouření v uzavřených prostorách. Toto opatření se vztahuje i nemocnice, některé nemocnice již zavedly zákaz kouření v areálech nemocnic již dříve před tímto legislativním schválením jako preventivní opatření podporující zdravý životní styl pacientů i svých zaměstnanců. Část české populace stále vnímá opatření omezující kouření jako omezení osobní svobody. Z mého pohledu je toto opatření nutné, domnívám se, že nekuřáctví spadá do podpory zdraví a Česká republika by měla usilovat o to, aby se nekuřáctví stalo společenskou normou.

Další neméně diskutovanou a z mého pohledu velmi kontroverzní záležitostí v otázce zdravého životního stylu, prevenci nemocí a medicíny je konzumace alkoholu. Výzkumné šetření taktéž zjišťovalo konzumaci alkoholu jako součást životního stylu sester. O špatném vlivu na lidský organismus snad nikdo nepochybuje, ale jak je to s jeho prospěšností a existuje limitované množství, které je slučitelné se zdravým životním stylem? Z výsledků výzkumu vyplývá, že příležitostnou konzumaci uvedly více jak 2/3 dotázaných sester, pravidelnou konzumaci uvedlo 14 (7 %) sester a 30 (16 %) sester uvedlo, že alkohol nekonzumují vůbec (graf 7). Janoušková (2012) uvádí, že sestry preferují v konzumaci alkoholu víno, 118 (54,9 %) sester uvedlo, že nejčastější interval konzumace je několikrát za měsíc.

Pravidelnou konzumaci jiných návykových látek uvedlo 14 (7 %) sester z našeho výzkumného souboru, nepravidelnou 13 (7 %) a žádnou konzumaci uvedlo 166 (86 %) sester (graf 9). Nepravidelnou konzumaci návykových látek jsem předpokládala vyšší z důvodu snadné dostupnosti léků, zde se lze jen domnívat, že návykovými látkami jsou pro sestry drogy a opiáty, nikoliv například dostupná analgetika.

Ke zdravému životnímu stylu patří i duševní pohoda. Z výsledků šetření vyplývá, že šťastnými se cítí být 72 (37 %) sester, spíše šťastnými 65 (34 %) sester, spíše nešťastnými se cítí být 15 (8 %) sester a zcela nešťastnými se cítí být 41 (21%) sester (graf 23). Proč se sestry cítí být nešťastné o tom lze jen spekulovat. Příčin může být mnoho např. negativní psychické rozpoložení v době vyplňování dotazníku, nespokojenost s profesí, stres, pracovní přetíženost, špatné pracovní klima, neshody s lékaři, nedostatečné finanční ohodnocení, nesoulad v rodinných vztazích. Poslední zmíněné považuji za zcela zásadní. Rodina je místo, kde máme čerpat jistoty, odpočívat, být bezpodmínečně milováni. Honzák (2015) radí sestřím, aby rodině věnovaly lásku, péči, z pomyslného koláče rodině dávaly víc než práci. Vztahy podle Honzáka (2015) potřebují kultivaci, zalévání, opatrování, jinak chřadnou. S tímto nelze nic jiného než souhlasit, jsem přesvědčena, že pohodové, láskyplné rodinné zázemí je pro sestru oázou po dni plném pracovního stresu.

Dodržování determinant v souvislosti s délkou praxe jsme se pokusili ověřit ve výzkumné části této práce. Pro tento účel jsme si stanovili hypotézu **H1: Všeobecné sestry vykonávající profesi všeobecné sestry více než dvacet let dodržují zdravý životní styl více, než sestry služebně mladší.**

Hypotéza se ve výzkumném šetření nepotvrdila. Dosažená hladina významnosti činí 75,4 %. Z výzkumu vyplývá, že délka praxe nemá vliv na dodržování zdravého životního stylu (tab. 2, graf 25). Knezovic (2010) uvádí, že určující vliv na životní styl jednotlivce má především sociální prostředí, ve kterém žije a uspokojuje své potřeby. Nejvýznamnější skupinou, která ovlivňuje způsob života jedince, je rodina. Životní styl jedince ovlivňuje zejména primární prevence a zvláště významně výchova ke zdraví, **motivace k podpoře zdraví** se formuje v průběhu života člověka na základě výchovy, především příkladem a kontrolou dodržování pravidel v rodině (Knezovic, 2010).

