

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

POHYBOVÉ AKTIVITY VE VZTAHU KE ZDRAVÍ
U PROFESE ZDRAVOTNÍCH SESTER

Diplomová práce
(bakalářská)

Autor: Magda Bubeníková
Rekreologie – management volného času a rekreace
Vedoucí práce: RNDr. Iva Dostálová, Ph.D.
Olomouc 2011

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Magda Bubeníková

Název bakalářské práce: Pohybové aktivity ve vztahu ke zdraví u profese zdravotních sester

Pracoviště: Katedra Aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí bakalářské práce: RNDr. Iva Dostálová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2011

Abstrakt: Cílem bakalářské práce je analýza pohybových aktivit ve vztahu ke zdraví u profese zdravotních sester. Empirické šetření bylo realizováno na I. Ortopedické klinice FN u sv. Anny v Brně u zdravotních sester, formou anketních listů. Empirická část analyzuje pohybové aktivity, zdravotní stav, pracoviště a pracovní zařazení zkoumaného vzorku. Na základě empirického šetření, jsme došli k závěru, že většina respondentů má kladný vztah k pohybovým aktivitám a pohybové aktivity jsou součástí jejich života. Největší zdravotní problémy mají s podpůrně-pohybovým aparátem a nadváhou.

Klíčová slova: podpůrně pohybový aparát, volný čas, rekreace, zdraví, ergonomie.

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovních služeb

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Magda Bubeníková

Title of the thesis: Physical Activity in relation to the health profession for nurses

Department: Department of Adapted Physical Activities

Supervisor: RNDr. Iva Dostálová, Ph.D.

The year of presentation: 2011

Abstract: The aim of this work is the analysis of physical activity in relation to health nurses in the profession. The empirical investigation was carried out at the First Orthopaedic Clinic University Hospital st. Anna in Brno nurses by questionnaire sheets. The empirical analysis of physical activity, health, workplace and job classification of a sample. On the basis of empirical investigation, we concluded that most respondents have a positive attitude to physical activities and exercise are part of their lives. The biggest health problems have the alternative-movement apparatus, and overweight.

Keywords: the alternative motor skills, leisure, recreation, health, ergonomics.

I agree with lending the thesis within the library services.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením RNDr. Ivy Dostálové, Ph.D. a uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 17. 4. 2011

.....
Magda Bubeníková

Děkuji RNDr. Ivě Dostálové, Ph.D. za odborné vedení, cenné a zkušené rady, připomínky a laskavý přístup, které mi poskytla při zpracování bakalářské práce. Poděkování patří také vedení a zdravotnickým pracovníkům FN u svaté Anny v Brně za vstřícnost a pomoc při vyplňování anketních listů.

Děkuji svojí rodině, která mě podporovala během celého mého studia.

OBSAH

1 ÚVOD	6
2 PŘEHLED POZNATKŮ	7
2.1 Charakteristika profese zdravotnického pracovníka	7
2.1.1 Postavení zdravotních sester ve společnosti	9
2.1.2 Funkce zdravotních sester	10
2.1.3 Role zdravotních sester ve své profesi	11
2.1.4 Pracovní prostředí	13
2.1.5 Zdraví a rizika vyplývající z profese zdravotních sester	15
2.2 Pohybové aktivity a sport	20
2.2.1 Benefity pohybové aktivity	24
2.2.2 Volný čas	26
2.2.3 Rekrece	28
2.2.3.1 Pohybová rekreace	29
2.2.3.2 Tělocvičná rekreace	31
3 CÍLE	33
3.1 Hlavní cíl	33
3.2 Dílčí cíle	33
4 METODIKA	34
4.1 Metody a techniky	34
4.2 Časový harmonogram zpracování bakalářské práce	35
4.3 Fáze výzkumného šetření	36
4.4 Stručná charakteristika místa výzkumu	37
4.5 Výzkumný vzorek	37
5 VÝSLEDKY A DISKUSE	38
5.1 Respondenti – základní údaje	38
5.2 Interpretace výsledků šetření	41
6 ZÁVĚRY	59
7 SOUHRN	62
8 SUMMARY	63
9 REFERENČNÍ SEZNAM	64
10 PŘÍLOHY	67

1 ÚVOD

*„Až Ti bude v životě nejhůř, otoč se za sluncem
a všechny stíny padnou za Tebe“.*

John Lennon

V současné době dochází ve zdravotnictví k neustálým změnám v jeho systému a organizaci, což klade stále větší nároky na veškerý zdravotnický personál.

Práce zdravotních sester je fyzicky a psychicky velmi náročná. Jsou členkami multidisciplinárního týmu a očekává se od nich klidný a vlídný přístup, velká míra sebeovládání a efektivní komunikace. V jejich povolání jsou na ně kladeny extrémní nároky, (např. trojsměnný provoz a tím nepravidelný spánek, dlouhodobý kontakt s lidmi trpícími bolestí, s lidmi v terminálním stavu, s lidmi, kteří jsou ve stavu ohrožení základních hodnot: zdraví a života). Tyto vysoké nároky vedou ke stresům a následně k psychickým a zdravotním potížím. Na druhé straně musí také plnit nepostradatelnou funkci v životě, a to funkci matky a manželky. Pokud nežádoucí vlivy překročí snesitelnou hranici, selžou adaptační mechanismy, mohou se objevit různá onemocnění. Aby k tomuto nedocházelo, je nutné o sebe pečovat. Udržování tělesného zdraví a duševní pohody, patří k jednomu z cílů vedoucím ke kvalitnímu životu.

Jednou z možností jsou pohybové aktivity, které byly vždy spojovány v kladném smyslu se zdravím, vyplněním volného času a psychickým odpočinkem.

Jelikož se pohybuji ve zdravotnickém prostředí již několik desítek let, o to víc mě zajímalo, jak je tomu ve skutečnosti u zdravotních sester v současné době, zda si uvědomují potřebu vykonávat pohybové aktivity k udržování tělesného zdraví a duševní pohody. Pokusím se proto v moji bakalářské práci analyzovat pohybové aktivity ve volném čase u zdravotních sester.

2 PŘEHLED POZNATKŮ

Teoretickou část práce jsem rozvedla do dvou dimenzí. V první části se zabývám profesním zaměřením zkoumaného vzorku a v druhé se věnuji problematice pohybové aktivity.

2. 1 Charakteristika profese zdravotnického pracovníka

*„Starajíce se o štěstí jiných,
nacházíme své vlastní“.
Platón*

Povolání zdravotní sestry vyžaduje vysokou odpovědnost, morální, fyzické i psychické předpoklady jsou nezbytnou součástí k výkonu tohoto náročného povolání. V současné době se trendy v organizaci zdravotnictví rychle mění, jsou zaváděny nové funkce pro zdravotníky a jiná organizace práce. Po zdravotní sestře jsou na prvním místě požadovány znalosti nejen medicínské a ošetrovatelské, ale rovněž i psychologické, právní, sociální, pedagogické a další. Předpokladem pro úspěšný výkon povolání zdravotní sestry je vykonávání kvalitní ošetrovatelské péče.

V souvislosti s neustálým rozvojem veškerých technologií se kladou stále vyšší nároky na jejich odbornou přípravu a celoživotní vzdělávání. Při svém povolání se denně setkávají s novými léky, vyšetřovacími, zobrazovacími a laboratorními metodami, proto v nemocnicích potkáváme zdravotnické pracovníky, kteří mají rozdílnou úroveň vzdělání. Setkáváme se se sestrami, které mají středoškolské a vysokoškolské vzdělání, různé specializace ve svém oboru a s nižším zdravotnickým personálem. Požadavky na profesionalitu a kvalitu vykonávané práce zdravotnických pracovníků jsou všestranně velmi vysoké.

Nedílnou součástí zdravotnických pracovníků jsou i lékaři, kteří se podílejí na péči o pacienta. Snad ve všech kulturách a ve všech historických obdobích byli a jsou lékaři pokládáni za elitní, téměř neomylnou skupinu a sestry většinou za jejich pomocnice. Tento názor mnohdy přetrvává dodnes. Tradiční vztah sestra – lékař se v historickém vývoji v rámci sociální situace postupně mění. V současné době se vytvářejí příznivé celospolečenské podmínky pro nezávislou činnost sestry. Je důležité si uvědomit skutečnost, že role lékaře a role, sestry jsou odlišné. Lékař je zaměřen na léčení, zatímco sestry jsou odpovědné za ošetrovatelskou péči. Není však pravdou, že léčba je důležitější než ošetrovatelská péče.

Jak uvádí Bartošíková (2006) vztahy mezi zdravotními sestrami a lékaři jsou jedním z důležitých aspektů celkové atmosféry na pracovišti a podílí se významným způsobem na vnímané pracovní spokojenosti zdravotních sester. Tam kde jsou pracovní vztahy napjaté, nekolegiální a konfliktní, narůstá nespokojenost, snižuje se kvalita odvedené práce i loajalita k organizaci a dochází k frustraci. Každodenní interakce mezi sestrami a lékaři tedy silně ovlivňují pracovní spokojenost a od ní se odvíjí pracovní výkon a morálka.

I když jsou dle Bártlové (2005) zdravotní sestry často nespokojeny s nižším respektem k ošetrovatelství ze strany lékařů, lze i v této rovině sestra – lékař pozorovat posun od vztahu paternalistického a nadřízeného, ke vztahu partnerskému a kolegiálnímu a to zejména na specializovaných pracovištích, kde mají sestry zcela specifické kompetence a vzděláním se přibližují lékařskému vzdělání.

Ve své profesi jsem osobně poznala, že řada problémů ve vztahu sestra – lékař, vzniká ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci moderního lékařství a ošetrovatelské péče. Základem dobrého pracovního vztahu mezi sestrou a lékařem je vzájemný respekt, dobrá komunikace, porozumění, spolehlivost a profesionální souhra mezi oběma skupinami.

Vztah zdravotních sester a pacienta definuje Bártlová (2002, 122) následovně: "Ať se již systém zdravotní péče, jeho právní úprava či vývoj medicíny odebírají jakýmkoliv směrem, zůstává zdravotní sestra strážkyní zájmů pacienta". S tímto názorem mohu jen souhlasit.

V rámci své profese, jak popisuje Bártlová (2005), zdravotní sestry pečují o potřeby a přání pacienta, které zahrnují nejen jeho potřeby biologické, ale i potřeby společenské či potřebu bezpečí. Zdravotní sestry jsou s pacientem v užším každodenním kontaktu, znají jeho duševní pohodu a jsou prostředníky mezi ním a lékařem. V tomto povolání je nepostradatelná a velmi důležitá dobrá schopnost verbální i neverbální komunikace jak s pacientem, tak s jeho rodinou.

Povolání zdravotních sester s sebou nese změny v životním stylu, na které se musí jedinec adaptovat:

- práce na noční směny, včetně sobot, nedělí a svátků;
- noční směny – v čase, kdy lidské tělo má odpočívat a mobilizovat síly na další den, což vede ke vzniku poruch spánku, onemocnění žaludku a střev, onemocnění srdce a krevního oběhu, úzkostných stavů, zvyšují se počty chyb při práci, apod.;
- pracovní přetížení;
- psychické vypětí;
- nepravidelné stravování a pitný režim;
- nepravidelné čerpání pracovních přestávek;

- rizika vzniku infekčních onemocnění.

Profese zdravotních sester je založena na úctě k životu, respektuje důstojnost a lidská práva každého jednotlivce bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, pohlaví, politické přesvědčení nebo sociální postavení.

2. 1. 1 Postavení zdravotních sester ve společnosti

Nakonečný (2009) ve svém díle popisuje, že nepochybně jedním z nejsilnějších sociálních motivů je snaha po dosažení vysokého společenského statutu a tím i prestiže. Je to snaha spojená se způsobem života a jeho podmínkami v západní kultuře, ovládané soutěživostí a tendencí jít nahoru.

Díky neustále se zvyšující odbornosti a vysoce kvalifikované práci se zdravotním sestrami sice daří posilovat své společenské postavení a prestiž, nutno však podotknout, že společenský kredit této profese není zcela ideální. Dříve bylo toto povolání považováno za „poslání“. Veřejnost na jednu stranu oceňuje vysokou náročnost a nepostradatelnost tohoto oboru, na druhou stranu si však často na zdravotní sestry stěžuje a smýšlí o nich jako o pomocném personálu. Naši společnosti chybí ucelený obrázek o profesi zdravotní sestry. Jen málokdo ví, co všechno musí zdravotní sestra umět a co musí zvládnout. Jak složitá je její příprava na vykonávané povolání. V dnešní společnosti je vnímání profese zdravotních sester ovlivněno mediálním obrazem. Veřejné sdělovací prostředky se zmiňují o zdravotních sestrách pouze v souvislosti s nějakou senzací. Filmy z lékařského prostředí zase vyobrazují zdravotní sestry pouze jako hezké bytosti, které si většinou samy neumí poradit ani s vlastním životem, natož aby pomáhaly někomu jinému. Mediální pohled na zdravotní sestry není lichotivý, je velmi neobjektivní a zdravotní sestra se tak lehce stává terčem posměšných narážek. Profesní image sester a prestižní postavení ve společnosti by se mělo stát jednou z priorit nejen sester, ale také orgánů, které je zastupují ve společnosti. Je potřebné, aby jejich působení postupně pozitivně ovlivňovalo pohled na tak významnou profesi, jakou sesterské povolání bezesporu je.

Vykonávání tohoto povolání je podmíněno vysokými požadavky na jejich odborné znalosti, schopnosti či samostatnost a zodpovědnost při rozhodování v dané situaci. Ovšem zdravotní sestry se kromě nemalých nároků musí vyrovnávat i s další překážkou a to, s velmi nízkým platovým ohodnocením, které je hlavní příčinou alarmujícího nedostatku zdravotních

sister. Zdravotní sestry odchází pracovat do zahraničí, kde prestižní postavení tohoto povolání ve společnosti je na předních místech a je i finančně daleko více oceněno.

Posláním zdravotních sester ve společnosti podle Mastiliakové (2003) je pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám uspokojovat aktuální potřeby a dosahovat jejich maximální, psychické a sociální spokojenosti i v souladu s prostředím, ve kterém žijí a pracují. To vyžaduje, aby sestry rozvíjely a vykonávaly takové činnosti, které podporují a uchovávají jejich zdraví a zabraňují vzniku onemocnění.

Profesi zdravotních sester charakterizuje Bártlová (2007) těmito znaky:

- Existencí systematické teorie, o kterou se opírá stránka výkonu profese.
- Profesní autoritou, která vychází z ovládnutí vědomostí, které běžný laik nemá (odborné znalosti).
- Existují profesní asociace, které pečují o vzdělání a kvalifikaci sester.
- Profesní etika ve vztahu k pacientům, i interpersonální vztahy (vlastní Etický kodex).
- Monopol na určité úkoly.
- Autonomie (řízení pracovních podmínek).

Zoufalová (2006) konstatuje, že profese zdravotní sestry je u nás spojena s ušlechtilou a obětavou prací ženy. Jedná se stále o jedno z nejvíce feminizovaných povolání. Přestože dnes do této profese vstupují i muži, ženy ji nadále dominují, jak v ošetrovatelské péči, tak v celém zdravotnictví. Tento fakt pravděpodobně souvisí s historickým chápáním a zažitými představami, že zdravotní sestra je žena. Snad proto, že je nositelkou životní energie, má větší schopnost vcítit se do pocitů a prožívání druhého člověka a porozumět mu.

Ze své vlastní zkušenosti mohu říci, že každý ocení práci zdravotní sestry až ve chvíli, kdy se ocitne jako pacient ve zdravotnickém zařízení a pozná, co všechno musí zdravotní sestry umět a znát.

2. 1. 2 Funkce zdravotních sester

Funkce zdravotních sester se dotýkají jejich poslání ve společnosti a jsou zpravidla konstantní v souvislosti se změnou prostředí (domov, nemocnice, škola, apod.). Základní funkce zdravotních sester spočívá v tom, že pomáhají zdravému či nemocnému člověku v provádění činností týkajících se zdraví a jeho ochrany, a to v situaci, kdy toho není sám schopen a nemá potřebnou sílu, vůli nebo znalosti. Pracují samostatně a za poskytnutou péči

odpovídají. Každá sestra je zároveň odpovědná za svou odbornou úroveň a za způsob svého dalšího vzdělání.

Funkci zdravotních sester již dříve popsala Salvage (1997) jako oblast, ve které sestry aktivně působí. Mezi čtyři základní funkce sestry patří jako první poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Tato péče je nejefektivnější, když se uskutečňuje v sérii logických kroků, známých jako ošetrovatelský proces. Patří sem zajištění potřeb jednotlivce, rodiny, identifikování potřeb a vytváření stupnice priority potřeb dle Maslowa, kterými je možno nejlépe uspokojovat ošetrovatelskou péčí. Druhou funkcí je výuka a výchova klientů a zdravotnického personálu, která zahrnuje zjištění individuálních znalostí a dovedností vztahujících se k udržení a obnovení zdraví, organizování a účast na vzdělávacích a výchovných kampaních. Třetí funkce se týká pracovního týmu, ve kterém sestra pracuje, přičemž je důraz kladen na komunikaci, spolupráci a efektivní zapojení sestry do kolektivu. Poslední, avšak neméně důležitá funkce se zaměřuje na výzkumnou činnost sestry a na rozvoj praxe a kritického myšlení.

Při poskytování péče Mastiliaková (2003) uvedla, že zdravotní sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity. Sestra se stará o to, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií. Osobní informace o klientovi chrání sestra jako důvěrné.

Široká veřejnost si však pod funkcí nevybaví výše zmíněné charakteristiky, které lze označit spíše jako fungování sestry, ale pojem funkce nejčastěji spojují s typem pracovního zařazení sestry v hierarchii nemocnice.

2. 1. 3 Role zdravotních sester ve své profesi

Profesionální role zdravotní sestry byly zmíněny již u Čechové a Mellanové (1999), které je popisují třemi dominantními charakteristikami :

- kolektivní orientaci – sociocentrismus;
- univerzalismus;
- emocionální neutralitu.

Kolektivní orientace vyjadřuje hlavní hodnotu role sestry. Vyjadřuje skutečnost, že sestra při vykonávání své práce nevychází ze svých zájmů a potřeb, ale zásadně z potřeb

nemocného. Tento postoj je spojen s výraznou motivací a usnadňuje ztotožnění nositele s požadavky role. Pro výkon povolání sestry by měla být orientace na druhé samozřejmostí.

Univerzalizmus předpokládá, že sestra je schopna zaujmout svou roli vůči pacientům bez ohledu na vlastní osobní postoj k nim. Totéž se očekává ve vztahu ke spolupracovníkům.

Emocionální neutralita se vztahuje k očekávání, že sestra je schopna svoji emocionalitu vždy podřídit rozumové kontrole. Činnost sestry vyvolává v mnohých případech intenzivní napětí, stres, jehož zdrojem bývá mimo jiné i vysoká odpovědnost za zdravotní stav a život pacienta. Emocionální neutralita umožňuje výkon profese s menším množstvím vnitřních a vnějších konfliktů.

Bartošíková (2006) uvádí, že povolání sestry tvoří celý systém společenských rolí, které jsou různě horizontálně i vertikálně členěné. Při charakteristice činnosti sestry nejde o vystižení všech úkonů, ale o vystižení činností funkčně odlišných, jejichž souhrn tvoří základ role sestry. Jedná se o ty činnosti, které musí každá sestra být schopna aktivovat, i když je momentálně nepotřebuje pro výkon té role, kterou zastává.

Staňková (2002) popisuje role zdravotní sestry takto:

- Ošetrovatelsko-pečovateľská – sestra poskytuje základní ošetrovatelskou péči o nemocného jak v nemocnici, tak i v terénní péči, identifikuje jejich ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán jejich řešení.
- Instrumentální (technická) – sestra se podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské činnosti, připravuje nemocného k vyšetření, asistuje při něm, zajišťuje různé terapeutické úkony.
- Edukační (výchovná) – sestra se podílí na upevňování zdraví a prevenci jeho poruch, rozvoji soběstačnosti u osob s porušeným zdravím. Pomoci nemocným a jejich rodinám naučit se žít relativně spokojeně i s dlouhodobým onemocněním a na náviku potřebných praktických dovedností (např. monitorizace hladiny krevního cukru, aplikace inzulínu atd.).
- Sestra jako advokát nemocného – v situaci, kdy nemocný není schopen projevit své potřeby, problémy a přání, stává se jeho mluvčím, podporuje jeho pocit bezpečí a jistoty.
- Koordinační – v plánování a realizaci ošetrovatelské péče sestra spolupracuje v rámci multidisciplinárního zdravotnického týmu, nemocného i jeho rodinu získává k aktivní spolupráci na individualizované péči.
- Poradenská – pacient, rodina, veřejnost atd.
- Podporující výchovu ke zdraví.

- Organizační a administrativní.

Profesionální role sestry se prolínají a navzájem se nevylučují, slouží k objasnění různých povinností sestry.

2. 1. 4 Pracovní prostředí

Optimalizací pracovních podmínek a pracovního prostředí se zabývá ergonomie. Ergonomie se obecně zabývá vztahem mezi člověkem a pracovními prostředky, včetně pracovního prostředí.

Pracovní prostředí tvoří souhrn veškerých podmínek pro pracovní činnost a řadíme zde:

- prostorové a funkční řešení pracoviště (včetně estetického);
- fyzické podmínky práce (fyzikálně chemické podmínky);
- optimalizace techniky a pracovních prostředků;
- bezpečnost práce;
- organizační podmínky práce;
- zdravotně-preventivní péče o pracovníky;
- hygienické podmínky.

Můžeme použít definici ergonomie dle Mezinárodní ergonomické společnosti z roku 2000, kterou nabízí Gilbertová a Matoušek (2002, 15) "...vědecká disciplína založená na porozumění interakcí člověka a dalších složek. Aplikací vhodných metod, teorie i dat zlepšuje lidské zdraví, pohodu i výkonnost".

Jak poukazuje Koubek (2006), skladba a úroveň pracovního prostředí působí na pracovní výkon, pracovní pohodu, ale i zdravotní stav pracovníka. Pojem pracovní podmínky je velmi široký. Zahrnuje bezpečné a nezávadné pracovní prostředí, interpersonální vztahy, pracovní postupy a instrukce, služby poskytované pracovníkům na pracovišti i odpočinek. Nepříznivé pracovní prostředí se odráží ve vztahu k zaměstnavateli vyvolává nespokojenost zaměstnanců. V širším pojetí podle Koubka zahrnuje péče o zaměstnance záležitosti pracovního prostředí bezpečnosti práce a ochrany zdraví pracovní doby, pracovního režimu, personálního rozvoje pracovníků a jiných služeb poskytovaných zaměstnancům na pracovišti.

