

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav zdravotnického managementu

Mgr. Klára Bouzková

Životní styl fyzioterapeutů

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. et Mgr. Silvie Haroková

Olomouc 2013

ANOTACE

Název práce: Životní styl fyzioterapeutů
Title: Lifestyle of physical therapists

Datum zadání: 8.11.2012
Datum odevzdání: 28.6.2013

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta: Fakulta zdravotnických věd
Ústav: Ústav zdravotnického managementu

Autor práce: Mgr. Klára Bouzková
Vedoucí práce: PhDr. et Mgr. Silvie Haroková
Oponent práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Abstrakt: Předložená diplomová práce monitoruje životní styl a pracovní spokojenost fyzioterapeutů v městě Brně. S ohledem na povolání zdravotnického pracovníka se první část věnuje teoretickým poznatkům zahrnujícím pracovní spokojenost, výživu, pohybovou aktivitu, spánek, relaxaci, návykové látky, psychickou zátěž. V neposlední řadě pojednává o zátěži fyzické, která se v druhé výzkumné části, podpořené dotazníkovým šetřením, ukázala jako nejproblematictější. Na základě výsledků šetření byla navržena nápravná řešení. Otevřel se tím prostor pro další výzkum.

Abstract: The presented diploma thesis deals with the lifestyle and the job satisfaction of physical therapists in city Brno. The first part with regard to profession of medical staff deals with theoretical knowledge involving job satisfaction, nutrition, physical activity, sleep, relaxation, addictive substances and psychological stress. Finally thesis deals with the physical stress, supported by the research, proved to be the most problematic. Based on the results of the survey the remedial solutions were proposed. Finally there are open areas for further research.

Klíčová slova: fyzioterapeut, životní styl, výživa, pitný režim, pohybová aktivita, stres, návykové látky, zdravotní problémy související s prací, pracovní spokojenost

Key words: physical therapist, lifestyle, nutrition, fluid intake, physical activity, stress, addictive substances, work-related pain, job satisfaction

Rozsah: 99 s., 8 příl.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 28. června 2013

.....

podpis

Děkuji PhDr. et Mgr. Silvii Harokové za odborné vedení a za cenné rady při zpracování této diplomové práce. Za statistické zpracování dat děkuji Mgr. Kateřině Langové Ph.D. Za pomoc při realizaci průzkumného šetření děkuji zúčastněným fyzioterapeutům a také chci poděkovat MgA. Tereze Mikotové za pomoc při tvorbě dotazníku.

OBSAH

ÚVOD	- 9 -
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	- 10 -
1.1 Zdraví	- 10 -
1.1.1 Definice a obsah zdraví	- 10 -
1.1.2 Determinanty zdraví	- 11 -
1.2 Životní styl	- 13 -
1.2.1 Determinace životního stylu	- 14 -
1.2.2 Životní styl současného člověka	- 16 -
1.2.3 Životní styl a zdravotnická profese	- 17 -
1.3 Fyzioterapeut a pracovní prostředí	- 18 -
1.3.1 Rehabilitace a fyzioterapie	- 18 -
1.3.2 Pracovní prostředí	- 19 -
1.4 Pracovní zátěž	- 20 -
1.4.1 Psychická zátěž	- 21 -
1.4.2 Stres	- 22 -
1.4.3 Syndrom vyhoření	- 23 -
1.4.4 Pracovní spokojenost	- 24 -
1.4.4 Fyzická zátěž	- 26 -
1.4.4.1 Profesionálně podmíněné bolesti zad	- 26 -
1.4.4.2 Profesionálně podmíněné onemocnění končetin z přetížení	- 28 -
1.4.4.3 Ochrana zdraví před fyzickým přetížením	- 30 -
1.5 Psychohygienu	- 31 -
1.5.1 Spánek	- 31 -
1.5.2 Odpočinek a relaxace	- 32 -
1.6 Pohybová aktivita	- 34 -
1.6.1 Vytrvalost	- 36 -
1.6.2 Síla	- 37 -
1.6.3 Pohyblivost a koordinace	- 37 -
1.6.4 Sportovní aktivity	- 38 -
1.7 Výživa	- 39 -
1.7.1 Proteiny	- 40 -

1.7.2	Sacharidy	- 41 -
1.7.3	Lipidy	- 42 -
1.7.4	Vitamíny a minerální látky	- 43 -
1.8	Pitný režim	- 44 -
1.8.1	Potřeba tekutin	- 45 -
1.8.2	Vhodnost nápojů	- 45 -
1.8.3	Pitný režim v náročných situacích	- 46 -
1.9	Závislosti	- 46 -
1.9.1	Kouření	- 47 -
1.9.2	Alkohol	- 48 -
1.9.3	Kofein	- 49 -
2	VÝZKUMNÁ ČÁST	- 50 -
2.1	Cíle a hypotézy	- 50 -
2.1.1	Cíle	- 50 -
2.1.2	Hypotézy	- 50 -
2.2	Metodika sběru a zpracování dat	- 51 -
2.2.1	Technika sběru dat	- 51 -
2.2.2	Vlastní dotazník	- 52 -
2.2.3	Metody zpracování dat	- 52 -
2.3	Charakteristika souboru	- 52 -
2.4	Jednotlivé oblasti životního stylu	- 55 -
2.4.1	Oblast výživy	- 55 -
2.4.2	Oblast pitného režimu	- 58 -
2.4.3	Oblast pohybové aktivity	- 59 -
2.4.4	Oblast odpočinku, relaxace a spánku	- 60 -
2.4.5	Oblast stresu	- 62 -
2.4.6	Oblast závislostí a návykového chování	- 63 -
2.5	Oblast zdravotních problémů	- 65 -
2.6	Hypotéza č. 1	- 66 -
2.7	Hypotéza č. 2	- 68 -
2.8	Hypotéza č. 3	- 69 -

2.8	Hypotéza č. 4	- 73 -
3	DISKUZE	- 74 -
	ZÁVĚR	- 87 -
	LITERATURA A PRAMENY	- 89 -
	SEZNAM ZKRATEK	- 96 -
	SEZNAM OBRÁZKŮ	- 97 -
	SEZNAM TABULEK	- 98 -
	SEZNAM PŘÍLOH	- 98 -
	PŘÍLOHY	- 99 -

ÚVOD

„Zdraví, ze kterého se těšíte, je věcí vašeho rozhodnutí.“

Abraham Lincoln

Ukazuje se, že je velmi žádoucí neustále se ptát, co to vlastně zdraví je. Čím je ovlivňováno a co je třeba dělat pro jeho zlepšení. Pochopení pojmu zdraví je základním předpokladem pro realizaci opatření vedoucích k jeho zlepšení. Lidé by měli směřovat ke zdraví, rozhodovat se tak, aby s ohledem na něj jednali příznivě. K dosažení co nejlepšího zdraví je velmi důležitá prevence, diagnostika, terapie a také rehabilitace. Zdravotnické služby zdraví však samy o sobě nezajistí. Proto nelze chápat zdraví jen jako kategorii výlučně medicínskou, ale široce humánní. Zdraví nevzniká v ambulancích anebo nemocnicích. Tam se jen s velkým úsilím a náklady napravuje to, co se již pokazilo. Zdraví vzniká ve školách, rodinách, na pracovištích a všude tam, kde lidé žijí, pracují, odpočívají a stárnou.¹ Návodů a doporučení, jak správně žít, lze nalézt nepřeberně. Záleží na každém nás, jakým způsobem převezmeme zodpovědnost za své zdraví a jak se těmito návody budeme řídit. Komplex psaných i nepsaných návodů a pravidel, to je obecný popis životního stylu. Ten je ovlivňován rodinnou, životní a také profesní cestou každého z nás. Zdravý životní styl neodmyslitelně patří k psychické pohodě každého z nás, závisí na něm kvalita našeho života. Dodržování zdravého životního stylu se stává stále aktuálnějším tématem v jinak uhoněné moderní době.

¹ Srov. HOLČÍK, J., *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*, s. 13.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Zdraví

Pojem zdraví je používán velmi často a lidé mu obvykle intuitivně rozumí. Definovat zdraví je úkol náročnější. Pro zdraví je typická velká významová šíře a celistvost. Anglické pojmenování zdraví „health“ je odvozeno ze slova „whole“ nebo německé „heil“ znamenají celý nebo celek. Nemocných se běžně ptáme, co jim chybí, co jim schází. Různá pojetí zdraví vedou k různým důsledkům – ekonomickým, sociálním, zdravotním.²

1.1.1 Definice a obsah zdraví

Nejčastěji citovaná definice zdraví vychází z odstavců Ústavy Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1947, která považuje zdraví za stav úplné duševní, tělesné, sociální pohody a nejen nepřítomnosti nemoci nebo vady. V tomto ohledu se jedná spíše o záměry WHO, která se věnuje zdraví v celé jeho šíři v návaznosti na všechny okolnosti s ním související. Zdraví je vymezováno třemi vzájemně rovnocennými složkami, přičemž subsystém fyzický, psychický a sociální tvoří se svým okolím spjatý dynamický celek.³ **Duševní zdraví** zahrnuje nejen emocionální zdraví, ale i intelektuální schopnosti a duchovní stránku věci. **Tělesné zdraví** se dává do souvislosti s nepřítomností nemoci nebo vady a znamená udržení biologické integrity jednotlivce. **Sociální zdraví** se týká schopnosti navazovat sociální kontakty, vládat sociální role a rozvíjet uspokojivé mezilidské vztahy. Sociální pozice lidí do jisté míry předznamenávají riziko nemocí, jejich skutečný výskyt, diagnostiku, léčení a rehabilitaci.⁴

Definice opomíjí pojem pohoda (well – being). Pocit osobní pohody ve vztahu ke zdraví prožívá každý jedinec odlišně, a proto je zdraví velice subjektivní a jeho

² Srov. HOLČÍK, J., *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*, s. 13.

³ Srov. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., a ŠRÁMKOVÁ, J., *Zdravotnická psychologie*, s. 15-16.

⁴ Srov. HOLČÍK, J., *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*, s. 14.

podoba je u každého jedinečná a relativní.⁵ Koncept well – being, který bývá se subjektivním zdravím spojován (někdy chybně zaměňován) probíhá na hlubší úrovni já. Je to jeden z možných vysvětlení pro fakt, že dokonce i těžce nemocní hodnotí své zdraví příznivě, přičemž tento jev není prokazatelně projevem popření či zastírání pravdy.⁶ David Seedhouse, jeden z největších teoretiků zabývajících se otázkami filozofie zdraví tvrdí, že aby lidé mohli dělat, co dělat chtějí, potřebují být zdraví. Zdraví je podstatným předpokladem pro osobní spokojenost s naplněním životních tužeb. Zdraví je tedy chápáno jako důležitý prostředek pro dosažení cíle, i když ty mohou být velmi rozdílné. Dobré zdraví umožňuje plnější seberealizaci, dosahování osobních cílů a snadnější plnění sociálních rolí.⁷ Jindy může být zdraví chápáno jako cíl sám o sobě - konečný stav snažení.⁸ Vnímání a hodnocení zdraví se liší v různých populačních skupinách, neboť závisí na řadě okolností – věk, pohlaví, vzdělání. Zdraví představuje v lidské společnosti tradičně jednu z nejvýznamnějších hodnot, uznávaných ve všech dobách a kulturách.⁹ Schopenhaur řekl, že zdraví svým významem natolik převyšuje ostatní hodnoty života, že je zcela určitě lepší být zdravý žebrák než nemocný král.¹⁰

1.1.2 Determinanty zdraví

Zdraví je ovlivňováno mnoha faktory, které ho podmiňují. Označují se jako determinanty. Determinantou zdraví se rozumí příčiny a podmínky, které určitým způsobem a v určité míře posilují a upevňují (působí biopozitivně) nebo naopak ohrožují či oslabují zdraví a jeho potenciál (působí bionegativně). Jednotlivě faktory na zdraví působí buďto přímo nebo zprostředkovaně a navzájem se mohou ovlivňovat. Složitá podoba determinant, jejich dynamika a zároveň snaha o jejich ovlivnění ve prospěch zdraví vedly k pokusu vyjádřit je souhrnně a komplexně s jejich vlivy a účinky. Příkladem může být Lalondovo zdravotní pole (pojmenováno po bývalém

⁵ Srov. MACHOVÁ, J. a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 12.

⁶ Srov. KEBZA, V., *Psychosociální determinanty zdraví*, s. 62-64.

⁷ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, s. 29.

⁸ Tamtéž, s. 33.

⁹ Srov. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., a ŠRÁMKOVÁ, J., *Zdravotnická psychologie*, s. 15-16.

¹⁰ Srov. KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví*, s. 12.

kanadském ministru zdravotnictví), které definuje čtyři základní faktory podílející se nejvíce na formování zdravotního stavu obyvatelstva.¹¹ Determinanty zdraví lze rozdělit na vnitřní (endogenní) a zevní (exogenní). Jako vnitřní faktor ovlivňující zdraví se považuje genetika. Genetickou výbavu získává jedinec již na začátku svého ontogenetického vývoje od obou rodičů (10 – 15 %). Do zevních determinant zdraví patří tři základní skupiny životního stylu, kvality života (50 – 60 %). Další zevní determinantou je kvalita životního a pracovního prostředí (20 – 25 %) a v neposlední řadě kvalita zdravotnických služeb, kvalita zdravotnické péče (10 – 15 %). Z hlediska možnosti ovlivnění faktorů se užívá rozdělení na životní styl, socioekonomické prostředí a zdravotní péče.¹² Hlavní determinanty působící v 21. století celosvětově negativně na lidské zdraví jsou znečišťování ovzduší s globálním oteplováním zemské atmosféry, neregulovaný růst lidské populace a chudoba.¹³ Determinanty lze dělit dle:

- **Směru působení** – na *vnitřní* (dědičné vlivy a nesprávný životní styl) a *zevní* (vlivy životního prostředí, nesprávná lékařská péče a sociální faktory).
- **Hlediska ovlivnitelnosti** – na *neovlivnitelné* (věk, pohlaví, dědičná anamnéza) a *ovlivnitelné* (faktory související se životním stylem). Velkou měrou ovlivňuje zdraví člověka také jeho socioekonomický status a hmotné zabezpečení.
- **Hlediska původu** - na *biologické* (genetika, bakterie, viry), *chemické* (chemické látky z životního a pracovního prostředí) a *fyzikální* (elektrosmog, záření).¹⁴

Za příčinu zdravotních potíží je většinou považován životní styl. Přesto Holčík zmiňuje doposud podceňované determinanty a připomíná, že konkrétní životní styl je často důsledkem určité sociální pozice a dosavadních životních zkušeností člověka. Jeho volba spočívá jen do určité míry na rozhodnutí jedince.¹⁵ Sociální determinanty dle Holčíka (2009) jsou následující:

- zdravotní a sociální podmínky v dětství ovlivňují další zdravotní osud jedince;

¹¹ Srov. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., a KUTNOHORSKÁ, J., *Multikulturální ošetřovatelství I*, s. 119.

¹² Srov. ČEVELA, R., ČELEDVÁ, L., a DOLANSKÝ, H., *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, s. 14.

¹³ Tamtéž, s. 18.

¹⁴ Srov. KASTNEROVÁ, M., *Poradce zdravého životního stylu*, s. 3-4.

¹⁵ Srov. HOLČÍK, J., *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*, s. 47.

- zdraví souvisí se sociálním gradientem;
- chudoba a sociální izolace zkracují život;
- stres poškozuje zdraví;
- jistota zaměstnání zlepšuje zdraví, nezaměstnanost je příčinou nemocí a předčasných úmrtí;
- sociální opora a sociální kontakty zlepšují zdraví;
- spotřeba alkoholu, cigaret a drog je ovlivňována sociálním prostředím;
- zdravé potraviny jsou politickým problémem;
- zdravá doprava, to je chůze, jízda na kole a dobrá veřejná doprava.¹⁶

1.2 Životní styl

Životní styl je stěžejní determinantou zdraví. Lze jej definovat jako formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z mnoha možností.¹⁷ Na životní styl lze pohlížet jako na vyhraněné typické chování lidí ve společnosti. Jedná se o systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických charakteristických pro určitý subjekt. Jedná se o souhrn relativně ustálených každodenních praktik, způsobů realizace činností a způsobů chování.¹⁸ Člověk je bytostí s individuální fyzickou, psychickou a duchovní dimenzí. Cílem sebezdokonalování by měla být snaha o kultivaci životního stylu, který v sobě odráží specifické i obecné vlastnosti člověka jako individuální osobnosti a zároveň člena lidské populace.

Obecně lze vytyčit dle Kukačky (2010) následující oblasti životního stylu:

- **Fyzická oblast** – zdravá výživa a péče o tělo včetně regenerace, udržování imunity a fyzické podoby zdraví, bezpečný sex.
- **Psychická oblast** – pozitivní myšlení, ovládání emocí, stresu a volních vlastností, relaxace a odpočinek.

¹⁶ Srov. HOLČÍK, J., *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*, s. 47.

¹⁷ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 16.

¹⁸ Srov. KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví*, s. 194.

- **Kulturně – pracovní oblast** – aktivní a tvořivý vztah k práci, zájem o umění a kulturu.
- **Sociálně – ekologická oblast** – tvorba pozitivních mezilidských vztahů včetně vztahů rodinných, respektování starší generace, neškodění a pomoc druhým, tvorba pozitivních vztahů k životnímu prostředí a přírodě.
- **Eticko – duchovní oblast** – výchova k úctě ke člověku jako duchovní bytosti, ke skromnosti, upřímnosti a soucitu.¹⁹

Rozhodování člověka o jeho chování není zcela svobodné. Je v souladu s rodinnými zvyklostmi, tradicemi a kulturou. Je limitována ekonomickou situací společnosti i vlastní a v neposlední řadě souvisí s jeho sociální pozicí. Záleží na věku, temperamentu, vzdělání, zaměstnání, příjmu, příslušnosti k rase, pohlaví, hodnotové orientaci, postoji každého člověka a jeho dřívějšími zkušenostmi.²⁰ Ke správnému rozhodnutí o životním stylu potřebuje člověk dostatečné znalosti o tom, co jeho zdraví posiluje a co mu škodí. Schéma životního stylu se utváří již v dětství a zůstává po celý život relativně stabilní. Od útlého věku v rodině i ve škole by měl být podporován rozvoj dovedností a návyků, formování postojů vzhledem k významu životního stylu pro zdraví.²¹ K hlavním faktorům životního stylu ovlivňující zdraví člověka se řadí výživa, pohybová aktivita, stres, relaxace, denní režim, kouření, alkohol a jiné návykové látky.²²

1.2.1 Determinace životního stylu

Životní styl je určován celou řadou podmínek, které jsou určující pro jeho charakter a úroveň života, a lze jen obtížně některé měnit. Tyto faktory, které ovlivňují a částečně determinují životní styl, lze rozdělit na vnější (působí na jedince prostřednictvím společenských vlivů) a vnitřní (dány psychofyziologickým stavem organismu).

¹⁹ Srov. KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví*, s. 194-5.

²⁰ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 16.

²¹ Tamtéž.

²² Srov. KASTNEROVÁ, M., *Poradce zdravého životního stylu*, s. 5.

Vnější faktory lze rozdělit dle Kukačky (2010) na:

- **Ekonomické** – Dostatek finančních zdrojů je předpokladem pro zajištění některých součástí a podmínek životního stylu. Ne každý si může dovolit kupovat relativně dražší a doplňky zdravé výživy. Také některé sportovní činnosti včetně regenerace jsou finančně nákladné.
- **Sociální** – Obecně platí, že příslušníci určité sociální vrstvy žijí přibližně stejným životním stylem s individuálními odlišnostmi. Do životního stylu se výrazně promítá vliv společnosti, náboženství, které ovlivňuje stravovací návyky i další složky životního stylu. Je zde významný i vliv zeměpisného místa (klíma) včetně etnického původu (tradice). Nezanedbatelný je vliv rodiny, která určuje charakter výživy, využívání volného času (sport, pohyb, relaxace), které výrazně určuje zaměření pozdějšího životního stylu mládeže. Důležitá je také úroveň vědy, která ovlivňuje stav lékařství a dietologie.²³ Nejvýznamnější sociální podmínky ovlivňující zdraví jsou:
 - **Sociální postavení** – materiální nedostatek, nejistota, úzkost a nedostatek sociální integrity jsou příčinami mnoha nemocí, někdy i úmrtí.
 - **Stres** – trvalá úzkost, nejistota, ztráta sebevědomí. Čím níže jsou lidé zařazeni v sociální hierarchii, tím je riziko větší.
 - **Rané dětství** – kvalita duševního a fyzického vývoje v dětství určuje kvalitu celého života.
 - **Sociální izolace** – vyloučení ze společnosti a s tím související následky, jako je např. alkoholismus nebo bezdomovectví zvyšují nemocnost a zkracují život.
 - **Práce** – neuspokojující práce či nezaměstnanost rovněž zvyšuje nemocnost.²⁴

Vnitřní faktory lze rozdělit dle Kukačky na:

- **Psychologické** – Zde hrají význam volní vlastnosti, které jsou důležité pro eliminaci negativních návyků a vlivů. Také pravidelná pohybová činnost

²³ Srov. KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví*, s. 197-198.