Jak výchova v rodině ovlivnila životní styl sester jsme se pokusili ověřit ve výzkumném šetření. Pro tento účel jsme si stanovili hypotézu **H2: Sestry, které byly vychovávány ke zdravému životnímu stylu v dětství v rodině, dodržují zdravý životní styl více, než sestry, které nebyly vychovávány ke zdravému životnímu stylu v rodině.**

Hypotéza se ve výzkumném šetření nepotvrdila. Dosažená hladina významnosti činí 40,6 %. Z výsledku je tedy patrné, že vedení ke zdravému životnímu stylu v rodině nemá na zkoumanou skupinu respondentů vliv v souvislosti s dodržováním životního stylu v dospělosti (graf 27). Příčin může být mnoho, například změna rodinných priorit,

současná podoba životního stylu pravděpodobně odlišná od životního stylu našich rodičů. Srovnáním vlivu rodičů jsme dospěli k těmto zjištěním. Největší vliv mají rodiče v případě pohybové aktivity, zde 103 (53 %) sester uvedlo, že vedení rodičů ke sportu má vliv na vykonávání jejich současné pohybové aktivity (graf 10) a u zdravích rizikových faktorů například kouření, alkohol (graf 13), což z pohledu zdravého životního stylu patří k negativním vlivům. Průzkum Přírodovědecké fakulty UK uvádí, že 40 % dětí kuřáků se samo stává kuřáky a jen 7 % dětí kouřících rodičů se jimi nestane. Bohužel neplatí, že by chování rodičů děti odrazovalo, ale spíše chování rodičů napodobují (Drúrová, 2014). Ve stravovacích návycích rodiče neovlivnili 102 (53 %) sester v současném stravování (graf 11), 106 (55 %) sester uvedlo, že životní styl jejich rodičů neměl vliv na jejich současný životní styl (graf 12).

Další otázky z výzkumného šetření byly zaměřeny na duševní pohodu související s výkonem profese. Typickými stresovými faktory, které mají vliv na duševní pohodu 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, nízké finanční ohodnocení (Valášková, 2008). Za stresující své povolání označilo 36 % sester, za stresující dle situace své povolání uvedlo 35 % sester a 29 % sester nepovažuje své povolání za stresující (graf 19). Dle Janouškové (2012) je povolání sestry stresující pro 26,2 % sester, spíše stresující je pro 35 % sester, práci ve zdravotnictví uvedlo za nestresující 6 % sester. Nelze jednoznačně určit, která zdravotnická oddělení jsou více stresová a která méně. Domnívám se, že v otázce vnímání stresu hraje roli mnoho faktorů a tato otázka by byla hodna důkladnější analýzy třeba v rámci kvalitativního výzkumu. Z vlastní zkušenosti vím, že pokud jsou dobré mezilidské pracovní vztahy a oddělení funguje jako tým, pracovní stres se zvládá mnohem lépe a nepůsobí jako tak silný stresor. Další velkou roli ve zvládání stresu, dle mého úsudku, má osobnost jedince a jeho copingové (ochranné) mechanismy.

Na stresu sester, jak už bylo výše popsáno, se podílí fyzické i psychické vypětí. Dobré pocity po psychické stránce v souvislosti se zaměstnáním uvedlo 32 % sester, spíše dobré 40 %, špatné pocity označilo 23 % sester (graf 21). Po fyzické stránce se cítí dobře 36 % sester a špatně se cítí 28 % sester (graf 22). Proti psychickému a fyzickému vyčerpání je důležité preventivně bojovat různými strategiemi, ke kterým například patří nadhled, humor, neslibovat nic co nejsme schopni splnit, smích, relaxace (Honzák, 2015, Krivohlavý, 2001). Domnívám se, že v momentě, kdy si sestry začnou uvědomovat příčiny svého vysílení z práce, jsou schopné své návyky začít měnit. Mezi

tyto změny patří i to, že mnohdy sestry zcela změni práci. Myšlenku na změnu povolání v souvislosti se zdravým životním stylem uvedlo 49 % sester, 51 % sester uvedlo, že myšlenku na změnu povolání nikdy neměly (graf 20).

Z výzkumného šetření Blake et al. (2017) vyplývá, že 89,5 % sester souhlasí, že mají být vzorem ve zdraví pro své pacienty, 37 % sester zaujímá negativní postoj v podpoře zdraví pro své pacienty, tyto sestry pravděpodobně vedou méně zdravý životní styl a 96 % sester je přesvědčeno, že podpora zdraví je klíčovým prvkem jejich práce a tudíž by měly dodržovat pozitivní postoje k podpoře zdraví a být tak vzorem pro své pacienty (Blake et al., 2017). V našem výzkumném šetření na otázku zdali jsou sestry vzorem pro své pacienty v dodržování zdravého životního stylu uvedlo 26 % sester, že nejsou vzorem, 41 % sester se cítí být vzorem pro své pacienty a 53 % sester uvedlo, že jsou vzorem pouze v určitých determinantách životního stylu (graf 24). V jakých determinantách se sestry cítí být vzory o tom můžeme spekulovat, ale z našeho výzkumného šetření vyplývá, že nemohou být vzory v oblasti výživy, spánku, pohybové aktivity a nekouření. Tuto skutečnost bychom dále mohli podrobit analýze v samostatném výzkumném šetření.