Podle Kohoutka (2005) je pracovní prostředí souhrn materiálních a společenských podmínek pracovního procesu. Pracovní prostředí je dáno stavebním, prostorovým a strojním

vybavením pracovišť, technologickým procesem, hygienou i estetickou úrovní a organizací práce spolu s vhodnou teplotou, ventilační, světelnou a zvukovou pohodou.

Pro péči o bezpečné pracovní prostředí pro zdravotnické pracovníky se musí zaměstnavatel řídit speciální vyhláškou, kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení.

Každé zdravotnické zařízení podle Podstatové (2002) by mělo splňovat vysokou hygienickou úroveň svého vybavení i provozu. Všichni zaměstnanci ve zdravotnickém zařízení musí používat ochranné pracovní pomůcky a dodržovat bezpečnost při svoji práci. V nemocnici se pracuje s biologickým materiálem, s velkým množstvím chemikálií, radioaktivními a chemickými látkami. Povinností zaměstnavatele je provádět taková bezpečnostní opatření, která vytvoří příznivé pracovní prostředí nejen pro zdravotnické pracovníky, ale i pro pacienty.

Do pracovního prostředí, které působí na zdravotní sestry dle Šimka (2000), patří prostorové vybavení pracoviště, nehlukné prostředí, organizace práce, úroveň vztahů, dostatek prostředků a pomůcek na ošetrovatelskou péči, která ulehčuje jejich práci. Nová technika v oblasti diagnostiky a terapie, informační technologie a přiměřená administrativa.

Ze své zkušenosti mohu říct, že i když v současné době dochází k rozvoji technologií, které sestrám pomáhají a ulehčují práci s pacienty, přece jen chybí ten poslední krok, který by odstranil tu nejtěžší fyzickou zátěž, a to manipulaci s pacientem. Pokud se podaří odstranit tento krok, dojde ke zlepšení pracovního prostředí, které bude mít vliv na bezpečnost práce a na motivaci k tomuto povolání. Nedílnou součástí při dodržování bezpečnosti práce je dostatek pracovních pomůcek zajišťujících ochranu zdraví sester i pacientů. Pracují-li sestry ve správném pracovním prostředí, jsou spokojené. Takové prostředí podporuje vysokou úroveň služeb a konečným výsledkem je i vysoká kvalita poskytované péče.

2. 1. 5 Zdraví a rizika vyplývající z profese zdravotních sester

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

Slovo zdraví používáme ve svém životě mnohokrát. Co přesně zdraví je, není jednoduché definovat. Zdraví má mnoho aspektů, jejíž důležitost se mění s historickým vývojem společnosti. Dále závisí na průběhu ontogenetického vývoje jedince, na kultuře, sociálních podmínkách, ekonomice a rozvoji lékařské vědy. Nepředstavuje samo o sobě cíl života, ale představuje jednu z podmínek smysluplného žití. Zdraví je základní lidskou potřebou, je cennou hodnotou individuální a sociální, výrazně ovlivňující kvalitu života a hodnotou zasluhující celospolečenskou ochranu.

Od roku 1948 dle Světové zdravotnické organizace zní definice zdraví takto: "Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady".

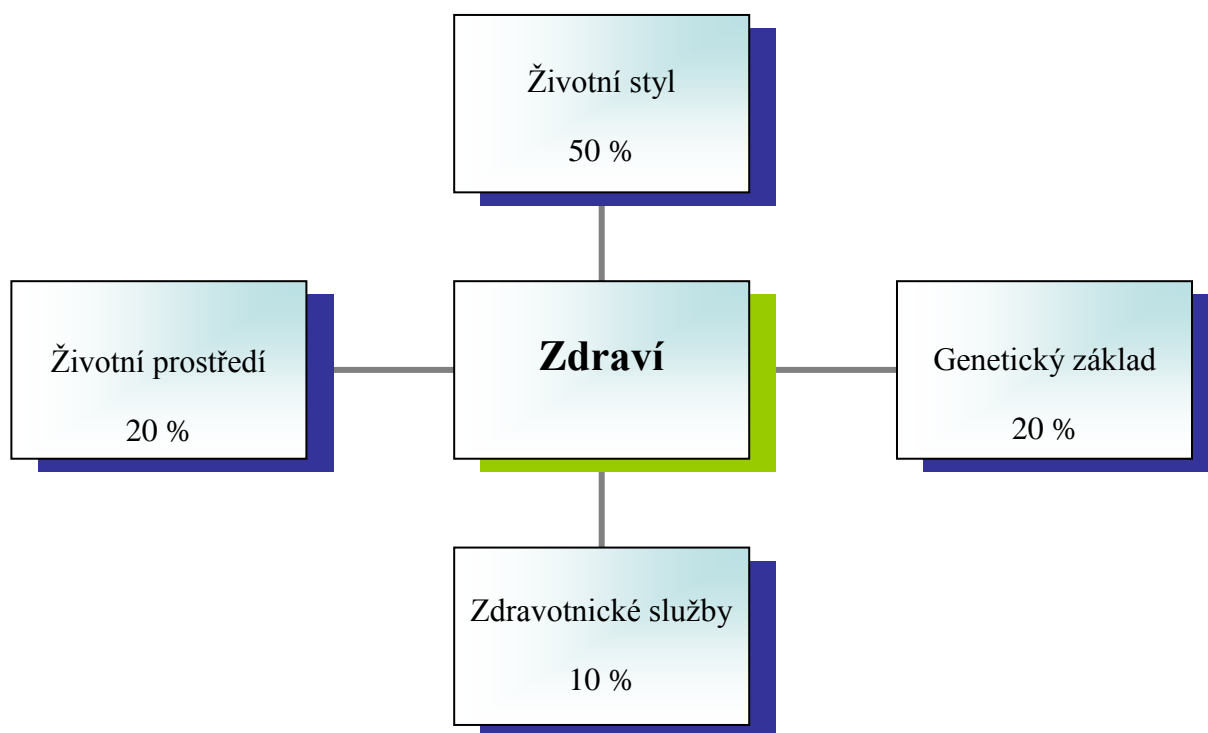
Jak uvádí Machová et al. (2009) zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám každého člověka. S touto skutečností se dá pouze souhlasit, protože zdravý člověk, se může v životě realizovat podle svých možností a schopností, může si zvolit povolání a pracovat, bez omezení cestovat, naplňovat své touhy a přání. Můžeme tedy říci, že zdraví je podmínkou plnohodnotného života člověka.

Podle Machové et al. (2009) je naše zdraví složitě podmíněno působením nejrůznějších faktorů. Tyto faktory se nazývají determinanty zdraví. Jednotlivé faktory působí na zdraví člověka přímo, nebo zprostředkovaně, ale vždy se navzájem ovlivňují. Některé patří do výbavy osobnosti jedince (dědičné či získané výchovou), jiné jsou součástí jeho životního prostředí (přírodního nebo společenského). Působení faktorů na naše zdraví může být ve svém konečném důsledku buď biopozitivní (chrání a posilují naše zdraví), nebo bionegativní (oslabuje zdraví a vyvolávají nemoc nebo poruchu zdraví). Determinanty zdraví můžeme rozdělit na vnitřní a zevní. Determinanty vnitřní jsou dědičné faktory. Genetickou výbavu získává každý jedinec již na začátku svého ontogenetického vývoje od obou rodičů. Do našeho genetického základu se prolínají vlivy přírodního a společenského prostředí i určitý způsob života.

Souhrn všech vnějších činitelů a podmínek označujeme jako vnější či zevní prostředí. Rozeznáváme prostředí přírodní a sociální, životní a pracovní. Zevní faktory těchto prostředí, které mají vliv na zdraví, se člení do tří základních skupin:

1. Životní styl.
2. Kvalita životního a pracovního prostředí.
3. Zdravotnické služby (jejich úroveň a kvalita zdravotní péče).

Podíváme-li se na schéma (Obrázek 1) znázorňující vzájemný vztah mezi zevními a vnitřními determinanty zdraví, můžeme vidět, jak velký relativní vliv mají. Schéma ukazuje, že zdraví nejvíce záleží na determinantech z oblasti životního stylu. Teprve potom řadíme determinanty životního prostředí a genetického základu a nakonec determinanty zdravotnických služeb.



Obrázek 1. Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinanty zdraví (Machová et al., 2009, 13).

Podpora zdraví je podmíněna aktivní účastí občanů, skupin, komunit, organizací a společnosti jako celku. Jednotlivci mohou podporovat své zdraví přijetím zdravého životního stylu a péčí o své prostředí. Společenská podpora zdraví se uplatňuje vytvářením podmínek pro realizaci zdravého životního stylu jednotlivců, ochranou a tvorbou zdravého

životního prostředí tím, že společnost pečuje o dobrou životní úroveň, o vytváření pracovních příležitostí a dobrých pracovních podmínek, vytváření příležitostí pro sportovní a rekreační aktivity a podporuje vzdělání a šíří informace mající vztah ke zdraví.

Zdraví stojí v popředí zájmu u všech zdravotnických pracovníků. Vždyť právě k nim se obracejí všichni, kdo o zdraví právě přichází z jakéhokoliv důvodu. Musíme si však uvědomit, že i zdravotnický pracovník (lékař, zdravotní sestra) je jen člověk, a aby mohl vykonávat své povolání, musí být v tělesné, duševní a sociální pohodě.

V profesi zdravotních sester se vyskytuje mnoho rizik, které ovlivňují jejich zdraví. Zdravotní sestry jsou při výkonu svého povolání vystaveny obrovskému množství stresorů. Nutnost chodit na směny narušuje biorytmus, což může vést k spánkové deprivaci, a s tím spojené trvalé únavě. Také neustálý kontakt s pacienty může sestry svým způsobem zatěžovat. Vždyť je to právě ona, kdo je nemocnému v době jeho hospitalizace nejbliže. Zdravotní sestry jsou první, kdo musí čelit zlobě a mnohdy i agresí ze strany klientů i jejich rodinných příslušníků. Dalším stresujícím faktorem mohou být vztahy na pracovišti.

Bartošíková (2006) rozděluje rizika v práci sestry na fyzické, chemické a fyzikální a na rizika psychické, emocionální a sociální.

Mezi zátěže fyzické, chemické a fyzikální patří:

- statické zatížení např. stání u vizity či při asistenci u různých výkonů;
- dynamické zatížení – přecházení mezi provozy;
- zatížení páteře např. při polohování pacientů, při úpravě lůžka;
- zatížení svalového a kloubního systému;
- setkávání se s nepříjemnými podněty, jakými jsou např. různé deformity, vyrážky, otevřené či nehojící se rány, provázené zápachem;
- také riziko infekce, kontakt s dezinfekčními přípravky;
- v neposlední řadě narušení spánkového rytmu v souvislosti s prací na směny;
- nedostatek času a klidu na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu;
- hluk a nesprávné osvětlení.

Mezi zátěže psychické, emocionální a sociální řadíme:

- neustálé sledování fyziologických funkcí pacientů;
- rychlé přepojování mezi činnostmi;
- pružné reagování na různorodé požadavky;
- změny stavu pacientů;
- velká zodpovědnost za následky své práce;
- nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání při nedostatku informací;

- opakované setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech;
- konfrontace s utrpením, bolestí a smrtí;
- vyrovnávání se s pocity bezmoci;
- zacházení s intimitou druhého člověka (zavádění sond, aplikace klyzmatu, cévkování, aplikace injekcí);
- působení bolesti druhým lidem;
- komunikace s pacientem a příbuznými pacientů;
- konflikt rolí či nízké ohodnocení náročné práce;
- nároky na neustálé učení a vzdělávání.

Podle Šimka (2000), je povolání zdravotní sestry velmi náročné a rizika jsou pro jejich osobu ze zdravotního pohledu velmi nebezpečná. Není proto lhostejné, jak tráví volný čas, jakým způsobem odpočívají, aby nabraly nové síly pro své povolání. Je důležité umět věnovat se sám sobě, s dostatečnou jasností vnímat potřeby svého těla i duše a umět jim vhodným způsobem vyhovět. Již dávno víme, že být příslušníkem pomáhající profese je určitá oběť, ale ta má v dnešní době své jasné meze a to neohrožovat svoje zdraví. Jestliže na jedné straně obětují svou energii a své pozitivní city, mohou na druhé straně požadovat ohledy. Nejlepší protiváhou vyčerpávající profese je dobré rodinné zázemí.

Nešpor a Csémy (2001) uvádí, co může zdravotník udělat v prevenci profesionálního stresu, jednoho z faktorů rizik zdravotnického povolání. Je to dobrá komunikace v rámci celého pracovního týmu, osvojení si nutných dovedností a znalostí, které přináší větší jistotu, sebedůvěru a pocit kompetence, mít k dispozici dostatek informací a umění s informacemi pracovat, protože i přehřel informací může vést k tomu, že se nebudeme umět v nich orientovat, což by opět vedlo ke stresu. Důležitým faktorem je schopnost sebeuvědomění si dobrého vnímání sama sebe, což umožňuje včas rozpoznat a reagovat na příznaky stresu, únavy a vyčerpání. Tato schopnost se dá prohlubovat pomocí relaxace, jógy či psychoterapie. Důležitým faktorem je stanovit si dosažitelný cíl a mít na sebe realistické nároky. Stejně zodpovědně, jako máme naplánovaný čas v práci, bychom si měli plánovat i svůj volný čas, udělat si čas na své koníčky, zájmy a záliby. Někdo si spíše zvolí aktivní odpočinek, jakým jsou různé druhy sportu např. plavání, turistika, cykloturistika, jiný si spíše odpočine u hudby či pěkné knížky. Kvalitní zájmy a záliby nám umožňují obnovu sil. S ohledem na týmovou práci je třeba umět zvládat negativní emoce, jakými jsou hněv, strach nebo úzkost. I zde se nejlépe osvědčily relaxační techniky, sport či psychoterapie. K užitečným strategiím, které

pomáhají v prevenci stresu, bezesporu patří humor a smích. V neposlední řadě důsledné oddělení pracovního života od osobního.

Značným problémem ve zdravotnictví a k dalším rizikům v tomto povolání je práce na směny. Ze svých osobních zkušeností, mohu jen souhlasit s názorem, který uvádí Baumruk, Cikrt a Hlávková (2001), že způsob střídání směn ranních, odpoledních a nočních jsou závažným fyziologickým, psychologickým a společenským problémem, kdy dochází k narušování biorytmů. Směnný provoz klade na sestry zvýšené nároky na adaptaci, související se životním stylem (omezení styku s rodinnými příslušníky, omezení společenských a kulturních zájmů, nepravidelnost volna).

Podstatová (2002) konstatuje, že směnný provoz může zapříčinit různé zdravotní potíže vegetativního charakteru, nedostatek odpočinku, pocitů chronické únavy. Spánek ve dne není plnohodnotný, neboť je narušen různými elementy z okolí, což může ovlivňovat psychosomatický stav organismu. Aby byl spánek plnohodnotný a zdravý, měl by se člověk probouzet dostatečně svěží, bez pocitu ospalosti a únavy.

Při výkonu svého povolání musí sestra pamatovat také na své zdraví. Měla by si uvědomovat, jaké skutečnosti ohrožují její zdravotní stav, a kterých by se tudíž měla vyvarovat. Pracovní výkon zdravotních sester závisí na kvalitě odpočinku a na celkové fyzické i psychické kondici. Proto je důležitý správný režim dne, režim stravování, správné stravovací návyky, dodržování pitného režimu, dostatek a kvalita spánku, dostatek pohybu a využití volného času k regeneraci organismu. V prevenci negativních dopadů na zdravotní stav sester nelze podceňovat zdravý životní styl. Zejména zdravotní sestry vědí, jak významným způsobem ohrožují faktory návykové a faktory životního stylu délku a kvalitu života. Nejvíce je to vidět v procesu karcinogeneze, kde se uplatňují nejen rizika pracovní, ale hlavně vlivy životního stylu. Zdravotní sestry by měly ze svého života, zcela vyloučit ovlivnitelné faktory – kouření, nezdravé a nepravidelné stravování, stres, nízkou pohybovou aktivitu, alkoholismus.

Zdravotní sestry představují specifickou skupinu, která je ve svém povolání vystavována mnoha rizikovým faktorům. Rizikovost lze chápat jako jejich vlastnost, která může mít za určitých podmínek negativní vliv na jejich zdraví. V rámci prevence je pro zdravotní sestry důležité udržení dobrého subjektivního pocitu životní pohody a harmonie, kterou prožívají v rovině psychické, fyzické a duchovní. K tomu patří správný postoj k sobě samé a také schopnost využití volného času pro regeneraci sil svého organismu.

2.2 Pohybové aktivity a sport

*„Může být něco krásnějšího než dělat to,
co máte rád a vědět, že to má význam“.*

Katharine Graham

Jedním ze základních projevů lidského života je pohyb. Považujeme ho za nezbytnou součást naší existence. Ovlivňuje nás po celý život, a to v mnoha oblastech. Je pro nás základním prostředkem důležitým pro uspokojování vlastních potřeb.

Dobry, Čechovská, Kračmar, Psota a Süß (2009, 10) popisují pohybovou aktivitu následovně:

Pohybová aktivita (physical activity) je druh tělesného pohybu člověka, charakteristického svébytnými vnitřními determinanty (fyziologickými, psychickými, nervosvalovou koordinací, požadavky na svalovou zdatnost, intenzitu apod.) i vnější podobou a formou, vykonávaného hybnou soustavou při vyšší kalorické spotřebě, tj. při energetickém výdeji vyšším, než při stavu člověka v klidovém metabolismu. Pohybovou aktivitou je např. chůze, plavání, běh, skok, hod, fotbal apod.

Dále Dobry (2008) rozlišuje dva poddruhy pohybové aktivity (kategorie, skupiny) pohybových aktivit:

1. Běžné denní pohybové aktivity, nestrukturované, habituální (unstructured physical activity) – součást individuální každodenní rutiny, denního režimu (práce doma, na zahradě, pochůzky při nákupu, cesta do zaměstnání, chůze po schodech místo jízdy výtahem atd.). Nebývají většinou popisovány jednotkami času, vzdáleností, intenzitou, frekvencí. Jsou vyvolávány a podmíněny jevy nebo situacemi, vznikajícími v běžném denním životě (denním režimu), nevyžadují zvláštní prostor, zařízení nebo oblečení.
2. Pohybové aktivity dovednostního charakteru, strukturované (structured physical activity, exercise) – plánované, účelové, záměrně opakované, časově a prostorově vymezené. Jsou většinou popsatečné jednotkami času, vzdáleností, intenzitou, frekvencí, mají obvykle svá pravidla, jejich provádění vyžaduje vesměs adekvátní prostor nebo zařízení, náčiní a oblečení.

Tento druh pohybové aktivity vede ke zlepšení či udržení jedné nebo více složek tělesné zdatnosti (kardiovaskulární zdatnosti, svalové síly a svalové vytrvalosti, složení těla,

flexibility). Dále vede ke zlepšení či udržení výkonu v konkrétní pohybové aktivitě (v plavání, volejbalu, gymnastice,...).

Frömel, Novosad a Svozil (1999) definují pohybovou aktivitu, jako komplex lidského chování, které zahrnuje všechny pohybové činnosti člověka. Je uskutečňována zapojením kosterního svalstva při současné spotřebě energie.

Pohybovou aktivitu Frömel, Novosad a Svozil (1999) rozdělují na:

- neorganizovanou (spontánní) pohybovou aktivitu;
- organizovanou pohybovou aktivitu.

Neorganizovanou (spontánní) pohybovou aktivitu autoři popisují jako volně a bez pedagogického vedení (většinou emotivně podmíněná) prováděnou pohybovou aktivitu. Organizovaná pohybová aktivita je pak těmito autory definována jako intencionální pohybová aktivita, prováděná pod vedením učitele, cvičitele či trenéra.

Podle mého názoru, pohybová aktivita je jedním ze základních předpokladů zdravého životního stylu ve všech fázích života člověka. Výrazně ovlivňuje kvalitu života především ve smyslu bio-psycho-sociální pohody a harmonického rozvíjení osobnosti.

Blahutková, Řehulková a Dvořáková (2005) konstatují, že pohybová aktivita jednoznačně přispívá ke zdraví. Všechny její formy pomáhají člověku při naplňování spokojené životní cesty. Proto jsou tělesná výchova, sport a pohybové aktivity důležitou součástí života každého z nás a jejich prostřednictvím, můžeme odstraňovat životní nejistoty a hledat vlastní cesty ve smyslu naplňování života a zdraví.

Moderní životní podmínky a vysoký stupeň mechanizace a automatizace mají podle Kohlíkové (2002) vedle mnoha pozitivních jevů i negativní vliv na zdraví člověka. Podle této autorky k největším změnám současného moderního člověka došlo v pohybovém režimu, kdy významně klesá dynamická pohybová aktivita. Vždyť pohyb jako takový, je součástí života každého člověka. Dnešní životní styl, a s ním spojený nedostatek pohybové aktivity, nahrává vzniku obezity, hypertenze a dalším civilizačním nemocem.

Empirické výzkumy potvrzují, jak publikuje Dobrý (2008), že jedinci mladí i staří, kteří mají nedostatek pohybových aktivit, svému zdraví nepomáhají, naopak je jednoznačně poškozují. Čím více se nám předkládá ověřených informací o zdravotních rizikových faktorech pohybové nedostatečnosti, tím více jsme přesvědčeni, že všichni, pro které se pravidelná pohybová aktivita dosud nestala samozřejmostí, by měli svůj životní styl změnit ve prospěch většího objemu pohybových aktivit.

Obecně můžeme shrnout, co vše může člověku přinést pohybová aktivita:

- zlepšuje kvalitu života a snižuje riziko vážných chorob;

- pravidelné kardiovaskulární aktivity zlepšují způsobilost těla dodávat kyslík pracujícím svalům, zlepšují také kardiopulmonální funkci, snižují krevní tlak a klidovou srdeční frekvenci;
- pravidelné a strukturované (tj. záměrně organizované) pohybové aktivity zvyšují výkonnost energetických systémů, což vyúsťuje ve vyšší úroveň životní energie a vyšší způsobilost vykonávat běžné každodenní úkony;
- organizovaný program pohybových aktivit může vést ke zvýšení svalové a aerobní zdatnosti, k silnějším kostem a vyšší funkčnosti kloubů;
- pravidelná pohybová aktivita je prevencí proti zpomalování metabolických procesů;
- pohybové aktivity mají pozitivní vliv na stres a úzkost, vnášejí do života zájem a vyváženost, uklidňují mysl a napomáhají tělesné relaxaci;
- pohybově aktivní jedinci obvykle rychle usínají a jejich spánek je mnohem klidnější než spánek osob, které mají sedavý způsob života;
- jedinci, kteří si osvojili pohybově aktivní životní styl, žijí obvykle déle, zdravěji a produktivněji než ti, kteří trpí pohybovou nedostatečností;
- pravidelná pohybová aktivita oddaluje nebo vylučuje vznik mnohých chorob, způsobujících tělesnou slabost;
- pohybově aktivní jedinci vypadají lépe a mají lepší složení těla, zejména lepší poměr svalové hmoty a podkožního tuku, což zvyšuje kvalitu jejich sociálního života.