²⁴ Srov. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., a DOLANSKÝ, H., *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, s. 8.

vyžaduje určitou míru vůle. Významným psychologickým determinantem je temperament, který určuje charakter a intenzitu naší aktivity.

- **Zdravotní** – Přiměřený zdravotní stav je nutný pro vykonávání pohybových aktivit včetně regenerace. Lidé nemocní nebo jinak zdravotně omezení nemohou provádět jisté pohybové aktivity.
- **Vzdělanostní** – Informace z jednotlivých oblastí životního stylu nám pomáhají k tvorbě správného názoru a představě na životní styl, který je pro nás optimální. V oblasti zdravé životosprávy je důležité nepodlehout klamavé reklamě a vyznat se v tom co je pro tělo opravdu zdravé. Je třeba reálně ohodnotit výživové doplňky, různé sportovní zařízení a pomůcky a to je možné pouze na podkladě informací a odborných vědomostí.²⁵

1.2.2 Životní styl současného člověka

Za posledních sto, především pak padesát let, došlo v hospodářsky vyspělých zemích světa k výrazným změnám. V historických dobách trpěli lidé spíše nedostatkem příjmu energie, dnes naopak trpíme nedostatkem energetického výdeje. Naše těla jsou stále adaptována na kaloricky chudší stravu, ale na mnohem větší množství pohybu než se nám průměrně dostává.²⁶ Setkáváme se s rychlým občerstvením nahrazujícím zdravou stravu. Člověk má tendenci jíst cokoliv, kdekoliv, za chůze, vstojе, podle programu své práce.²⁷ Současný člověk vede převážně sedavý způsob života. Všude se dopravuje autem nebo jiným dopravním prostředkem, nechodí po schodech, pokud je k dispozici výtah nebo eskalátor. V práci sedí, doma sedí u televize nebo u počítače. Životní styl se orientuje na neustálou honbu za novými věcmi, úspěchem, mocí, penězi. Neustále se zrychlující životním tempo, nesprávná životospráva, narůstající psychické vypětí a pracovní vyčerpání má za následek

²⁵ Srov. KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví*, s. 197-198.

²⁶ Srov. ČEVELA, R., ČELEDVÁ, L., a DOLANSKÝ, H., *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, s. 39.

²⁷ Srov. VATTALOVÁ, M., *Osobní pohoda a životní styl budoucí sestry*, <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osobni-pohoda-a-zivotni-styl-budouci-sestry-466836>>.

prudký nárůst civilizačních onemocnění – nadváhy, kardiovaskulárních chorob, diabetu a nádorových onemocnění.²⁸

1.2.3 Životní styl a zdravotnická profese

Zdravotnické profese patří k těm oborům, které mají přímo v náplni své práce výchovu populace v oblasti zdraví. Nejde o činnost nahodilou, ale promyšlenou a vysoce profesionální. Schopnost provádět účinnou výchovu ke správnému životnímu stylu je určována zejména:

- Schopností vlastního sebepoznání, sebehodnocení a sebevýchovy. Dodržováním zásad zdravého životního stylu jde zdravotnický pracovník příkladem svému okolí. Vlastní životní styl by měl odpovídat prezentovaným radám a doporučením.
- Uskutečňováním výchovy ke zdraví při každodenním kontaktu zdravotníka s osobami zdravými, nemocnými i ohroženými.
- Schopností empatie nejen k pacientům, ale i k spolupracovníkům, na které lze pozitivně působit.²⁹

Žádný z rizikových faktorů, které nejvíce ohrožují zdraví (kouření, nadměrná konzumace alkoholu, zneužívání drog, nesprávná výživa, nízká pohybová aktivita, nadměrná psychická zátěž, rizikové sexuální chování) nepůsobí samostatně, ale ve vazbě na jiné faktory životního stylu. Pozitivní působení životního stylu se uplatňuje jen v komplexním dodržování správných zásad.³⁰ Bez rozvíjení a posilování zdravého chování (vyvážená výživa, žádoucí tělesná aktivita, zdravý pohlavní život, dobré zvládání stresů) a bez snižování škodlivých návyků (nadměrné požívání alkoholu, kuřáctví, zneužívání farmak a psychotropních látek) se nelze obejít.³¹

²⁸ Srov. ČEVELA, R., ČELEDVÁ, L., a DOLANSKÝ, H., *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, s. 39.

²⁹ Tamtéž, s. 40.

³⁰ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 16.

³¹ Srov. ČEVELA, R., ČELEDVÁ, L., a DOLANSKÝ, H., *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, s. 7.

1.3 Fyzioterapeut a pracovní prostředí

1.3.1 Rehabilitace a fyzioterapie

Rehabilitace (z lat. re = předpona ve významu návratu; habilis = způsobilý) dle Světové zdravotnické organizace (WHO) „zahrnuje všechny prostředky, směřující ke zmírnění tíže omezujících a znevýhodňujících stavů a umožňuje zdravotně postiženým a handicapovaným osobám dosáhnout sociální integrace“. Celková rehabilitace nazývaná také komplexní (komprehenzivní) zahrnuje zdravotnickou, vzdělávací, pracovní, sociální, technickou, kulturní, legislativní, ekonomickou, organizační a politickou problematiku.³² Dle profesora Jandy představuje rehabilitace soubor opatření, která vedou k optimální a co nejrychlejší resocializaci člověka postiženého na zdraví následkem nemoci, úrazu nebo vrozené vady.³³

Léčebná rehabilitace, jako nedílná součást zdravotní péče, zahrnuje soubor rehabilitačních, terapeutických a organizačních opatření směřujících k maximální funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek pro jejich dosažení. Léčebná rehabilitace je zajišťována v rámci nemocniční péče lůžkové nebo ambulantní, péče v odborných léčebných ústavech včetně lázeňských a různých dalších specializovaných pracovišť s různou formou zřízení. Většina výkonů léčebné rehabilitace je hrazena z veřejného zdravotního pojištění.³⁴

Fyzioterapie (z řeckého physis = příroda; therapeia = léčení), jako součást komprehenzivní rehabilitace, je medicínský obor zaměřený na prevenci, diagnostiku a terapii poruch funkce pohybového systému. Užívá různých forem energií včetně pohybové k ovlivnění patologických stavů, k zachování nebo obnově zdraví. Fyzioterapie je nesmírně dynamicky se rozvíjející obor, který si zasluhuje v medicíně oprávněnou pozornost. Jedná se i o určitou míru komercializace určitých přístupů v kinezioterapii, mediální prezentaci správného životního stylu a úspěšného života zahrnujícího péči o psychiku, ale i o pohybový aparát.³⁵

³² Srov. KOLÁŘ, P., aj., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 1-2.

³³ Srov. ZEMAN, M. *Fyzioterapie v současné moderní medicíně*, s. 467.

³⁴ Srov. KOLÁŘ, P., aj., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 2-3.

³⁵ Srov. ZEMAN, M. *Fyzioterapie v současné moderní medicíně*, s. 467.

Vzdělání fyzioterapeuta se řídí zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (§ 24), ve znění pozdějších předpisů. Odbornou způsobilost bylo dříve možné získat absolvováním oboru fyzioterapeut nebo rehabilitační pracovník na střední zdravotnické škole či oboru diplomovaný fyzioterapeut na vyšší zdravotnické škole. V současnosti lze získat odbornou způsobilost pouze absolvováním bakalářského nebo magisterského studijního programu s možností postgraduálního vzdělávání. V praxi vedle sebe pracují fyzioterapeuti s různým typem vzdělání. Fyzioterapeut může vykonávat své povolání bez odborného dohledu po prokázání minimálně 1 roku výkonu povolání v oboru.³⁶ Ke dni 1.6.2013 je v ČR registrovaných 8884 fyzioterapeutů.³⁷

Kompetence fyzioterapeuta upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (§ 3 a § 25). Fyzioterapeut poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy, která je rozvedena v § 25 odst. 1. Fyzioterapeut bez odborného dohledu provádí v souladu s diagnózou lékaře vlastní vyšetření nutná pro stanovení postupů ve fyzioterapii a na jejich základě aplikuje fyzio- a kinezioterapeutické metody, aplikuje metody fyzikální terapie aj. Bez indikace lékaře může fyzioterapeut (odst. 2) provádět prevenci a poradenství za účelem udržení nebo obnovení pohybových funkcí, doporučovat ergonomické úpravy bydliště nebo seznamovat pacienty s možnostmi sociální péče aj.³⁸

1.3.2 Pracovní prostředí

Pracovní prostředí je souhrn všech materiálních podmínek pracovní činnosti (zařízení, vybavení aj.). Spolu s podmínkami práce (organizací práce, společenskými podmínkami práce) vytváří faktory – fyzikální, chemické, biologické, psychosociální – ovlivňující pracovníka v průběhu pracovního procesu. Úroveň pracovního prostředí působí na pracovní pohodu, výkon i zdravotní stav pracovníka.³⁹ Pracovní prostředí je

³⁶ Srov. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

³⁷ Statistika registrovaných osob v jednotlivých oborech – dostupné na WWW [cit. 2013-06-02]: <<http://www.nconzo.cz/web/guest/statistika>>

³⁸ Srov. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

³⁹ Srov. KOUBEK, J., *Řízení lidských zdrojů*, s. 329.

třeba upravovat tak, aby člověku zajišťovalo optimální pracovní podmínky, které umožňují vysokou produktivitu práce a současně pracovní pohodu.⁴⁰ **Úroveň pracovního prostředí** je dána dle Koubka (2006) zejména:

- **Materiálními, technicko-technologickými podmínkami** – úroveň prostoru, zařízení, mikroklima, osvětlení, fyzická a psychická zátěž.
- **Sociálními podmínkami** – sociální klima, mezilidské vztahy.
- **Organizačními podmínkami** – organizace práce, systém informačních toků aj.
- **Subjektivními činiteli** – úroveň znalostí a schopností pracovníka, jeho kulturní úroveň nebo hygienické návyky aj.⁴¹

Pracovník by měl mít zajištěny optimální pracovní prostor s pracovní polohou eliminující jednostrannou zátěž dovolující maximální ekonomičnost pohybů. Měl by mít možnost optimálního nastavení výšky pracovní plochy a zorných podmínek pro práci. V případě prostorového uspořádání pracoviště by se měl klást důraz na ergonomická hlediska a přístup na pracoviště bez překážek. Pracovník by měl mít zajištěno optimální pracovní ovzduší tvořené teplotou, vlhkostí a čistotou vzduchu, dále optimální osvětlení, hluk a barevnou úpravou pracoviště. Neméně důležité jsou sociálně psychologické podmínky práce, při nichž je třeba mít na paměti, že člověk je tvor společenský s diferencovanou potřebou kontaktu s ostatními lidmi, na níž je třeba brát velký zřetel.⁴²

1.4 Pracovní zátěž

Pracovní zátěž je výsledkem působení řady činitelů. Stupeň zátěže je určen intenzitou působení zevních vlivů a vlastnostmi zatěžovaného systému. K poškozování

⁴⁰ Srov. ŠTIKAR, J., aj., *Psychologie ve světě práce*, s. 47.

⁴¹ Tamtéž, s. 48.

⁴² Srov. KOUBEK, J., *Řízení lidských zdrojů*, s. 329-331.

zdraví z pracovní činnosti dochází stále i přes identifikaci rizikových faktorů a snahu o zlepšování pracovních podmínek.⁴³

1.4.1 Psychická zátěž

Rizikové faktory **sociálně-psychologického charakteru** (vyplývají z interakce lidí) přispívající ke vzniku psychické zátěže vztáhnuté na povolání fyzioterapeuta jsou dle Štikaře (2003): činnosti spojené se **zvýšenou odpovědností** sociální či hmotnou (jeden z nejvýznamnějších činitelů spojený s prožíváním osobní nejistoty v práci), práce spojená s vysokou pravděpodobností možnosti ohrožení zdraví svého i jiných osob vlastním jednáním, **přetížení množstvím práce** a **časová tíseň** (vysoké pracovní tempo), práce **v neustálém styku s lidmi** (se zvýšenou možností vzniku interpersonálních konfliktních situací), **kontakt s nemocnými** a postiženými lidmi a jejich utrpením, **nevhodný způsob hodnocení** výsledků činnosti vedoucí k oslabování motivace a sebeuspokojení, ztráta pracovních perspektiv vyplývajících z nemožnosti dosažení pracovního postupu, **přítomnost konfliktů** a sporů v pracovním kolektivu, přítomnost mobbingu či bossingu na pracovišti.⁴⁴

Rizikové faktory **procesu práce** jsou činnosti spojené s velkými nároky na pozornost, činnosti kladoucí nároky na myšlení tvořivého typu a řešení komplexních problémů, řešení pracovní činnosti v podmínkách časové tísně a tlaku.⁴⁵

Rizikové faktory **fyzikálního a biologického charakteru** vyplývající z rizika pracovních úrazů, nemocí z povolání či jiných nepříznivých vlivů na lidský organismus jsou hluk (intenzita, frekvence), osvětlení (intenzita, jas, barva), mikroklimatické podmínky (teplota, vlhkost, proudění vzduchu).⁴⁶

⁴³ Srov. ŠTIKAR, J., aj., *Psychologie ve světě práce*, s. 47-48.

⁴⁴ Srov. TUČEK, M., CIKRT, M., a PELCLOVÁ, D., *Pracovní lékařství pro praxi: Příručka s doporučenými standardy*, s. 215-216.

⁴⁵ Srov. ŠTIKAR, J., aj., *Psychologie ve světě práce*, s. 79-81.

⁴⁶ Tamtéž.

1.4.2 Stres

Stres lze definovat jako soubor automatických reakcí organismu na podněty vnějšího prostředí. Stres je stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž, ať už fyzického nebo psychického charakteru. Pokud stres vede k vyšším výkonům, jedná se o pozitivní stresovou zátěž – eustres. Ten patří k hlavním motivačním prvkům lidského konání, stimuluje jedince k vyšším výkonům, podněcuje soustředění sil. Pokud stres trvá nepřiměřeně dlouho nebo jeho intenzita přesáhne určitou mez, pak se jedná o distres. Ten je opravdovou nezvladatelnou zátěží, která může jedince poškodit a vyvolat nebo urychlit onemocnění.⁴⁷ Stres sám o sobě není ničím, vzniká až jako důsledek působení tzv. stresorů. Každý vnější podnět působí na každého člověka jinak. Každý jedinec je odlišně individuálně osobnostně vybaven, má jinou povahu, jinou duševní odolnost.⁴⁸ Stresory každodenního života rozděluje Praško (2004) na:

- **Vztahové** – souvisí často s problémy v soukromém životě, vztahy mezi lidmi, patří zde neshody s rodinnými příslušníky, problémy s partnerem.
- **Pracovní a výkonové** – zde lze zařadit nedostatečné ohodnocení práce, nízký příjem, který nestačí na uživení rodiny, dluhy, konflikty s kolegy a nadřízenými, přetěžování prací, nesmyslnost pracovní činnosti nebo naopak workoholismus.
- **Související se životním stylem** – patří sem nevyhovující bydlení, nedostatek příjemných aktivit, nedostatek přátel a sociálních kontaktů.
- **Nemoci, závislosti a handicap** – stresorem může být vlastní psychická nebo tělesná nemoc, handicap člena rodiny, závislost na návykových látkách a jiných návykových jednáních aj.⁴⁹

Na člověka působí celá řada menších spouštěčů, které většinou působí kumulativně – kritika, potlačení vzteku, podceňování, přehlížení ze strany okolí, nedostatek uznání a ocenění, pocit selhání, chybování, nedodělaná činnost aj.⁵⁰

⁴⁷ Srov. KRÍVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, s. 170-171.

⁴⁸ Srov. KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví*, s. 168-169.

⁴⁹ Srov. PRAŠKO, J., aj., *Nadměrné obavy o zdraví: rady pro klienta a jeho rodinu*, s. 21-22.

Příznaky stresu mohou mít rozličné projevy od nerozhodnosti, snížené koncentrace, problémů se spaním spojených s pocitem únavy po prudké změny nálad, podrážděnost, úzkost nebo hněv. Může se objevit nechutenství nebo naopak přejídání se, plynatost, křečovitě bolesti břicha, průjmy nebo zácpa. Tyto problémy mohou vyústit až ke vzniku žaludečních vředů. Další z projevů stresu je zrychlená srdeční činnost a zvýšený krevní tlak. Může dojít k úporným bolestem hlavy, zvýšenému svalovému napětí v oblasti šíje, pocitům svírání na hrudi nebo nadměrnému pocení. Může se zvýšit příjem alkoholu, počet vykouřených cigaret. Problémy mohou nastat i v oblasti sexuální, ztrátou sexuální touhy.⁵¹ Stres nepříznivě ovlivňuje imunitní systém a snížení jeho funkce se může projevit zvýšenou dispozicí k virovým a bakteriálním infekcím. Stres má vliv na celý organismus, může vyvolat řadu tzv. civilizačních onemocnění – diabetes, astma, alergie, záněty kloubů, ale i rakovinu.⁵²

Zvládání stresu zahrnuje řešení nebo odstranění problému a jeho příčin a také postupné zvyšování odolnosti organismu vůči stresu a zvládnutí emocí. Je vhodné obrátit se na přítele, rodinu nebo odborníka (psychoterapeut, psychiatr). Každodenní stres lze řešit fyzickým cvičením, psychickým cvičením, imaginací, meditací, relaxačními technikami apod. Léky nebo potravinové doplňky mohou být užity jako doplněk.⁵³

1.4.3 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, také v odborné terminologii označován jako „Burnout syndrome“, je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a duševního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato náročnost je nejčastěji nastolena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy. Vyhoření postihuje lidi, kteří vstupují do zaměstnání s velkou mírou nadšení a jsou velice motivovaní. Očekávají, že jim práce dá smysl života. Objevení příznaků vyhoření je

⁵⁰ Srov. KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví*, s. 169.

⁵¹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Sestra a stres*, s. 22-23.

⁵² Srov. KUKAČKA, V., *Zdravý životní styl*, s. 116.

⁵³ Srov. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., a DOLANSKÝ, H., *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, s. 55.

u nich doprovázeno zjištěním, že selhali a veškerá jejich snaha je marná a nemají již nic hodnotného, čím by mohli přispět.⁵⁴ Příznaky vyhoření lze charakterizovat na úrovni příznaků:

- **Psychických** – vyčerpání, ztráta motivace, útlum aktivity a invence, deprese, frustrace, přesvědčení o vlastní bezcennosti, negativismus a hostilita ve vztahu k lidem, se kterými pracují.
- **Fyzických** – celková únava, bolesti hlavy, celková tenze, poruchy spánku a vegetativní obtíže.
- **V oblasti sociálních vztahů** – apatie, nízká empatie, narůstání konfliktů, snaha o redukci kontaktů s lidmi, nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí.⁵⁵

Proces syndromu vyhoření má pozvolný průběh, negativní působení vyhoření se omezuje na myšlenky a pocity týkající se profesního výkonu.⁵⁶ Syndrom vyhoření se nejčastěji vyskytuje v profesích, kde pracovníci přicházejí do intenzivního kontaktu s lidmi či vykonávají odpovědnou profesi. Největší riziko vzniku a rozvoje vyhoření lze najít u: lékařů (onkologů, pediatrů aj.), zdravotnických pracovníků (zdravotních sester, ošetřovatelů, fyzioterapeutů aj.), psychologů a psychoterapeutů, sociálních pracovníků, učitelů na všech stupních škol, pracovníků pošt aj.⁵⁷

1.4.4 Pracovní spokojenost

Pocit spokojenosti nebo neuspokojení provází značnou část života člověka. Její úroveň výrazně determinuje obecnou kvalitu života, projevuje se ve významném vztahu k fyzickému a duševnímu stavu jedince. V tomto kontextu má pracovní činnost stránku objektivní, která je vyjádřena projevy pracovního chování a efektivity činnosti (množství a kvalita výsledků, rychlost splnění zadání) a stránku subjektivní, která se týká individuálního prožívání vykonávané pracovní činnosti a podmínek, které se k ní

⁵⁴ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Hořet, ale nevyhořet*, s. 12-13.

⁵⁵ Srov. KEBZA, V., *Psychosociální determinanty zdraví*, s. 137-139.

⁵⁶ Tamtéž, s. 139.