Americká asociace sester (ANA) se domnívá, že sestry mají nejideálnější pozici proto, být vzory, edukátory a obhájci zdraví. ANA chce sestřím pomoci žít zdravěji a vyhlásila rok 2017 „Rokem zdravé sestry“, ve kterém se zaměřuje na podporu sester změnit jejich životní styl k lepšímu (ANA, 2017).

I pro management českého zdravotnictví by podpora sester v rámci jejich zdravého životního stylu neměla být sporadickou otázkou, ale pravidelnou nutností. Sestřím v českém zdravotnictví by měly být nabízeny benefity a opatření na podporu jejich psychické i fyzické pohody např. realizací edukačních seminářů zabývajících se zdravým životním stylem, dodržováním pravidelných přestávek na oběd, rozšířením nabídky výrobků zdravé výživy, ovoce a zeleniny v jídelnách pro zaměstnance, benefity formou příspěvků na dovolenou, wellness pobyty, vitamíny a doplňky výživy, různé rehabilitační procedury, navýšením dovolené, zkrácením pracovní doby, podporou pohybové aktivity zřízením posilovny a tělocvičny v rámci nemocnice s bezplatným vstupem pro zaměstnance, v neposlední řadě i supervize a psychologická intervence. Současná politika českého zdravotnictví sestřím na duševní ani zdravotní pohodě moc nepřidá. Na sestry je vyvíjen neustálý nátlak ve smyslu kvality péče, vzdělávání či etiky, sestry jsou přetěžovány z důvodu nedostatku kvalifikovaného personálu, nepřítomnosti pomůcek usnadňující péči i přes tuto skutečnost je ale nutné, aby sestry nezapomínaly

samy na sebe a snažily se dbát o své zdraví dodržováním zásad zdravého životního stylu. Měly by se více zabývat péčí o vlastní zdraví a zamyslet se nad tím, zda je jejich současný životní styl zdravý.

8 Závěr

V práci jsme se zabývali problematikou zdravého životního stylu všeobecných sester v kontextu s jejich profesí. V první části práce jsou uvedeny teoretické poznatky vztahující se k tématu práce, zejména nejčastější faktory ovlivňující životní styl sester vyplývající z výkonu jejich profese. Výzkumná část práce popisuje metodiku a organizaci výzkumu, charakteristiku zkoumaného souboru a výsledky šetření, které jsou graficky znázorněny.

Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 193 respondentů, 119 s délkou praxe do 20 let a 74 s délkou praxe více jak 20 let. Z toho bylo 22 mužů a 171 žen. Hlavním cílem práce bylo zmapovat dodržování ovlivnitelných determinant zdravého životního stylu všeobecných sester. Dále byly vytyčeny dílčí cíle a to, zjistit vliv rodičů v dětství na provádění pohybové aktivity sester v jejich současném životním stylu, zjistit vliv stravovacích zvyklostí rodičů na současné stravovací návyky sester, zjistit vliv životního stylu rodičů na nynější životní styl sester a zjistit jak ovlivnili rodiče sestry ve zdraví rizikových faktorech (kouření, alkohol). Z výsledků vyplývá, že nejvíce byly sestry ovlivněny rodiči v provádění pohybové aktivity, ale profese všeobecné sestry sestrám neumožňuje naplnit životní styl pohybovou aktivitou. V oblasti stravování a preference životního stylu, pro většinu sester z výzkumného šetření, rodiče vzorem nebyli a profese všeobecné sestry většině sestrám (59 %) neumožňuje požadavek zdravého stravování naplnit. Naopak v případě rizikových faktorů pro většinu sester z našeho souboru (42 %) rodiče vzorem byli. Sestrami preferovaným zdravím škodlivým faktorem je kouření, které uvedlo 55 % dotázaných sester.

V samém počátku této práce byla stanovena hlavní výzkumná otázka: Zjistit zdali zdravotnické povolání inspiruje sestry k dodržování zdravého životního stylu. Z šetření vyplývá, že 57 % sester se cítí být profesí všeobecné sestry inspirováno k dodržování zdravého životního stylu a 43 % sester nepovažuje své povolání za inspirující pro svůj životní styl.