Můžeme tedy říci, že pohybové aktivity provádíme v čase, který nám zůstává po splnění všech povinností. Je to oblast naší svobodné volby. Způsob využívání pohybových aktivit je jedním z důležitých ukazatelů životního stylu jedince. Optimálním stavem je uvést do rovnováhy sféru povinností a sféru pohybových aktivit.

Druh pohybové aktivity, který vede ke zlepšení či udržení jedné nebo více složek tělesné zdatnosti - kardiovaskulární zdatnosti, svalové síly a svalové vytrvalosti, složení těla či flexibility, nazýváme sport. Vede ke zlepšení či udržení výkonu v konkrétní pohybové aktivitě (v plavání, volejbalu, gymnastice,...).

Sport je charakterizován podle Hodaně (2005) jako specifická, přísně organizovaná činnost tělocvičného i jiného pohybového, technického či intelektuálního charakteru s dominující výkonovou motivací a z ní vyplývající prožitkovosti, realizující se v dosahování absolutně či relativně maximálního výkonu v přesně vymezených a kontrolovaných podmínkách.

Ještě lépe můžeme rozdíl mezi pohybovou aktivitou a sportem popsat díky definici dle Sekoty (2003, 186) „Sport je institucionalizovaná pohybová aktivita vyžadující systematické fyzické úsilí účastníků motivovaných zvýšením celkové fyzické kondice, osobním prožitkem či cíleným výsledkem nebo výkonem“. Podle téhož autora, je sport produktem společnosti, který vznikl a vyvíjel se jako sociálně konstruovaný jev v určitém sociálně kulturním prostředí.

Sport má podle Voráče (2002) významný společensko-psychosociální aspekt. Existují studie, které prokazují, že s rostoucí prosperitou společnosti rostou i její negativní aspekty, které je možno aktivní sportovní činností vyrovnávat nebo dokonce pozitivně ovlivňovat.

Evropská charta sportu (1994) vymezila pojem sport jako všechny formy tělesné činnosti, které ať již prostřednictvím organizované účasti či nikoliv, si kladou za cíl projevení nebo zdokonalení tělesné a psychické kondice, rozvoj společenských vztahů nebo dosažení výsledků v soutěžích na všech úrovních.

V dnešní době se podle Slepíčkové (2005) dává prostor pro začlenění i těch činností sportu, které předtím za sport nebyly považovány. Důležitost se příkládá jak sportu výkonnostně orientovanému, tak formám sportu provozovaným za účelem posílení zdraví, pro rekreaci či pro silné emocionální prožitky.

Zajímavé jsou integrační účinky ve sportu. Sport patří k otevřeným společenským oblastem. Participuje v něm většina sociálních skupin, zvláště pak děti a mládež. Role a význam sportu vzrůstají jak v rozvinutých zemích, tak i rozvojových zemích. Kromě tradičních rolí, je sport i vhodným instrumentem integrace a re-integrace mládeže. Zejména o jeho organizované formě se často uvažuje jako o výchovném prostředku a integračním médiu ve společnosti. Výchovný potenciál sportu je velmi vysoký, protože sport patří k nejoblíbenějším aktivitám volného času, zejména mládeže. Dále sport jako takový má i sociálně – integrační funkci, jelikož nabízí svým účastníkům získat pocit skupiny, přátelství, rovnosti lidí z různých sociálních vrstev, etnických, pohlavních a národnostních skupin. V neposlední řadě má sport a tělesná výchova funkci sociální i psychologickou, kdy kromě pozitivních zdravotních účinků nabízejí integraci do malých, neformálních sociálních skupin, a také přispívají ke zvýšení osobnostní integrity zúčastněných osob (Rychtecký, 2002, 67).

Mohu tedy konstatovat, pokud je pohybová aktivita součástí našeho každodenního života, dochází k posílení celkového tělesného stavu a k podpoře zdraví. Nepřítomnost pohybových aktivit v našem denním životě má bezpochyby negativní vliv na celkovou délku života a přispívá k nemocem, které jsou způsobeny především tělesnou pasivitou.

2. 2. 1 Benefity pohybové aktivity

Pohyb je důležitý nejen jako prevence nemocí, ale „...pravidelné cvičení zvyšuje pružnost a pevnost kloubních vazů a úponových svalových šlach, ohebnost kloubů, svalovou sílu, vytrvalost a klidové napětí svalu. Trénovaný člověk využívá při tělesné práci lépe zásobních tuků a šetří zásobní cukry, jichž má lidský organismus relativní nedostatek“ (Stejskal, 2004, 12). Mimo to prospívá pravidelný pohyb také našemu srdci a krevnímu oběhu a snižuje riziko kardiovaskulárních chorob asi o polovinu. Pravidelný sport se projeví také na naší psychice, při samotném sportu máme dobrý pocit, začínáme věřit sami sobě a nálada se nám zlepšuje.

Všechny klady pohybové aktivity člověka vyjadřujeme pojmem benefity pohybové aktivity nebo také zdravotní benefity. Chápeme je jako osobní zisk, užitek či prospěch pro zdraví toho, kdo se pravidelně věnuje pohybovým aktivitám (Dobry, 2008).

O shrnutí všech pozitiv, která pohybová aktivita přináší, se pokusilo mnoho autorů. Uvedme tedy alespoň některé z nich a jejich závěry. Stackeová (2009) uvádí výčet zdravotních benefitů pro osoby ve věku dospělosti a ve starším věku. Z důvodu důležitosti pohybové aktivity v dospělém věku uvedme benefity v dospělosti a starším věku, kam autorka řadí snížení rizika předčasné smrti, snížení rizika ischemické choroby srdeční a cévní mozkové příhody, snížení rizika hypertenze a pozitivní ovlivnění hladiny krevních lipidů, snížení rizika diabetes mellitus typu I. i II., snížení rizika metabolického syndromu, abdominální obezity, rakoviny tlustého střeva, prsu, endometria a plic, vyšší hustota kostní tkáně a nižší riziko fraktur, ... redukce nadváhy a udržení stálé hmotnosti po jejím úbytku, rozvoj kardiovaskulární a svalové zdatnosti, zlepšení kvality spánku, u seniorů prevence pádu a zpomalení úbytku kognitivních funkcí.

Dále Ettinger, Wright a Blair (2007), se zaměřují také na pohyb v období stáří. Zdůrazňují benefity ve dvou oblastech – souhrn toho, co zvýšená pohybová aktivita zlepšuje a také nemoci a rizika, která vyšší pohybová aktivita snižuje.

Zvýšená pohybová aktivita zlepšuje:

- dlouhověkost;
- kloubní pohyblivost (flexibilitu);
- funkční a nezávislý život;
- sílu kostí;
- spánek;
- kontrolu tělesné hmotnosti;
- well-being (cítit se dobře, být v pohodě, mít příjemný pocit).

Zvýšená pohybová aktivita snižuje:

- riziko infarktu;
- riziko mrtvice;
- riziko vzniku cukrovky typu I. a II.;
- riziko zlomenin;
- depresi;
- otylost;
- riziko ztráty paměti a demence;
- riziko onemocnění žlučníku.

Zdravotní ústavy se sídlem v Hradci Králové a Pardubicích na svých webových stránkách (www.zupu.cz) uvádějí výčet dalších benefitů pravidelně prováděné pohybové aktivity:

- snižuje riziko onemocnění a cév;
- vyšším výdejem energie podporuje redukci hmotnosti;
- zvyšuje výkonnost dýchacích svalů a plic;
- snižuje hladinu krevního cukru a je prevencí cukrovky;
- příznivě ovlivňuje hladinu krevních tuků (cholesterolu);
- zabraňuje rozvoji osteoporózy (řídnutí kostí);
- posiluje svaly, zlepšuje ohebnost kloubů;
- zlepšuje psychický stav a schopnost zvládat stres.

Pozitiva pohybové činnosti zmiňují ve své publikaci také Nováček et al. (2001), který v kapitole věnující se metabolismu při pohybových činnostech uvádí, že aerobní zatížení má velmi příznivý vliv na srdečně cévní systém organismu. Trvá-li aerobní zatížení 20–30 minut, a to 3–4krát týdně, má pohybová činnost zdravotně preventivní účinek. Trvá-li aerobní zatížení déle než 30 minut (nejsou-li doplňovány cukry), snižuje pohybová činnost množství tuků v těle.

Absence aerobního zatížení (tj. déletrvajících intenzivnějšího zatížení velkých svalových skupin) přispívá ke vzniku kardiovaskulárních, respiračních i endokrinních nemocí a podporuje nadváhu a obezitu (Mužík et al., 2007).

Pro každého člověka je tedy pohybová aktivita nezbytnou životní potřebou a investicí do budoucnosti. Pro zdraví každého jedince je nutné, aby se pohybu v doporučené míře věnoval celý život. Aby byla pohybová aktivita skutečně přínosná pro zdraví člověka, musí být vykonávána pravidelně, ale také s určitou intenzitou a po určitou dobu.

2. 2. 2 Volný čas

Abychom se mohli věnovat pohybovým aktivitám, musíme mít volný čas, který je důležitou součástí lidského života, a kterému se v poslední době věnuje stále větší pozornost.

Problém volného času není vůbec problémem novým. Rýdl (1993) ve svém díle uvádí, že touto problematikou se v dávné minulosti zabýval již řecký filozof Aristoteles, podle něhož je moudré využívat volného času přímo cílem výchovy (zapomínat v této souvislosti ovšem nesmíme na to, že se tento úkol v antickém Řecku týkal pouze svobodných, ne otroků). Podle Sokrata je volný čas tím nejdůležitějším ze všech lidských majetků. Cicero prohlašoval, že se mu nezdá, že je svoboden ten člověk, který nic nedělá, jinými slovy, že by volný čas činilo volným časem nic nedělání.

Na volný čas lze pohlížet z mnoha hledisek a tomu také odpovídá množství jeho definic a z toho plynoucí rozdílnost a pestrost základních charakteristik.

Podle Hofbauera (2004) můžeme například zvolit přístup:

Ekonomický – který se zabývá například množstvím vynaložených finančních prostředků na volnočasové aktivity a jejich provozující zařízení, komercializované trávení volného času, různé typy zábavných center a podobně.

Socio-psychologický – pohled na volnočasové aktivity jako na významný socializační faktor v životě jedince, který pomocí něj získává nové kompetence a zařazuje se do rozličných formálních i neformálních skupin.

Politický – zabývá se tím, jak stát zasahuje do sféry volného času obyvatel.

Zdravotní – akcentuje především vliv volnočasových aktivit na psychický a fyzický vývoj jedince (pozitivní i negativní).

Pedagogický – zkoumá jak reagovat na potřeby jedince a vytvářet mu optimální podmínky pro kvalitní trávení volného času.

Jedna z definic fenoménu volného času zní takto:

Volný čas je definován jako čas, kdy člověk nevykonává činnost pod tlakem závazků, jež vyplývají z jeho sociálních rolí, zvláště z dělby práce a nutnosti zachovat a rozvíjet svůj život. Někdy se vymezuje jako čas, který zbývá po splnění pracovních i nepracovních povinností. Přesnější a úplnější je jeho charakteristika jako činnosti, do níž člověk vstupuje s očekáváními, účastní se jí na základě svého svobodného rozhodnutí, a která mu přináší příjemné zážitky a uspokojení (Hofbauer, 2004, 13).

Podle Hájka, Hofbauera a Pávkové (2003) je volný čas možno chápat, jako opak nutné práce a povinností, kdy si své činnosti můžeme svobodně vybrat, děláme je dobrovolně a rádi, přinášejí nám pocit uspokojení a uvolnění.

Také Hodaň a Dohnal (2008, 56) podle Dumazediera vymezují volný čas jako:

Souhrn činností, kterým se jednotlivec může věnovat podle vlastní libovůle, ať již aby si odpočinul či aby se pobavil, nebo aby rozvíjel svou dobrovolnou činnost na společenském životě, svou informovanost nebo své vzdělání nezainteresované povoláním, a to tehdy, když se uvolnil od všech pracovních, rodinných či společenských závazků.

Dále Hodaň a Dohnal (2008, 56) rozlišili podle Dumazediera, jeho tři základní funkce:

- Odpočinek (délassement) – zotavení, reprodukce pracovní síly. Volný čas pomáhá osvobodit od únavy, odstraňuje fyzické nebo nervové poruchy vyvolané napětím, výkonem, povinnostmi a zejména prací.
- Rozptýlení (divertissement) – zábava, kompenzace, únik z monotónnosti práce, případně únik do fiktivních činností imaginárního světa.
- Rozvoj osobnosti (développement) – umožňuje širší účast na společenském dění a bezstarostnější kulturu ducha i těla. Poskytuje nové možnosti zapojení se do života rekreativních, kulturních a sociálních sdružení. Umožňuje doplňování citových či rozumových poznatků, rozvíjení schopností.

Všechny tři funkce spolu vzájemně souvisí, existují ve střídavé míře ve všech činnostech a u všech lidí. Často se překrývají, a proto je velmi obtížné je rozlišit. U každého jedince by měly být v určitých proporcích zastoupeny všechny tři funkce, jinak hrozí jednostranná deformace.

Bartoš (2004) uvádí, že volnočasové aktivity mají celou řadu kvalit, které jsou důležité pro každého člověka. Patří k nim individualizace osobnosti, získávání specifických dovedností, sebevzdělání, humanizace a duchovní růst každého z nás. V podstatě se dá říci, že v tomto prostoru, který nazýváme volný čas, se vytvářejí velmi důležité kvality osobnosti.

Hájek, Hofbauer a Pávková (2008, 240) volí i tzv. negativní vymezení volného času – tedy charakterizují činnosti, které do volného času nepatří.

Uvádí, že za volný čas není považován čas pracovní (škola a pracovní proces) a čas vázaný (biofyzilogické potřeby, chod rodiny a domácnosti, péče o děti či dojíždění za prací). Doba, která nám zůstane po splnění výše jmenovaných povinností, je pak náš volný čas. Je také potřeba si uvědomit, že určit hranice mezi volným časem a povinnostmi není jednoduché. Každý z nás je individualitou a tedy i činnost, která

pro někoho znamená pouhou povinnost či nezbytnou nutnost, může být pro druhého aktivitou, kterou považuje za příjemné trávení svého volného času. Volný čas je v životě jednotlivce velice subjektivní kategorií, není nijak konkrétně vymezen ani po časové, ani po obsahové stránce. Volný čas umožňuje vyjádření individuality jedince. Tím, jak každý z nás tráví svůj volný čas, svým způsobem charakterizuje sám sebe.

Z hlediska záměrného rozvoje člověka je ovšem žádoucí, aby byl volný čas chápán v souladu se zájmy jedince i společnosti. Z hlediska jedince poskytuje volný čas prostor pro odpočinek, zábavu, rozvoj lidské osobnosti, z hlediska společnosti pak prostor pro regeneraci a rozvoj pracovní síly i pro univerzalizaci člověka. Záleží opravdu na každém z nás, jakým činností se budeme zabývat ve svém volném čase.

2. 2. 3 Rekrece

Nedílnou a nutnou součástí lidského individuálního i společenského života je rekreace. Plnohodnotný život bez ní není možný, zapadá tedy zcela logicky do celkové struktury života.

Pojem rekreace vznikl z latinského slova *creare* čili tvořit, vyrábět a přidáním předpony *re*, což znamená znovu. Tato složenina v podstatě vyjadřuje obnovování, znovuvytvoření něčeho, co již v určité podobě existovalo, vracení do původního stavu, dosahování původní kvality, což vše bylo z nějakého důvodu v negativním smyslu změněno (Hodaň & Dohnal, 2008).

Hodaň a Dohnal (2008, 19) ve své knize uvádí základní charakteristické znaky rekreace:

- Rekreace je vždy činností, na rozdíl od odpočinku. Může být fyzická, mentální nebo emocionální.
- Rekreace nemá jedinou formu. Rozsah aktivit je nekonečný. Může být organizovaná či neorganizovaná, individuální či skupinová.
- Na určení, zda se jedná o rekreaci či ne, má rozhodující vliv motivace. Je-li motivací pobavit se a rezultátem osobní uspokojení, jedná se o rekreaci.
- Rekreace se uskutečňuje pouze ve volném čase.

- Rekreační je činností dobrovolnou. To neznamená, že by nemohla být plánována a organizována, ale vždy musí být ponechána jedinci možnost svobodného výběru.
- Rekreační má vždy svůj účel a svůj smysl.

Podle obsahové zaměřenosti Hodaň a Dohnal (2008) rozděluje rekreaci na:

- Kulturně-umělecká – je spojena s kultivací člověka, může se týkat hudby, výtvarného umění, literatury, filmu nebo divadla. Má zejména psychický a do určité míry sociální charakter.
- Intelektuální – je zaměřena na zvyšování vědomostí v určité, zájmy podmíněné oblasti. Je spjata se všemi existujícími vědeckými i uměleckými obory. Tento druh rekreace je většinou individuální, až izolovaný.
- Sociální – je rekreace, jejíž náplní je vytváření sociálních vztahů, kontaktů, vytváření stálých či přechodných sociálních skupin a pohyb v nich. Je zaměřena na vzájemné intelektuální a citové obohacování. Sociální efekt je zde spojen s psychickým.
- Zájmová – je spojena s různými druhy „koníčků“, rozlišených dle zájmů. Může to být chalupaření, sběratelství nebo pěstitelství. Zájmová rekreace může mít buď pohybový nebo nepohybový charakter. Její význam je především psychický. Sociální kontakt je ojedinělý.
- Pohybová – ta může být jednak součástí rekreace zájmové, ale může také být samostatným druhem rekreace. Stává se tak, pokud je fyzická aktivita dominantní.

Všechny druhy rekreace se mohou vzájemně prolínat.

„Pohybová rekreace musí vycházet z individuálních zájmů a vnitřních potřeb jedince a plně respektovat uspokojení, kterého každý jedinec chce touto činností dosáhnout“ (Hodaň, 2005, 17).

2. 2. 3. 1 Pohybová rekreace

Je zřejmé, že jednotlivé druhy rekreace z hlediska všestrannosti člověka se musí doplňovat a kombinovat, aby pokrývaly celou osobnost. Rekreace pohybová má však určitá specifika.

Jedním z prvních autorů, který se tímto problémem zabýval byl Teplý (1996), který uvádí, že pohybová rekreace je zájmová, ve volném čase prováděná tělovýchovná a pohybová činnost za účelem odpočinku, zábavy, udržování zdraví a tělesné kondice. Z toho je zřejmé, že pohybová rekreace může být jak samostatným druhem rekreace, tak součástí

rekreace zájmové. Pohybová rekreace se týká těch případů, kdy se oblast fyzická, pohybová, stává dominantní.

Širší charakteristiku již dříve ve svém díle uvádí Serbus (1977, 54):

Pohybová rekreace jako forma (součást) tělesné kultury i rekreace je zájmová tělocvičná, příp. i jiná pohybová aktivita, zaměřená na regeneraci pracovní síly, na vyrovnání nepříznivých vlivů jednostranné práce a nezdravého životního prostředí, na zvyšování a trvalé udržování tělesné a duševní kondice, na prevenci civilizačních chorob, na radostné a kulturní prožití volného času.

Serbusova definice je nejen širší, ale svým zaměřením, vyjadřujícím proporce mezi zábavnou činností a intencionální činností zaměřenou na regeneraci člověka.

Pohybová rekreace přímo souvisí na jedné straně s biologickou podstatou člověka, na druhé straně s technologickými a civilizačními změnami tuto podstatu ohrožujícími, kterými však člověk a celá společnost permanentně prochází. Základní „biologie člověka“, optimální naplnění všech funkcí, kterými je reprezentována, je podmíněna dostatečným množstvím pohybových podnětů. Ty podmiňují žádoucí kvalitu celého organismu nejen pro zabezpečení všech základních životních funkcí, ale i pro zabezpečení všech sociálních rolí, které člověk ve svém životě přijímá, a které jsou nutné nejen pro individuální, ale i pro celospolečenský život. Kvalita všech základních funkcí i realizovaných sociálních rolí potom vychází ze základního faktu, že k tím menší únavě, opotřebením i nemocnosti organismu dochází, čím více je na všechny „životní zátěže“ připraven. Vzhledem k biologické determinovanosti člověka je tedy nutno považovat fyzickou dimenzi za základní. Kvalita této dimenze, díky náročnosti jejího rozvoje a udržování, navíc ovlivňuje přímo úměrně kvalitu dimenze psychické a sociální (Hodaň & Dohnal, 2008, 29).

Rekreace pohybová, v souladu s dnešním vnímáním, má obecný charakter, je realizována jakýmikoliv pohybovými činnostmi. Je spojena s jakýmikoliv pohybem např. s chalupařením, zahrádkářstvím, chovatelstvím apod. Většinou jde o činnosti zaměřeny mimo člověka, často jsou vlastně pokračováním běžné životní činnosti, či dokonce práce. Jejich základní význam je spíše psychický a společenský, než fyzický. V pohybové rekreaci je podstatou regenerace a rozvoj lidských sil formou aktivního odpočinku, spojeny s příjemným, účinným a kulturním prožíváním volného času.

2. 2. 3. 2 Tělocvičná rekreace

Tělocvičná rekreace je na rozdíl od ostatních pohybových aktivit zaměřena na člověka, na jeho záměrný fyzický rozvoj.

Tělesná cvičení realizovaná v systému tělocvičné rekreace podle Hodaně a Dohnala (2008) jsou zaměřena na:

- rozvoj základního osobnostního potenciálu podmiňujícího nejen uspokojování potřeb spojených s životem obecně, ale i potřeb spojených se specifickostí přijatých sociálních rolí;
- prevenci oslabujících tendencí vyplývajících z osobního života i realizace sociálních rolí;
- kompenzaci negativních vlivů vyplývajících z převažující jednostrannosti zatížení;
- regeneraci životem a prací vyčerpaného organismu;
- rekondici spojenou s udržováním potřebné zdatnosti;
- rehabilitaci.

Všemi těmito úrovněmi se prolíná žádoucí všudypřítomná prožitkovost jako součást realizovaného procesu i následný efekt.

Podle Hodaně (2005, 25) „Tělocvičná rekreace je nejvšestrannějším a z hlediska dopadu na člověka nejučinnějším naplněním pojmu rekreace v obecném slova smyslu“.