⁵⁷ Tamtéž, s. 135-136.

vztahují.⁵⁸ Je důležité rozlišovat celkovou pracovní spokojenost, která odráží obecnou míru vztahu k vykonávané práci a dílčí spokojenost s pracovní situací spojenou s kvalitou fyzikálních podmínek, úrovní mezilidských vztahů na pracovišti apod.⁵⁹

Teorie spokojenosti se rozděluje na jednofaktorovou, která chápe spokojenost a nespokojenost jako krajní stavy jedné dimenze a předpokládá přímo úměrný vztah veličin – tvorbou příznivějších pracovních podmínek se zvyšuje spokojenost. Jsou na ní založeny motivační přístupy Maslowa, Vrooma aj. Dvoufaktorová teorie spokojenosti, jejíž autoři Herzberg, Mausner aj., předpokládá, že spokojenost a nespokojenost je ovlivňována odlišnými skupinami faktorů. První skupinou jsou motivační faktory (ovlivňuje spokojenost) – samotná práce, úspěch, uznání, zodpovědnost, růst a povýšení, druhou skupinou jsou hygienické faktory (ovlivňují nespokojenost) – mezilidské vztahy, dozor, pracovní podmínky, plat a bezpečí, firemní politika.⁶⁰ **Faktory spokojenosti** jsou dle Štikaře (2003):

- **Mzda** nebo **plat** je důležitým faktorem ovlivňující nespokojenost v práci. Finanční ohodnocení má významný motivační vliv (pro určitý okruh pracovníků má vliv rozhodující). Zvýšení platu však nemá dlouhodobější motivační účinek, dochází k její akceptaci jako standard náležící k dané profesi nebo funkci a do popředí vystoupí jiné faktory.
- Samotnému **charakteru práce** je přikládán značný význam. Obecně lze říci, že povolání vyžadující vyšší kvalifikaci umožňuje vykonávat zajímavější práci s vyšší prestiží a vyšší možností seberealizace. Obecně lze říci, že pracovní spokojenost pozitivně ovlivňuje taková práce, která je pro člověka zajímavá. Skýtá mu žádoucí sociální statut, je rozmanitá, relativně autonomní a pracovník má zároveň potřebnou zpětnou vazbu o jejím průběhu a výsledcích.
- **Způsob vedení** je úzce spjat s osobností manažera a stylem řízení.
- **Pracovní skupina** zahrnuje řadu formálních a neformálních vztahů.
- **Fyzikální podmínky, věk, pohlaví, pracovní zkušenost** aj.⁶¹

⁵⁸ Srov. VÝROST, J., a SLAMĚNÍK, I., *Aplikovaná sociální psychologie*, s. 46.

⁵⁹ Srov. ŠTIKAR, J., aj., *Psychologie ve světě práce*, s. 111-112.

⁶⁰ Tamtéž, s. 113-114.

⁶¹ Tamtéž, s. 115-117.

1.4.4 Fyzická zátěž

Fyzická zátěž souvisí s vybaveností a výkonovou kapacitou člověka (jeho tělesnou stavbou, s rozměry těla, rozsahy pohybů, pohybovými stereotypy, se svalovou silou, s tělesnou zdatností, a to vše v závislosti na věku a pohlaví. Fyzická zátěž úzce souvisí se zátěží psychickou a senzorickou.⁶² Zátěž fyzioterapeuta vyplývá především z dynamického a statického zatížení organismu při práci – při vertikalizaci, polohování, cvičení a mobilizaci pacienta. Při dlouhodobém působení může tato zátěž vyvolat onemocnění kosterně-svalového aparátu. Nejnáchylnější k přetížení jsou svaly, šlachy, úpony a kosti především osového orgánu – páteře a horních končetin. Oficiálně uznávaná poškození zdraví jsou nemoci z povolání, ohrožení nemocí z povolání, pracovní úraz aj. Zaměstnavatel by měl vyhledávat a hodnotit rizika možného ohrožení bezpečnosti a zdraví zaměstnanců, dodržovat potřebná ochranná zařízení, kontrolovat úroveň péče o bezpečnost a odstraňovat nalezené nedostatky.⁶³ Mezi další specifické rizikové faktory zátěže u fyzioterapeutů patří: kontakt s exkrementy, dekubity, otevřenými ranami, zápachem nebo vyrážkami spojené s rizikem infekce, a dále kontakt s dezinfekčními prostředky.⁶⁴ Dále riziko poškození z aplikace fyzikálních metod – laseru, elektroléčebných procedur, magnetoterapie aj.

1.4.4.1 Profesionálně podmíněné bolesti zad

Vertebrogenní algický syndrom (VAS) a bolesti akutního charakteru jsou dávány do souvislosti s iritací a nocicepcí. Chronické bolestivé stavy (trvajících déle než 3 měsíce), které se kladou do souvislosti s vytvořením a fixací bolestivého vzorce do CNS, jsou výrazem dekompenzace pohybového systému. Zde je třeba klást důraz na analýzu příčin a okolností vedoucích k dekompenzaci. V etiologii VAS se dle Gilbertové a Matouška (2002) uplatňují predispoziční faktory:

- **Civilizační** – bolesti zad jsou jakousi daní moderního životního stylu spojeného s hypokinezí nebo sníženou variabilitou pohybů (sed, stoj, občas chůze), která má

⁶² Srov. TUČEK, M., CIKRT, M., a PELCLOVÁ, D., *Pracovní lékařství pro praxi: Příručka s doporučenými standardy*, s. 86.

⁶³ Srov. KOUBEK, J., *Řízení lidských zdrojů*, s. 312.

⁶⁴ Srov. BARTOŠÍKOVÁ, I., *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, s. 11.

za následek jednostranné pohybové činnosti přetěžující určité svalové skupiny nebo oblasti páteře.

- **Individuální** – faktory konstituční (věk, hmotnost, zdatnost, hypermobilita), faktory posturální (osteochondróza, skolióza aj.), faktory psychosociální (stres bez možnosti relaxace, nespokojenost s prací, potlačená agrese, úzkost, deprese aj.).
- **Pracovní podmínky** – těžká fyzická práce spojená s velkým svalovým úsilím, manipulace s břemeny, dlouhodobý sed nebo stoj, vynucené polohy, předklony, úklony, rotace aj.⁶⁵

Profesionálně podmíněné bolesti bederní páteře jsou nejčastějším a ekonomicky nejvíce zatěžujícím muskuloskeletálním onemocněním. Patří mezi nejčastější příčiny pracovní neschopnosti, protože postihuje převážně osoby v produktivním věku. Až 80 % populace vykazuje zkušenost s „bolestí v kříži“ alespoň jedenkrát za život.⁶⁶ Patří sem:

- **Degenerativní změny bederní páteře** – z klinického hlediska jsou nejzávažnější degenerativní změny meziobratlových plotének resp. radikulární dráždění v důsledku výhřezu disku. K výhřezu může dojít při akutním úrazu (zvednutí těžkého břemene, prudkém pohybu), častěji v důsledku chronického působení mikrotraumat (dlouhodobé zatížení v nefyziologických polohách). Je nicméně známo, že ploténka žije z pohybu a tak degeneraci ovlivňuje i jeho nedostatek.
- **Bolesti jiného původu** – příkladem mohou být funkční poruchy (blokády), poruchy sakroiliakálního kloubu (SI kloub), spondylolýza (přerušeni obratlového oblouku), spondylolistéza (posunutí kraniálního obratle proti kaudálnímu ventrálně), bolesti v důsledku poruch v oblasti kyčelních kloubů nebo kostrče.⁶⁷

Profesionálně podmíněné bolesti krční páteře, označované také jako bolesti „šije“, jsou druhou nejčastější příčinou bolestí zad. Z profesionálního hlediska mají rozhodující význam posturální rizikové faktory (průvan, vibrace, nedostatečné

⁶⁵ Srov. GILBERTOVÁ, S., a MATOUŠEK, O., *Ergonomie. Optimalizace lidské činnosti*, s. 59-62.

⁶⁶ Srov. KOLÁŘ, P., aj., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 450

⁶⁷ Srov. GILBERTOVÁ, S., a MATOUŠEK, O., *Ergonomie. Optimalizace lidské činnosti*, s. 66-68.

osvětlení aj.). Bolest v oblasti šíje má ale i výraznou souvislost s psychosociálními faktory. Stresové situace zvyšují svalový tonus především horních vláken trapézového svalu a m. levator scapulae, které mají oproti jiným příčně pruhovaným svalům o polovinu více aferentních nervových vláken.⁶⁸ Patří sem:

- **Degenerativní změny krční páteře** (osteocondróza, spondylóza, spondylartróza) – rostou s věkem. Jejich vznik může urychlit těžká fyzická práce a vynucené pracovní polohy.
- **Syndrom tenzní šíje a tenzní bolesti hlavy** – jejich příčinou je postižení měkkých struktur (svalů, úponů, fascií, vazů) oblasti šíje. Subjektivně převažuje bolest a napětí ve svalech vč. triggerpointů v důsledku svalové či psychické únavy při statické a často opakované práci horních končetin.⁶⁹

Terapie VAS by měla v první řadě zahrnovat prevenci, ve které hraje hlavní roli znalost ergonomie při péči o vlastní tělo během práce a při manipulaci s pacienty. Nejznámější intervenční programy primární a sekundární prevence jsou tzv. školy zad (Back school).⁷⁰ Školou zad se rozumí zdravotnicko-pedagogická instruktážní činnost, která se snaží naučit jedince správným pohybovým vzorům a správnému držení těla během každodenních aktivit.⁷¹

1.4.4.2 Profesionálně podmíněné onemocnění končetin z přetížení

Pracovní činnost a podmínky práce hrají v rozvoji onemocnění významnou roli. Příčinou těchto onemocnění je nerovnováha mezi pevností a pružností tkáně a nároky na ně kladenými na straně druhé. Podstatou onemocnění je inadekvátní zatěžování měkkých tkání spočívající ve vysokém počtu stereotypních pohybů s chyběním mikropauz, v dlouhodobém udržování pracovní polohy a intenzivní svalové síle rukou. Dochází k mikrotraumatizaci svalů, šlach, svalových pochev a úponů.⁷² Patří sem:

⁶⁸ Srov. GILBERTOVÁ, S., a MATOUŠEK, O., *Ergonomie. Optimalizace lidské činnosti*, s. 70-75.

⁶⁹ Tamtéž, s. 76-78.

⁷⁰ Srov. KOLÁŘ, P., aj., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 454-7

⁷¹ Srov. GILBERTOVÁ, S., a MATOUŠEK, O., *Ergonomie. Optimalizace lidské činnosti*, s. 79-82.

⁷² Tamtéž, s. 85-86.

- **Tendinitidy, tendosynovitidy** – aseptické záněty šlach a šlachových pouzder vznikají vzájemným třením šlach a jejich pochev při nadměrném opakování pohybů. Dochází ke svalové únavě, mikrotraumatizaci a otoku s omezením aktivního pohybu pro bolest.⁷³
 - **Tendinopatie v oblasti ramene** – nejčastější je syndrom rotátorové manžety s poškozením měkkých tkání (zejm. *m. supraspinatus*), tendinitida *m. biceps brachii* a impingement syndrom, kdy je abdukci utiskován úpon *m. supraspinati*, *lig. coracoacromiale* a subakromiální burzy ve *forix humeri*.⁷⁴
 - **Epikondylitidy** - jedná se o bolesti v místě úponů přetěžovaných svalů (entezopatie), které se upínají na buď na radiální (tenisový loket) nebo ulnární epikondyl (oštěpařský loket) při flekčně-extenčních rotačních pohybech ruky.⁷⁵
 - **Tenosynovitidy, tendovaginitidy svalů předloktí a ruky** – nejběžnější z této řady onemocnění z přetížení je *digitus saltans* a *morbus de Quervain*.⁷⁶
- **Syndrom karpálního tunelu** – je charakterizovaný útlakem *n.medianus* v karpálním tunelu v důsledku zbytnění *lig. carpi transversi*. Může mít souvislost s jinými chorobami (dysfunkce hormonální, metabolické, revmatické, poúrazové). Obtíže jsou zprvu charakterizovány bolestmi a nočními paresteziemi. V dalším stádiu dochází k snížení citlivosti v inervační zóně a oslabení svalů zásobovaných příslušným nervem.⁷⁷

Terapie nemocí z přetížení bývá mnohdy náročnější než onemocnění páteře v důsledku jejich častější chronicity. Základem terapie je klidový režim, pracovník je vyřazen z pracovního procesu.⁷⁸ U nemocí z přetížení horních končetin, stejně jako u VAS, je důležitá prevence ve smyslu znalosti ergonomie práce. Je tedy třeba:

⁷³ Srov. TUČEK, M., CIKRT, M., a PELCLOVÁ, D., *Pracovní lékařství pro praxi: Příručka s doporučenými standardy*, s. 204.

⁷⁴ Srov. KOLÁŘ, P., aj., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 470.

⁷⁵ Srov. GILBERTOVÁ, S., a MATOUŠEK, O., *Ergonomie. Optimalizace lidské činnosti*, s. 90.

⁷⁶ Srov. KOLÁŘ, P. aj., *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 485-486.

⁷⁷ Srov. GILBERTOVÁ, S., a MATOUŠEK, O., *Ergonomie. Optimalizace lidské činnosti*, s. 91.

⁷⁸ Tamtéž, s. 98-100.

- **Snížit nadměrnou sílu** – v praxi je obvykle snazší snížit sílu než opakovatelnost pohybů. Snížit zátěž horní končetiny lze i častějším vkládáním přestávek.
- **Upravit polohu ruky** – síla úchopu závisí na poloze především zápěstí. Nejmenší síla je při maximální flexi zápěstí, největší v neutrální poloze. Ještě 75 % maximální síly zůstává při extenzi zápěstí. Při radiální deviaci zápěstí 25° se sníží síla o 20 % a při ulnární deviaci 45° o 25 %. Pozornost je třeba věnovat i polohám ostatních kloubů horní končetiny. V rámci prevence je vhodné pracovat s flexí loketního kloubu v pravém úhlu, ramena by měla být v průběhu práce relaxovaná. To lze docílit například úpravou výšky pracovní plochy (lehátka, lůžka apod.).⁷⁹

1.4.4.3 Ochrana zdraví před fyzickým přetížením

Ochrany před fyzickým přetížením lze dle Tučka (2005) docílit:

- ergonomickým uspořádáním pracovního místa a pracoviště vyhovující antropometrickým rozměrům s přihlédnutím k pracovní poloze a pohybům;
- vyloučením nebo omezením zaujímání nefyziologických pracovních poloh;
- zachováním principů správné manipulace s břemeny;
- zabezpečením správného rozložení práce, střídáním těžší práce s prací lehčí;
- odstraněním zdrojů nepřiměřené fyzické zátěže;
- zákazem převyšování individuální kapacity;
- dodržováním odpočinkových časů, zařazováním přestávek;
- střídáním pracovníků a činností na jednotlivých pracovních místech;
- zařazováním podle pracovní způsobilosti;
- udržováním technických zařízení v dobrém stavu;
- zajišťováním bezpečnosti práce, používáním vhodných osobních ochranných pracovních prostředků.⁸⁰

⁷⁹ Srov. GILBERTOVÁ, S., a MATOUŠEK, O., *Ergonomie. Optimalizace lidské činnosti*, s. 92-98.

⁸⁰ Srov. TUČEK, M., CIKRT, M., a PELCLOVÁ, D., *Pracovní lékařství pro praxi: Příručka s doporučenými standardy*, s. 207.

1.5 Psychohygienu

Základním pojmem psychohygieny (duševní hygieny) je duševní zdraví, které je výsledkem dodržování zásad. Správný denní režim má výrazný pozitivní vliv na psychické zdraví, které má velmi úzký vztah se zdravým tělesným.⁸¹ Psychohygienu se týká relaxace, spánku, odpočinku a regenerace sil, tělesné práce, hospodaření s časem, koncentrování pozornosti, udržování pořádku a tvorby systému hodnot.⁸² Přínosem psychohygieny jsou:

- fungující sociální vztahy – duševně zdravý člověk pozitivně působí na své okolí;
- prevence somatických a psychických onemocnění;
- dobrá pracovní výkonnost – jen vyrovnaný člověk se na práci může soustředit;
- subjektivní spokojenost – vyrovnaný člověk neprožívá citová vypětí.⁸³

1.5.1 Spánek

Spánek lze charakterizovat jako stav snížené mentální a pohybové aktivity, který slouží k obnově psychických a fyzických sil. Spánek svojí kvalitou citlivě reaguje na změny v organismu. Kvalitní spánek je takový, po kterém se osoba po probuzení cítí odpočatá, svěží a plná energie. Zdravý dospělý člověk spí průměrně 6 – 8 hodin denně. Existují jedinci, kterým stačí méně, jiní potřebují více.⁸⁴ Potřeba spánku je u každého individuální záležitostí, je závislá jak na věku, tak na denní aktivitě člověka, fyziologickém stavu organismu aj.⁸⁵ Spánkový cyklus zahrnuje 4 stádia non-REM (Non Rapid Eye Movement) spánku a jednu periodu REM (Rapid Eye Movement) spánku. Cyklus obvykle trvá 90 – 120 minut.⁸⁶ Fáze REM je důležitá pro psychickou regeneraci, fáze non-REM a je významná pro regeneraci fyzickou.⁸⁷

⁸¹ Srov. MARKOVÁ, M., *Determinanty zdraví*, s. 44.

⁸² Srov. NOVÁKOVÁ, I., *Zdravotní nauka 2. díl*, s. 53.

⁸³ Tamtéž, s. 52.

⁸⁴ Srov. PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K., a ZÁVĚŠICKÁ, L., *Nespavost*, s. 11.

⁸⁵ Srov. TRACHTOVÁ, E., MASTILIAKOVÁ, D., a FOJTOVÁ, G., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 69.

⁸⁶ Srov. PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K., a ZÁVĚŠICKÁ, L., *Nespavost*, s. 15-16.

Poruchy spánku se mohou projevit sníženou soustředěností, výkonností, únavou nebo podrážděností. Deficit spánku může vyvolávat bolesti hlavy, potíže zažívacího traktu. Poruchy spánku trápí až čtvrtinu dospělých. Trachtová aj. (2001) je dělí na:

- **Primární** – hlavním problémem je nespavost, popř. nadměrná spavost.
 - *insomnie* – charakterizovaná nedostatkem nebo sníženou kvalitou spánku;
 - *spánková inverze* – charakterizovaná obráceným spánkovým rytmem;
 - *hypersomnie* – znamená nadměrné spaní, nejčastěji během dne. Má často vztah k psychofyziologickým problémům (metabolické poruchy, stres aj.);
 - *narkolepsie* – je charakterizovaná upadnutím do spánku během dne;
 - *spánková apnoe* – projevuje se pravidelnými zástavami dechu během spánku;
 - *parasomnie* – zahrnuje abnormální jevy (náměšičnost, mluvení ze spaní aj.).⁸⁸
- **Sekundární** – problémem poruch spánku jsou jiná onemocnění (porucha štítné žlázy, deprese, aj.).⁸⁹

1.5.2 Odpočinek a relaxace

Moderní doba je charakterizována zvýšeným shonem, neklidem a velkým množstvím podnětů, které je třeba zvládat. U lidí se pak vytváří zvýšené napětí svalů tzv. tenze, která mnohdy přetrvává i přesto, že vyvolávající situace již pominula. Pokud není neutralizována relaxací, jedinec se stává citlivějším a přístupnější negativním vlivům.⁹⁰ Odpočinek je obdobím doplňování sil. Odpočatý organismus je odolnější vůči stresu, je silnější a odolnější vůči tlaku okolí, kterému musí dennodenně čelit. Křivohlavý (2010) dělí relaxaci do dvou skupin:

- Ke **spontánní** (samovolné) **relaxaci** dochází bez našeho úsilí nebo snahy např. při spánku nebo odpočinku. Odpočinek však musí předcházet spánku, neboť nelze

⁸⁷ Srov. TRACHTOVÁ, E., MASTILIAKOVÁ, D., a FOJTOVÁ, G., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 73.

⁸⁸ Tamtéž, s. 75-76.

⁸⁹ Tamtéž, s. 76.

⁹⁰ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Sestra a stres*, s. 34.

usnout bez snížení tenze pod určitou hranici. Není-li člověk dostatečně odpočínutý, dochází ve spánku k samovolným pohybům – škubání končetin, převalování se.

- **Záměrnou** (diferenciovanou) **relaxaci** navozuje člověk vlastní vůlí. Dochází k ní v době bdění v každodenním životě.⁹¹ Záměrné relaxace lze dosáhnout rozličnými způsoby:
 - **Dýchání** – to lze aktivně ovládat, př. aktivace bránice tzv. brániční dýchání.
 - **Ventilace emocí** – vypovídání se z napětí někomu blízkému nebo psychologovi.
 - **Uvolňování svalů** – příkladem může být střídavé napínání a uvolňování určité skupiny svalů na rukou nebo nohou v kombinaci s autosugescí.
 - **Klasická relaxační cvičení**, z nichž jsou nejznámější:
 - **Schultzův autogenní trénink** – při němž dochází k uvolnění napětí svalstva skrze uvolnění psychiky. Harmonizuje se duše i činnost vnitřních orgánů. Navozují se pocity tíže a tepla celého těla a chladu v oblasti čela. Dochází k vědomému prohlubování dýchání a zpomalování srdečního tepu.
 - **Jacobsonova progresivní relaxace** – je založena na aktivní a systematické kontrakci a relaxaci kosterní svaloviny.
 - **Uvolňování částí těla podle profesora Reicha** – odstraňuje svalové napětí, které je zakonzervováno v některém ze sedmi okruhů lidského těla.⁹²

Odpočinkem lze rozumět především klid, relaxaci bez emočního stresu a cílené uvolnění napětí a úzkosti. Kukačka (2010) dělí relaxaci podle aktivity:

- **Pasivní** – hlavním znakem je navození příjemné nálady a tvorba příjemných prožitků, které odvádějí od problémů a stresu. Příkladem může být poslech oblíbené hudby, návštěva kina nebo divadla, masáž, akupunktura nebo aromaterapie. Tato relaxace je nedynamického charakteru, člověku se nedostává zdravého pohybu.