Výzkumná část šetření byla realizována kvantitativní formou anonymním dotazníkem, který byl respondentům zprostředkován v tištěné formě. Pro splnění účelu kvantitativního šetření jsme si stanovili dvě hypotézy. H1: Všeobecné sestry vykonávající profesi všeobecné sestry více než 20 let dodržují zdravý životní styl více, než sestry služebně mladší. Tato hypotéza se nepotvrdila, délka praxe nemá vliv na dodržování zdravého životního stylu. H2: Sestry, které byly vychovávány ke zdravému

životnímu stylu v dětství v rodině, dodržují zdravý životní styl více, než sestry, které nebyly vychovávány ke zdravému životnímu stylu v rodině. Z výsledků vyplývá, že vedení ke zdravému životnímu stylu v rodině nemá u zkoumané skupiny respondentů vliv na jeho dodržování v dospělosti, H2 byla zamítnuta.

Pojem zdravého životního stylu je velice obsáhlý a lze ho zkoumat z různých úhlů pohledu. V této práci jsme se pokusili nastínit problémy životního stylu sester plynoucího z charakteru jejich profese.

Závěrem bych si dovolila říci, že pro udržení zdraví sester by mělo být cílem managementu sestry v péči o sebe samu podpořit, to znamená, aby i samotní zaměstnavatelé podporovali zdravý životní styl svých zaměstnanců, protože někdy i malá podpora může mít velký efekt. Zdravá a pozitivně laděná sestra by měla být v českém zdravotnictví nutností.

9 Seznam literatury

1. AIŠMANOVÁ, A., 2011. PSHY: *Psychohygiena (duševní hygiena)*: studijní opora pro studium učitelství praktického vyučování a odborného výcviku. In: [online]. vyd.1 [cit. 2017-01-17]. Dostupné z http://fpe.zcu.cz/export/sites/fpe/study/celozivotni_vzdelavani/nabidka/ESF_mistri/materialy2011/LS_podpory/kps_pshy/PSHY_Ajsmanova.pdf
2. ANA, 2017 *Year of the Healthy Nurse* [online]. [cit. 2017-04-1]. Dostupné z <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/2017-Year-of-Healthy-Nurse>
3. ASTL, J., ASTLOVÁ E., MARKOVÁ, E., 2009. *Jak jíst a udržet si zdraví aneb Vyvážený zdravý životní styl pro každý den: Příručka poradce*. Praha: Maxdorf. 328 s. ISBN 978-80-7345-175-2.
4. BARTKO, D., 1976. *Moderní psychohygienu*. 1. vyd. Praha: Orbis. 456 s. 11-072-76.
5. BÁRTLOVÁ, S., 2006. *Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta*. Kontakt. České Budějovice: ZSF JU. 2006, roč. 8, č. 1, s. 31–35. ISSN 1212–4117.
6. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V., 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: NCO NZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
7. BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H., 2010. *Psychofyzická zátěž a příčiny fluktuace sester*. Zdravotnictví v České republice. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví. 3/13, 110–115 s. ISSN 1213-6050.
8. BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
9. BEDRNOVÁ, E. et al., 1999. *Duševní hygiena a sebeřízení pro vysokoškoláky a mladé manažery*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 160 s. ISBN 80-7168-681-6.
10. BLAHUŠOVÁ, E., 2009. *Wellness: jak si udržet zdraví a pohodu*. Velké Bílovice: TeMi CZ. 149 s. ISBN 978-808-7156-339.
11. BLAKE, H., HARRISON, C., 2013. *Health behaviours and attitudes towards being role models*. Article in *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing) 22(2):86-94 · January 2013 with 82 Reads DOI: 10.12968/bjon.2013.22.2.86.
12. BLAKE, H. et al., 2017. *Healthy Lifestyle Behaviors and Health Promotion Attitudes in Preregistered Nurses: A Questionnaire Study*. *Nurs Educ.* 2017 Feb 1;56(2):94-103. DOI: 10.3928/01484834-20170123-06.
13. BORZOVÁ, C. et al., 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2978-7.