Tělocvičnou rekreaci tedy můžeme považovat za specifický druh tělocvičné aktivity, v jehož zaměřenosti na člověka dominuje rozvojový, regenerační a rekondiční charakter činnosti, prováděný zájmově ve volném čase a působící na zdokonalování člověka tím, že prostřednictvím záměrně volených tělesných cvičení, diferencovaných podle individuálních zájmů a potřeb (věk, zdraví, profese...), zvyšuje jeho fyzickou, psychickou a sociální úroveň, regeneruje pracovní a životní sílu a kompenzuje negativní vlivy pracovního a životního procesu i současné civilizace. Vzhledem ke svému charakteru má vysloveně prožitkový charakter. Jako jedna z významných složek rekreace spoluvytváří všestranné předpoklady pro tvorbu člověka, prožívání života a optimalizaci životního stylu (Hodaň & Dohnal, 2008, 36).

Vzhledem k rozmanitosti a šíři záběru dle Hodaně a Dohnala (2008, 38) lze tělocvičnou rekreaci v základní podobě dělit podle:

- organizovanosti (organizovaná, částečně organizovaná, neorganizovaná);
- časové struktury (každodenní, víkendová, dlouhodobá);

- prostoru realizace (domov, pracoviště, sídliště, příměstská zařízení, rekreační oblasti);
- množství účastníků (individuální, rodinná, skupinová);
- zdravotního stavu (zdraví, zdravotně oslabení);
- pohlaví (mužské složky, ženské složky);
- obsahu (různé druhy tělocvičných aktivit, různá zaměření);
- zodpovědnosti (podnikatelské subjekty, občanská sdružení a jim podobné organizace registrované u ministerstva vnitra, městské a obecní úřady, zaměstnavatelské organizace, cestovní kanceláře, fitness – a wellnes centra).

Jak popisuje Hodaň a Dohnal (2008) smyslem tělocvičné rekreace je tedy udržování úrovně celého organismu nad požadavky života. Tělesná cvičení jsou spojena se vzděláním, kulturně-poznávací činností i se sociálními kontakty. Navíc jsou vykonávána především ve volném čase, v kulturním prostředí, včetně přírodního, čímž plní důležitou funkci kulturního trávení volného času. Jak již bylo řečeno, významná je přitom úroveň jejich prožitkovosti. Tělesný prožitek sám o sobě, způsobený zapojením celého těla do dané činnosti, je mnohem intenzivnější a komplexnější, než prožitky zprostředkované jednotlivými smysly.

Tělesná cvičení můžeme charakterizovat jako záměrné pohybové chování, jehož cílem je zdokonalování a rozvoj člověka v oblasti fyzické, psychické a sociální s cílem jeho socializace a kultivace. Svoji zaměřeností na člověka jsou však naprosto odlišná od základního pohybu životního, pracovního, zájmového atd. Lze tedy konstatovat, že na rozdíl od ostatních pohybových činností je předmětem tělesných cvičení člověk, který je realizuje. Právě v tom je jejich specifická a nenahraditelnost.

Tělocvičnou rekreaci je možno vzhledem k biologické a společenské determinovanosti člověka považovat za nejvýznamnější, jelikož z hlediska fyzického, psychického a sociálního je všestrannější, než všechny ostatní.

3 CÍLE

3. 1 Hlavní cíl:

Hlavním cílem bakalářské práce je analýza pohybových aktivit ve volném čase u zdravotních sester.

3. 2 Dílčí cíle:

1. Analýza pracovního zařazení.
2. Analýza zdravotního stavu u profese zdravotních sester.
3. Analýza pracoviště (ergonomické úpravy pracoviště).
4. Analýza pohybových aktivit u zdravotních sester.
5. Doporučení do praxe.

Výzkumná otázka:

Ovlivní profesní zaměření volbu pohybových aktivit u zdravotních sester na ambulantní a lůžkové části?

4 METODIKA

Reichel (2009, 27) k pojmu metodika uvádí „...jedná se o zcela konkrétní návod ("kuchařku", jak se v odborných kruzích říká) k použití zcela konkrétního výzkumného nástroje (např. jakými způsoby distribuovat dotazník)“.

Jandourek (2001) popisuje metodu, jako vědomý nebo nevědomý systematický postup nějakého jednání směřujícího k dosažení cíle.

„Pod pojmem technika rozumíme ve výzkumu určitý operační nástroj, který cíleně realizuje strategický záměr vymezený zvolenou metodou. Můžeme ji tedy považovat za dílčí, přesně limitované, konkretizované použití odpovídající metody“ (Pelikán, 1998, 96).

4.1 Metody a techniky

Ke splnění cílů bakalářské práce jsem využila podle Čihovského (2006) následující metody a techniky:

Metody

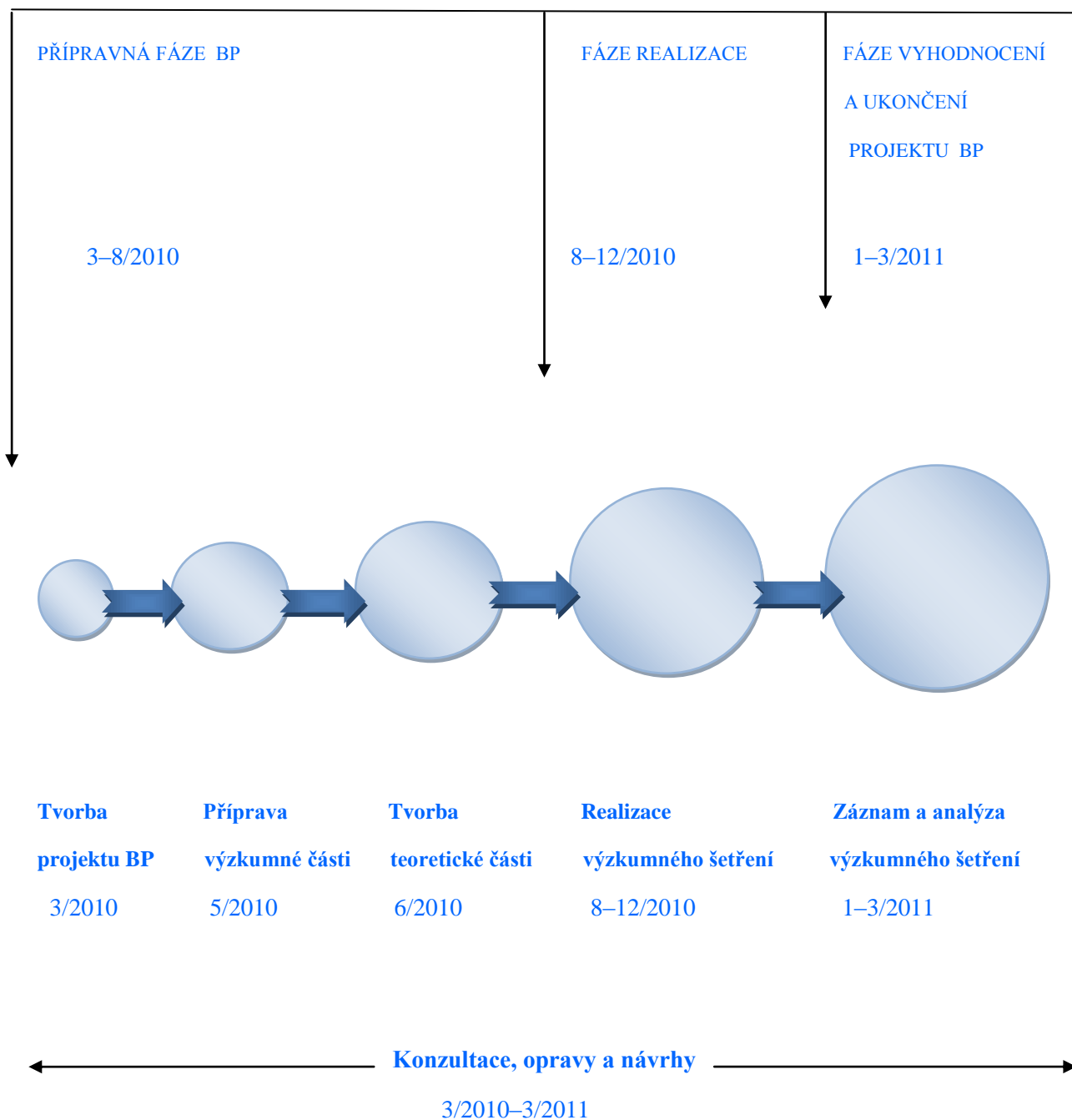
- Metoda historická – sběr a analýza informací dokumentů, literárních zdrojů.
- Metoda introspektivní – opírá se o osobní znalosti, zkušenosti výzkumníka na základě účasti v prostředí či nějakém společenském procesu.
- Metoda sběru dat – zpracování dat získaných z anketního listu, vypracování tabulek a grafů.

Techniky

- Anketní list – formulář s písemnými otázkami, určený respondentovi, obsahující varianty odpovědí nebo vymežující místo na spontánní odpověď.

Anketní list byl sestaven na základě vlastních zkušeností a teoretických znalostí k danému tématu se záměrem zjištění potřebných dat k provedení výzkumné části bakalářské práce. Anketní list obsahuje 23 otázek, vypovídajících o názorech a postojích k otázkám pohybových aktivit ve vztahu ke zdraví u profese zdravotních sester. Posledních 5 otázek, podává základní údaje o respondentech. V anketním listu byly použity uzavřené i polouzavřené otázky s možností odpovědi dle vlastního názoru. Anketní list je součástí přílohy této bakalářské práce. Data získaná z anketního listu byla zpracována tabulárně a graficky.

4. 2 Časový harmonogram zpracování bakalářské práce

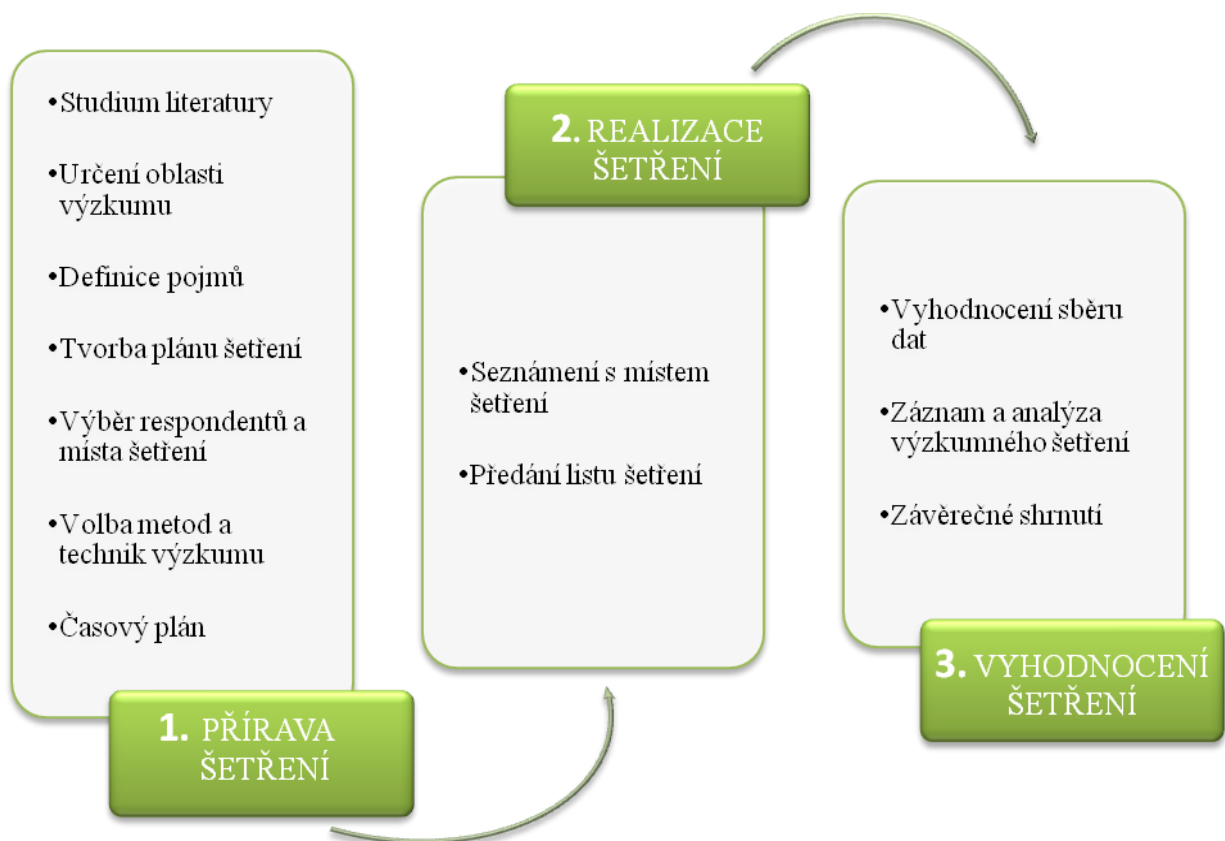


Obrázek 2. Schéma časového harmonogramu zpracování bakalářské práce

4. 3 Fáze výzkumného šetření

Samotné uskutečnění výzkumného šetření vychází z následujících tří fází:

1. Přípravná šetření – tazatel odpoví na tři základní otázky:
 - a. „O čem?“ – seznámení se s vědeckým problémem; jeho rozpracování do konkrétních otázek; volba druhu průzkumu; zajištění organizačních záležitostí.
 - b. „S kým?“ – získání předběžné informace o osobách, od kterých chce tazatel data získat.
 - c. „Jak?“ – na základě analýzy a přípravy tématu a porozumění typu respondenta.
2. Průběh – průzkum se odvíjí podle toho, jaký typ průzkumu byl zvolen.
3. Vyhodnocení – získaná data je třeba utřídit, analyzovat a pečlivě vyhodnotit.



Obrázek 3. Fáze výzkumného šetření

4. 4 Stručná charakteristika místa výzkumu

Výzkumné šetření bylo provedeno u zdravotnických pracovníků I. Ortopedické kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. Počátky Fakultní nemocnice u sv. Anny sahají na počátek 14. století, kdy král Jan Lucemburský založil ženský dominikánský klášter, vedle kostela svaté Anny, kde žily řádové sestry. V 18. století císař Josef II. zrušil klášter a přeměnil ho v nemocnici. Postupnou rekonstrukcí, modernizací a výstavbou nových budov se během let areál rozrůstal a měnil svůj vzhled do současného stavu. Po vzniku Masarykovy univerzity a její lékařské fakulty vznikla v nemocnici u sv. Anny klinická pracoviště, která začala zajišťovat výuku mediků.

Svoji preventivní, diagnostickou, terapeutickou i ošetrovatelskou péči poskytuje všem občanům naší republiky a v současné době i klientům ze zahraničí.

V nemocnici jsou uplatňovány moderní, často ojedinělé metody vzbuzující zájem i v zahraničí. Pracoviště byla vybavena špičkovou zdravotnickou technikou, která rozvíjení náročných programů diagnostické i léčebné péče umožňuje.

Ortopedie je složena z řeckých slov *orthos*, (přímý) a *paidion*, (dítě). Je to základní chirurgický lékařský obor, zabývající se především prevencí, léčbou a rehabilitací poruch a onemocnění podpůrného a pohybového aparátu. Ortopedie se zabývá i léčbou zranění pohybového aparátu.

4. 5 Výzkumný vzorek

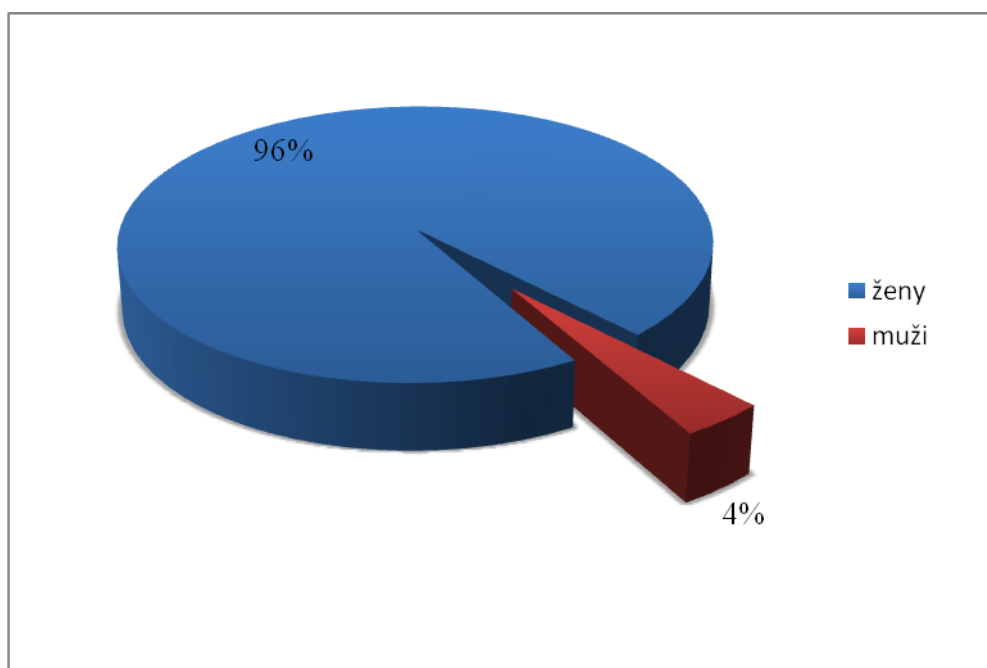
Výzkumné šetření bylo provedeno u zdravotních sester na I. Ortopedické klinice Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. I. Ortopedická klinika FN u sv. Anny se skládá ze čtyř lůžkových oddělení, operačních sálů, jednotky intenzivní péče a ambulantní složky. Na klinice pracují zdravotní sestry s nižším, středním a vysokoškolským vzděláním. Pracují na ranních, denních a nočních směnách. Výzkumného šetření se účastnilo celkem 74 zdravotních sester s různým typem vzdělání a nižší zdravotnický personál.

5 VÝSLEDKY A DISKUSE

K zjištění potřebných dat jsem realizovala šetření pomocí anketních listů, v časovém období od srpna až prosince 2010, účastnilo se ho celkem 76 respondentů, každý respondent obdržel jeden anketní list. Ke zpracování se vrátilo 74 anketních listů, což odpovídá 97,4 %. Nesprávně vyplněné nebo neúplné anketní listy byly vyřazeny ze zpracování.

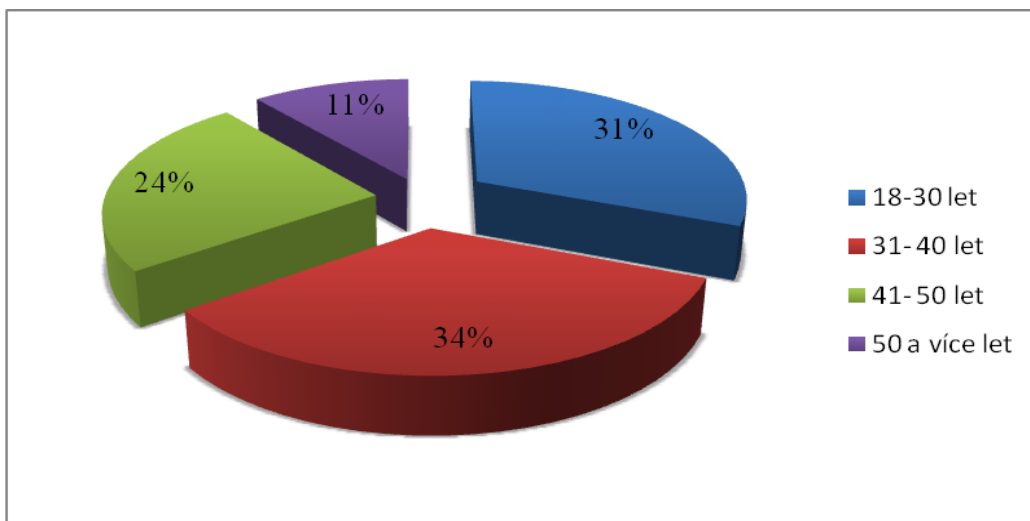
5.1 Respondenti – základní údaje

Následujícími grafy prezentují základní údaje respondentů, které jsem zaznamenala v anketním šetření.



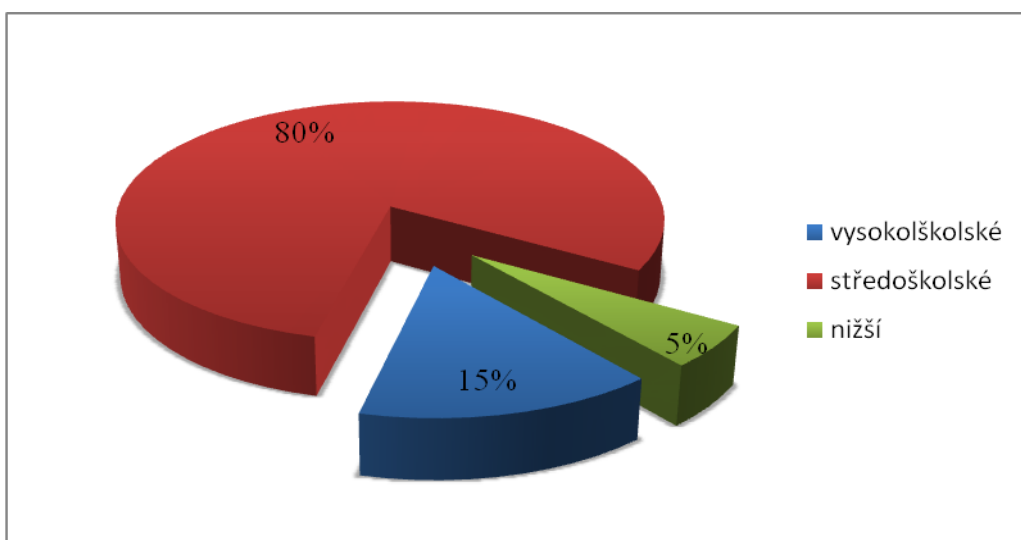
Obrázek 4. Rozložení respondentů podle pohlaví

Graf ukazuje rozložení výzkumného vzorku podle pohlaví. Ze 74 respondentů bylo 96 % žen a 4 % mužů. Nerovnoměrné zastoupení obou pohlaví je dáno historickým chápáním a zažitými představami o profesi zdravotních sester, ve které je výrazně vyšší zastoupení žen než mužů.