⁹¹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Sestra a stres*, s. 34-35.

⁹² Tamtéž, s. 34-47.

- **Aktivní** (dynamická) – člověk může kvalitně odpočívat i aktivně. Relaxace může probíhat v podobě kolektivního sportu nebo jiné pohybové činnosti. Při maximálním zaujetí pro hru lze zapomenout na problémy a starosti. Důležité je umění oprostít se od vtíravých myšlenek, které s sebou přináší monotónní činnost (běh, jízda na kole aj.). Aktivní relaxace je také představována metodami, které vnášejí do psychiky klid pomocí cílených mentálních pokynů a usilují o relaxaci psychickou. Často bývá prostředníkem právě tělo, které je schopno uvolnění a přenosu tohoto uvolnění do psychické sféry.⁹³ Příkladem může být jóga, která představuje systém holistických postupů péče o psychickou i tělesnou stránku zdraví s filozofickým i duchovním zázemím nebo tai-či, které vzniklo spojením filozofie, bojového umění a zdravotního cvičení.⁹⁴

1.6 Pohybová aktivita

Pohyb je jedním ze základních projevů člověka – dechové pohyby, stahy srdeční svaloviny, kolování krve v žilách. Aktivní pohyb, který je výsledkem vlastní pohybové aktivity, je nejpřirozenějším předpokladem pro zachování a upevňování fyziologických funkcí organismu.⁹⁵ Tělesná námaha a pohybová aktivita postupně mizí z života současného člověka. Důsledkem dopravních prostředků, výtahů, vysedáváním u televize, počítačů a dalších technických vymožeností, dochází k poškozování zdraví. Pohybová nedostatečnost se projevuje i ekonomickými ztrátami ve formě nemocnosti, absence na pracovišti atd.⁹⁶ Pohybová aktivita především:

- **Zlepšuje zdravotní stav** – zvyšuje tělesnou zdatnost a kondici, zpevňuje kosti a tak zmírňuje riziko fraktur.
- **Vyvolává pozitivní emoce** – zlepšuje pocit duševní pohody (vznik endorfinů) a odolnost vůči stresu, zlepšuje kvalitu spánku.

⁹³ Srov. KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví*, s. 99-100.

⁹⁴ Tamtéž, s. 101.

⁹⁵ Srov. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., a DOLANSKÝ, H., *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, s. 47.

⁹⁶ Srov. BESS, M., *Psychologie aktivního způsobu života*, s. 13.

- **Předchází vzniku chorob** – předchází diabetes mellitus II. typu, kardiovaskulárním onemocněním, obezitě, hypertenzi, nádorovým onemocněním, působí proti vertebrogenním obtížím, zmírňuje úzkostné stavy a deprese aj.
- **Pohyb prodlužuje délku života.**⁹⁷

S ohledem na vztah fyzické aktivity ke zdraví je důležité zmínit účast endorfinů při delší submaximální fyzické zátěži (stejně jako po vystavení psychickému stresu). Pozitivním efektem endorfinů je snížení citlivosti na bolest, příznivé působení na náladu (někdy až euforizující) nebo zvýšení chuti k jídlu.⁹⁸ Na pohybovou aktivitu také nelze pohlížet pouze jako na prostředek ovlivňující fyzické zdraví, je třeba si uvědomit jeho další hodnoty. Důležitou skutečností je, že pravidelně prováděná tělesná aktivita je základem změny životního stylu a pomáhá tak udržení nutričních změn, nekuřáctví a zvládnání stresu.⁹⁹ S pohybovou činností a jejím vlivem na organismus je spojován pojem tělesné zdatnosti (kondice, fitness). Tato zdatnost je dána vytrvalostí (schopností organismu zásobovat tkáně kyslíkem), pohyblivostí kloubů, šlach a vazů, svalovou silou a koordinací pohybů.¹⁰⁰ Zdatnost lze rozvíjet sportovním směrem, kdy se trénink podřizuje specifickým požadavkům, které ale mohou způsobit nerovnoměrný rozvoj jednotlivých složek zdatnosti (tab. 1). Na druhé straně zdravotně orientovaná zdatnost rozvíjí všechny složky tělesné kondice rovnoměrně a usiluje o pozitivní dopad pohybových aktivit na organismus¹⁰¹

⁹⁷ Srov. KASTNEROVÁ, M., *Poradce zdravého životního stylu*, s. 102.

⁹⁸ Srov. FOŘT, P., *Sport a správná výživa*, s. 239-240.

⁹⁹ Srov. KASTNEROVÁ, M., *Poradce zdravého životního stylu*, s. 102-103.

¹⁰⁰ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 43.

¹⁰¹ Tamtéž, s. 43-44.

Tab. 1 – Složky tělesné zdatnosti a pohybové aktivity, které je rozvíjejí¹⁰²

Činnost/složky zdatnosti	Vytrvalost	Pohyblivost	Síla	Koordinace
Aerobick	●●●	●●	●	●●●
Běh, jogging	●●●	●	●●	●
Cyklistika	●●●	●	●●	●●
Gymnastika	●	●●●	●●	●●●
Jízda na koni			●●●	●●●
Jóga		●●●	●	●●
Kulturistika		●	●●●	●●
Plavání	●●●	●●	●●●	●●●
Práce na zahradě	●●	●	●●●	●●
Rychlá chůze	●●		●	
Tenis	●●	●●●	●●●	●●●

Vysvětlivky: ● dobrý účinek, ●● velmi dobrý účinek, ●●● vynikající účinek

1.6.1 Vytrvalost

Vytrvalostní složku lze posilovat aktivitou především lokomočního charakteru (svižná chůze, běh, cyklistika, plavání apod.) ovšem za předpokladu, že budou prováděny určitou intenzitou po určitou dobu. Cvičení by mělo být prováděno 3 – 4x týdně (nejlépe denně) s intenzitou 60 – 90 % maximální srdeční frekvence (SF_{max}), kterou lze vypočítat: $SF_{max} = 220 - \text{věk}$. Zatížení většího charakteru, kdy hodnota srdeční frekvence překročí hranici anaerobního prahu (dochází k vzestupu koncentrace laktátu v plazmě), není vhodné pro rozvoj vytrvalosti a může být pro organismus zcela zbytečnou zátěží.¹⁰³ Ke stanovení bezpečné hodnoty srdeční frekvence lze užít orientační metodu „mluvit, zpívat, těžce dýchat“.¹⁰⁴ Je-li jedinec během zátěže schopen mluvit, je zátěž přiměřená. Je-li schopen zpívat, zátěž je nedostatečná. A pokud je dušný, zátěž je příliš velká. Dalším orientačním testem může být „test du parler“ – test mluvení. V okamžiku dosažení nadprahové intenzity není jedinec schopen souvislé řeči.¹⁰⁵

¹⁰² Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 43.

¹⁰³ Srov. KASTNEROVÁ, M., *Poradce zdravého životního stylu*, s. 103-104.

¹⁰⁴ Srov. CHALOUPKA, V., aj., *Rehabilitace u nemocných s kardiovaskulárním onemocněním*, s. 130.

¹⁰⁵ Srov. PLACHETA, Z., aj., *Zátěžové vyšetření a pohybová léčba ve vnitřním lékařství*, s. 72.

1.6.2 Síla

Svalovou složku lze rozvíjet posilováním, kondičním plaváním, atletikou apod. Při těchto činnostech se ve větší míře prokrvují svaly, zlepšuje se odolnost proti zranění. Kosterní svaly se rozeznávají dvojího typu:

- **Svaly fázického charakteru** (rychlé, obsahují převážně bílá vlákna) vykonávají především rychlé pohyby, mají tendence k ochabování.
- **Svaly posturálního charakteru** (pomalé, obsahují převážně červená vlákna) stabilizují tělo ve vzpřímené poloze, mají tendence ke zkracování.

V případě, že je jedna skupina silnější (často posturální svaly) dochází k svalové dysbalanci. U jedince se vyskytne vadné držení těla charakteristické pohledem z boku – předsunutým držením hlavy, zvýšenou krční lordózou, rameny držnými v protrakci a elevaci, zvýšenou kyfózou hrudní páteře, zvýšenou lordózou bederní páteře, prominencí břišní stěny, pánví v anteverzi, zadkem vysazeným směrem dozadu. Při pohledu zezadu lze pozorovat odstávající mediální hrany lopatek, zvýšené napětí paravertebrálních svalů po stranách páteře. Ke svalové dysbalanci dochází nejen fyzickou nečinností, ale naopak i špatně vedeným (často jednostranným) sportem. Svalová síla dosahuje svého maxima okolo 30. roku věku. S přibývajícím věkem se počet i velikost svalových vláken snižuje. Svalová vlákna nahrazuje tkáň vazivová, výkonnost klesá. Ztráty svalové síly může oddálit fyzický trénink, protože svaly pracují tím lépe, čím více jsou využívány.¹⁰⁶

1.6.3 Pohyblivost a koordinace

Pohyblivost nelépe rozvíjejí činnosti a sporty, při nichž se pravidelně střídá zátěž s uvolněním. Převaha statické práce nad dynamickou se může projevit opotřebením meziobratlových plotének a chrupavek.¹⁰⁷ Koordinace a stabilita se s přibývajícím

¹⁰⁶ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 45-46.

¹⁰⁷ Tamtéž, s. 47-48.

věkem zhoršuje. Zhoršuje se taktilní citlivost, zraková kontrola a rozsah pohybu. Pravidelnou pohybovou aktivitou lze i tyto procesy pozitivně ovlivnit.¹⁰⁸

1.6.4 Sportovní aktivity

Pohybová (sportovní) aktivita musí především jedince bavit. Musí si najít aktivitu, u které vydrží a pochopitelně, která organismu skutečně prospívá. Kukačka (2010) popisuje některé aktivity takto:

- **Aerobick** má celou řadu forem a podob. Intenzivní aerobní lekce je zaměřená na trénink kardiovaskulárního systému, redukci tuků, rozvoj pohybové koordinace a paměti.
- **Běh** je vhodnou prevencí proti řadě civilizačních chorob (obezita, hypertenze, stres, hypercholesterolemie apod.). Běh je neúčinnější formou pohybu pro správnou činnost srdce a oběhového systému. Zvláštní formou běhu je jogging, který je definován jako běh po měkkém povrchu mírné až střední intenzity trvajících minimálně 30 minut.
- **Cyklistika** je ideální doplněk pohybové zátěže. Jízda na kole ovlivňuje metabolismus, zvyšuje vytrvalost, svalovou koordinaci a sílu dolních končetin. Speciální formou jízdy na statickém kole je indoor cycling tzv. „spinning“.
- **Chůze** je přirozený pohyb, který nepoškozuje klouby a vazy a přitom intenzivní chůzí lze dosáhnout vysokého energetického výdeje. Zapojuje svalstvo, které udržuje vertikální polohu i samotné efekty lokomoce. Optimální je ujití 7 kilometrů denně (odpovídá 10 000 krokům). Tato vzdálenost dává solidní předpoklad pro základní tělesnou zdatnost. Specifický styl chůze s holemi, který více zapojí i horní polovinu těla, se nazývá „Nordic walking“.
- **Jógou** se nerozumí jen jógové polohy – ásany, ale i dechová cvičení, duševní klid a pohoda. Moderní doba si vyžádala určitou změnu pojetí jógy a přišla s dynamickou jógou, která je přínosem především pro fyzickou kondici a zdraví.

¹⁰⁸ Srov. STEJSKAL, P., *Proč a jak se zdravě hýbat*, s. 74.

- **Lyžování** na sjezdových i běžeckých lyžích působí pozitivně na vytrvalost, sílu a obratnost. Nabízí činnost ve zdravém prostředí přírody.
- **Míčové hry** (košíková, odbíjená, kopaná, házená aj.) jsou oblíbené a vhodné pro velkou schopnost člověka motivovat. Zlepšují rychlost, vytrvalost, obratnost i celkovou zdatnost.
- **Plavání** má pozitivní efekt na imunitní systém díky otužování, trénuje vytrvalost. Zejména při vertebrogenních problémech je důležitý správný plavecký styl.
- **Posilování** nepřináší pouze tvorbu svalstva, které zlepšuje rovnováhu a pružnost těla, ale tato činnost přináší mnohem obsáhlejší prospěch. Posilování slouží k formování postavy, kontrole tělesné hmotnosti a jako prevence vertebrogenních bolestí.¹⁰⁹

1.7 Výživa

Organismus potřebuje energii k zajištění své činnosti a stavební materiál ke tvorbě tkání a orgánů. Oboje lze získat potravou. Správná (racionální) výživa by měla být vyvážená, jak po kvantitativní, tak po kvalitativní stránce.

Z **kvantitativního hlediska** by výživa měla zajistit příjem energie odpovídající jejímu výdeji, tzn. vyrovnanou energetickou bilanci. Lidé fyzicky pracující (těhotné nebo kojící matky) mají větší energetické nároky oproti těm, kteří vykonávají lehkou činnost spojenou např. se sedavým zaměstnáním.¹¹⁰ V případě pozitivní energetické bilance způsobené buďto vyšším energetickým příjmem nebo nižším energetickým výdejem se začne ukládat tuk do zásob a vzniká nadváha až obezita. Obezitu lze klasifikovat dle tzv. Body Mass Indexu (BMI), který je dán výpočtem „hmotnost (v kg) / výška² (v cm)“. Normální hodnota BMI činí 18,5 – 24,9; nadváha je klasifikována hodnotami BMI v rozmezí 25 – 30 a obezita hodnotou BMI nad 30. Energetický výdej sestává z klidového energetického výdeje (55 – 70 %),

¹⁰⁹ Srov. KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví*, s. 32-43.

¹¹⁰ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 18.

postprandiální termogeneze (8 – 12 %) a výdeje při pohybové aktivitě (20 – 40 %).¹¹¹ Energetická rovnováha, preference potravin jsou vedle socioekonomických a kulturních faktorů významně geneticky determinovány (až 40 – 70 %). Hereditární faktory působí ve vzájemné interakci s faktory exogenními (tzv. obezitogenní geny). Pokud je tedy jedinec s obezitogenními geny vystaven obezitogennímu prostředí, choroba (a s ní sdružené komplikace) se manifestují a naopak.¹¹²

Z kvalitativního hlediska by měla být potrava rozmanitá a vyvážená tak, aby byl zajištěn dostatečný a vyvážený přísun živin, minerálů a vitamínů včetně vody. Jednostranná výživa může být příčinou oslabení imunitního systému, řady kardiovaskulárních onemocnění nebo nádorových onemocnění.¹¹³ Ukazuje se, že více než 40 % všech civilizačních onemocnění je způsobeno právě nevhodnou stravou.¹¹⁴ Od roku 1986 vydává Společnost pro výživu ČR doporučení vycházející z doporučení pro Evropu navržených WHO (příl. 2). K názornému grafickému znázornění pestrého jídelníčku slouží tzv. výživová pyramida pro racionální výživu. Potraviny jsou zde řazeny podle vhodnosti ke konzumaci odspodu nahoru v rámci každého patra zleva doprava. Základní výživové zdroje jsou proteiny, sacharidy, lipidy, vitamíny, minerální látky, stopové prvky a voda.

1.7.1 Proteiny

Proteiny (bílkoviny) jsou nenahraditelnou stavební látkou organismu jako součást buněk, krve, protilátek, enzymů apod. Pokrývají 15 – 20 % energetických potřeb organismu. Zatímco lipidy může organismus získat přeměnou ze sacharidů a sacharidy z proteinů, proteiny je třeba získávat potravou. Průměrný příjem bílkovin by měl činit 0,8 – 1 g/kg/den. Příjem proteinů by měl vzrůst při výkonu namáhavé tělesné práce, sportu, v rekonvalescenci a těhotenství.¹¹⁵ Proteiny se skládají z aminokyselin. Ty, které si organismus neumí sám vyrobit, a je třeba je přijímat výhradně potravou, se nazývají esenciální (leucin, izoleucin, valin, metionin,

¹¹¹ Srov. HAINER, V., aj., *Základy klinické obezitologie*, s. 65.

¹¹² Tamtéž, s. 72-73.

¹¹³ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 18.

¹¹⁴ Srov. KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví*, s. 44.

¹¹⁵ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 18-19.

fenylalanin, lyzin, treonin, tryptofan, histidin). Proteiny plnohodnotné povahy (obsahují všech 8 esenciálních aminokyselin) lze nalézt v potravinách živočišné povahy – mase, vejcích, mléce a sýrech. Neplnohodnotné proteiny jsou zastoupeny především v potravinách rostlinné povahy – luštěninách, ořechích, sóji a obilninách. Živočišné a rostlinné bílkoviny by měly být v potravě zastoupeny v poměru 1:1.¹¹⁶

1.7.2 Sacharidy

Sacharidy (cukry) tvoří hlavní zdroj energie pro lidský organismus (ve formě glukózy jako okamžitého zdroje, ve formě glykogenu v játrech a ve svalech jako zásobní zdroj). Kryjí energetické potřeby organismu až z 55 % ve smíšené potravě. Hrají důležitou roli ve všech fyziologických reakcích vč. imunitních, regenerace tkáně a buněk. Cukry pro tělo využitelné lze rozdělit na mono-, oligo- a polysacharidy.¹¹⁷ Hlavními představiteli monosacharidů je glukóza, fruktóza a galaktóza, jejichž základními zdroji je med, ovoce aj. Jednoduché cukry by neměly překročit 25 % z celkového příjmu cukrů.¹¹⁸ Nejvýznamnějšími zástupci oligosacharidů je sacharóza, maltóza a laktóza., které lze nalézt v obilovinách, mléce aj. Mezi využitelné polysacharidy patří především škrob (v organismu se štěpí na glukózu) obsažený v obilovinách dále v bramborách a luštěninách. Do nevyužitelných nebo jen částečně využitelných polysacharidů se řadí celulóza, pektin, inulin aj.¹¹⁹ Dávka sacharidů je závislá především na fyzické aktivitě, měla by se pohybovat kolem 100 – 300 g/den. Vysoký přísun může být zdrojem hromadění energie v tukových zásobách spojeným se vznikem obezity, diabetes mellitus II. typu nebo kardiovaskulárními onemocněními.¹²⁰

Významnou roli hraje glykemický index potravin. Ten vztahuje plochu pod glykemickou křivkou po požití dané potravin k ploše pod glykemickou křivkou po požití glukózy (představuje 100 %). Je vhodné preferovat potraviny s nízkým

¹¹⁶ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 18-19.

¹¹⁷ Tamtéž, s. 21-22.

¹¹⁸ Srov. HŘIVNOVÁ, M., aj., *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*, s. 24.

¹¹⁹ Srov. KASTNEROVÁ, M., *Poradce zdravého životního stylu*, s. 34.

¹²⁰ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 22.

glykemickým indexem – čočka (29 %), těstoviny (41 %) nebo rýže (51 %), které zvyšují hladinu cukru v krvi pozvolna.¹²¹

Ve výživě nelze opomenout vlákninu, kterou se souhrnně označují celulóza, hemicelulóza, pektin, resistantní škroby aj. Rozpustná vláknina má schopnost vázat vodu a tím navozuje pocit sytosti. Zpomaluje pasáž trávicím traktem, zpomaluje rychlost resorpce glukózy v tenkém střevě. Je obsažena v ovoci, luštěninách a bramborách. Nerozpustná vláknina je obsažena v zelenině, otrubách a celozrnných výrobcích. Podílí se na zvyšování objemu stolice, pozitivně ovlivňuje peristaltické pohyby, mechanicky čistí střevo a tím urychluje průchod odpadních látek střevem. Doporučená dávka vlákniny by se měla pohybovat okolo 30 – 40 g/den v poměru 3:1 ve prospěch nerozpustné vlákniny.¹²²

1.7.3 Lipidy

Lipidy (tuky) jsou v organismu součástí buněk jako stavební materiál nebo ve formě kapének uložených v buňkách podkožního tukového vaziva a tukové tkáně některých orgánů jako zásobní látka. Tvoří 25 – 30 % energetického krytí lidské potřeby, kromě nervové tkáně ji využívají všechny orgány jako zdroje dlouhodobé energie. Lipidy mají významnou termoregulační funkci, poskytují mechanickou ochranu, jsou důležité pro vstřebávání některých vitamínů.¹²³ Denní příjem lipidů by neměl přesáhnout 60 – 80 g/den. Jejich vysoký přísun je příčinou vzniku obezity a kardiovaskulárních onemocnění. Nadbytečný energetický příjem z tuků je inkorporován přímo do tukových zásob, kapacita jejich tvorby je takřka neomezená. Lipidy lze dělit na rostlinné (olej řepkový, lněný, slunečnicový, olivový) a živočišné (máslo, sádlo, maso, mléko, vaječné žloutky), v poměru 1:3 ve prospěch rostlinných.¹²⁴

¹²¹ Srov. HAINER, V., aj., *Základy klinické obezitologie*, s. 61.

¹²² Srov. KASTNEROVÁ, M., *Poradce zdravého životního stylu*, s. 31-32.

¹²³ Srov. NOVÁKOVÁ, I., *Zdravotní nauka 2. díl*, s. 32-33.

¹²⁴ Tamtéž, s. 33.