14. BRHEL, P., MANOUŠKOVÁ, M., HRNČÍŘ, E., 2005. *Pracovní lékařství-základy primární pracovně lékařské péče*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-414-3.
15. ČABLOVÁ, L., 2010. *Psychologické souvislosti výživy a zvládání stresu*. *E-psychologie* [online], 4 (4), 1-9 [cit.2017-01-22]. Dostupný z <http://e-psycholog.eu/pdf/cablova.pdf> ISSN 1802-8853.
16. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ A., ROZSYPALOVÁ M., 1995. *Speciální psychologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 173 s. ISBN 80-701-3197-7.
17. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
18. ČERMÁK, F., 2011. *Jazyk a jazykověda: přehled a slovníky*. vyd. 4. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1946-0.
19. ČSÚ, 2015. *Česká republika v mezinárodním srovnání (vybrané údaje) – 2015* [online].[cit.2017-03-10]. Dostupné z https://www.czso.cz/documents/10180/32955062/32018116_0303.pdf/8c2e8740-383c-49e7-92c2-d228ed036e2e?version=1.0
20. DELIVRÉ, F. 2002. *Bud'te páni svého času*. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-577-6.
21. DRÚROVÁ, D., 2014. *Děti si zapálí už v devíti, negativním vzorem jsou rodiče* [online].[cit.2017-03-29].Dostupnéz:<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1031601-deti-si-zapali-uz-v-deviti-negativnim-vzorem-jsou-rodice>
22. FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetřovatelství - teorie*. Martin: Osveta. 211s. ISBN 80-8063-227-8.
23. FISHEROVÁ, S., STARÝ, J., 2006. *Původ poezie: proměny poetické inspirace v evropských a mimoevropských kulturách*. Praha: Argo. 302 s. ISBN 80-7203-852-4.
24. GIGER – BROWN, J. et al., 2011. *Sleep, Sleepiness, Fatigue, and Performance of 12-Hour-Shift Nurses*. [online]. Pages 211-219 | Received 04 May 2011, Accepted 28 Nov 2011, Published 10 Feb 2012. [cit. 2017-01-29]. Dostupné na <http://dx.doi.org/10.3109/07420528.2011.645752>
25. GRUBER, J., 2002. *Duševní hygiena*. Praha: Česká zemědělská univerzita, 120 s. ISBN 80-213-0944-X.

26. GUČKOVÁ, M., 2007. *Fyzická zátěž sester*. Sestra. Praha: 17/ 6, 21 s. ISSN 1210-0404.
27. HAMAIDEH, S., H., 2011. *Jordanian nurses' job stressors and social support*. International Nursing Review. 2011, č. 55 s. 40-47. doi: 10.1111/j.1466-7657.2007.00605.
28. HAYES, B., PRYOR J., 2010. *Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting* [online]. Blackwell Publishing Ltd, Journal of Nursing Management, 18, 804-814 [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: <http://web3.apiu.edu/researchfile/Research Materials/Employee Job Satisfaction/>
29. HEJNOVÁ, A., 2015. *Jak ovlivňuje strava naši psychiku* [online]. [cit. 2017-01-26]. Dostupný z <http://andreahejnova.webnode.cz/andrea-hejnova-vyziva-vyzivovaporadkyne-poradkyne-zdravastrava-poradenstvi/vliv-stravy-na-psychiku/>
30. HELEKOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
31. HEPLOVÁ, M., MICHÁLKOVÁ, H., 2010. *Motivační prvky v práci sester*. Sestra. Praha. č. 11, s. 30. ISSN 1210-0404.
32. HLADKÝ, A., ŽÍDKOVÁ, Z., 1999. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. Praha: Karolinum. 78 s. ISBN 80-7184-890-5.
33. HONZÁK, R., 2015. *Svépomocná příručka sestry: (psychothriller)*. Praha: Galén. 257 s. ISBN 978-80-7492-142-1.
34. HOSÁKOVÁ, J., 2007. *Stres v práci sestry*. In: ARCHALOUSOVÁ, A. (ed.). *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství II*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství. 170 s. ISBN 978-80-7248-413-3. S. 80–82.
35. CHIPAS, A., McKENNA, D., 2011. *Stress and burnout in nurse anesthesia*. [online]. Charleston, South Carolina: AANA Journal roč. 79, č. 2. ISSN 0094-6354. [cit. 2017-01-29]. Dostupné z: http://www.aana.com/newsandjournal/Documents/stress_0411_p122-128.pdf
36. CHOULÍKOVÁ, I., 2008. *Životní styl sester pracujících na anesteziologicko resuscitačním oddělení* [online]. České Budějovice. [cit. 2017-01-29]. Dostupné z http://theses.cz/id/o5k4nx/downloadPraceContent_adipIdno_12349. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita

37. CHRÁSKA, M., 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. Vyd. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
38. JANÁČKOVÁ, L., 2008. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton. 99s. ISBN 978-80-7387-179-6.
39. JANOUŠKOVÁ, K., 2012. *Životní styl nelékařských pracovníků*. [online]. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. [cit. 2017-03-29]. Dostupné z <http://theses.cz/id/b23d8k?info=1;isshlret=pracovník%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Djanoušková%20životní%20styl%20nelékařských%20pracovníků%26start%3D1>
40. JURÁSKOVÁ, D. 2011. Etika a komunikace v ošetrovatelství. In: PTÁČEK, R. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. vyd. neuvedeno. Praha: Grada. 239-246 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
41. KADUČÁKOVÁ, H., 2011. *Sestra a psychická pracovní zátěž*. In: STANČIAK, J., CETLOVÁ, L. (ed.). *Jihlavské zdravotnické dny 2011*. 1. vyd. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, Katedra zdravotnických studií, 2011. s. 299-307. ISBN 978-80-87035-37-5.
42. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 2003. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
43. KNEZOVIC, R., 2010. *Vliv rodinného prostředí na zdravý životní styl a compliance*. [online]. Sestra 2010/12 [cit. 2017-03-31] Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vliv-rodinneho-prostredi-na-zdravy-zivotni-styl-a-compliance-456626>
44. KOMAČEKOVÁ, D., 2009. *Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče – prevence, ochrana a podpora zdraví sestry*. Sestra. Praha: 19 / 7-8, s. 26-28. ISSN 1210-0404.
45. KRAUS, B., 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
46. KREJČÍK V., ALTNEROVÁ, J., 2007. *Cvičení pro radost*. Grada. 180 s. ISBN 978-80-247-2031-0.
47. KŘIVOHLAVÝ, J., 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum. 192 s. ISBN 80-7169-121-6.
48. KŘIVOHLAVÝ, J., 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 252 s. ISBN 80-7178-774-4. 69.

49. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
50. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
51. KUČEROVÁ, K., ©2015. *Duševní hygiena - jak pečujeme o svou duši?* [online]. [cit. 2017-2-28]. Dostupné z:<http://www.opsychologii.cz/clanek/133-dusevni-hygiena-jak-pecujeme-o-svou-dusi/>
52. KUKAČKA, V., 2009. *Zdravý životní styl*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: JU, Zemědělská fakulta. 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.
53. KUKAČKA, V., 2010. *Udržitelnost zdraví: vědecká monografie*. 1. vyd. V Českých Budějovicích: JU, Zemědělská fakulta. 228 s. ISBN 978-80-7394-217-5.
54. KUKLA, L., HRUBÁ D., TYRLÍK M., 2000. *Kouření a stres*. Výsledky studie ELSPAC. Česká a slovenská Psychiatrie, 96/ 6, s. 316-321. ISSN 1212-0383.
55. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele, posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
56. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetřovatelství*. Grada. 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
57. LANGMAIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 1998. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
58. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. et al., 2009. *Výchova ke zdraví*. Grada. 396 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
59. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2006. *Výchova ke zdraví pro učitele*. 1.vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně. 250 s. ISBN 80-704-4768-0.
60. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. vyd. Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
61. MAKAROVÁ, A., 2011. *Duševní hygiena* [online]. [cit. 2017-01-29]. Dostupné z:<<http://hygiena.zdrave.cz/dusevni-hygiena/>>
62. MARKOVÁ, M., 2008. *Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky*. Brno: NCONZO. 102 s. ISBN 9788070134887.

63. MASTILIAKOVÁ, D., 2004. *Úvod do ošetrovatelství. 1. díl – systémový přístup*. Praha: Karolinum. 188 s. ISBN 80-246-0429-9.
64. MELGOSA, J., 1997. *Zvládni svůj stres!* Praha: Advent-Orion, 190 s. ISBN: 80-7172-240-5.
65. MÍČEK, L., 1986. *Duševní hygiena*. 2. vydání. Praha: SPN, 208 s.
66. MZČR . *O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. [cit.2017-02-20]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=73877&nr=55~2F2011&rpp=15#local-content> [cit. 2017- 02- 20].
67. NAVRÁTILOVÁ, S., 2010. *Životní styl porodních asistentek pracujících ve směnném provozu ve FN Brno na gynekologicko - porodnické klinice* [online]. [cit. 2017-01-17]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/319775/lf_b/BP_Simona_Navratilova.pdf. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence
68. NEVŠÍMALOVÁ, S., 2010. *Melatonin, jeho klinické účinky a využití v léčbě*. Medical tribune. 6/16, A7. ISSN 1214-8911.
69. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. 3 sv. (187, 204, 137 s.). ISBN 978-80-247-3707-23.
70. PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224s. ISBN 978-80-247-3558-0.
71. PRAŠKO, J., 2003. *Poruchy osobnosti*. Portál. 360 s. ISBN 978-80-7367-558-5.
72. PŘIBYLOVÁ, M., 2014. *Zdraví všeobecných sester a studentů ošetrovatelství* [online]. České Budějovice ZSF JU [cit.2017-01-12]. Dostupné z : https://theses.cz/id/nqsbqz/Diplomov_prece_Martina_Pibylov.pdf?info=1;isslret=zs%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dpřibyllová%20zsf%26start%3
73. PTÁČEK, Radek et al. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. vyd. neuvedeno. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
74. RIAHI, S., 2011. *Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis*. Journal of Nursing Management. 2011, č. 19 s. 721-731. ISSN 1365-2834.
75. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A., 2002. *Ošetrovatelství I*. Praha: Informatorium. 231s. ISBN 80-86073-96-3.
76. SCHMIDBAUER, W., 2015. *Syndrom pomocníka, Podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. 2. vyd. Portál. 240 s. ISBN: 978-80-262-0865-5.
77. SLEZÁČKOVÁ, A., 2012. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3507-8.

78. STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetrovatelství 11- Sestra reprezentant profese*. Brno: IDV PZ. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
79. SÝKOROVÁ, A., 2006. Spánek a jeho poruchy. *Sestra*. Praha: 4, s. 22. ISSN 1210-0404.
80. SZÚ, *Pracovní prostředí* [online]. [cit. 2017- 01- 18]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi?highlightWords=pracovn%C3%AD+podm%C3%ADnky>
81. ŠPATENKA, P., ŠPATENKOVÁ, I., *Sebepoznání & vědomý život*. [online]. [cit. 2017- 01- 22]. Dostupné z: <http://www.jogasebepoznani.cz/metoda/>
82. ŠPIRUDOVÁ, L., KRÁLOVÁ, J., 2006. *Sesterská profesní role „Advokátka pacienta“* [online]. [cit. 2016- 11- 20]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/12/10.pdf>.
83. TĚTHALOVÁ, M., 2010. *Sociálně nevyspělé dítě se může ocitnout na okraji* [online]. [cit. 2017- 01- 22]. Dostupné z: <http://www.portal.cz/casopisy/info/ukazky-/socialne-nevyspele-dite-se-muze-ocitnout-na-okraji/41901/>
84. TÓTHOVÁ, V., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 160s. ISBN 978-80-7387-286-1.
85. TUČEK, M. a kol. 2005. *Pracovní lékařství pro praxi*. Praga: Grada. 327 s. ISBN 80 – 247- 0927- 9.
86. VALÁŠKOVÁ, D., 2008. Sestra stráví denně v předklonu 96 minut. *Sestra*. Praha: 12/ 22. ISSN 1210-0404.
87. VALDMANOVÁ, J., 2014. *Povolání zdravotní sestry* [online]. [cit. 2017- 01- 20]. Dostupné z: <http://sestricka.com/povolanzdravotni-sestra>
88. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing, 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
89. VYBÍHALOVÁ, L. 2013. *Vliv povolání sestry na životní styl* [online]. *Sestra* 13(2) [cit. 2017- 01- 20]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vliv-povolani-sestry-na-zivotni-styl-469289>
90. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the world health organization* [online]. WHO, © 2010 [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

91. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Deklarace o duševním zdraví pro Evropu: *Čelit výzvám, nalézat řešení*. [online]. Helsinky, 2005. [cit. 2017-01-20]. Dostupné z http://www.cmhcd.cz/dokumenty/deklaraceMHHelsinky_cesky.pdf.
92. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 278 s. ISBN 978-802- 4740-621.
93. ZACHOVÁ, V., ŠKOCHOVÁ, D., 2007. *Boj s profesionální deformací*. Interní medicína pro praxi. 2007, 9/12, s. 569-570. ISSN: 1212-7299.
94. ZAGHOUL, A., Z., ABOU EL E., NAGWA Y., 2009. *Nurse stress at two different organizational settings in Alexandria* [online]. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2009, č. 2 s. 45-51. [cit. 2016-12-28]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004558/pdf/jmdh-2-045.pdf>
95. ŽÍDKOVÁ, Z., 2010. *Životospráva sálových sester*. *Sestra*. Praha: 20 /2 41 s. ISSN 1210-0404.

10 Seznam příloh

10.1 Dotazník pro všeobecné sestry

Dobrý den,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru ošetrovatelství, tento dotazník je zcela anonymní a slouží k vypracování diplomové práce na výše uvedené téma. Tímto Vás prosím o jeho vyplnění.

Předem vám mnohokrát děkuji
Marie Soukupová

Odpovědi, prosím, zakroužkujte.