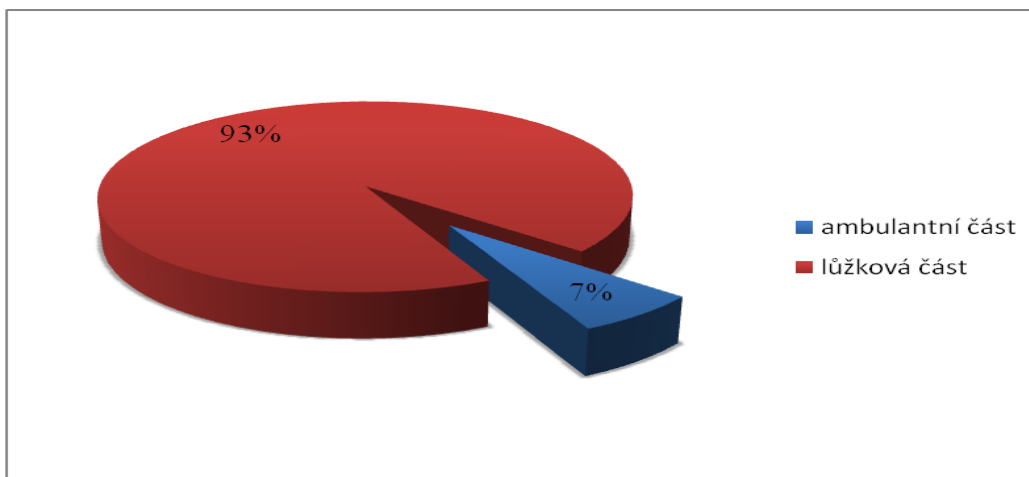
Obrázek 5. Rozložení respondentů podle věku

Graf dokládá, že nejvíce byla zastoupena skupina ve věku 31–40 let, následovala skupina ve věku 18–30 let, dále skupina ve věku 41–50 let a poslední skupinu tvořil věk 50 a více let. Graf ukazuje, že s vyšším věkem zdravotních sester ubývá, což je většinou způsobeno zdravotními problémy, vyplývajícími z přetěžování podpůrně-pohybového aparátu, nepravidelného spánku a mnoha jiných faktorů, které přináší tato profese.



Obrázek 6. Respondenti podle dosaženého vzdělání

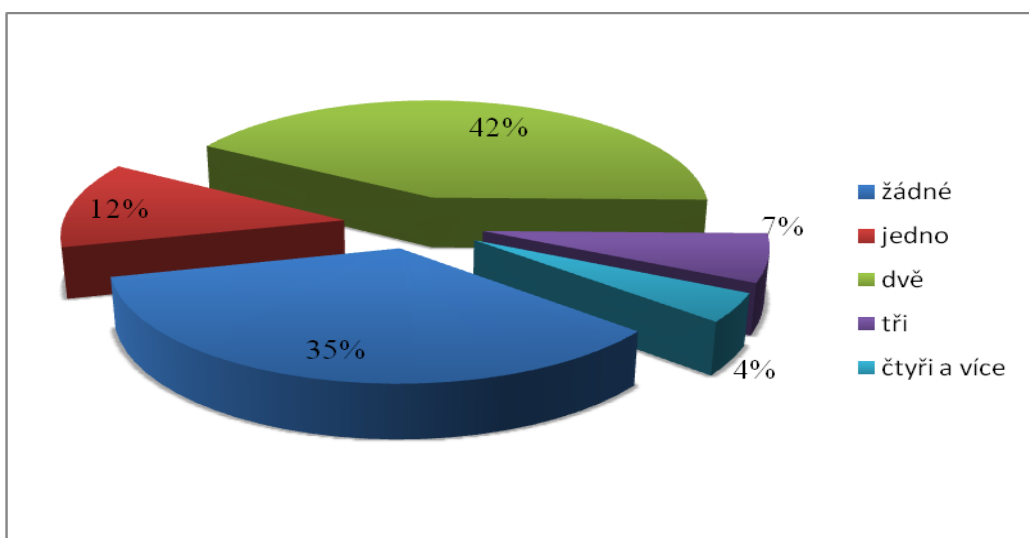
Z grafu vyplývá, že 80 % respondentů má středoškolské vzdělání, 15 % respondentů vysokoškolské vzdělání a 5 % respondentů nižší vzdělání než středoškolské. V dnešní době je stále více kladen důraz na vysokoškolské vzdělání u zdravotních sester a tak lze očekávat, že počet zdravotních sester s tímto vzděláním bude přibývat.



Obrázek 7. Rozdělení podle pracovního umístění

Z grafu vidíme, že z celkového počtu dotazovaných respondentů, je 93 % respondentů, kteří pracují na lůžkové části, jelikož lůžková část je nosným programem na ortopedické klinice, pro samotnou operativu, zranění a léčení pacientů s poruchami podpůrného a pohybového aparátu. Pouze 7 % respondentů pracuje na ambulantní části.

Na výzkumnou otázku, zda-li ovlivní profesní zaměření volbu pohybových aktivit u zdravotních sester na ambulantní a lůžkové části, mohu říci, že z mého pohledu, určitě ano. Zdravotní sestry, které pracují v ambulantní části musí daleko více komunikovat s přicházejícím pacientem, jejich fyzická stránka není tak zatěžována, proto spíše volí relaxační pohybové aktivity. Sestry pracující na lůžkové části, kde jsou daleko více fyzicky přetěžovány, vyhledávají spíše aerobní a silové pohybové aktivity. Tento můj názor koresponduje s výsledkem empirického šetření.

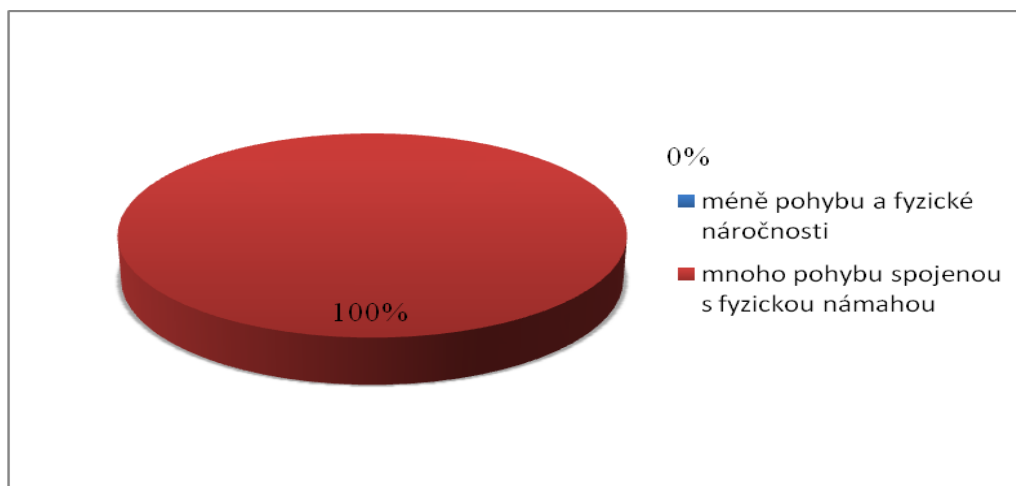


Obrázek 8. Údaje o počtu dětí respondentů

Graf dokládá, že z počtu 74 respondentů má 42 % dvě děti, 35 % žádné dítě, 12 % jedno dítě, 7 % tři děti a 4 % čtyři a více dětí. Z moji vlastní zkušenosti vím, jak je složité skloubit povolání zdravotní sestry s výchovou dětí. Neznám však ani jednu zdravotní sestru–mámu, která by se výchově dětí nevěnovala naplno, někdy i za cenu odsunutí svého odpočinku po pracovní směně.

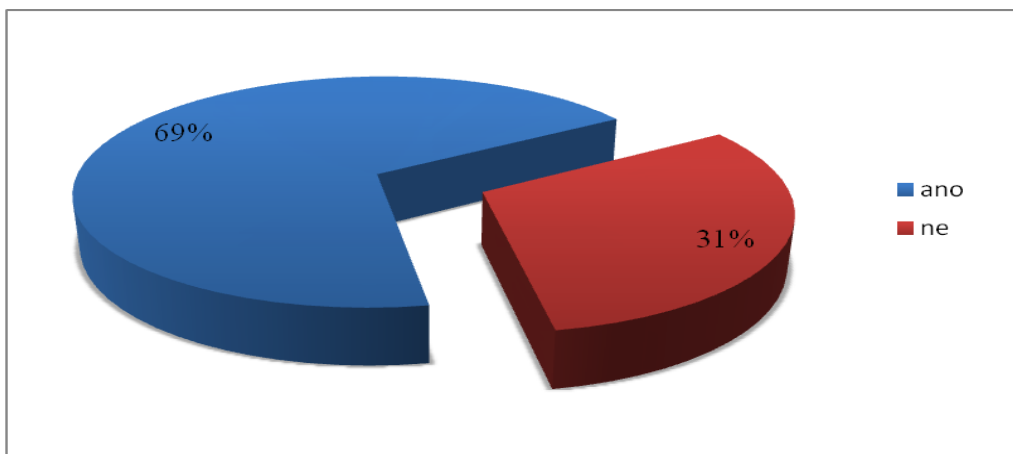
5. 2 Interpretace výsledků šetření

Z empirického šetření jsme došli k výsledkům, které jsou podrobně analyzovány v jednotlivých grafech a tabulkách s podrobným popisem.



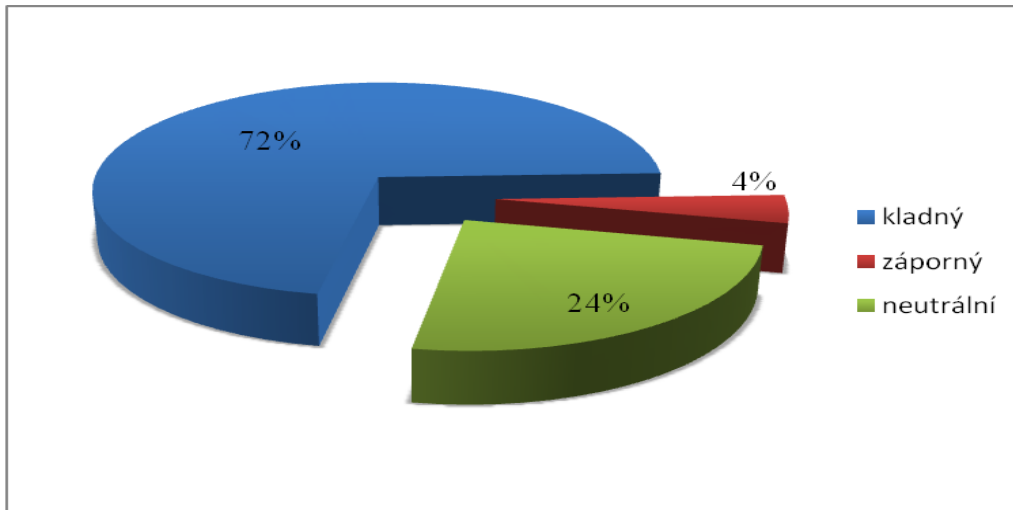
Obrázek 9. Charakteristika profese zdravotních sester z pohledu pohybové a fyzické náročnosti

Výsledný graf ukazuje, že všech 74 respondentů, což je plných 100 %, se shodlo v tom, že jejich profese je velmi náročná. Jak uvádí Bártlová (2007), profese zdravotních sester je velmi fyzicky náročná a z pohledu náročnosti je řazena na druhé místo, za profesi hornickou. Jelikož pracuji jako zdravotní sestra již několik let, sama vím, jak je toto povolání náročné nejen po psychické stránce, ale i po fyzické stránce a s tímto názorem se ztotožňuji. V této profesi se opravdu jedná o mnoho tělesného pohybu – většina pracovní směny je spojena s rychlejší chůzí a fyzickou námahou – zvedání pacienta.



Obrázek 10. Zastoupení respondentů ve směnném provozu

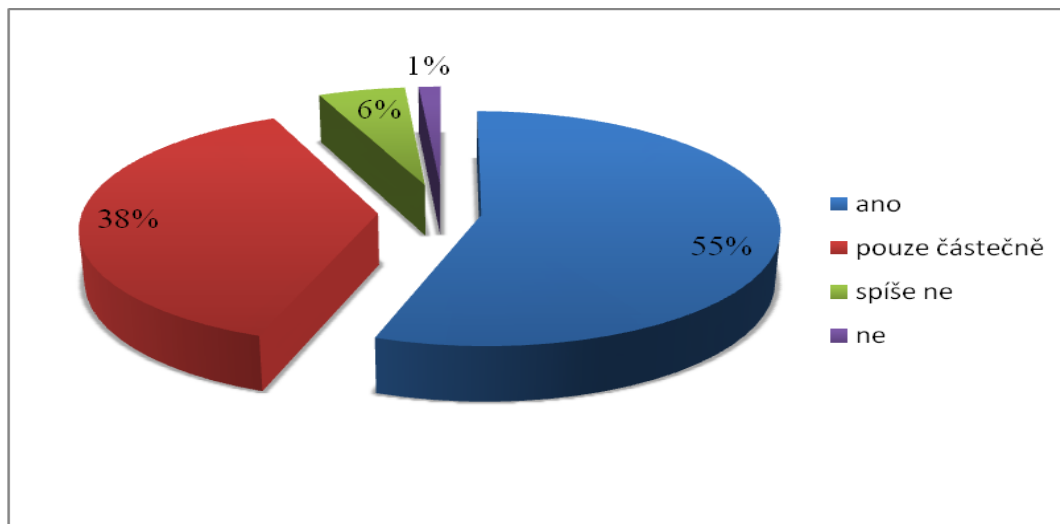
Graf znázorňuje, že z celkového počtu respondentů pracuje 69 % respondentů ve směnném provozu a to z důvodu, že na klinice jsou čtyři lůžková oddělení a jednotka intenzivní péče, kde musí být zabezpečen 24hodinový provoz, pro zajištění léčebné péče všech pacientů. Dále 31 % respondentů pracuje pouze na ranní směnu a to na ambulantní části a na operačních sálech.



Obrázek 11. Vztah respondentů k pohybovým aktivitám

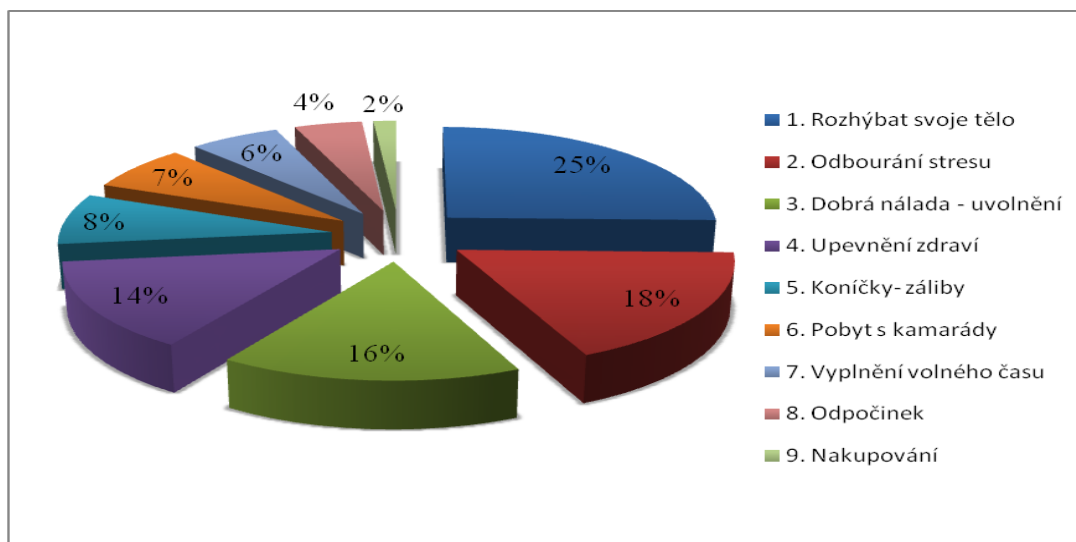
Z grafu je patrné, že 72 % respondentů má kladný vztah k pohybovým aktivitám, 24 % respondentů neutrální vztah a pouze 4 % respondentů záporný vztah. Jsem velmi ráda, že kladný vztah respondentů k pohybovým aktivitám je v tomto případě tak vysoký. Neboť respondenti s kladným vztahem k pohybovým aktivitám, mají podle Blahutkové, Řehulkové a Dvořákové (2005), lepší předpoklady k udržování tělesné pohody a duševního zdraví. Dle mého názoru by pohybové aktivity měly být součástí života každého z nás a kladný vztah

k nim samozřejmostí, obzvláště u profese zdravotní sestry. Prostřednictvím pohybových aktivit mohou odstraňovat životní nejistoty a hledat vlastní cesty ve smyslu naplňování života a zdraví.



Obrázek 12. Pohybová aktivita jako součást života respondentů

Aktuální graf popisuje, že u 55 % respondentů je pohybová aktivita součástí jejich života. Dále u 38 % respondentů pouze částečně, u 6 % spíše ne a u 1 % respondentů není pohybová aktivita součástí jejich života vůbec. Dobrý (2008) uvádí, že jedinci mladí i staří, kteří mají nedostatek pohybových aktivit ve svém životě, svému zdraví nepomáhají, naopak je jednoznačně poškozují. Měli by svůj životní styl změnit a pravidelné pohybové aktivity brát, jako samozřejmost ve svém životě. S tímto názorem se ztotožňuji a jsem přesvědčena, že pohybová aktivita je jedním ze základních předpokladů zdravého životního stylu ve všech fázích života člověka. Výrazně ovlivňuje kvalitu života především ve smyslu bio-psycho-sociální pohody a harmonického rozvíjení osobnosti.



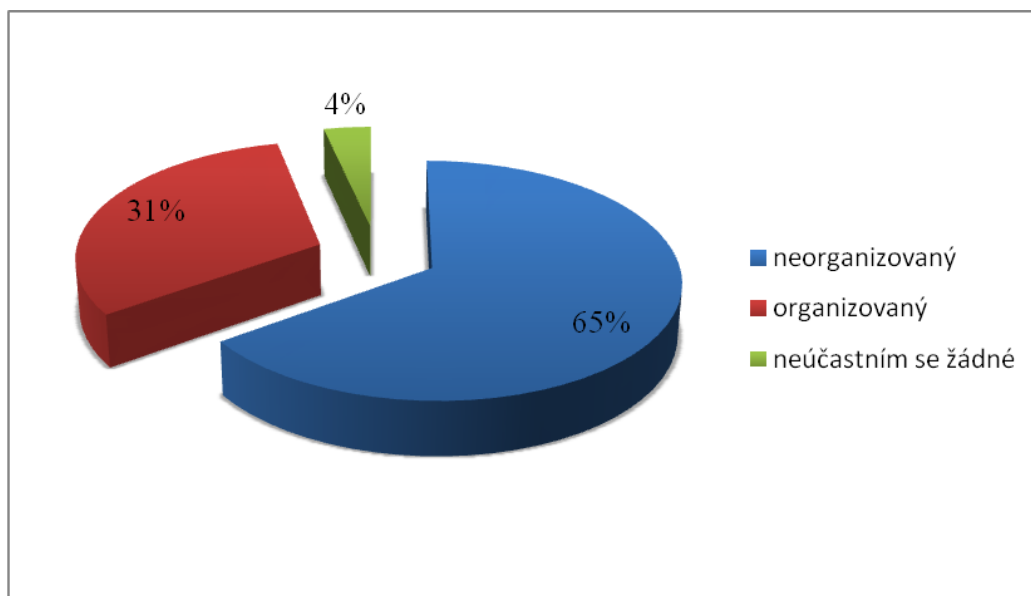
Obrázek 13. Pojem pohybová aktivita – představa respondentů

Z grafu vyplývá, dle daných možností, co si pod pojmem pohybová aktivita respondenti představují. Respondenti měli možnost vyjádřit i svou vlastní představu, ale této možnosti nikdo nevyužil, myslím si, že se nad tím nechtěli zamýšlet nebo neměli čas. Je zde patrné, že pod tímto pojmem si respondenti představovali vždy něco jiného, ale v podstatě si uspokojovali svoje vlastní potřeby, které prováděli v čase, který jim zůstával po splnění všech povinností. Způsob využívání pohybových aktivit je jedním z důležitých ukazatelů životního stylu jedince.

Tabulka 1. Pořadí pohybových aktivit dle představ respondentů

Pořadí	Aktivita	Počet odpovědí
1.	Rozhýbat svoje tělo	51
2.	Odbourání stresu	36
3.	Dobrá nálada - uvolnění	32
4.	Upevnění zdraví	28
5.	Koníčky- záliby	16
6.	Pobyt s kamarády	14
7.	Vyplnění volného času	12
8.	Odpočinek	9
9.	Nakupování	3

V tabulce jsou seřazeny aktivity podle počtu odpovědí respondentů, co si představují pod pojmem pohybová aktivita. Respondenti mohli uvést i více možností.

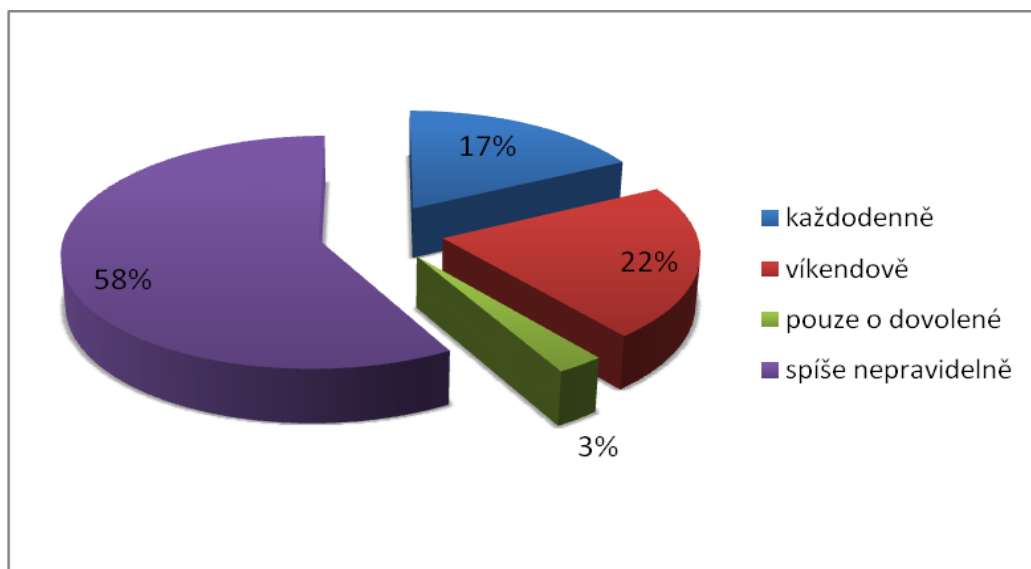


Obrázek 14. Druh pohybové aktivity

Výše uvedený graf ukazuje, že 65 % respondentů se věnuje neorganizovanému druhu pohybové aktivity – využívají chůze do schodů, chůze pěšky do zaměstnání, procházky, práce na zahradě. Zkrátka vyhledávají každou příležitost k pohybu. V tomto případě je tento výsledek velmi potěšující. Dobrý (2008) uvádí, že tyto běžné denní aktivity jsou součástí každodenní rutiny, denního režimu. Frömel, Novosad a Svozil (1999) definují neorganizovanou (spontánní) pohybovou aktivitu jako, volně a většinou emotivně podmíněnou pohybovou aktivitu. Souhlasím s těmito názory autorů a myslím si, že tento druh pohybové aktivity je pro člověka zcela přirozený, působí jako prevence řady onemocnění, je to prostředek pro odstraňování psychické únavy, je tedy určitou formou tělesné a duševní rekreace.