Lipidy (sloučeniny mastných kyselin a glycerolu) dle mastné kyseliny Nováková (2011) dělí:

- **Nenasycené mastné kyseliny** – je třeba je dodávat potravou. Nenasycené mastné kyseliny lze najít v rostlinných olejích (sójovém, slunečnicovém, olivovém, v rybách). Snižují hladinu cholesterolu v krvi, mají příznivý vliv na cévní funkce.
- **Nasycené mastné kyseliny** – převažují v tucích živočišné povahy, ale lze je nalézt i v kokosovém tuku nebo palmovém oleji. Jejich zvýšený příjem zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění.¹²⁵

Součástí tuků živočišného původu je **cholesterol**. Existují dvě základní transportní formy – HDL lipoprotein má účinky antioxidační a LDL lipoprotein – urychluje proces aterosklerózy cév. Celková hodnota cholesterolu by neměla přesáhnout 5 mmol/l v krvi. Nejbohatší na cholesterol jsou vnitřnosti, játra, uzeniny, vaječný žloutek, a máslo.¹²⁶

1.7.4 Vitamíny a minerální látky

Vitamíny nejsou zdrojem energie pro organismus, ale jsou nezbytné pro normální průběh vnitřních pochodů. Ve většině případů si je organismus nedokáže vytvářet, je třeba je dodávat ve stravě. Zdrojem je především rostlinná, méně živočišná strava (mléko, maso, vejce, vnitřnosti). Lze je rozdělit na dvě skupiny – vitamíny rozpustné v tucích (lipofilní – vit. A, D, E, K), jejichž zdrojem je mléko, vejce, játra, rybí tuk, ovesné vločky, meruňky, žlutá a listová zelenina a vitamíny rozpustné ve vodě (hydrofilní – skupina vit. B, C, H, kys. listová, nikotinová, pantotenová), které jsou obsaženy v luštěninách, droždí, obilných klíčcích, vnitřnostech, rybách, žloutcích, ovoci a zelenině.¹²⁷ Obohacování potravy o vitamíny je vhodné u jedinců, kteří trpí poruchou výživy, která má za následek nedostatečný příjem vitaminů nebo u jedinců,

¹²⁵ Srov. NOVÁKOVÁ, I., *Zdravotní nauka 2. díl*, s. 32-33.

¹²⁶ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 20.

¹²⁷ Tamtéž, s. 28-29.

kteří trpí takovou nemocí, která potřebu vitaminů zvyšuje a potrava by tedy toto množství nestačila pokrýt.¹²⁸

Minerální látky se v organismu vyskytují jako elektrolyty v tělesných tekutinách, jako nerozpustné soli v kostech a zubech nebo jako vázány na bílkoviny, tuky, hormony, vitamíny apod. Minerální látky zahrnují sodík, draslík, vápník, fosfor, hořčík a síra. V řádově nižších koncentracích se nacházejí **stopové prvky**, mezi které se řadí železo, zinek, jod, selen, fluor, hliník, měď, mangan, kobalt, chrom a cín.¹²⁹

1.8 Pitný režim

Voda je součástí každé buňky lidského těla, v dospělosti tvoří 60 % tělesné hmotnosti. Kvalita přijatých tekutin a jejich průběžný příjem ve správném množství jsou důležitým předpokladem zachování zdraví i pracovní výkonnosti. Voda je přijímána ve formě nápojů, ale i z pevné stravy. Z těla odchází denně v průměru asi 2,5 litru vody močením, pocením, kůží, plícemi a malá část i stolicí.¹³⁰ Ve zdravém organismu je bilance vody v rovnováze. Třetina vody se v těle vytvoří metabolickou činností, asi 900 ml vody je přijata vázaná v potravě. To znamená, že zbytek (asi 1,5 litru) je třeba do těla dostat přímo ve formě tekutin. Její nedostatek způsobuje problémy akutní i chronické povahy – bolesti hlavy, únavu a malátnost, pokles fyzické a duševní výkonnosti včetně poklesu koncentrace a podrážděnosti. Ztráta tekutin na úrovni 2% tělesné hmotnosti představuje ztrátu 20 % výkonu, proto návyky pitného režimu mají značně negativní dopad na pracovní proces. Při dlouhodobém, mnohdy neregistrovaném nedostatku tekutin, může docházet k poruchám funkce ledvin, vzniku kardiovaskulárních chorob, zvyšuje se riziko trombózy.¹³¹

¹²⁸ Srov. KOPECKÝ, M., a CICHÁ, M., *Somatologie pro učitele*, s. 169.

¹²⁹ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 23-27.

¹³⁰ Tamtéž, s. 27.

¹³¹ Srov. KOŽÍŠEK, F., a JELIGOVÁ, H., *Pitný režim: proč, kolik a co vlastně pít?*, s. 388-389.

1.8.1 Potřeba tekutin

Potřeba tekutin je přísně individuální záležitost, která závisí na mnoha faktorech – tělesné hmotnosti, věku a pohlaví, složení a množství stravy (obsah vody, soli, bílkovin a kalorií), tělesné aktivitě, teplotě a vlhkosti prostředí, aktuálnímu zdravotnímu stavu, zavodnění organismu aj. To znamená, že se může pohybovat od jednoho litru až po několik litrů za den. Optimální se zdá vypít 1,5 – 2 litry tekutin.¹³² Příkladem může být rozdíl potřeby vody dospělého při okolní teplotě 22 °C – 22 ml/kg tělesné hmotnosti a při okolní teplotě 37 °C – 38 ml/kg tělesné hmotnosti.¹³³ Zda je pitný režim dostatečný se lze přesvědčit podle zbarvení moči. Její tmavé zbarvení moči signalizuje nedostatek přijímaných tekutin.¹³⁴

1.8.2 Vhodnost nápojů

Nápoje vhodné a nevhodné jako základ pitného režimu definuje Kožíšek (2010):

- **Vhodné nápoje** ke stálému pití pro osoby bez rozlišení věku a zdravotního stavu jsou čisté vody - pitné z vodovodu nebo balené kojenecké, pramenité a slabě mineralizované přírodní vody bez oxidu uhličitého (obsah rozpuštěných látek 50 – 500 g/l). Tyto vody lze konzumovat bez omezení množství úměrně k potřebám organismu. K vhodným nápojům patří i vodou ředěné ovocné a zeleninové šťávy, neslazené a slabé čaje (především zelené) nebo nápoje z praženého obilí.¹³⁵
- **Méně vhodné nápoje** jsou minerální vody středně a silně mineralizované (obsah rozpuštěných látek více než 500 g/l), která představuje určitá rizika (např. hypertenze). Vody sycené oxidem uhličitým by také neměly být konzumovány pravidelně. Mají diuretické vlastnosti, takže rozhodně nejsou ideálním nápojem k úhradě chybějících tekutin, navíc dráždí žaludeční sliznici.

¹³² Srov. KOŽÍŠEK, F., a JELIGOVÁ, H., *Pitný režim: proč, kolik a co vlastně pít?*, s. 388-389.

¹³³ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 27-28.

¹³⁴ Srov. KOŽÍŠEK, F., a JELIGOVÁ, H., *Pitný režim: proč, kolik a co vlastně pít?*, s. 389.

¹³⁵ Tamtéž, s. 388-389.

Uhličitě přírodní minerální vody (kyselky) lze cíleně využít k posílení diurézy, nikoliv trvale. Perlivé vody mohou způsobit žaludeční a trávící obtíže.¹³⁶

- **Nevhodné nápoje** jsou především limonády, kolové nápoje, ochucené a slazené minerální vody, energetické nápoje, nektary apod. Důvodem je např. cukr, který jen zvyšuje pocit žízně nebo oxid uhličitý, který spolu s organickými kyselinami poškozují zubní sklovinu. Kofein v kolových nápojích vede k hyperaktivitě. Kyselina fosforečná, která je rovněž součástí kolových nápojů, pravděpodobně zvyšuje riziko osteoporózy. Do skupiny nevhodných nápojů patří i káva, nelze ji do potřebného denního objemu tekutin počítat. Alkohol by se měl užívat s mírou.¹³⁷

1.8.3 Pitný režim v náročných situacích

Potřeba vody je zvýšena (v extrémních situacích až 10 l/den) při vysoké energetické přeměně, v horku, suchém a chladném prostředí, po požití většího množství soli, při horečce, zvracení, průjmu. Při vysokých ztrátách vody, především potem, dochází ke ztrátám minerálních látek, které je nutné nahradit. U vrcholového sportu a u některých náročných profesí je proto nutné do sortimentu zařadit nápoje iontové, obohacené, energetické, proteinové apod. Zaměstnavatelé dle nařízení vlády č. 68/2010 Sb. poskytují svým zaměstnancům bezplatně ochranné nápoje, které slouží k ochraně zdraví před účinky tepelné nebo chladové zátěže. Tato povinnost zaměstnavatelů je stanovena Zákoníkem práce (§133 b).¹³⁸

1.9 Závislosti

Závislost je stav, při kterém se jedinec není schopen obejít bez určité látky, případně činnosti. Závislost má stránku fyzickou, psychickou i sociální. Je to nezvladatelná touha po látce nebo chování, přestože jedinec ví, že je pro něj

¹³⁶ Srov. KOŽÍŠEK, F., a JELIGOVÁ, H., *Pitný režim: proč, kolik a co vlastně pít?*, s. 388-389.

¹³⁷ Tamtéž.

¹³⁸ Srov. LAJČÍKOVÁ, A., a KOŽÍŠEK, F., *Pitný režim a zdraví*, s. 106-110.

nebezpečná.¹³⁹ Na vzniku závislosti se podílí nejen návyková látka jako taková, ale i osobnost užívajícího jedince, jeho sociální prostředí nebo psychosociální vlivy.¹⁴⁰ Závislost na návykových látkách vede ke změnám osobnosti, nevratnému poškození zdraví a v některých případech ke smrti.¹⁴¹ Dlouhodobým zneužíváním některé návykové látky vzniká závislost somatická, psychická nebo obě. **Psychická závislost** se projevuje neodolatelým nutkáním drogu užít navzdory tomu, že si jedinec uvědomuje, že toto jednání není správné. Mozek se začne přizpůsobovat narušování vnitřního prostředí a k udržení homeostázy potřebuje drogu stále dodávat. **Závislost somatická** vzniká po dlouhodobějším a častějším užívání drogy. Po jejím vysazení se projevuje abstinenčními příznaky.¹⁴² Mezi nejčastěji užívané návykové látky lze řadit nikotin, alkohol a kofein, dále opiáty, kanabinoidy, hypnotika a sedativa, stimulancia, halucinogeny a těkavé látky.¹⁴³ Velice často vyvolá zkušenost s jednou návykovou látkou přechod k jiné a zvyšuje se tak riziko experimentování. Zkušenost s alkoholem a tabákem přes marihuanu může vést až k jiným ilegálním látkám.¹⁴⁴

1.9.1 Kouření

Již před několika desetiletími bylo dokázáno, že užívání tabáku poškozuje zdraví. Riziko předčasného úmrtí je zde mimořádně vysoké, polovinu dlouhodobých kuřáků nakonec tabák zabije. Polovina jich zemře v produktivním věku se ztrátou 20 – 25 let života. Nemocem a úmrtím je možné účinně předcházet prevencí. Základní částí tabákového kouře je nikotin, na který vzniká velmi rychle závislost. Dočasně pomáhá zvládat stres, zvyšuje soustředěnost člověka, snižuje napětí a úzkost. Jeho nedostatek však vyvolává abstinenční příznaky, k nimž patří nutkavá touha po cigaretě, špatná nálada, neschopnost se soustředit, podrážděnost, nervozita nebo zvýšená chuť k jídlu.¹⁴⁵ Tabákový kouř čítá okolo 5 tisíc chemických látek. Při jeho dlouhodobé

¹³⁹ Srov. HŘIVNOVÁ, M., aj., *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*, s. 64.

¹⁴⁰ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 75.

¹⁴¹ Srov. HŘIVNOVÁ, M., aj., *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*, s. 70.

¹⁴² Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 73-74.

¹⁴³ Srov. KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví*, s. 156.

¹⁴⁴ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 59-72.

¹⁴⁵ Srov. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., a DOLANSKÝ, H., *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, s. 55-57.

inhalaci se zvyšuje riziko vzniku rakoviny prsu, plicních onemocnění, včetně rakoviny plic a jiných zhoubných nádorů a řady kardiovaskulárních onemocnění.¹⁴⁶ Riziko kouření závisí na množství vykouřeného tabáku, době kuřáckého návyku a na druhu užívaných produktů.¹⁴⁷ Riziko s sebou přináší i **pasivní kouření**, kdy je osoba nedobrovolně vystavena cigaretovému kouři, který uniká z volně hořící cigarety nebo při pobytu v zakouřených prostorech.¹⁴⁸

V posledních letech lze pozorovat nárůst uživatelů elektronických cigaret (e-cigaret), které simulují kouření bez pálení tabáku. Oproti klasickým cigaretám eliminují e-cigarety zdravotní rizika vycházející z vdechování kouře obsahujícího několik tisíc chemických látek, e-cigareta odpařuje kapalinu na bázi propylenglykolu, s příchutí. E-cigarety jsou užívány v nekuřáckých prostorech jako „zdravější“ alternativa kouření, anebo jako nástroj k odvykání kouření. Zdravotní rizika zatím nebyla prokázána, nejsou k dispozici žádné dlouhodobé studie a tak nemohou být považovány za bezpečné. Prodej e-cigaret je zakázán nezletilým do 18 let věku.¹⁴⁹

1.9.2 Alkohol

Aktivní složkou alkoholových nápojů je etanol (etylalkohol), který se v nápojích vyskytuje v různých koncentracích od 3 – 8 % v pivě, 8 – 14 % ve víně, 20 – 50 % v likérech až po 40 – 60 % v destilátech. Alkohol je používán pro své účinky na nervovou soustavu. Je to snadný způsob jak rychle vyvolat pocity radosti, euforie, odstranit duševní napětí, stres, úzkost nebo strach z řešení problémů. Užívání alkoholu usnadňuje navazování společenských kontaktů, může být označen jako prostředek ke kompenzaci pracovního stresu.¹⁵⁰ Účinky závisí na vypitém množství a druhu alkoholu, na fyzickém a psychickém stavu konzumenta, na jeho náladě a mnoha dalších faktorech. Množství alkoholu v krvi se měří v promilích (1 ‰ odpovídá 1 g

¹⁴⁶ Srov. STRUNECKÁ, A., a PATOČKA, J., *Doba jedová*, s. 60-61.

¹⁴⁷ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 59-65.

¹⁴⁸ Tamtéž, s. 61-62.

¹⁴⁹ Srov. SCHALLER K., aj., *Red Series Tobacco Prevention and Tobacco Control: Electronic Cigarettes – An Overview*, <http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_19_e-cigarettes_an_overview.pdf>.

¹⁵⁰ Srov. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., a DOLANSKÝ, H., *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, s. 57.

alkoholu v 1 l tekutiny). Koncentrace 0,5 ‰ alkoholu v krvi snižuje napětí a úzkost, zvyšuje sebedůvěru. Při 1,5 ‰ nastává ztráta zábran, narušení svalové koordinace. Při 2 – 3‰ koncentraci alkoholu dochází k těžké poruše hybnosti a vnímání. Při koncentraci 3 ‰ a více v krvi může dojít k bezvědomí, zástavě dechu a smrti.¹⁵¹ Akceptovatelné množství alkoholu u zdravých mužů je 20 g/den a u zdravých žen 10 g/den. Dvaceti gramům alkoholu odpovídá asi 0,5 l piva nebo 0,25 l vína, případně 0,06 l destilátu. Toto množství přispívá ke zvýšení HDL cholesterolu, který chrání tepny před aterosklerózou a působí kardioprotektivně. Není ale možné stanovit přesnou prahovou hodnotu příjmu alkoholu, při které převažují pozitivními účinky nad negativními vlivy. Dlouhodobé požívání většího množství alkoholu se však jistě podílí na cirhóze jater, na vzniku nádorových onemocnění, onemocněních trávicího a kardiovaskulárního systému a má i řadu nepřímých důsledků.¹⁵² V případě závislosti jedinec postupně přestává alkohol ovládat, on ovládá jeho. Získání drogy upřednostňuje před základními životními hodnotami – péče o sebe, děti, profesi.¹⁵³

1.9.3 Kofein

Kofein se nachází v kávových bobech, čajích i některých druzích ořechů. Působí jako vynikající stimulant ve stavu vyčerpání, zlepšuje koncentraci a má pozitivní vliv na paměť. V přiměřeném množství je kofein bezpečný (doporučená dávka je přibližně 300 mg/den) – pro ilustraci to může odpovídat 3 šálkům pražené kávy nebo 4 – 5 šálkům instantní kávy. Kofein působí jako mírné diuretikum, takže je nutné doplňovat jeho konzumaci sklenicí vody. Mezi jeho fyziologické účinky patří zvýšení tlaku krve a zrychlení srdeční činnosti. Vyšší dávky mohou způsobovat nervozitu, neklid, poruchy spánku a nesoustředěnost. Tento stav je spojen se zhoršenou koordinací pohybu především v oblasti jemné motoriky.¹⁵⁴

¹⁵¹ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 66.

¹⁵² Tamtéž, s. 67.

¹⁵³ Srov. MÜHLPACHR, P., *Sociální patologie*, s. 19-20.

¹⁵⁴ Srov. KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví*, s. 158-159.

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Cíle a hypotézy

2.1.1 Cíle

Cíl 1. Monitoring životního stylu fyzioterapeutů v městě Brně.

Cíl 2. Zhodnocení zdravotních problémů souvisejících s povoláním fyzioterapeuta.

Cíl 3. Srovnání subjektivního hodnocení vlastního životního stylu, zdravotních problémů a subjektivně hodnocené spokojenosti s životem s doporučeními pro zdravý životní styl vyjádřenými pomocí „Skóre zdravého životního stylu“.

Cíl 4. Monitoring pracovního prostředí a spokojenosti fyzioterapeutů.

2.1.2 Hypotézy

H01: Zdravotní problémy vyvolané povoláním jsou u fyzioterapeutů pracujících na oddělení a v ambulanci stejné.

HA1: Zdravotní problémy vyvolané povoláním se liší u fyzioterapeutů pracujících na oddělení a v ambulanci.

H02: Subjektivní hodnocení fyzické náročnosti práce není závislé na délce praxe.

HA2: Subjektivní hodnocení fyzické náročnosti práce je závislé na délce praxe.

H03: Subjektivní hodnocení vlastního životního stylu, zdravotní problémy vyvolané prací a celková spokojenost s životem nejsou závislé na životním stylu ohodnoceným bodově dle jednotlivých doporučení pro zdravý životní styl.

HA3: Subjektivní hodnocení svého životního stylu, zdravotní problémy vyvolané prací a celková spokojenost s životem nejsou závislé na životním stylu ohodnoceným bodově dle jednotlivých doporučení pro zdravý životní styl.

H04: Odchod na jiné pracovní místo (v oboru, mimo obor fyzioterapie) nesouvisí se spokojeností s pracovními podmínkami a finančním ohodnocením vykonávané práce.

HA4: Odchod na jiné pracovní místo (v oboru, mimo obor fyzioterapie) souvisí se spokojeností s pracovními podmínkami a finančním ohodnocením vykonávané práce.

2.2 Metodika sběru a zpracování dat

2.2.1 Technika sběru dat

Vzhledem k záměru šetření (zisku velkého množství informací v krátkém čase) byl užit kvantitativní přístup a to užití dotazníku vlastní konstrukce sestaveného dle zkušeností a dostupné literatury. Dotazníkové šetření je jedna z nejpoužívanějších technik sociologického výzkumu.¹⁵⁵ Jeho nevýhody jsem se snažila eliminovat grafickou úpravou dotazníku, aby byl přitažlivější. Dále jsem k němu připojila krátkou úvodní řeč s vysvětlením účelu výzkumu. Byl proveden předvýzkum na vzorku několika fyzioterapeutů a následně byl konzultován se statistikem. Na základě podnětů byla provedena korekce některých formulací pro snazší porozumění textu. V případě vlastního šetření jsem osobně dotazník předávala s doprovodným popisem a možností kladení případných dotazů. Tím byla zvýšená návratnost dotazníku na téměř 90 %.

Respondenty výzkumného šetření byli fyzioterapeuti pracující na území města Brna ve státním i nestátním sektoru. Šetření probíhalo v květnu 2013, před nímž bylo třeba kontaktovat vedoucí fyzioterapeuty státních zdravotnických zařízení. V jednom případě nebyl dán souhlas náměstkyně ošetrovatelské péče pro šetření ve fakultní nemocnici. Z celkově rozdaných 176 dotazníků se jich vrátilo 153 (86 % návratnost) a 7 z nich pro neúplnost informací bylo třeba vyřadit. Celkový počet zpracovaných dotazníků činil 146 (82 % z celku).

¹⁵⁵ Srov. KUTNOHORSKÁ, J., *Výzkum ve zdravotnictví*, s. 41-43.