Otázky:

1. Vykonáváte profesi všeobecné sestry:

A/ do 20 let

B/ více jak 20 let

2. Jste:

A/ Muž

B/ Žena

3. Zdravý životní styl pro vás znamená: (můžete označit více možností)

A/ stravu

B/ pohyb

C/ spánek

D/ pohodové pracovní prostředí

E/ duševní pohodu

F/ vztahy

G/ kouření

H/ alkohol

Ch/ drogy

I/ vše výše uvedené

4. Myslíte si, že vás náplň vaší práce (výchova ke zdraví, podpora a upevňování zdraví) inspiruje k dodržování zdravého životního stylu?

A/ ano

B/ ne

5. S ohledem na vaši profesi můžete dodržovat ve vašem životním stylu zásady zdravého stravování?

A/ ano

B/ ne

6. S ohledem na vaši profesi můžete naplnit váš životní styl pohybovou aktivitou?

A/ ano

B/ ne

7. S ohledem na vaši profesi můžete dodržovat ve vašem životním stylu požadavek zdravého kvalitního spánku?

A/ ano

B/ ne

8. Kouříte?

A/ ano

B/ ne

9. Konzumujete alkohol?

A/ ano pravidelně

B/ ne

C/ příležitostně

10. Užíváte jiné návykové látky?

A/ Ano pravidelně

B/ Ne

C/ nepravidelně

11. Ovlivnilo váš současný životní styl vedení vašich rodičů v dětství k provádění pohybové aktivity?

A/ ano

B/ ne

C/ nevedli mě k pohybové aktivitě

12. Ovlivnilo váš současný životní styl stravování vašich rodičů v dětství ve stravovacích návycích?

A/ ano

B/ ne

C/ nevedli mě ke zdravým stravovacím návykům

13. Ovlivnil váš současný životní styl, životní styl vašich rodičů v dětství?

A/ ano

B/ ne

14. Ovlivnili vás rodiče v oblasti zdraví rizikových faktorů (kouření, alkohol, atd.)? (myšleno, že rodiče např. kouřili a vy jste to přijali jako běžný vzor)

- A/ ano
- B/ ne
- C/ rodiče nekouřili, nepili

15. Vede nebo vedla vás práce na vašem pracovišti k tomu, že jste musela/ musel změnit životní styl?

- A/ ano
- B/ ne

16. Pokud ano, co z vašeho životního stylu jste musela/musel změnit?

Prosím vypište.....

17. Je váš životní styl radikálně změněn vykonáváním profese?

- A/ ano
- B/ ne

18. Pokud ano, proč?

- A/ na základě vzniklých zdravotních problémů, které souvisí s výkonem profese
- B/ jiné, prosím vypište.....

19. Co považujete ze zdravého životního stylu za nejdůležitější? (můžete označit více možností)

- A/ stravu
- B/ pohyb
- C/ spánek
- D/ pohodové pracovní prostředí
- E/ duševní pohodu
- F/ vztahy
- G/ kouření
- H/ alkohol
- Ch/ drogy
- I/ vše výše uvedené

20. Vaše zaměstnání byste ohodnotil/a především jako zdroj:

- A/ seberealizace
- B/ peněz
- C/ radosti
- D/ jiné, prosím vypište.....

21. Chodíte do zaměstnání rád/a?

- A/ Ano
- B/ Ne
- C/ spíše ano
- D/ spíše ne

22. Je pro vás v souvislosti se zdravým životním stylem vaše povolání stresující?

- A/ ano
- B/ ne
- C/ záleží na situaci

23. Přemýšlel/a jste někdy v souvislosti se zdravým životním stylem o změně povolání?

- A/ ano
- B/ ne

24. Jak se cítíte v souvislosti se zaměstnáním po fyzické stránce?

- A/ dobře
- B/ špatně
- C/ spíše dobře
- D/ spíše špatně

25. Jak se cítíte v souvislosti se zaměstnáním po psychické stránce?

- A/ dobře
- B/ špatně
- C/ spíše dobře
- D/ spíše špatně

26. Cítíte se šťastný/á a spokojený/á v souvislosti se zdravým životním stylem?

- A/ Ano
- B/ Ne
- C/ spíše ano
- D/ spíše ne

27. Jste ve vašem životním stylu vzorem pro vaše pacienty?

- A/ ano
- B/ záleží na situaci
- C/ ne

11 Seznam zkratk

AVČR	Akademie věd České republiky
Např.	například
Atd.	a tak dále
Tab.	tabulka
ZŽS	zdravý životní styl
WHO	Světová zdravotnická organizace
ANA	Americká asociace sester (American Nurses Association)
S.	strana
Č.	číslo
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
NZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
AV ČR	Akademie věd České republiky
Tzv.	Tak zvaný
SWD	Poruchy vyplývající z práce na směny
Cca	Zhruba