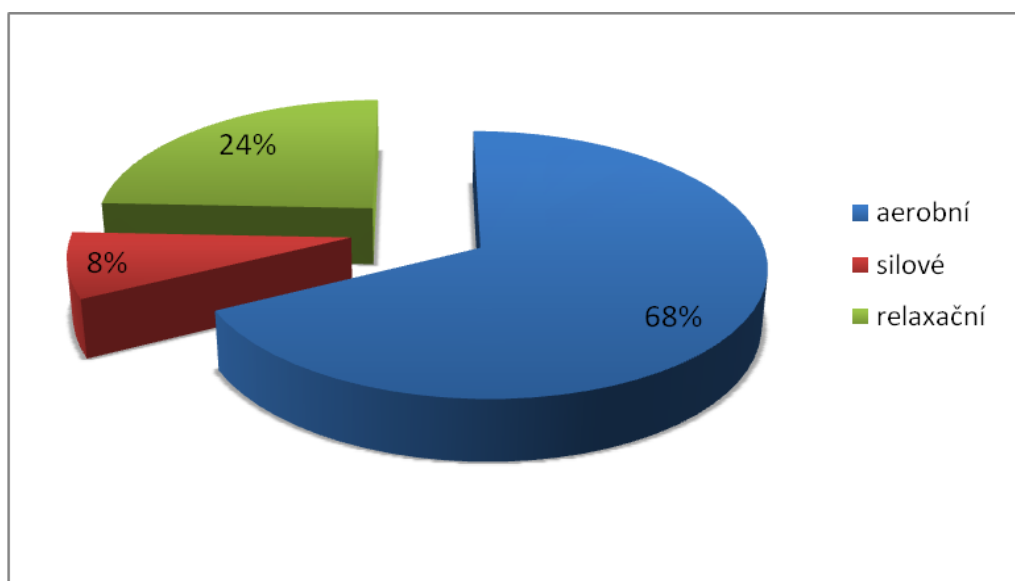
Dále 31 % respondentů se věnuje organizovanému druhu pohybové aktivity – kolektivním pohybovým aktivitám – volejbalu, aerobiku, fotbalu atd. nebo individuálním pohybovým aktivitám – fitness, lyžování, plavání atd. Organizovanou pohybovou aktivitu popisují Frömel, Novosad a Svozil (1999), jako intencionální pohybovou aktivitu, prováděnou pod vedením učitele, cvičitele či trenéra, kde dochází ke zlepšení celkové fyzické kondice a osobního prožitku. Tento druh pohybové aktivity, jak uvádí Dobrý (2008), vede ke zlepšení či udržení jedné nebo více složek tělesné zdatnosti (kardiovaskulární zdatnosti, svalové síly a svalové vytrvalosti, složení těla, flexibility). Dále vede ke zlepšení či udržení výkonu v konkrétní pohybové aktivitě (v plavání, volejbalu, gymnastice,...). Podle mého názoru je třeba si uvědomit, že oba druhy pohybové aktivity, by měly být zastoupeny v našem životě. Měli bychom mít nejméně 30 minut fyzické aktivity mírné intenzity

po většinu dní v týdnu, nejlépe každý den a provozovat rovněž nějakou intenzivnější sportovně-rekreační aktivitu, alespoň 3–4 dny v týdnu, pokaždé 30 a více minut. Následující 4 % respondentů se neúčastní žádné pohybové aktivity.



Obrázek 15. Realizace pohybové aktivity

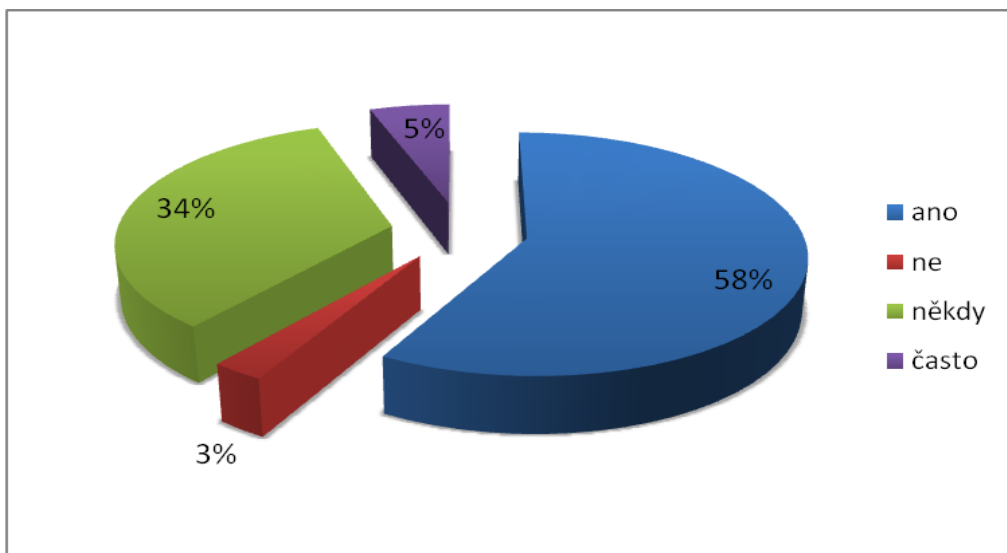
Graf znázorňuje, jak často se pohybovým aktivitám respondenti věnují. Nejvíce, a to 58 % respondentů, se pohybovým aktivitám věnuje nepravidelně, 22 % respondentů pouze o víkendu, 17 % respondentů každý den a pouze 3 % respondentů jen o dovolené. Frömel, Novosad a Svozil (1999) doporučují, aby se pohybovým aktivitám, ať již běžným denním aktivitám, které lze snadno začlenit do běžného životně-pracovního rytmu nebo intenzivnějším sportovně-rekreačním aktivitám, věnoval každý člověk, neboť bezpochyby přispívají ke zdraví a všechny její formy pomáhají člověku při naplňování spokojené životní cesty. S tímto názorem souhlasím a mohu dodat, že je velmi důležité, jak často se pohybová aktivita provádí. Méně náročné aktivity (chůze do schodů, chůze pěšky do zaměstnání, atd.), by měly být pravidelnou součástí denního režimu a měly by být prováděny každý den nebo alespoň většinu dní v týdnu. Intenzivnější aktivity sportovně-rekreačního charakteru by navíc měly být prováděny nejméně 3krát v týdnu, nejlépe však obden. V tomto případě můžeme říct, že výsledky u zdravotních sester jsou ovlivněny zejména směnným provozem, který brání v pravidelném vykonávání pohybových aktivit. Z vlastní zkušenosti vím, že je velmi složité skloubit svoje zaměstnání, kde pracuji ve směnném provozu s pravidelným vykonáváním jakékoliv pohybové aktivity, převážně sportovně-rekreačního charakteru, ať již v domácím prostředí, či návštěvou jakéhokoliv kurzu nebo sportovního centra.



Obrázek 16. Typ pohybové aktivity

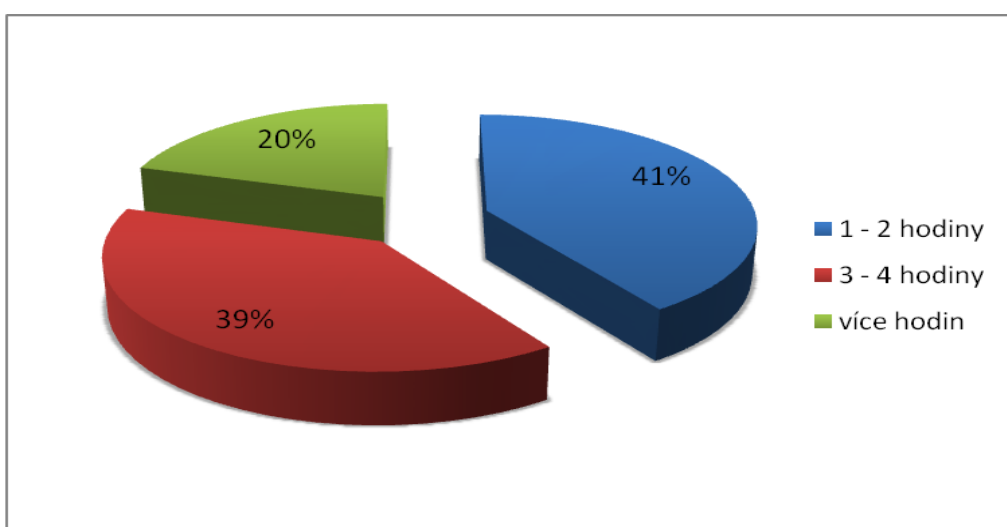
Typ pohybové aktivity, konkrétní druh cvičení nebo sportu, určuje způsob namáhání organismu a tréninkový i zdravotní efekt. Výše uvedený graf ukazuje, že z daných možností, 68 % respondentů dává přednost aerobní aktivitě, dále 24 % respondentů se věnuje relaxační aktivitě a pouze 8 % respondentů se věnuje silové aktivitě. Aerobní aktivita podle Skopové a Beránkové (2007), je aktivita vytrvalostního charakteru, zatěžující rytmickým, dynamickým způsobem velké svalové skupiny po relativně dlouho dobu. Typickým příkladem je běh, rychlá chůze, cyklistika, jízda na rotopedu, aerobik, spinning, v dnešní době velkým hitem zumba apod.

Kebza et al. (1998) popisuje relaxační techniky, jako aktivity, které podporují tělesnou a duševní pohodu, a stejně tak udržují přirozenou hladinu klidu a napětí našeho organismu. Relaxace navozená rozličnými relaxačními technikami a způsoby, se vyznačuje specifickými duševními i tělesnými změnami. Tyto změny jsou např. pokles svalového napětí a tím celkové uvolnění svalů a jejich důkladné prokrvení, klesá dechová a tepová frekvence, dále klesá krevní tlak a metabolismus, sekrece některých hormonů nadledvin a štítné žlázy vykazuje mnohem nižší hodnoty. Silová aktivita dle Koloucha et al. (2001) je posilování s váhou vlastního těla nebo s použitím jednoduchých pomůcek. Díky silovému cvičení dochází ke zlepšení fyzické kondice, zpevnění postavy, úbytku tukové tkáně, která je nahrazena svalovou hmotou. Většina žen volí spíše aerobní aktivity pro jejich rytmickou složku, většinou doprovázenou hudbou, což koresponduje s našimi výsledky.



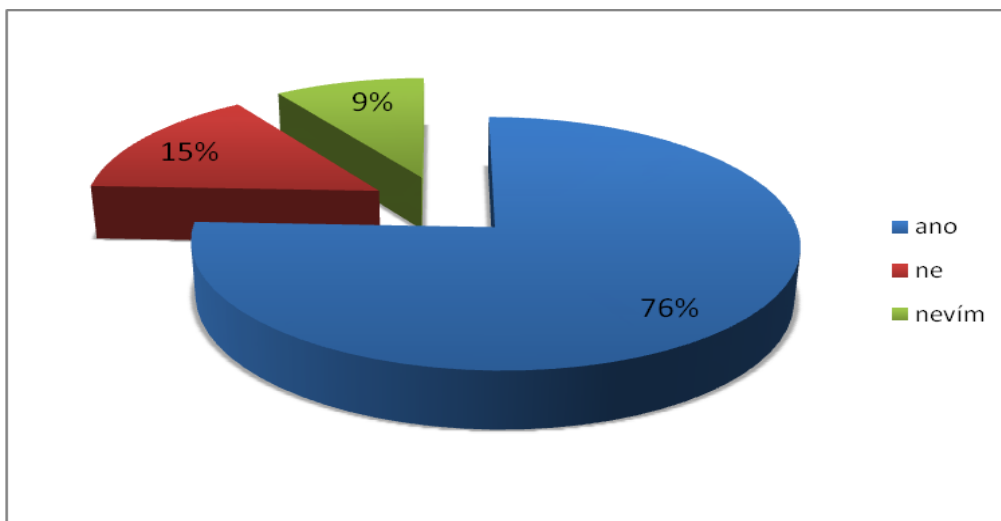
Obrázek 17. Organizují si sám pohybovou aktivitu

Z grafu je patrné, že 58 % respondentů si organizuje pohybovou aktivitu zcela sami, neboť k pohybovým aktivitám mají kladný vztah a pohybové aktivity jsou součástí jejich života. Dále 34 % respondentů jen někdy, 5 % respondentů často a 3 % respondentů si pohybovou aktivitu neorganizuje vůbec. Blahutková, Řehulková a Dvořáková (2005) konstatují, že v dnešní době si může vybrat opravdu každý, protože pohybových aktivit je nepřeberné množství a neustále vznikají nové formy. Podle mého názoru je jedno, jestli budeme chodit na jógu, aerobik, spinning, nebo zvolíme posilovnu, cyklistiku či nordic walking. Je velmi důležité si vybrat takovou aktivitu, která nás bude bavit, protože jen tak se na ni budeme těšit a rádi si na ni uděláme čas.



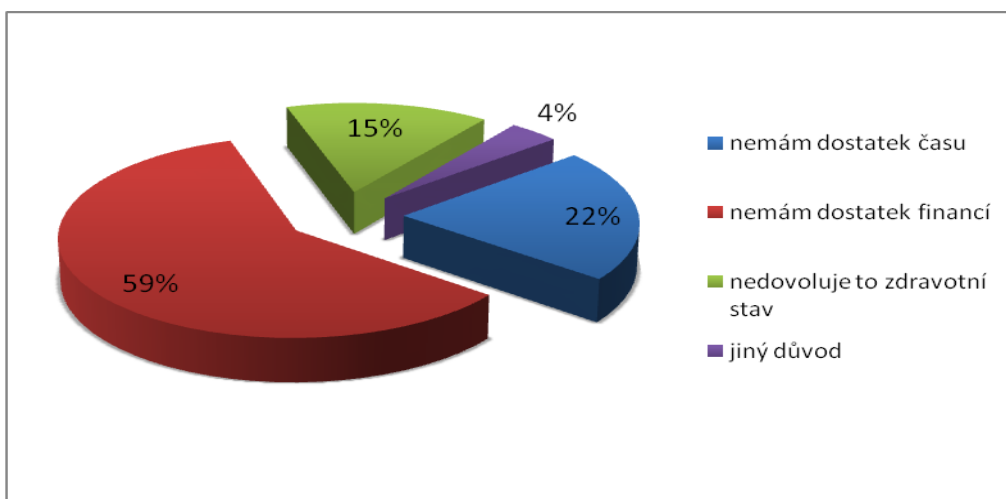
Obrázek 18. Týdenní četnost hodin věnovaná pohybovým aktivitám

Uvedený graf dokládá, že 20 % respondentů se pohybovým aktivitám věnuje více jak 4 hodiny týdně, 39 % respondentů se věnuje pohybovým aktivitám 3–4 hodiny týdně a 41 % respondentů se pohybovým aktivitám věnuje pouze 1–2 hodiny týdně. Pravidelná pohybová aktivita je nesmírně účinný prostředek, jak předcházet i léčit řadu špatných návyků (kouření, přejídání, atd.), zdravotních poruch a nemocí. Dle Dosedlové (2008) je doporučováno, v souladu s nejnovějšími výsledky, 30 minut středně náročné fyzické aktivity nejméně 5krát denně. Zároveň však dodává, že je vždy nutné zohlednit aktuální zdravotní stav a možnosti každého jedince. Mezi takové aktivity patří zejména chůze, kdy jdeme do práce či kamkoliv jinam namísto použití prostředků hromadné dopravy či auta, nebo jít do schodů pěšky namísto výtahu. Kromě chůze do této skupiny patří i další aktivity, například protáhnout se a zacvičit si během pracovní přestávky či pasivnějšího odpočinku, nebo dělat různé pracovní činnosti ručně místo použití práci-šetřících strojů. Nováček et al. (2001) uvádí, že intenzivnější sportovně-rekreační aktivity, by měly být prováděny alespoň 3–4 dny v týdnu, vždy po dobu minimálně 30 minut vcelku. Jsou to aktivity, kde dochází ke zvýšení srdeční frekvence, přimějí nás mohutně dýchat a dojde k intenzivnějšímu pocení. Intenzivní cvičení může pocházet od aktivit, jako běh, aerobik, rychlá cyklistika, tenis, fotbal, košíková apod. Jsem přesvědčena, že pravidelná pohybová aktivita je jedním ze základních prostředků zlepšujících tělesné a duševní zdraví lidí. Snižuje rizika mnoha chorob, snižuje pracovní neschopnost, náklady na léčení, zvyšuje produktivitu práce, pracovní kapacitu člověka, atd. Je proto velmi důležité se jakýmkoliv pohybovým aktivitám věnovat co nejčastěji. Ať si již vybereme běžné pohybové aktivity, které lze velmi snadno začlenit do běžného životně-pracovního rytmu, bez zvláštních nároků na místo, jeho vybavení, oblečení apod. nebo intenzivnější sportovně-rekreační aktivity.



Obrázek 19. Snaha věnovat se pohybovým aktivitám častěji

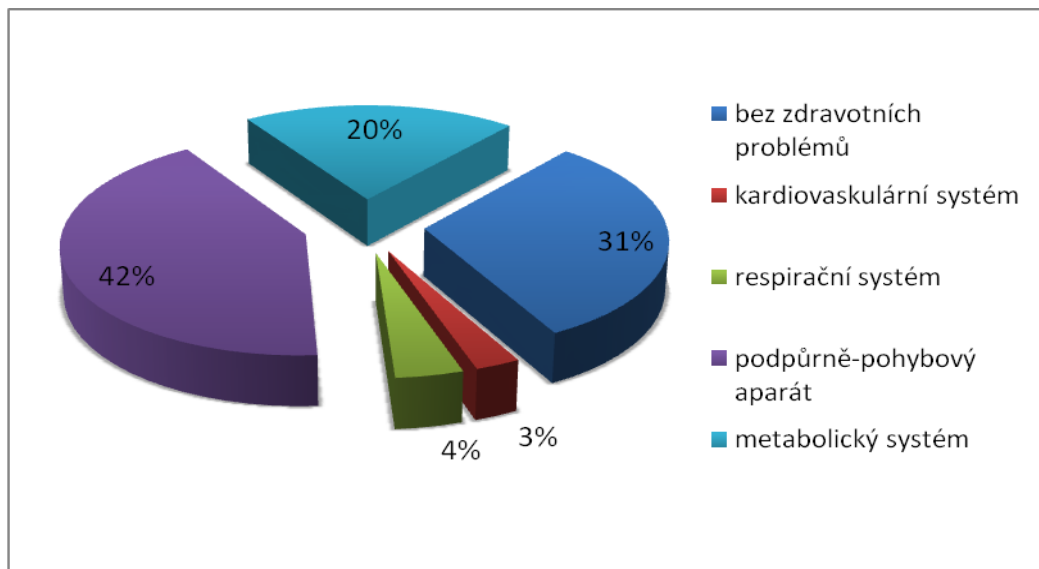
Většina respondentů by se pohybovým aktivitám chtěla věnovat daleko častěji a to nám dokládá i graf, kdy 76 % respondentů není spokojeno s četností pohybových aktivit ve svém životě. Toto zjištění je velmi pozitivní, neboť si respondenti uvědomují význam pohybových aktivit ve svém životě. Dále pro 15 % respondentů jsou pohybové aktivity dostačující a 9 % respondentů se nedokázalo k této problematice vyjádřit.



Obrázek 20. Důvody, které brání věnovat se pohybovým aktivitám častěji

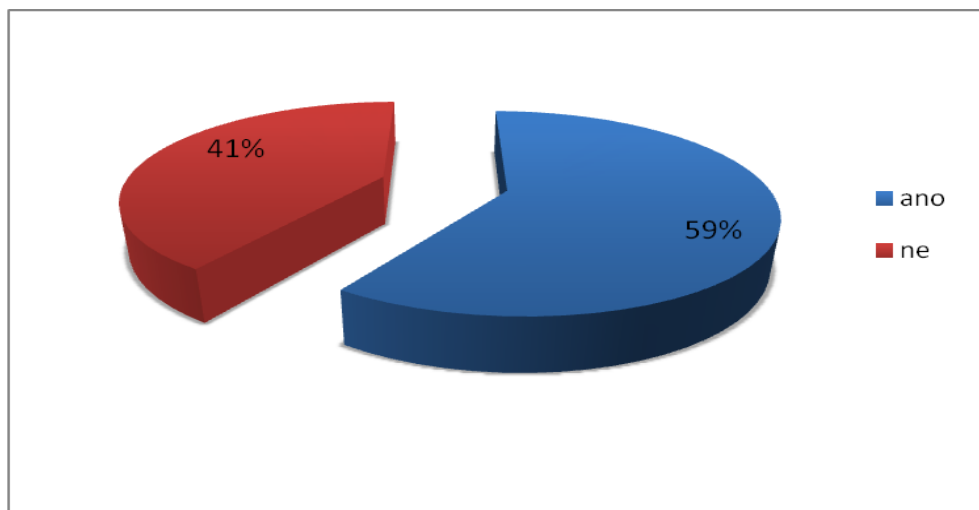
Existuje mnoho důvodů, proč se lidé pohybovým aktivitám nevěnují dostatečně. Jedním z nejčastěji uváděných důvodů je nedostatek času a financí. Ale ve skutečnosti to nejsou ty pravé důvody a hlavní bariéry. Je to spíše otázka hledání příčin, které by měly "omluvit" a zdůvodnit nedostatek pohybu. I z našeho empirického šetření vyplynulo, že hlavním důvodem, proč se nemohou respondenti věnovat pohybovým aktivitám, byl finanční důvod.

To nám znázorňuje i graf, kdy 59 % respondentů uvádělo tento důvod. Dalším důvodem byl nedostatek času, ten uvádělo 22 % respondentů, 15 % respondentů uvádělo zdravotní důvody a 4 % respondentů jiný důvod.



Obrázek 21. Oblast zdravotních problémů, které omezují v pohybových aktivitách

Výběr pohybových aktivit je velmi limitován zdravotním stavem jedince. Blahutková, Řehulka a Dvořáková (2005) uvádějí, že je důležité si vybrat takovou pohybovou aktivitu, aby nám vyhovovala a nezhoršovala náš zdravotní stav. Ze svého profesního pohledu vím, že je mnoho zdravotních problémů, které nás omezují nějakým způsobem provádět pohybové aktivity. Vypustit ze svého života pohybovou aktivitu, jen proto, že máme nějaký problém, je zcela špatný postoj. Na druhou stranu, pokud si zvolíme vhodnou pohybovou aktivitu, může dojít spíše ke zlepšení celkového zdravotního stavu. Výše uvedený graf ukazuje, že 31 % respondentů nemá žádné zdravotní problémy a je to dáno tím, že většina respondentů patří do mladší věkové kategorie. Dále 42 % respondentů má zdravotní problémy podpůrně-pohybového aparátu, což je způsobeno náročností této profese, kde podpůrně-pohybový aparát je přetěžován během pracovních směn. U 20 % respondentů to jsou zdravotní problémy metabolického systému, jednalo se převážně o nadváhu a v jednom případě o diabetes mellitus. Dále 4 % respondentů má zdravotní problémy v oblasti respiračního systému a 3 % respondentů v oblasti kardiovaskulárního systému. Z celkového počtu respondentů, kteří měli zdravotní problémy, byla u jednoho respondenta nadváha spojena s diabetes mellitus. Daleko horším zjištěním bylo, že 13 respondentů mělo problémy s podpůrně-pohybovým aparátem a nadváhou, což je 18 % respondentů z celkového počtu zkoumaného vzorku.