2.2.2 Vlastní dotazník

Konstrukce dotazníku (viz příl. 3) vycházela z teoretických východisek popsaných v první kapitole práce. Dotazník obsahoval 47 uzavřených otázek s možností výběru z nabízených variant, z nichž 14 otázek s možností „jiné“. Dotazník byl rozdělen na 6 oddílů. Otázky 1 – 12 jsou zaměřeny na identifikační údaje o respondentovi, otázky 13 – 19 jsou zaměřeny na výživu a pitný režim, otázky 20 – 27 jsou zaměřeny na pohybovou aktivitu a zdravotní obtíže, otázky 28 – 34 jsou zaměřeny na spánek, volný čas a stres, otázky 35 – 39 na návykové chování a otázky 40 – 47 na pracovní podmínky.

2.2.3 Metody zpracování dat

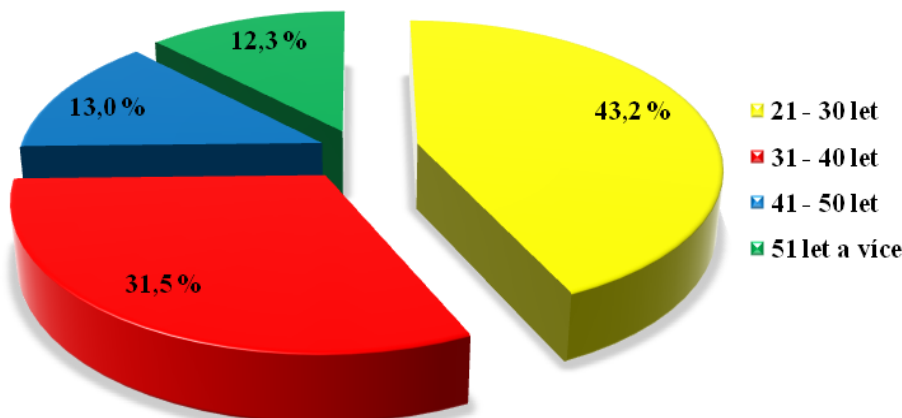
Výsledky šetření byly zaneseny do tabulky vytvořené v programu Microsoft Excel 2007, staly se podkladem pro grafické a statistické zpracování. K ověření hypotéz byl užit statistický software SPSS verze 15, SPSS Inc. Chicago USA. Všechny testy byly provedeny na hladině statistické významnosti 0,05.

2.3 Charakteristika souboru

Z celkového množství respondentů bylo 139 žen (95, 2%) a 7 mužů (4,8 %). Průměrná výška souboru činila $169,4 \pm 6,8$ cm, průměrná váha $66,3 \pm 9,7$ kg a z nich vypočítané BMI souboru činí $23,1 \pm 3,1$ bodu. BMI v normálních hodnotách 18,5 – 24,9 bylo vypočítáno pro 106 respondentů (74,1 %), BMI v hodnotách 25 – 29,9 mělo 34 respondentů (23,8 %) a 3 respondenti (2,1 %) měli BMI v hodnotách nad 30. Svoji váhu si udržuje 78,1 % respondentů.

Věková struktura souboru je vyjádřena v následujícím grafu (obr. 1). Věk byl rozdělen do 4 kategorií: kategorie 21 – 30 let, kterých bylo v souboru 63 (43,2 %); kategorie 31 – 40 let, kterých bylo 46 (31,5 %); kategorie 41 – 50 let, kterých bylo 19 (13,0 %) a kategorie 51 let a více, kterých se v souboru objevilo 18 respondentů (12,3 %).

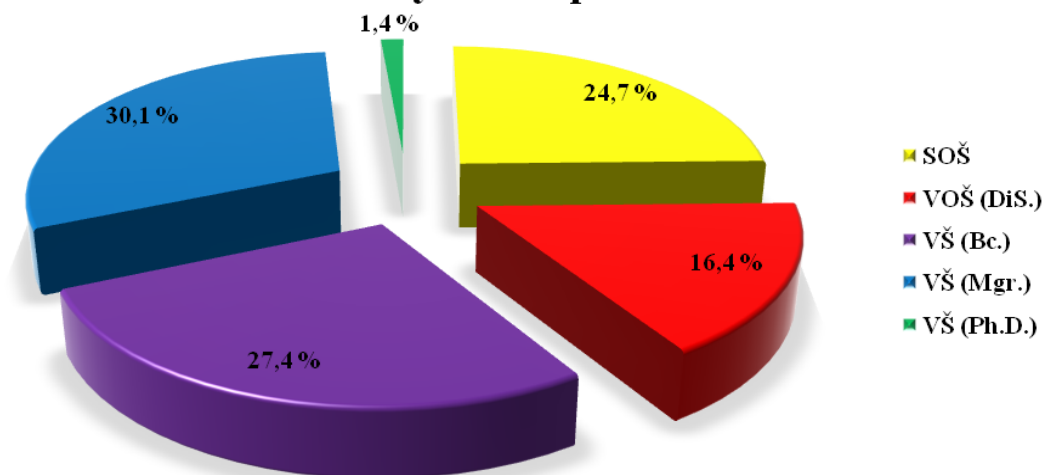
Věkové rozložení



Obr. 1 – Věkové rozložení souboru

Nejvyšší dosažené vzdělání souboru v oboru fyzioterapie (viz obr. 2) bylo následující: středoškolské vzdělání v oboru fyzioterapie mělo 36 respondentů (24,7 %), vyšší odborné vzdělání 24 respondentů (16,4 %), bakalářský titul v oboru fyzioterapie 40 respondentů (27,4 %), magisterský titul v oboru fyzioterapie 44 respondentů (30,1 %) a 2 osoby získaly titul Ph.D. (1,4 %).

Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru fyzioterapie

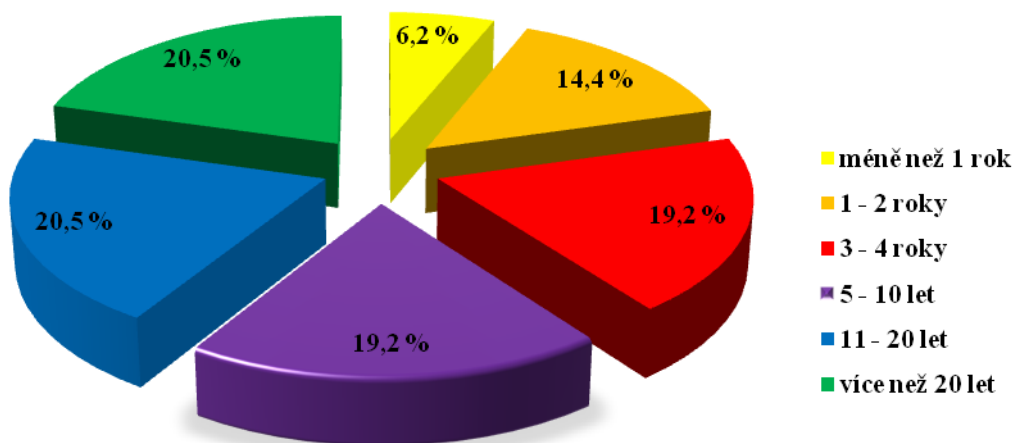


Obr. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru fyzioterapie

Délka praxe respondentů byla rozčleněna do 6 kategorií (obr. 3) a to na: méně než 1 rok – 9 respondentů (6,2 %); 1 – 2 roky praxe v oboru fyzioterapie – 21 respondentů (14,4 %); 2 – 4 roky praxe – 28 respondentů (19,2 %); 5 – 10 let praxe

– 28 respondentů (19,2 %); 11 – 20 let praxe – 30 respondentů (20,5 %), a více jak 20 let praxe v oboru fyzioterapie – 30 respondentů (20,5 %).

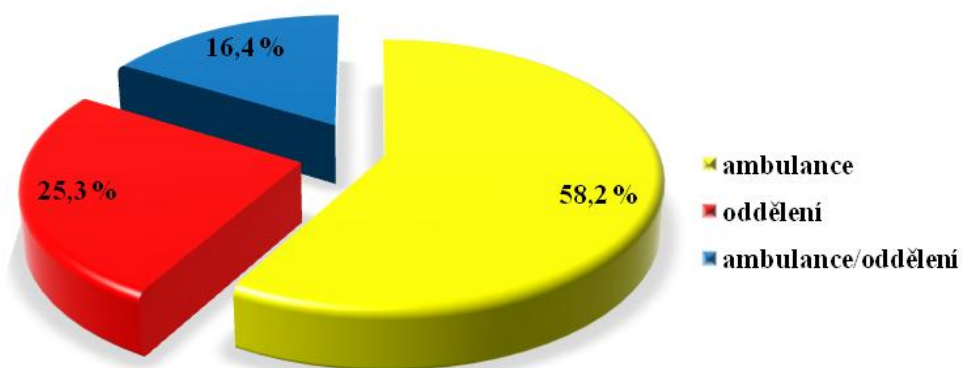
Délka praxe v oboru fyzioterapie



Obr. 3 – Délka praxe v oboru fyzioterapie

V ambulanci pracuje 85 respondentů (58,2 %), 37 respondentů (25,3 %) pracuje na oddělení a 24 respondentů (16,4 %) pracuje střídavě na oddělení a na ambulanci (graficky v následujícím obr. 4).

Pracovní zařazení



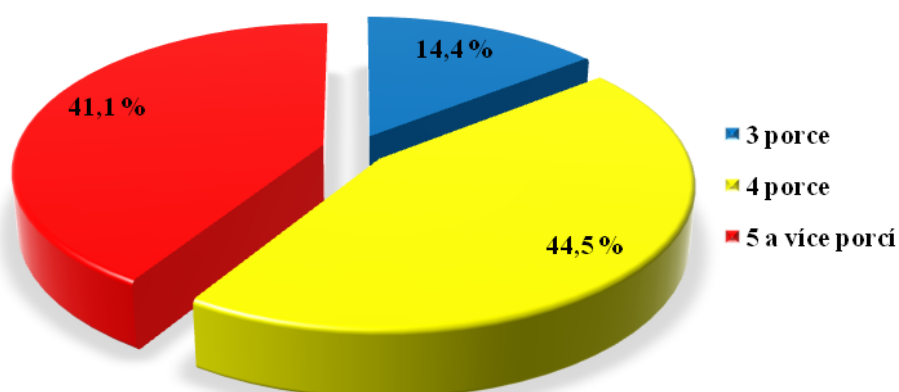
Obr. 4 – Pracovní zařazení pracovníků

2.4 Jednotlivé oblasti životního stylu

2.4.1 Oblast výživy

Počet porcí jídla byl pro 21 respondentů (14,4 %) 3 denně; 65 respondentů (44,5 %) jí 4x denně a 60 respondentů (41,1 %) jí 5x a vícekrát denně (viz obr. 5).

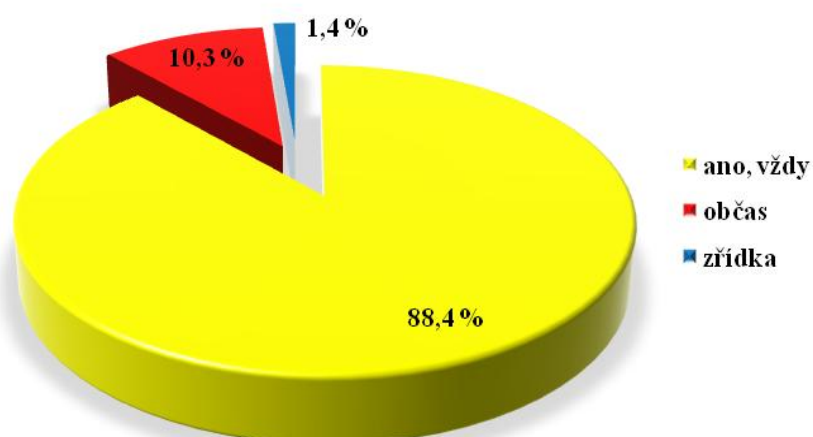
Počet porcí jídla denně



Obr. 5 – Počet porcí jídla denně

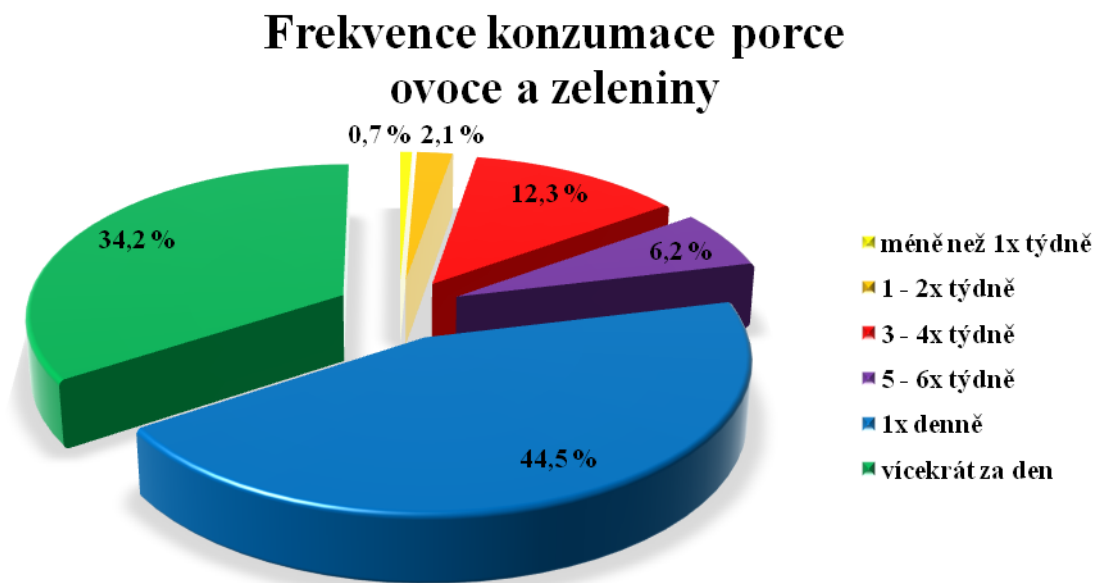
Snídani každý den konzumuje 129 respondentů (88,4 %), občas ji konzumuje 15 respondentů (10,3 %) a zřídka jí 2 respondenti (1,4 %).

Snídáte?



Obr. 6 – Frekvence snídání

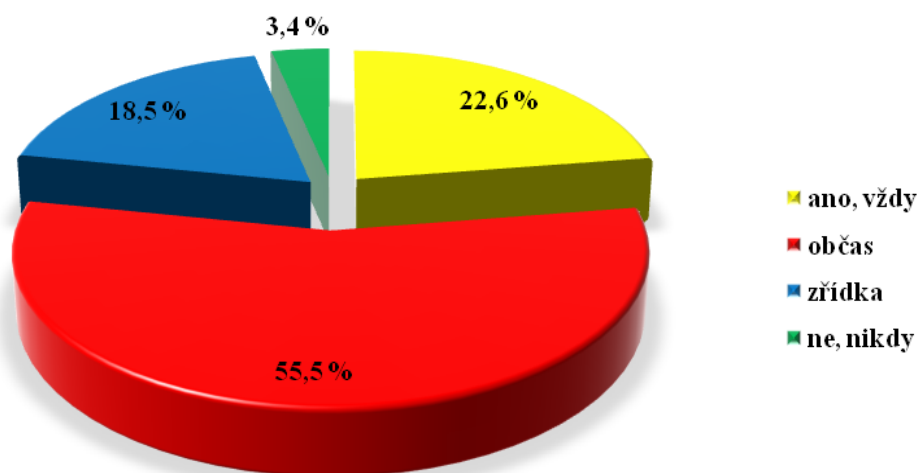
Konzumaci porce ovoce nebo zeleniny (viz obr. 7), která byla v dotazníku charakterizována 1 jablkem nebo 1 rajčetem, konzumuje méně než 1x týdně 1 respondent (0,7 %). Ovoce a zeleninu jí 2 – 3x týdně 3 respondenti (2,1 %); 3 – 4x týdně 18 respondentů (12,3 %); 5 – 6x týdně 9 respondentů (6,2 %). Jednou denně konzumuje ovoce nebo zeleninu 65 respondentů (44,5 %) a více porcí denně konzumuje 50 respondentů (34,2 %).



Obr. 7 – Frekvence konzumace porce ovoce a zeleniny

Jídlo v pracovní době jí vždy ve spěchu 33 respondentů (22,6 %); 81 respondentů (55,5 %) přiznalo, že občas jí ve spěchu v práci. To, že jí zřídka ve spěchu v práci označilo 27 respondentů (18,5 %); 5 respondentů (3,4 %) nejí nikdy v práci ve spěchu.

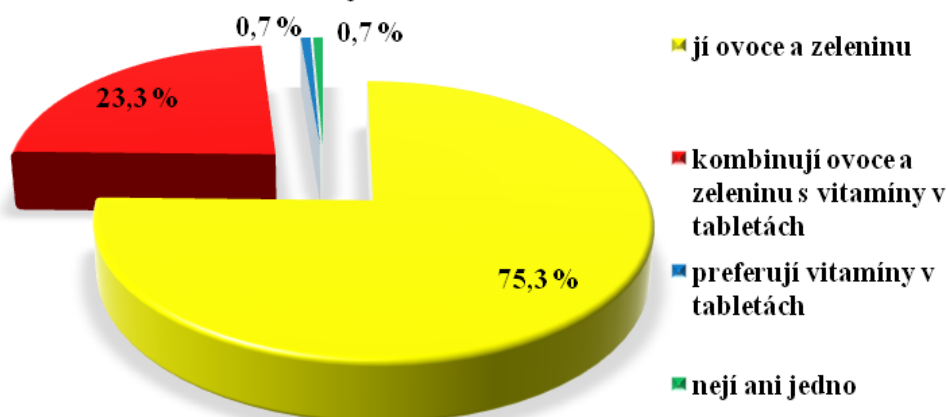
Jídlo ve spěchu?



Obr. 8 – Frekvence konzumace jídla v práci ve spěchu

Získávání vitamínů čistě z ovoce a zeleniny (obr. 9) preferuje 110 respondentů (75,3 %); 34 respondentů kombinuje ovoce a zeleninu s vitamíny v potravinových doplňcích a tabletách (23,3 %); 1 respondent preferuje vitamíny z tablet a 1 neví ani jedno.

Preference vitamínů z ovoce a zeleniny nebo v tabletách

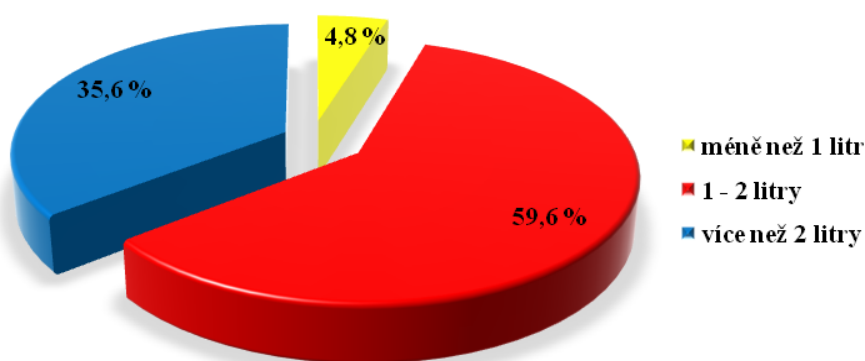


Obr. 9 – Preference vitamínů z ovoce a zeleniny oproti potravinovým doplňkům v tabletách

2.4.2 Oblast pitného režimu

Méně než 1 litr tekutin denně pije 7 respondentů (4,8 %); v rozmezí 1 až 2 litrů tekutin denně vypije 87 respondentů (59,6 %) a více než 2 litry vypije denně 52 respondentů (35,6 %). Vše znázorněno v následujícím obr. 10.

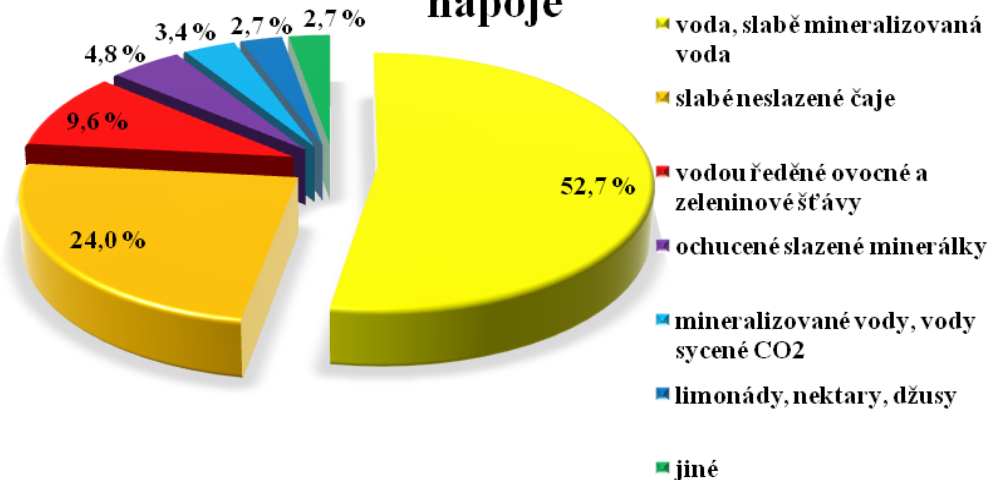
Množství vypitých tekutin denně



Obr. 10 – Množství vypitých tekutin denně

Vodu a slabě mineralizovanou vodu konzumuje nejčastěji 77 respondentů (52,7 %); slabé neslazené čaje preferuje 35 respondentů (24 %); vodou ředěné ovocné a zeleninové šťávy 14 respondentů (9,6 %); ochucené slazené minerálky 7 respondentů (4,8 %); mineralizované vody a vody syčené CO₂ 5 respondentů (3,4 %); 4 respondenti preferují limonády, nektary a džusy (2,7 %). Položka jiné se objevila ve 4 případech (2,7 %). Preference nápojů znázorněna v následujícím grafu (obr. 11).