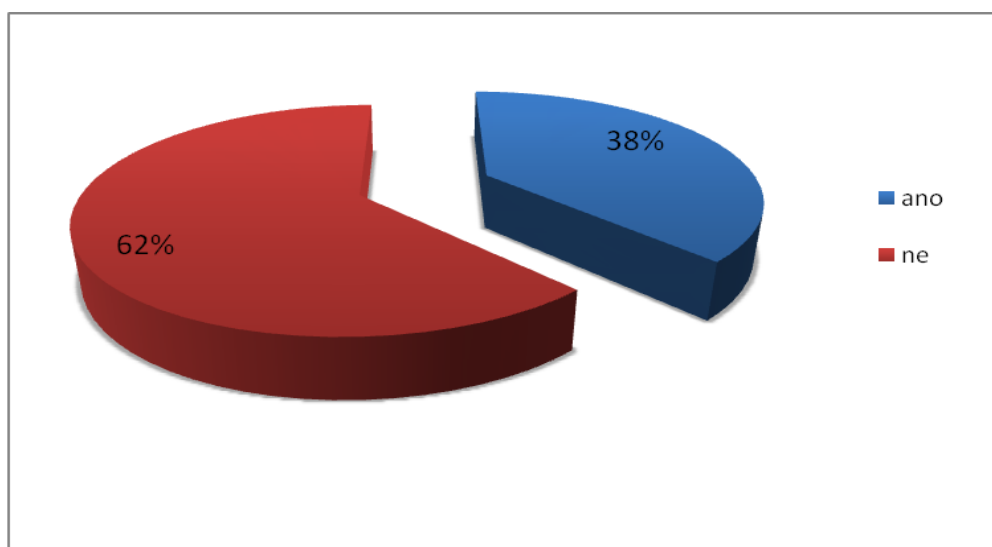
Obrázek 22. Užívání léků nebo podpůrných preparátů

Na základě empirického šetření jsme došli k závěru, že 59 % respondentů užívá léky nebo používá podpůrné preparáty, jako např. masti, gely, ortézy, aj., nebo doplňky stravy na nadváhu. Pouze 41 % respondentů ne užívá zcela nic.

Tabulka 2. Počet respondentů užívající léky nebo podpůrné preparáty

Orgánová soustava	Počet respondentů
Kardiovaskulární systém	2
Respirační systém	3
Podpůrně-pohybový aparát	31
Metabolický systém	8

Tabulka nám znázorňuje počet respondentů, kteří užívají léky nebo podpůrné preparáty. Nejvíce léků nebo podpůrných preparátů užívají na podpůrně-pohybový aparát. Dle mého názoru je to zcela logické, neboť u respondentů je podpůrně-pohybový aparát nejvíce přetěžován v jejich profesi. Z empirického šetření vyplynulo, že 7 respondentů užívá doplňky stravy na obezitu s tím, že jim přinesou snížení jejich nadváhy, aniž by měli zvýšenou pohybovou aktivitu. Z mého pohledu to považuji za zcela nesmyslné, vidím v tom jen líbivou reklamu farmaceutických firem. Víím, že bez zvýšené pohybové aktivity a úpravy jídelníčku žádný člověk nedospěl k redukci svoji váhy.



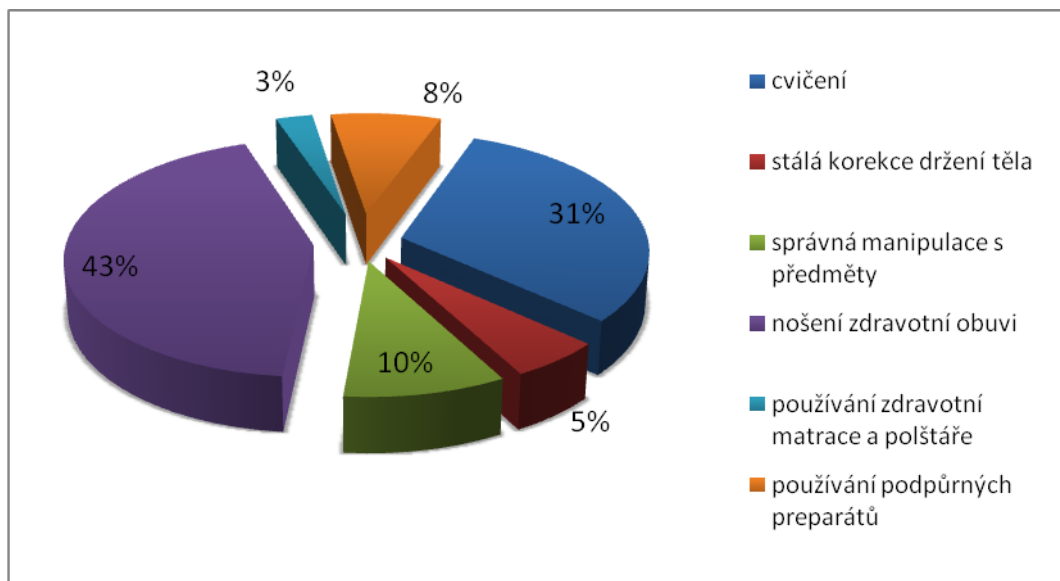
Obrázek 23. Podstoupení léčby (mimo úrazu)

V tomto grafu vidíme, že 38 % respondentů podstoupilo již nějakou odbornou léčbu (mimo úrazu) během své profese. Dále 62 % respondentů nepodstoupilo žádnou odbornou léčbu. Domnívám se, že je to dáno tím, že se jedná o zdravotní sestry, které se nejdříve snaží svůj zdravotní stav léčit samy a pokud se jim to nedaří, teprve potom vyhledají lékařskou odbornou pomoc. Tento postoj zdravotních sester je dán tím, že mají v tomto oboru vzdělání, a jsou přesvědčeny, že tomu rozumí a mají volný přístup k lékům. Ze své praxe vím, že jsou zdravotní sestry, které si spíše svým přístupem k léčení svůj zdravotní stav poškodily. Vyšší procento respondentů, které nepodstoupilo žádnou odbornou léčbu, bylo dáno také věkovým složením, kdy většina respondentů byla mladšího věku.

Tabulka 3. Počet respondentů, kteří podstoupili léčbu (mimo úrazu)

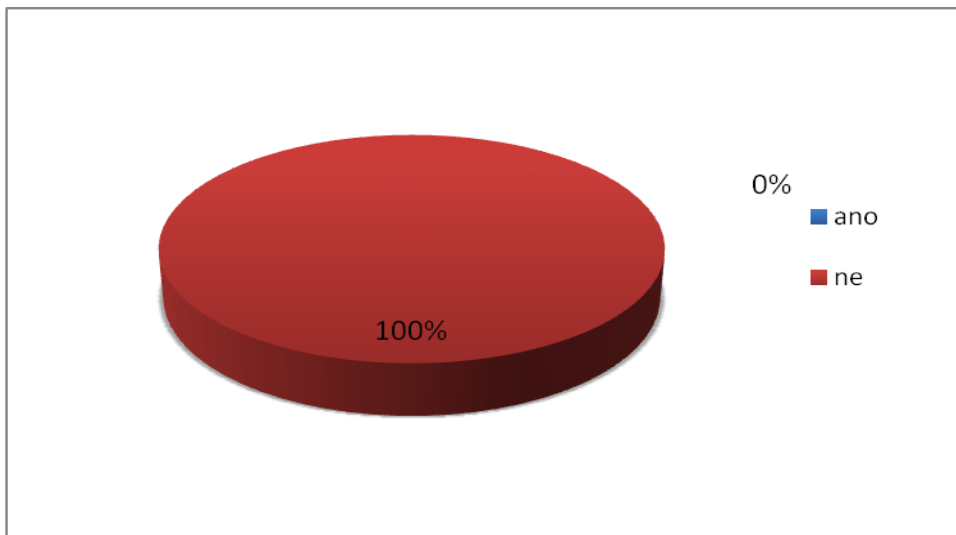
Orgánová soustava	Počet respondentů
Kardiovaskulární systém	2
Respirační systém	3
Podpůrně-pohybový aparát	19
Metabolický systém	4

Tabulka dokládá, že nejvíce respondentů podstoupilo odbornou léčbu podpůrně-pohybového aparátu a je to opět způsobeno přetěžováním této orgánové soustavy u profese zdravotních sester.



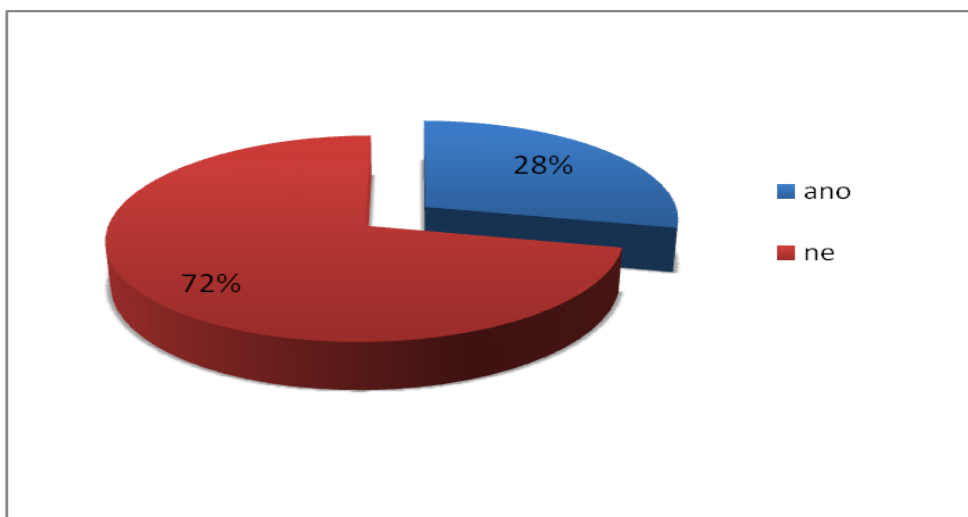
Obrázek 24. Způsob péče o podpůrně-pohybový aparát

Jelikož většina respondentů má potíže s podpůrně-pohybovým aparátem, bylo velmi zajímavé zjištění, jakým způsobem sami pečují o svůj podpůrně-pohybový aparát. Respondenti měli možnost vyjádřit i svůj vlastní způsob, jak pečují o svůj podpůrně-pohybový aparát, ale této možnosti nikdo nevyužil. V profesi, ve které pracují a tráví většinu pracovního času na nohou, je velmi důležité mít správnou zdravotní obuv a to nám potvrdilo i 43 % respondentů, kteří tuto obuv užívají. Dále 31 % respondentů pečuje o podpůrně-pohybový aparát cvičením, pouze 10 % respondentů využívá správné manipulace s předměty, což je velmi málo, když si představíme, že právě v této profesi se jedná převážně o manipulaci s pacientem, jako s břemenem. Dále 8 % respondentů užívá podpůrné preparáty, 5 % respondentů používá správné korekce držení těla a pouze 3 % respondentů používá zdravotní matrace a polštáře, což je také malá část respondentů, neboť i při spánku si může náš podpůrně-pohybový aparát odpočinou ve správné poloze.



Obrázek 25. Přispívání zaměstnavatele na péči o podpůrně-pohybový aparát

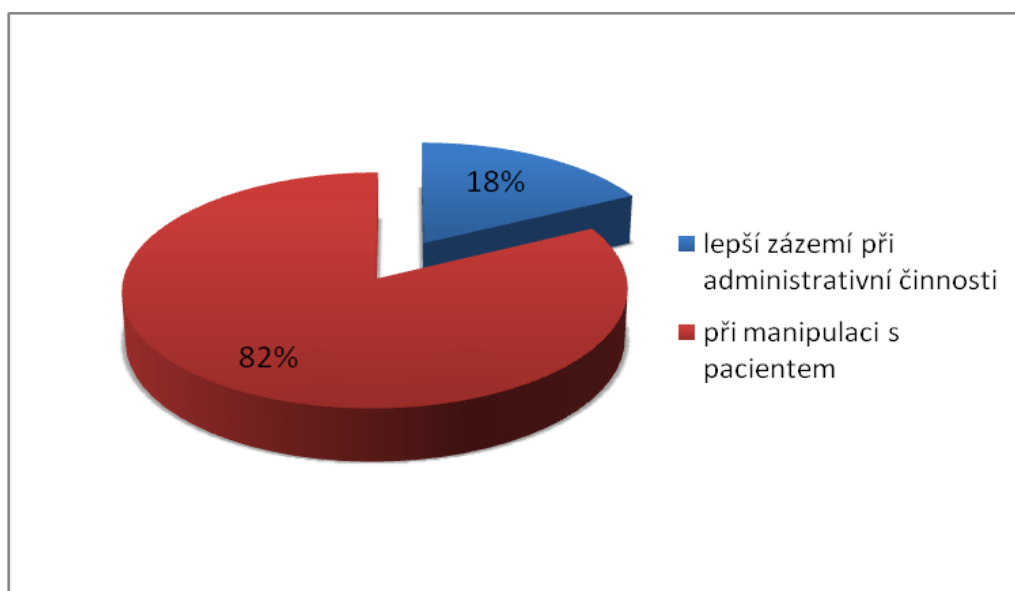
Velmi nemilým zjištěním byl fakt, že v dnešní době, kdy by mělo jít každému zaměstnavateli především o zdraví svých zaměstnanců ve všech oblastech a předcházelo se tak nárůstu pracovních neschopností, zaměstnavatel nepřispívá na péči o podpůrně-pohybový aparát svých zaměstnanců. V tom se jednoznačně schodli všichni dotazovaní respondenti.



Obrázek 26. Podpora zaměstnavatele při ergonomické úpravě pracoviště

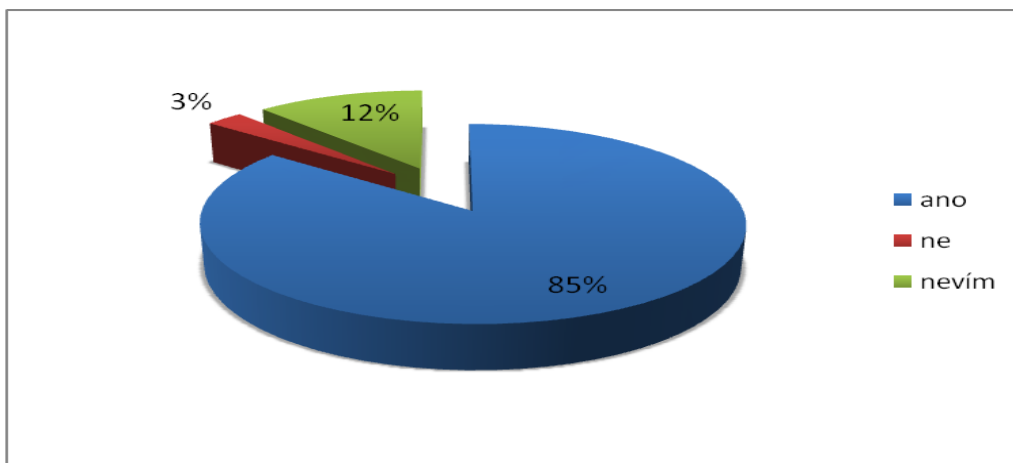
Nejen podpora zdraví ze strany zaměstnavatele, ale i skladba a úroveň pracovního prostředí působí na pracovní výkon, pracovní pohodu, ale i zdravotní stav každého pracovníka. Pouze 28 % respondentů udává, že zaměstnavatel podporuje ergonomickou úpravu pracoviště a 72 % respondentů udává, že zaměstnavatel ergonomickou úpravu

pracoviště nepodporuje, což není správné a jistě se to odráží jak na kvalitě odvedené práce, tak i na zdraví a spokojenosti zaměstnance. Při prohlídce a hodnocení pracovního prostředí se především musíme snažit zjistit příčiny/nedostatky, jejichž důsledkem je, nebo může být například pocit nespokojenosti, diskomfortu nebo různých tělesných a psychických příznaků, mezi které lze zařadit přetížení pohybového aparátu, zvýšení tělesné námahy, příznaky svalové únavy, zrakové potíže, pocit monotonie atd. Kdo kompetentnější by nám měl dát připomínky k ergonomickým úpravám pracoviště, než člověk, který se denně pohybuje v tomto prostředí. Většinou se jedná jen o maličkosti, které si nevyžadují velké finanční náklady, ale na druhou stranu, odstraněním těchto připomínek v praxi lze docílit zlepšení pracovních podmínek a všeobecně i zvýšit výkonnost pracovníků.



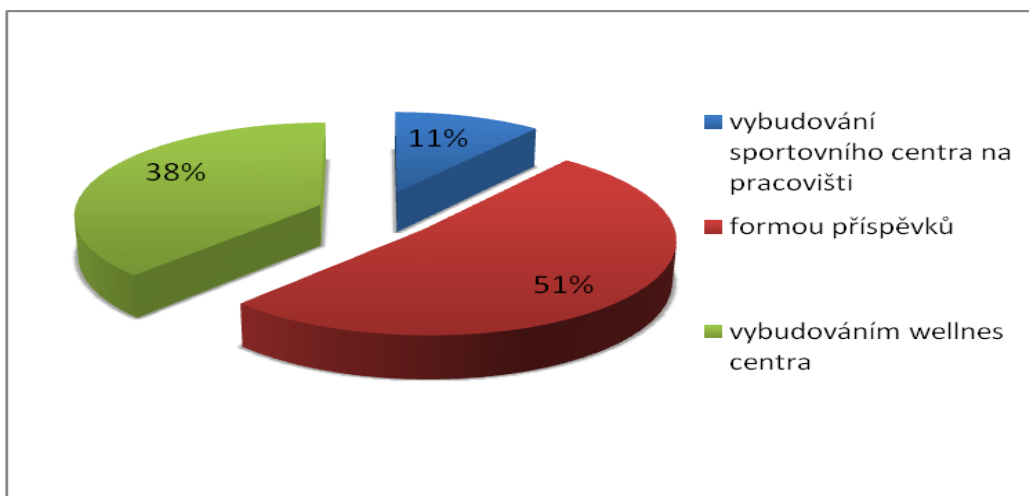
Obrázek 27. Oblast zlepšení ergonomické úpravy na pracovišti

Je jistě mnoho oblastí na každém pracovišti, které se nepatrným zásahem dají zlepšit a upravit. Respondenti měli možnost vyjádřit i svou vlastní představu, v jaké oblasti by uvítali ergonomickou úpravu na svém pracovišti, ale této možnosti nikdo nevyužil, myslím si, že se nad tím nechtěli zamýšlet. Z grafu vyplývá, že zejména ve zdravotnictví je to oblast manipulace s pacientem, kde by 82 % respondentů uvítalo ergonomické úpravy právě v této oblasti. Pouze 18 % respondentů by uvítalo ergonomickou úpravu při administrativní činnosti.



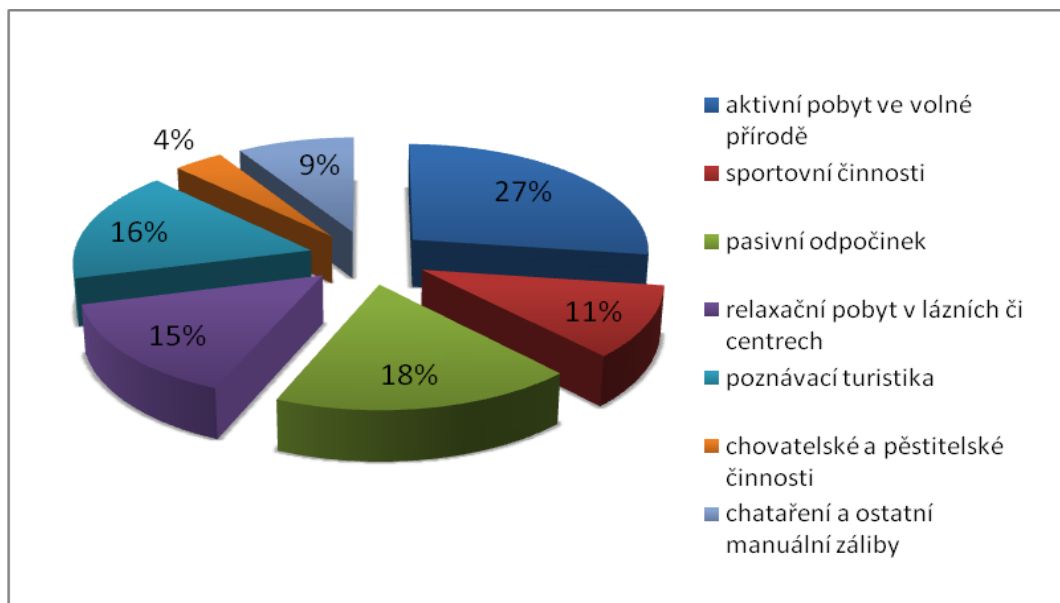
Obrázek 28. Podporu zaměstnavatele při volnočasových aktivitách

Z grafu je patrné, že 85 % respondentů by uvítalo podporu zaměstnavatele při volnočasových aktivitách, ať je již podpora v jakékoli oblasti, tak by ji zaměstnanci jistě využívali. Dále 12 % respondentů nedokázalo vyjádřit svoje stanovisko a 3 % respondentů nemá zájem o podporu volnočasových aktivit ze strany zaměstnavatele vůbec.



Obrázek 29. Oblast podpory zaměstnavatele při volnočasových aktivitách

Respondenti měli možnost volit z nabízených možností a mohli vyjádřit svoji představu o tom, v jaké oblasti by uvítali podporu svého zaměstnavatele. Svůj vlastní názor žádný respondent nevyjádřil. Z tohoto grafu jasně vyplývá, že 51 % respondentů dává přednost příspěvkům od svého zaměstnavatele, tak aby si mohli vybrat volnočasovou aktivitu dle svého zájmu i zdravotního stavu. Pouze 38 % respondentů by uvítalo vybudování wellnes centra na pracovišti a 11 % respondentů by preferovalo vybudování malého sportovního centra na pracovišti.



Obrázek 30. Způsob prožívání dovolené

Aktuální graf popisuje, jak by si představovali respondenti trávit svoji dovolenou. Respondenti si vybírali pouze z nabízených možností, jak trávit svůj volný čas. Je velmi potěšující, že největší procentuální zastoupení má aktivní pobyt v přírodě.