Druh nejčastěji konzumovaného nápoje

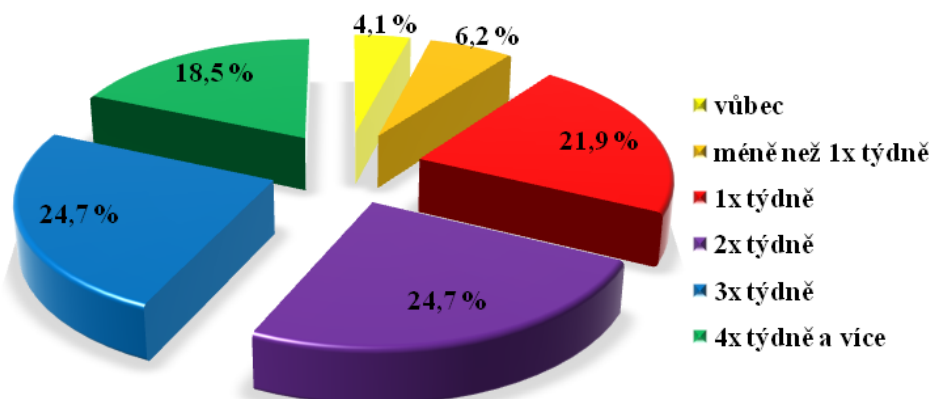


Obr. 11 – Druh nejčastěji konzumovaného nápoje

2.4.3 Oblast pohybové aktivity

Sportovně-rekreační aktivitu (viz obr. 12) charakterizovanou v dotazníku jako aktivitu trvající alespoň 30 minut provozuje 4x týdně a častěji 27 respondentů (18,5 %); 3x a 2x týdně ji provozuje shodně po 36 respondentech (shodně 24,7 %); 1x týdně ji provozuje 32 respondentů (21,9 %); méně než 1x týdně 9 respondentů (6,2 %) a vůbec sportovní aktivitu neprovozuje 6 respondentů (4,1 %).

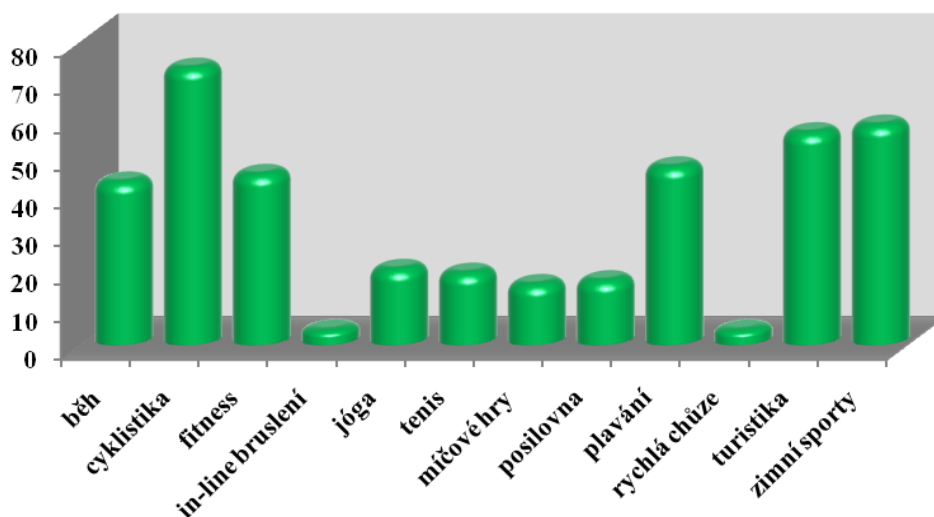
Frekvence pohybové aktivity



Obr. 12 – Frekvence sportovně-rekreačních aktivit v minimální délce 30 minut

Mezi nejoblíbenější pohybové aktivity u souboru se v průzkumu umístila cyklistika, zimní sporty, turistika, plavání, fitness a běh (viz následující obr. 13).

Druh pohybové aktivity

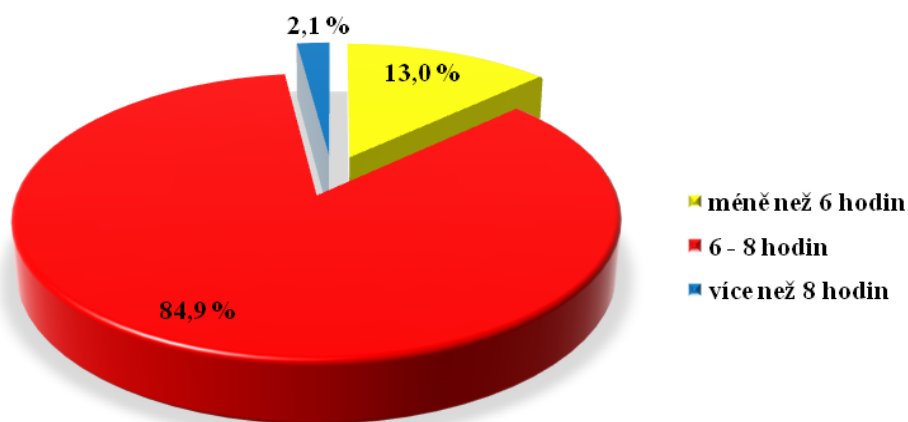


Obr. 13 – Druhy pohybových aktivit

2.4.4 Oblast odpočinku, relaxace a spánku

Průměrnou dobu spánku (srov. obr. 14) kratší než 6 hodin označilo 19 respondentů (13,0 %); 6 – 8 hod označilo 124 respondentů (84,9 %) a 3 označili, že průměrně spí více než 8 hodin (2,1 %).

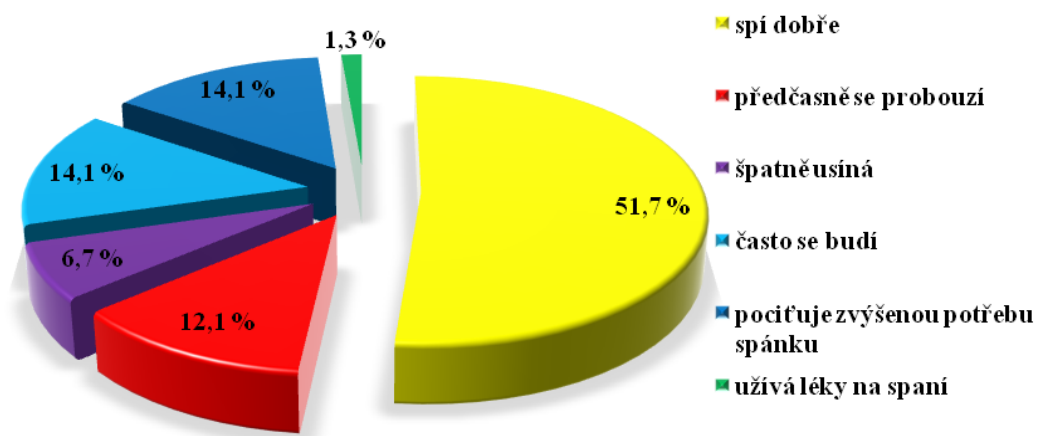
Průměrná délka spánku denně



Obr. 14 – Průměrná denní délka spánku

Na otázku týkající se kvality spánku (obr. 15) odpovědělo 77 respondentů (51,7 %), že spí dobře; 18 respondentů (12,1 %) se předčasně probouzí; 10 respondentů (6,7 %) špatně usíná; shodně 21 respondentů (shodně 14,1 %) se často budí a pociťuje zvýšenou potřebu spánku a 2 respondenti (1,3 %) užívají léky na spaní.

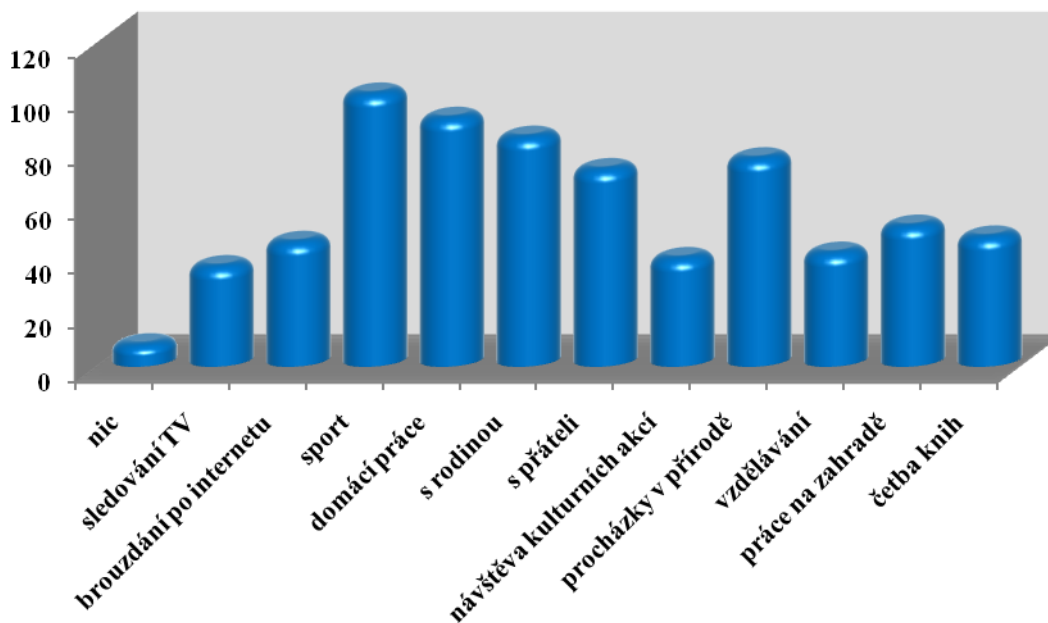
Kvalita spánku



Obr. 15 – Kvalita spánku

Mezi nejoblíbenější aktivity volného času (obr. 16) patří sport, domácí práce, trávení času s rodinou, přáteli a procházení v přírodě.

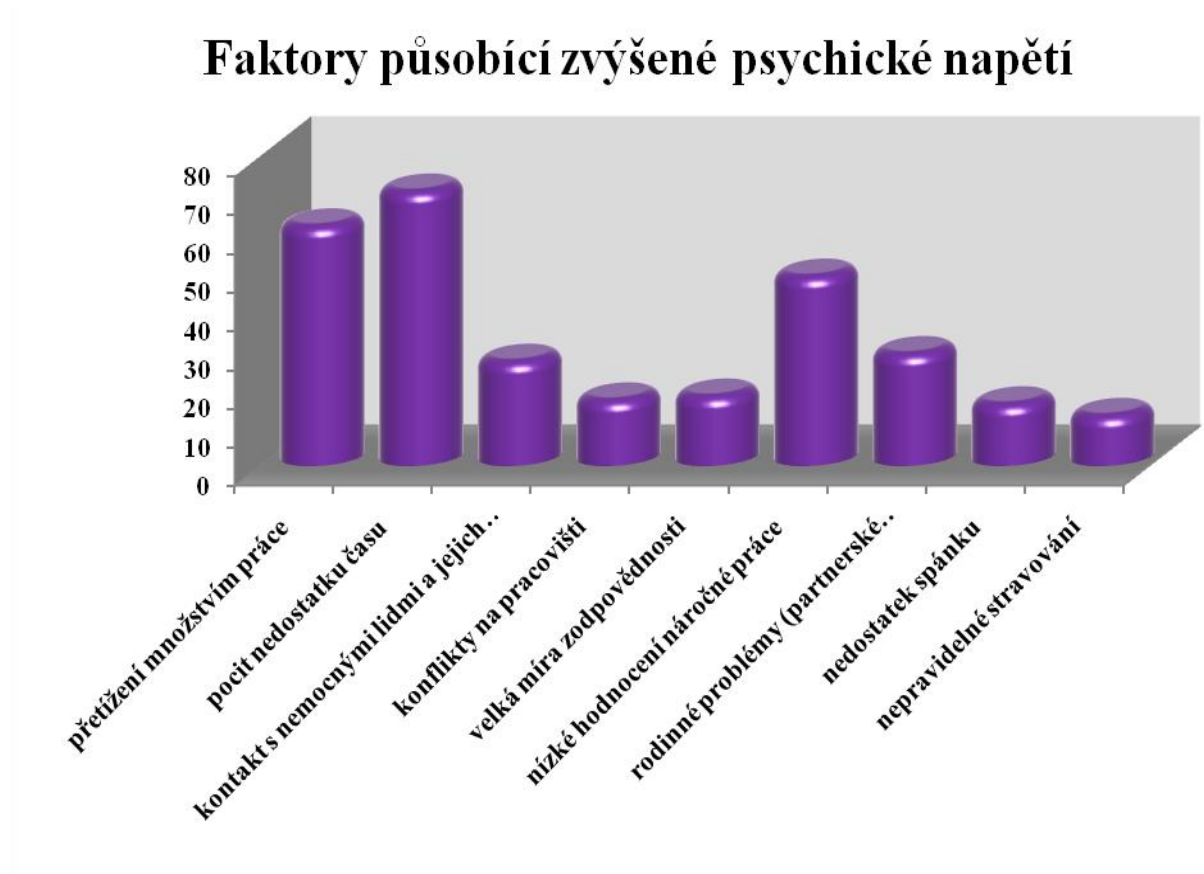
Trávení volného času



Obr. 16 – Aktivity volného času

2.4.5 Oblast stresu

Faktory vyvolávající nejvíce psychického napětí jsou ukázány v následujícím grafu (obr. 17), přičemž největší popularity se těšily aktivity pracovního rázu – faktor přetížení množstvím práce, nedostatek času a nízké hodnocení náročné práce.

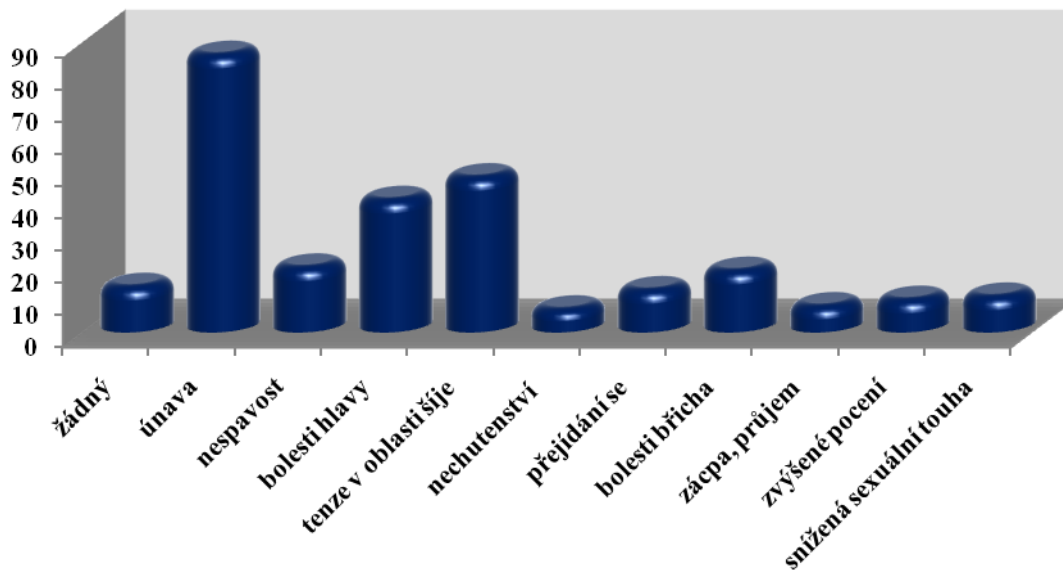


Obr. 17 – Faktory působící zvýšené psychické napětí

V souvislosti s výkonem povolání pociťuje stres lehká nadpoloviční většina (25 respondentů odpovědělo ano, 53 respondentů spíše ano, tj. 17,1 % ano, 36,3 % spíše ano). Za spíše nestresující ji považuje 58 respondentů (39,7 %) a vyloženě nestresující 10 osob (6,8 %).

Nejčastějším fyzickým symptomem u respondentů pociťujících stres byla únava, dále bolest hlavy a tenze v oblasti šíje (obr. 18).

Fyzické symptomy stresu



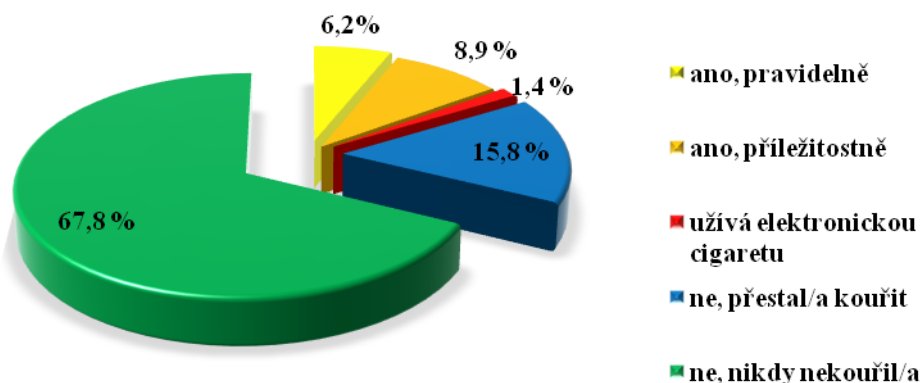
Obr. 18 – Fyzické symptomy stresu

Stresem se v drtivé většině respondenti vypořádávají sportem, přesto 4 % respondentů kompenzuje stres cigaretou, 9 % sklenkou alkoholu a 2 % léky na uklidnění.

2.4.6 Oblast závislostí a návykového chování

Na otázku zda kouří (obr. 19), odpovědělo 9 respondentů (6,2 %), že kouří pravidelně s průměrným množstvím vykouřených cigaret 10/den. Příležitostnými kuřáky je 13 respondentů (8,9 %); 2 přiznali užívání elektronických cigaret. Fakt, že kouří a vadí jim to, přiznalo 59 % kuřáků. Po nástupu na aktuální pracoviště kouří méně 7 respondentů (1/3); stejně jako před nástupem 10 respondentů (48 %) a 4 respondenti (19 %) začali kouřit až po nástupu na aktuální pracoviště. S kuřáckým zlozvykem přestalo 23 respondentů (15,8 %) a 99 respondentů (67,8 %) nikdy ani nekouřilo.

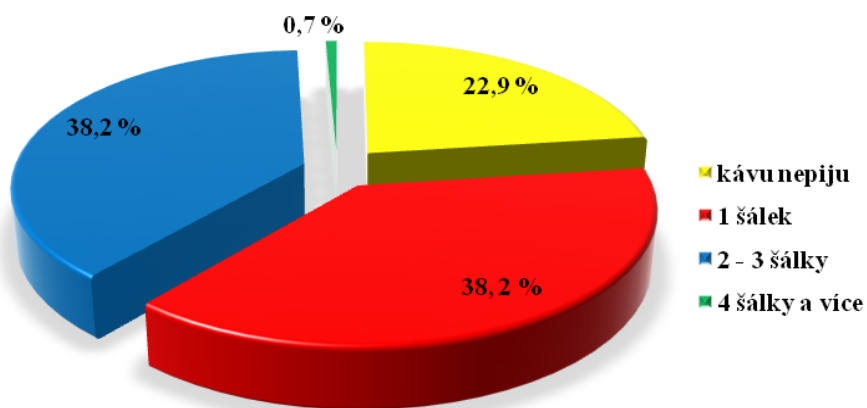
Kouříte?



Obr. 19 - Kouření

Kávu (viz obr. 20) vůbec nepije 33 respondentů (22,9 %); shodně 55 respondentů (38,2 %) odpovědělo, že pije 1 šálek kávy a 55 respondentů pije kávu v rozmezí 2 až 3 šálků denně; 1 respondent (0,7 %) přiznal pití více jak 4 šálků kávy denně.