Tabulka 4. Pohybové aktivity seřazené dle odpovědí respondentů, kterým by se věnovali při dostatku volného času a peněz

Aktivita	Počet odpovědí
Plavání	24
Poznávací turistika	22
Cykloturistika	20
Tenis	18
Lyžování	17
Tanec	14
Aqua aerobik	11
Jízda na koni	4
Jachting	1

Tabulka znázorňuje, jakým aktivitám by se respondenti věnovali, dle svého vlastního výběru, pokud by měli dostatek volného času a financí. Respondenti si sami volili odpovědi na základě svého uvážení, mohli uvést i více možností.

6 ZÁVĚRY

V teoretické části bakalářské práce jsem se zabývala charekteristikou profese zdravotní sestry, významem pohybových aktivit a zdravím. Empirická část bakalářské práce byla zaměřena na analýzu pohybových aktivit ve volném čase u profese zdravotních sester. Empirické šetření bylo provedeno na I. Ortopedické klinice FN u sv. Anny v Brně. Většina respondentů byly ženy a nejvíce byla zastoupena skupina ve věku 31 – 40 let. Co se týkalo vzdělání, tak nejvíce a to 80 % respondentů mělo středoškolské vzdělání. Dále 93 % respondentů zajišťovalo péči na lůžkové části a 7 % respondentů pracovalo na ambulantní části ortopedické kliniky. Na základě empirického šetření jsem došla k závěrům, že většina respondentů a to 72 % má kladný vztah k pohybovým aktivitám, u 55 % respondentů je pohybová aktvita součástí jejich života, 65 % respondentů se věnuje neorganizovanému druhu pohybové aktivity a 31 % organizovanému druhu pohybové aktivity. Co se týkalo četnosti pohybové aktivity, tak 20 % respondentů se věnuje pohybovým aktivitám více jak 4 hodiny týdně, 39 % respondentů 3–4 hodiny týdně a 41 % respondentů 1–2 týdně. Zjištění, že 76 % respondentů není spokojeno s četností pohybových aktivit je velmi pozitivní, neboť si uvědomují význam pohybových aktivit ve svém životě. Z mého empirického šetření vyplynulo, že hlavním důvodem, proč se nemohou respondenti věnovat pohybovým aktivitám, byl finanční důvod a nedostatek času. Dále 58 % respondentů si organizovalo pohybovou aktivitu zcela sami, vyhledávali si takové aktivity, které jim vyhovovali a přinášeli uspokojení ve všech oblastech.

Podle mého názoru profesní zaměření zdravotních sester ovlivní výběr pohybových aktivit, kdy zdravotní sestry pracující v ambulantní části budou spíše volit relaxační aktivity, na rozdíl od zdravotních sester z lůžkové části, které budou spíše volit aerobní a silové aktivity.

Z empirického šetření vyplynulo, že 31 % respondentů nemá žádné zdravotní problémy, 42 % respondentů má zdravotní problémy podpůrně-pohybového aparátu, jelikož většinu směny přetěžují dolní končetiny a nesprávně manipulují s pacientem, u 20 % respondentů to jsou zdravotní problémy metabolického systému, jednalo se převážně o nadváhu a v jednom případě o diabetes mellitus. Dále 4 % respondentů má zdravotní problémy v oblasti respiračního systému a 3 % respondentů v oblasti kardiovaskulárního systému. Důležitým zjištěním bylo, že 59 % respondentů užívá léky nebo používá podpůrné preparáty, jako např. masti, gely, ortézy, aj. nebo doplňky stravy na nadváhu. Pouze 41 % respondentů neužívá zcela nic. Nejvíce léků nebo podpůrných preparátů, užívají respondenti

na podpůrně-pohybový aparát. Dále 38 % respondentů podstoupilo již nějakou odbornou léčbu během své profese a nejčastěji to byla léčba podpůrně-pohybového aparátu. Jelikož většina respondentů má potíže s podpůrně-pohybovým aparátem, bylo velmi zajímavé, jakým způsobem sami pečují o svůj podpůrně-pohybový aparát. Správnou zdravotní obuv používá 43 % respondentů, 31 % respondentů pečuje o podpůrně-pohybový aparát cvičením, pouze 10 % respondentů využívá správné manipulace s předměty a 3 % respondentů užívá zdravotní matrace a polštáře. Velmi nemilým zjištěním byl fakt, že zaměstnavatel v tomto případě nepřispívá na péči o podpůrně-pohybový aparát svých zaměstnanců.

Jako prvotní řešení vidím v zajištění správné zdravotní obuvi pro všechny zaměstnance, která by byla povinná a zaměstnavatel by přispíval finanční částkou na tuto obuv. Jedním z dalších kroků jsou finanční příspěvky, které by zaměstnanci dostávali v pravidelných platbách tak, aby je využili při výběru pohybových aktivit ve svém volném čase a dle svého zdravotního stavu. Dále využití benefitů v podobě masáží, wellness center, fitness, anebo pravidelné návštěvy lázní nebo solných jeskyní. Jelikož se jedná o velké pracoviště, jistě by stálo i za úvahu vybudovat malé sportovní centrum, které by bylo přístupné 24 hodin a našli by zde prostor všichni pracovníci ze směnného provozu. Za zamyšlení by stálo, odměnit za dobrou práci dlouholeté zaměstnance víkendovými či týdenními relaxačními pobyty. V dnešní době existuje nabídka široké škály víkendových či týdenních pobytů určených pro ženy s jakýmkoliv zaměřením. Jedná se o možnost realizovat několik druhů sportovních aktivit současně nebo se nabízí tzv. wellness víkendy zaměřené spíše na relaxaci a celkový odpočinek.

Empirické šetření nám ukázalo, že 72 % respondentů udává, že zaměstnavatel ergonomickou úpravu pracoviště nepodporuje. Nejvíce a to 82 % respondentů, by uvítalo ergonomické úpravy v oblasti manipulace s pacientem a pouze 18 % respondentů by uvítalo ergonomickou úpravu při administrativní činnosti. Myslím si, že hlavní zásadou pro vytvoření vhodného pracovního místa je odstranit všechny škodlivé, rušivé a obtěžující vlivy a vytvořit takové pracovní podmínky, aby bylo dosaženo co největšího pracovního pohodlí. Tyto skutečnosti můžeme zjistit v pravidelných intervalech, při rozhovoru s pracovníkem, nebo aplikací vhodně zkonstruovaného dotazníku na celý pracovní kolektiv.

Empirické šetření bylo prováděno na pracovišti, na kterém pracuji a poodhalilo nedostatky, které se na tomto pracovišti vyskytují, ať je to již v oblasti pohybových aktivit u zdravotních sester, v péči o zaměstnance nebo o pracovní prostředí. Na základě zjištěných výsledků chci vyvolat jednání mezi vedením I. Ortopedické kliniky a vedením FN u sv. Anny, předložit výsledky empirického šetření a návrhy opatření a spolupracovat

postupně na odstranění nedostatků. Podle mého názoru, podpora zdraví je strategie doplňující péči o zdraví zaměstnanců. Vím, že zavádění a uskutečňování těchto aktivit není zatím povinné, přesto již mnoho zaměstnavatelů uznává význam podpory zdraví zaměstnanců, které může po určité době přinést snížení krátkodobé i dlouhodobé pracovní neschopnosti, zlepšení spokojenosti a zdraví zaměstnanců vedoucí ke zvýšení produktivity práce a další výhody. Podporou zdraví na pracovišti můžeme rozumět souhrn organizačních, vzdělávacích, motivačních a technických aktivit a programů zaměřených tak, aby podporovaly zdravý životní styl a vedly zaměstnance k ozdravení vlastního životního stylu. Může se jednat například o zavádění nakuřáckých programů, osvětové Dny zdraví, zvyšování pohybové aktivity, programy na zvládání stresu, prevenci a kontrolu obezity, ozdravení výživy, prevenci nádorových, kardiovaskulárních a akutních respiračních onemocnění a mnoho dalších.

7 SOUHRN

Cílem bakalářské práce je analýza pohybových aktivit ve vztahu ke zdraví u profese zdravotních sester. Teoretická část se zabývá charakteristikou profese zdravotní sestry, zdravím a významem pohybových aktivit u této profese. Empirické šetření bylo realizováno na I. Ortopedické klinice FN u sv. Anny v Brně u zdravotních sester, formou anketních listů. Na základě empirického šetření jsme došli k závěru, že většina respondentů má kladný vztah k pohybovým aktivitám a pohybové aktivity jsou součástí života zdravotních sester. Zdravotní sestry mají největší zdravotní problémy podpůrně-pohybového aparátu a další zdravotní problémy jsou v oblasti metabolického systému, kde se jednalo o nadváhu. Více jak polovina respondentů užívá léky nebo používá podpůrné preparáty, zejména na podpůrně-pohybový aparát a také nejvíce respondentů na tento podpůrně pohybový aparát vyhledalo odbornou léčbu. O podpůrně pohybový aparát se starají nejvíce zdravotní sestry tím, že nosí správnou zdravotní obuv a využívají cvičení k posílení podpůrně-pohybového aparátu. Empirické šetření nám ukázalo, že ze strany zaměstnavatele není podpora zdraví respondentů. Co se týká úrovně pracovního prostředí, je zde mnoho oblastí ke zlepšení.

8 SUMMARY

The aim of this work is the analysis of physical activity in relation to health in the profession of nurses. The theoretical part deals with the characteristics of professional nurses, health and the importance of physical activity in this profession. The empirical investigation was carried out at the First Orthopaedic Clinic, University Hospital st. Anna in Brno, nurses by questionnaire sheets. On the basis of empirical investigation, we concluded that most respondents have a positive attitude to physical activities and exercise are part of life for nurses. Nurses are the largest health problems in the alternative, musculoskeletal and other health problems in the metabolic system, where they were overweight. More than half of the respondents use drugs or using drugs subsidiary, in particular the alternative, motor skills, and most respondents in the alternative, motor skills sought professional treatment. The alternative motor skills are the most health care nurses by wearing proper footwear and use of health exercises to strengthen the alternative-motor apparatus. Empirical investigation has shown us that from the employer is not promoting the health of respondents. Regarding the level of the environment, there are many areas for improvement.

9 REFERENČNÍ SEZNAM

- Bártlová, S. (2002). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: Institut pro další vzdělání pracovníků ve zdravotnictví.
- Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada.
- Bártlová, S. (2007). *Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu*. Praha: Kontakt.
- Bartoš, V. (2004). *Kapitoly z výchovy mimo vyučování a pedagogiky volného času*. Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta.
- Bartošíková, J. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCONZO.
- Baumruk, J., Cikrt, M., & Hlávková, J. (2001). *Analýza rizik při práci*. Praha: Fortuna.
- Blahutková, M., Řehulka, E., & Dvořáková, Š. (2005). *Pohyb a duševní zdraví*. Brno: Paido.
- Čechová, V., & Mellanová, A. (1999). *Psychologie a pedagogika*. Praha: Naklad. H & H.
- Čihovský, J. (2002). K vývoji názorů na volný čas. (Od Aristotela k Dumazedierovi). In B. Hodaň (Eds.), *Sborník referátů z konference Volný čas a jeho současné problémy* (pp. 9–17). Olomouc: Hanex.
- Čihovský, J. (2006). *Sociologický výzkum*. Olomouc: Fakulta tělesné kultury Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dobry, L. (2008). Náměty do diskuse o základních kinantropologických pojmech. In V. Mužík, L. Dobry, & V. Süs (Eds.), *Sborník referátů z konference Tělesná výchova a sport mládeže v biologickém, psychologickém, sociálním a didaktickém kontextu* (pp. 32–45). Brno: Masarykova univerzita.
- Dobry, L., Čechovská, I., Kračmar, B., Psotta, R., & Süs, V. (2009). *Kinantropologie a pohybové aktivity*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Dohnal, T. (2002). *Koncepce a metodika systému Komunální rekreace na úrovni obce*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Dostálová, J. (2008). *Předpoklady zdraví a duševní spokojenosti*. Brno: NSD.
- Ettinger, W. H., Wright, B. S., & Blair, S. N. (2007). *Fit po 50*. Praha: Grada.
- Frömel, K., Novosad, J., & Svozil, Z. (1999). *Pohybová aktivita a sportovní zájmy mládeže*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Gilbertová, S., & Matoušek, O. (2002). *Ergonomie: optimalizace lidské činnosti*. Praha: Grada.
- Hájek, B., Hofbauer, B., & Pávková, J. (2003). *Pedagogika volného času*. Praha: Univerzita Karlova.

- Hájek, B., Hofbauer, B., & Pávková, J. (2008). *Pedagogika volného času: Současné trendy*. Praha: Portál.
- Hodaň, B. (2005). *Tělesná výchova, sport a rekreace v procesu současné globalizace*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Hodaň, B., & Dohnal, T. (2008). *Rekreologie* (druhé, upravené a rozšířené vydání). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Hofbauer, B. (2004). *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál.
- Jandourek, J. (2001). *Sociologický slovník*. Praha: Portál.
- Kebza, V., & Komárek, L. (1998). *Pohyb a relaxace*. Praha: Grada.
- Kohlíková, E. (2002). *Počítače – zdraví – prevence*. Praha: Portál.
- Kohoutek, R. (2005). *Psychologie práce a personálního řízení*. Praha: Grada.
- Kolouch, V., & Boháčková, L. (2001). *Cvičení ve fitcentrech - posilování (část A)*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Koubek, J. (2006). *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Management press.
- Machová, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
- Mastiliáková, D. (2003). *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. Praha: Karolinum.
- Mužik, V. et al. (2007). *Výživa a pohyb jako součást výchovy ke zdraví na základní škole*. Brno: Paido.
- Mužik, V., & Süß, V. (2009). *Tělesná výchova s port mládeže v 21. století*. Brno: Masarykova Univerzita v Brně.
- Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- Nešpor, K., & Csémy, L. (2001). *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí*. Praha: Sportpropag.
- Nováček, V., Mužik, V., & Kopřivová, J. (2001). *Vybrané kapitoly z teorie a didaktiky tělesné výchovy*. Brno: Masarykova univerzita v Brně.
- Pelikán, J. (1998). *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum.
- Podstatová, H. (2002). *Hygiena provozu zdravotnických zařízení a nová legislativa*. Olomouc: Epava.
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.
- Rýdl, M. (1993). *Kapitoly z filosofie tělesné kultury*. Praha: UK FTVS.
- Rychtecký, A. (2002). *Integrační potenciál sportu*. Praha: UK FTVS.
- Salvage, J. (1997). *Ošetrovatelství v akci: podpora ošetrovatelství a porodní asistence v rámci programu "zdraví pro všechny"*. Praha: Česká společnost sester.
- Sekot, A. (2003). *Sport a společnost*. Brno: Paido.

- Serbus, L. (1977). *Teorie pohybové rekreace*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Skopová, M., & Beránková, J. (2007). *Aerobik*. Praha: Grada.
- Slepičková, I. (2005). *Sport a volný čas*. Praha: Karolinum.
- Stackeová, D. (2009). Zdravotní benefity pohybových aktivit-východisko pro tvorbu doporučení pro mládež a dospělé. *Tělesná výchova a sport mládeže*, 75(1), 6–11.
- Staňková, M. (2002). *Koncepce českého ošetrovatelství*. Brno: IDVPZ.
- Státní zdravotní ústav. (2001). *Metody a postupy v poradnách podpory zdraví*. Retrieved 4. 2. 2002 from the World Wide Web: <http://www.zupu.cz/index.php?pid=184>
- Stejskal, P. (2004). *Proč a jak se zdravě hýbat*. Praha: Presstempus.
- Šamánková, M. (2006). *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum.
- Šimek, J. (2000). *Sestra a stres*. Praha: Portál.
- Teplý, Z. (1969). *Pohybová rekreace*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Velký sociologický slovník*. (1996). Praha: Karolinum.
- Voráč, P. (2002). *Ekonomicko-finanční podmínky pro provozování sportu v ČR*. Praha: UK FTVS.
- Zoufalová, J. (2006). *Několik pohledů na prestiž povolání zdravotní sestry*. Brno: IDVPZ.

10 PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha č. 1: Anketní list

Příloha č. 2: Návrh malého sportovního centra na pracovišti

Příloha č. 1: Anketní list

Vážení zdravotničtí pracovníci,

obracím se na Vás s žádostí o spolupráci při výzkumu volnočasových aktivit - pohybového charakteru zdravotnického pracovníka. Jedná se o jedno z nejnáročnějších zaměstnání, jak po stránce odborné, fyzické, psychické, tak i časové.

Jsem studentkou UP FTK v Olomouci, oboru rekreologie – management volnočasových aktivit.

Postup při vyplňování ankety je jednoduchý. Zakroužkujte vždy jednu odpověď. Tam, kde je to napsáno, můžete zakroužkovat i více odpovědí, nebo odpověď vypsát na vymezené místo dle Vašich zkušeností.

Anketní list je zcela anonymní a Vaše odpovědi použiji ke zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji Vám za spolupráci a čas strávený nad anketou.

1. Jak by jste charakterizoval/a Vaši profesi z pohledu pohybové a fyzické náročnosti.
 - a) méně pohybu a fyzické náročnosti – sedavé zaměstnání
 - b) mnoho pohybu spojeného s fyzickou námahou

2. Pracujete ve směnném provozu ?
 - a) ano
 - b) ne

3. Jaký je Váš vztah k pohybovým aktivitám obecně ?
 - a) kladný
 - b) záporný
 - c) neutrální

4. Co si představujete pod pojmem pohybová aktivita? *(můžete uvést i více možností)*

a) dobrá nálada - uvolnění	f) nakupování
b) upevnění zdraví	g) koníčky - záliby
c) rozhýbat svoje tělo	h) vyplnění volného času
d) odpočinek	i) pobyt s kamarády
e) odbourání stresu	

5. Je pohybová aktivita součástí Vašeho běžného života?
 - a) ano
 - b) pouze částečně
 - c) spíše ne
 - d) ne

6. Pokud ano, jaký druh pohybové aktivity vyhledáváte? *(můžete uvést i více možností)*
- a) neorganizovaný (využívání chůze do schodů, chůze pěšky do zaměstnání, procházky; zkrátka využíváte sama „každou příležitost k pohybu“)
 - b) organizovaný – pod vedením odborného pracovníka (kolektivní - volejbal, aerobik atd. individuální – fitness, lyžování, plavání atd.)
 - c) neúčastním se žádné (neorganizované ani organizované) pohybové aktivity
7. Realizujete svoji pohybovou aktivitu?
- a) každodenně – v pracovní dny po práci
 - b) víkendově – ve dnech pracovního volna
 - c) pouze o dovolené
 - d) spíše nepravidelně
8. Který z uvedených typů pohybové aktivity Vám nejvíce vyhovuje?
- a) aerobní
 - b) silové
 - c) relaxační
9. Pohybovou aktivitu si organizuji sám/a.
- a) ano
 - b) ne
 - c) někdy
 - d) často
10. Kolik hodin týdně se pohybovým aktivitám (neorganizovaným i organizovaným) věnujete?
- a) 1-2 h
 - b) 3-4 h
 - c) více
11. Chtěla byste se pohybovým aktivitám věnovat častěji?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
12. Pokud ano, uveďte důvody, které Vám v tom brání? *(můžete uvést i více možností)*
- a) nemám dostatek financí
 - b) nemám dostatek času
 - c) nedovoluje mi to můj zdravotní stav
 - d) jiný důvod
13. Máte nějaké zdravotní problémy, které Vás omezují v pohybových aktivitách? *(můžete uvést i více možností)*
- a) kardiovaskulární systém
 - b) respirační systém
 - c) podpůrně pohybový aparát (klouby, svaly, bolesti zad,...)
 - d) metabolický systém (diabetes, ...)
 - e) zažívací trakt (stomie, chronická zácpa,...)
 - f)

14. Užíváte nějaké léky, (případně podpůrné preparáty - masti, ortézy, doplňky stravy na nadváhu,.....)

- a) ano
- b) ne

V případě odpovědi "ano", na jakou orgánovou soustavu:

15. Podstoupili jste již nějakou odbornou léčbu (mimo úrazu) ?

- a) ano
- b) ne

V případě odpovědi "ano", na jakou orgánovou soustavu:

16. Pečujete nějakým způsobem o podpůrně-pohybový aparát?

- a) cvičení
- b) stálá korekce držení těla
- c) správná manipulace s předměty
- d) nošení zdravotní obuvi
- e) používání zdravotní matrace a polštáře
- f) používání podpůrných preparátů - masti, koupele, obklady, ortézy, ...
- g)

17. Přispívá zaměstnavatel na péči o podpůrně-pohybový aparát (zdravotní obuv, masáže, benefity, permanentky,...)?

- a) ano
- b) ne

18. Je ze strany zaměstnavatele podpora na ergonomickou úpravu pracoviště?

- a) ano
- b) ne

19. Uvítal/a by jste ergonomickou úpravu na svém pracovišti?

- a) lepší zázemí při administrativní činnosti (židle, pracovní stoly, monitory,.....)
- b) při manipulaci s pacientem (polohovací postele, zvedáky,
- c)

20. Uvítal/a by jste podporu zaměstnavatele při Vašich volnočasových aktivitách pohybového charakteru ?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

21. V jakém rozsahu ?

- a) vybudováním malého sportovního centra na pracovišti, přístupného 24 hodin
- b) formou příspěvků do sportovních center (pernamentky, benefity...)
- c) vybudováním malého wellness centra (masáže, whirlpoolka, sauna,...)
- d)

22. Jakým způsobem prožíváte dovolenou? (můžete uvést i více možností)

- a) aktivní pobyt ve volné přírodě spojený s turistikou, cykloturistikou, aj.
- b) sportovní činnosti
- c) pasivní odpočinek
- d) relaxační pobyt v lázních či relaxačních centrech
- e) poznávací turistika – návštěva pamětihodností
- f) chovatelské a pěstební činnosti, rybaření, myslivost
- g) chataření a ostatní manuální záliby

23. Pokud bych disponoval/a dostatkem volného času a peněz nejraději bych se věnoval/a této pohybové aktivitě. Doplňte.

Identifikační údaje respondentů, prosím vyplňte:

Pohlaví : muž žena

Věk :	18-30	Vzdělání:	VŠ
	31-40		SŠ
	41-50		nižší
	51 a více		

Pracujete na : ambulanti částí
 lůžkové částí

Počet dětí : žádné jedno dvě tři více

Příloha č. 2: Návrh malého sportovního centra na pracovišti



Základní přístrojové vybavení fitcenter.



Orbitrek – cvičební stroj, který posiluje svaly, tvaruje tělo, aktivuje metabolismus, zlepšuje funkci kardiovaskulárního systému a srdce.

Power plate – vibrační, posilující cvičební stroj, který má využití pro rekonvalescenci, wellness, rehabilitaci, posilování a fyzickou kondici