Pití kávy

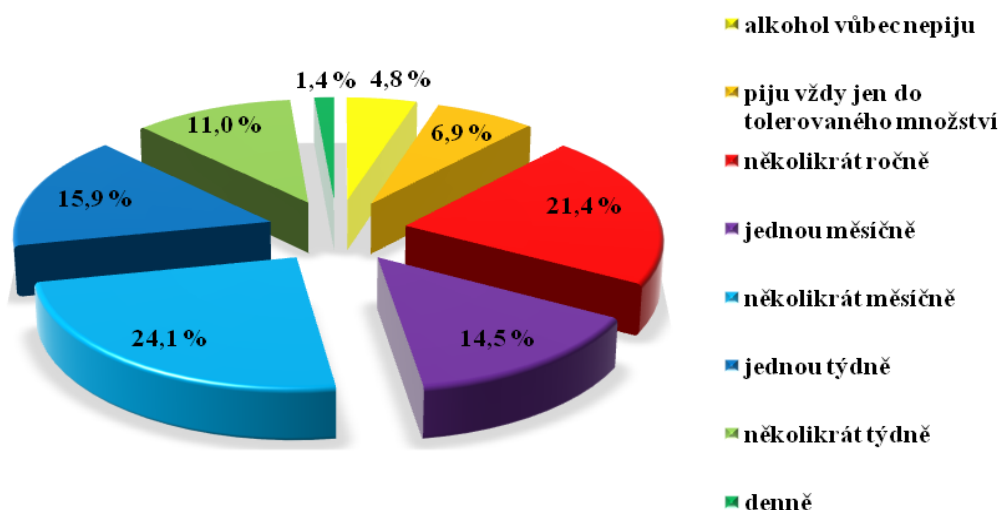


Obr. 20 – Konzumace kávy

Na otázku pití alkoholu ve větší než tolerované míře (srov. obr. 21), která byla v dotazníku stanovena množstvím u mužů: 0,51 pivo nebo 0,21 vína nebo 0,06 l destilátu na den, u žen polovičními hodnotami, označilo 7 respondentů (4,8 %) možnost, že alkohol vůbec nepije; 10 respondentů (6,9 %) označilo možnost, že pijí vždy jen do tolerovaného množství. Několikrát ročně pije 31 respondentů (21,4 %);

jednou měsíčně 21 respondentů (14,5 %); několikrát měsíčně 35 respondentů (24,1 %); jednou týdně přiznalo pití alkoholu 23 respondentů (15,9 %); několikrát týdně 16 respondentů (11,0 %) a 2 respondenti (1,4 %) přiznali každodenní pití alkoholu.

Frekvence pití alkoholu

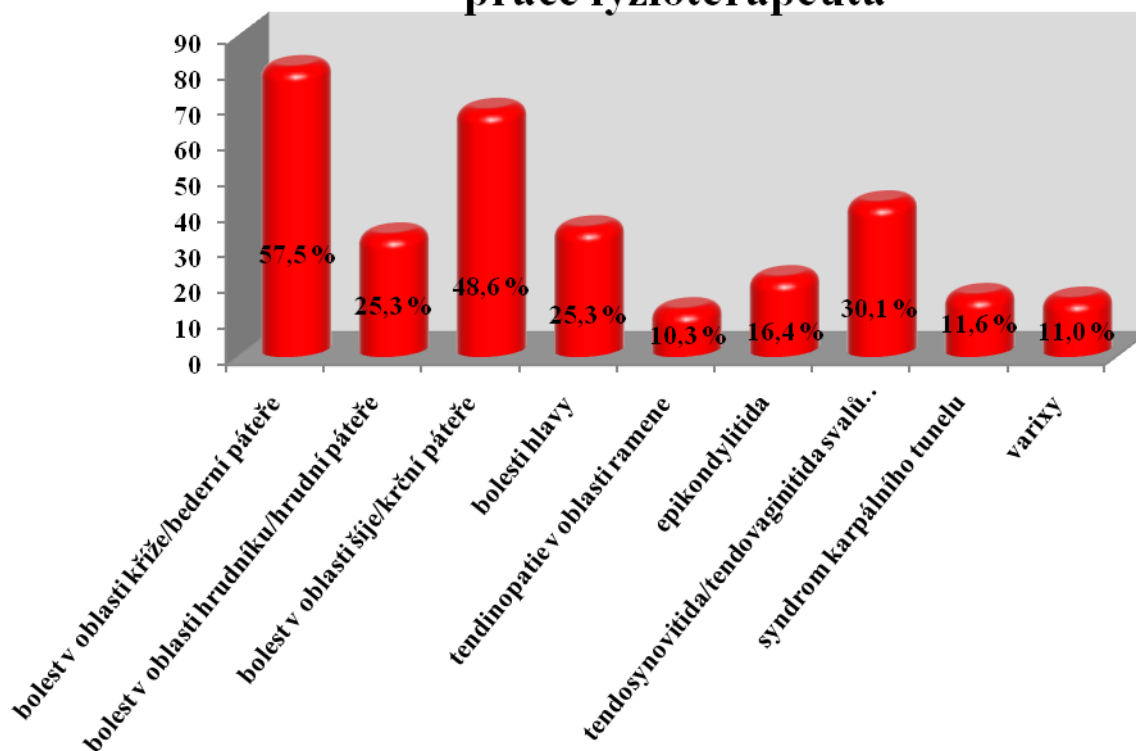


Obr. 21 – Frekvence konzumace alkoholu ve větším než tolerovaném množství

2.5 Oblast zdravotních problémů

Zdravotní problémy spojené s prací přiznalo 126 respondentů (86,3 %). Zdravotní problémy byly rozděleny na jednotlivé jednotky. Boolestmi v oblasti kříže/bederní páteře trpí 81 respondentů (57,5 %); bolestmi v oblasti hrudníku/hrudní páteře trpí 34 respondentů (25,3 %); bolestmi v oblasti šíje/krční páteře trpí 69 respondentů (48,6 %). Boolestmi hlavy trpí 36 respondentů (25,3 %); tendinopatiemi v oblasti ramene a paže trpí 13 respondentů (10,3 %); epikondylitidy trápí 22 respondentů (16,4 %); tendosynovitidami/tendovaginitidami svalů předloktí a ruky trpí 43 respondentů (30,1 %); syndromem karpálního tunelu má 17 respondentů (11,6 %) a varixy trpí 16 respondentů (11,0 %). Graficky jsou zdravotní problémy vyneseny do následujícího grafu (obr. 22).

Zdravotní problémy související s výkonem práce fyzioterapeuta



Obr. 22 – Zdravotní problémy související s výkonem povolání fyzioterapeuta

2.6 Hypotéza č. 1

Nulová hypotéza č. 1 – Zdravotní problémy vyvolané povoláním jsou u fyzioterapeutů pracujících na oddělení a v ambulanci stejné.

Pro ověření hypotézy byla data uspořádána do kontingenční tabulky. Do řádků tabulky bylo zaznamenáno pracovní zařazení respondenta, do sloupců výskyt zdravotních problémů. Následně byl proveden Fisherův přesný test, který porovnal, zda rozložení pracovních zdravotních problémů je u všech skupin stejné (viz tab. 2).

Tab. 2 – Závislost zdravotních problémů souvisejících s výkonem povolání na pracovním zařazení

			Zdravotní problémy vyvolané výkonem povolání	
Pracovní zařazení			ano	ne
	Ambulance	Četnost	74 / 87,1 %	11 / 12,9 %
	Oddělení	/	30 / 81,1 %	7 / 18,9 %
	Ambulance/oddělení	%	22 / 91,7 %	2 / 8,3 %
Celkem			126 / 86,3 %	20 / 13,7 %

Statisticky významné rozdíly byly prokázány pouze u výskytu epikondylitidy (srov. tab. 3) a syndromu karpálního tunelu (tab. 4). V obou případech byl prokázán statisticky významně vyšší výskyt daného zdravotního problému u respondentů pracujících na odděleních i ambulancích ve srovnání s fyzioterapeuty pracujícími pouze na oddělení. Mezi ostatními porovnávanými pracovišti statisticky významné problémy prokázány nebyly. Přesné četnostní rozložení je patrné z následujících tabulek.

Tab. 3 – Závislost výskytu epikondylitidy na pracovním zařazení

			Epikondylitida	
Pracovní zařazení			ano	ne
	Ambulance	Četnost	14 / 16,5 %	71 / 83,5 %
	Oddělení	/	1 / 2,7 %	36 / 97,3 %
	Ambulance/oddělení	%	9 / 37,5 %	15 / 62,5 %
Celkem			24 / 16,4 %	122 / 83,6 %

Po provedení Fisherova přesného testu ($p = 0,001$) se přistoupilo k mnohonásobnému porovnání všech pracovních skupin mezi sebou, signifikance je korigovaná Bonferroniho korekcí. Statisticky významný rozdíl ($p = 0,001$) byl prokázán u skupiny oddělení a ambulance/oddělení.

Tab. 4 - Závislost výskytu syndromu karpálního tunelu na pracovním zařazení

			Syndrom karpálního tunelu	
			ano	ne
Pracovní zařazení	Ambulance	Četnost / %	9 / 10,6 %	76 / 89,4 %
	Oddělení		1 / 2,7 %	36 / 97,3 %
	Ambulance/oddělení		7 / 29,2 %	17 / 70,8 %
Celkem			17 / 11,6 %	129 / 88,4 %

Po provedení Fisherova přesného testu ($p = 0,009$) se přistoupilo k mnohonásobnému porovnání všech pracovních skupin mezi sebou, signifikance je korigovaná Bonferroniho korekcí. Statisticky významný rozdíl ($p = 0,015$) byl prokázán u skupiny oddělení a ambulance/oddělení.

2.7 Hypotéza č. 2

Nulová hypotéza č. 2 – Subjektivní hodnocení fyzické náročnosti práce není závislé na délce praxe.

Relevantní otázkou byla otázka č. 23 „Jak je Vaše práce fyzicky náročná?“, která byla korelována s délkou praxe. Všechny zkoumané veličiny byly ordinální, proto jsme vzájemnou korelaci ověřili výpočtem Spearmanova korelačního koeficientu. Pro názornost byla data sumarizována v tabulce (tab. 5).

Korelační analýzou byla prokázána statisticky významná slabá závislost mezi délkou praxe a fyzickou náročností. Se zvyšující se délkou praxe narůstá podíl fyzioterapeutů, kteří svou práci považují za velmi náročnou, $\rho = 0,236$, $p = 0,004$.

Tab. 5 – Závislost subjektivního hodnocení fyzické náročnosti práce na délce praxe v oboru

			Subjektivní hodnocení fyzické náročnosti práce			Celkem
			Spíše nenáročná	Spíše náročná	Velmi náročná	
Délka praxe	Méně než 1 rok	Četnost / %	1/11,6 %	6/66,7 %	2/22,2 %	9/100 %
	1 – 2 roky		6/28,6 %	13/61,9 %	2/9,5 %	21/100 %
	3 – 4 roky		2/7,1 %	21/75,0 %	5/17,9 %	28/100 %
	5 – 10 let		3/10,7 %	22/78,6 %	3/10,7 %	28/100 %
	11 – 20 let		3/10,0 %	21/70,0 %	6/20,0 %	30/100 %
	Více jak 20 let		0/0 %	19/63,3 %	11/36,7 %	30/100 %
Celkem			15/10,3 %	102/69,9 %	29/19,9 %	146/100 %

2.8 Hypotéza č. 3

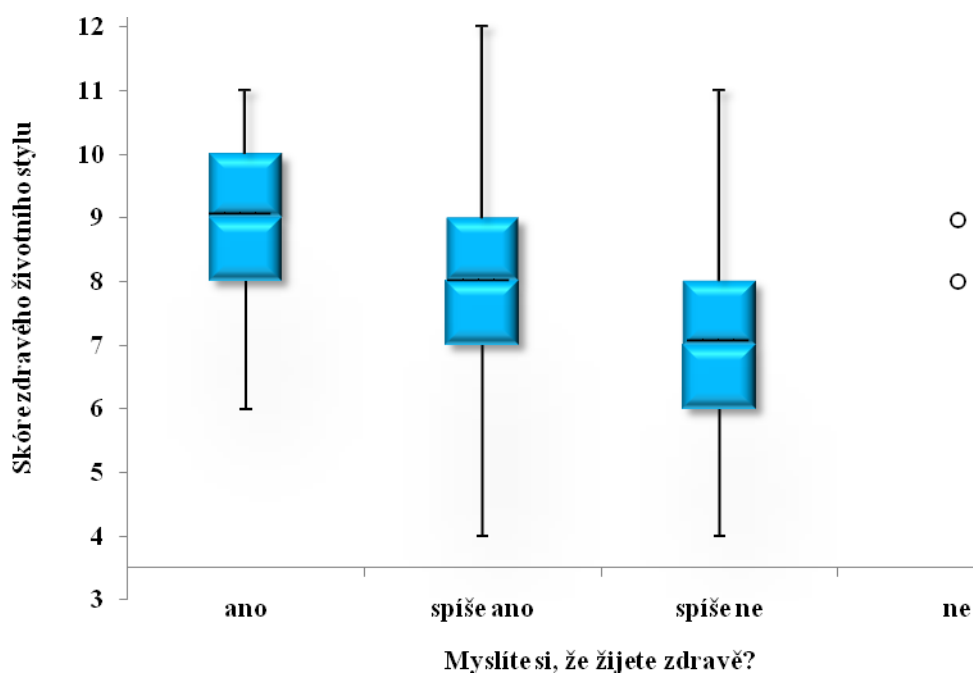
Nulová hypotéza č. 3 – Subjektivní hodnocení svého životního stylu, zdravotní problémy vyvolané prací a celková spokojenost s životem nejsou závislé na životním stylu ohodnoceným bodově dle jednotlivých doporučení pro zdravý životní styl.

Dle doporučení pro zdravý životní styl a dle odpovědí jednotlivých respondentů na otázky týkající se zdravého životního stylu bylo pro každého respondenta spočítáno „Skóre zdravého životního stylu“ (SZŽS). V dotazníku bylo vytyčeno 14 otázek (ot. 9, 10, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 28, 29, 31, 35, 38, 39) které se týkaly zdravého životního stylu. Pokud respondent odpověděl na danou otázku v souladu s doporučovanými zásadami, byl ohodnocen jedním bodem. Každý respondent tak mohl získat maximálně 13 bodů. Jednotlivé otázky a odpovědi ohodnocené bodem lze nalézt v příl. 4.

Veličina „Skóre zdravého životního stylu“ byla průměrně $8 \pm 1,6$ bodu s minimem 4 body a získaným maximem 12 bodů. Testem normality Shapiro-Wilk bylo prokázáno, že je veličina normálně rozložena, $p = 0,06 > 0,05$.

H03a: Neexistuje závislost mezi hodnocením vlastního životního stylu a hodnotami Skóre zdravého životního stylu.

Na otázku č. 12 „Myslíte si, že žijete zdravě?“, odpovědělo kladně 12 respondentů, spíše ano 104 respondentů, spíše ne 28 respondentů a 2 respondenti odpověděli záporně. Vzájemná závislost mezi vlastním hodnocením životního stylu a hodnotami Skóre zdravého životního stylu byla ověřena výpočtem Spearmanova korelačního koeficientu. Korelační analýzou byla prokázána závislost mezi vlastním hodnocením životního stylu a hodnotami Skóre zdravého životního stylu, $\rho = -0,311$, $p = 0,0001$. Respondenti, kteří se domnívají, že žijí zdravě, mají skutečně vyšší hodnoty Skóre zdravého životního stylu. Graficky byla data znázorněna krabicovým grafem (obr. 23):



Obr. 23 – Závislost hodnocení vlastního životního stylu a Skóre zdravého životního stylu

H03b: Neexistuje závislost mezi zdravotními problémy vyvolanými prací a hodnotami Skóre zdravého životního stylu.

Vzájemná závislost mezi výskytem zdravotních problémů a hodnotami Skóre zdravého životního stylu byla prokazována dvouvýběrovými t-testy. Data byla přehledně zpracována do následující tabulky (tab. 6).

Tab. 6 – Závislost zdravotních problémů související s výkonem práce a Skóre zdravého životního stylu

	Odpověď „ano“		Odpověď „ne“		<i>p</i>
	počet	průměr±SD	počet	průměr±SD	
Zdravotní problémy související s výkonem práce	126	7,9 ± 1,6	20	8,8 ± 1,5	0,015
Bolesti v oblasti kříže/bederní páteře	84	7,7 ± 1,6	62	8,4 ± 1,5	0,004
Bolesti v oblasti hrudníku/hrudní páteře	37	7,4 ± 1,5	109	8,2 ± 1,6	0,004
Bolesti v oblasti šíje/krční páteře	71	7,7 ± 1,6	75	8,3 ± 1,6	0,033
Bolesti hlavy	37	7,5 ± 1,5	109	8,2 ± 1,6	0,025
Tendinopatie v oblasti ramene	15	7,8 ± 1,7	131	8,0 ± 1,6	0,623
Epikondylitida	24	7,8 ± 1,7	122	8,0 ± 1,6	0,417
Tendosynovitida/tendovaginitida svalů předloktí a ruky	44	7,9 ± 1,6	102	8,0 ± 1,6	0,678
Syndrom karpálního tunelu	17	6,9 ± 1,7	129	8,1 ± 1,5	0,004
Varixy	16	7,6 ± 1,5	130	8,0 ± 1,6	0,255

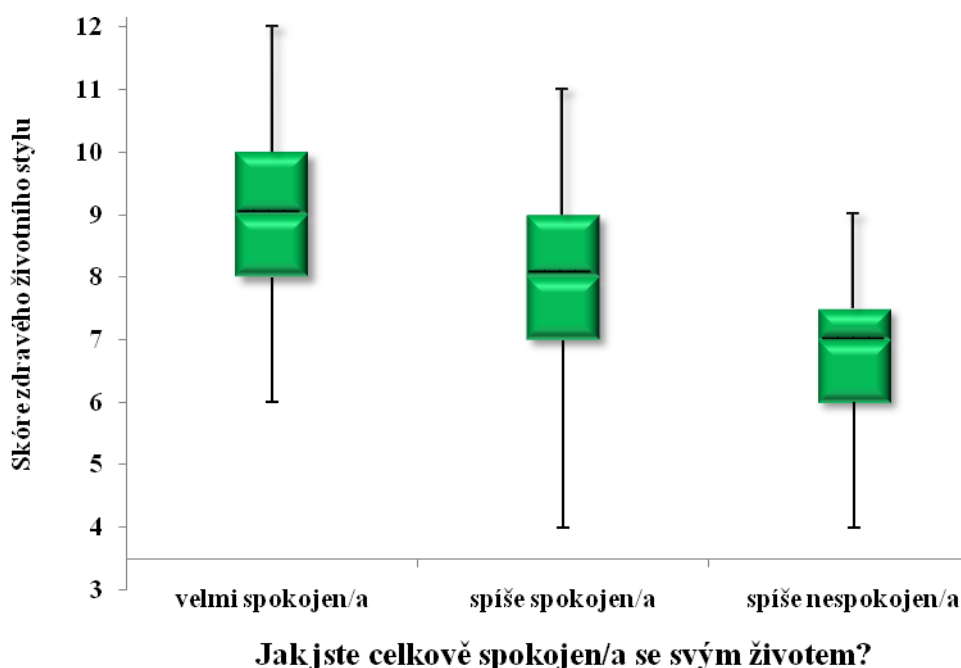
Vysvětlivky: SD – směrodatná odchylka, *p* – hodnota dosažené statistické významnosti (statisticky významné označeny tučným písmem)

Dvouvýběrovými *t*-testy byl prokázána závislost mezi výskytem zdravotních problémů vyvolaných prací ($p = 0,015$), bolestí v oblasti kříže ($p = 0,004$), hrudníku ($p = 0,004$), šíje ($p = 0,033$), bolestmi hlavy ($p = 0,025$), syndromem karpálního tunelu ($p = 0,004$) a hodnotami Skóre zdravého životního stylu. Fyzioterapeuti, kteří trpí

těmito problémy, mají statisticky významně nižší průměrné Skóre zdravého životního stylu než fyzioterapeuti, kteří tyto zdravotní problémy nemají.

H03c: Neexistuje závislost mezi subjektivně hodnocenou spokojeností se svým životem a hodnotami Skóre zdravého životního stylu.

Na otázku č. 47 „Jak jste celkově spokojen/a se svým životem?“, odpovědělo 28 respondentů, že jsou velmi spokojeni; 111 respondentů bylo spíše spokojeno a 7 respondentů bylo spíše nespokojeno. Závislost mezi celkovou spokojeností a hodnotou „Skóre zdravého životního stylu“ byla ověřena analýzou rozptylu (ANOVA) s hodnotou statistického kritéria $p = 0,001$. Následně bylo provedeno mnohonásobné porovnání Bonferroniho testy, které porovnálo průměrné Skóre všech možných dvojic zkoumaných skupin. Bylo prokázáno, že respondenti, kteří jsou velmi spokojeni s životem, mají statisticky významně vyšší hodnotu průměrného Skóre zdravého životního stylu ve srovnání s respondenty, kteří jsou jen spíše spokojeni ($p = 0,007$) a s respondenty, kteří jsou spíše nespokojeni ($p = 0,004$). Rozložení veličiny „Skóre zdravého životního stylu“ ve třech porovnávaných skupinách fyzioterapeutů je graficky znázorněno krabicovým grafem (obr. 24).



Obr. 24 – Závislost subjektivního hodnocení spokojenosti s vlastním životem a Skóre zdravého životního stylu

2.8 Hypotéza č. 4

Nulová hypotéza č. 4 – Odchod na jiné pracovní místo (v oboru, mimo obor fyzioterapie) nesouvisí se spokojeností s pracovními podmínkami a finančním ohodnocením vykonávané práce.

Pro ověření této hypotézy jsme použili odpovědi respondentů na otázky č. 43 „Jak jste celkově spokojen/a s pracovními podmínkami?“, č. 44 „Jak jste spokojen/a s finančním ohodnocením Vaší práce?“. Vzhledem k nízkým četnostem v kategoriích velmi spokojen a velmi nespokojen byly sloučeny kategorie velmi a spíše spokojen do kategorie spokojen a kategorie velmi a spíše nespokojen do kategorie nespokojen. Data byla zpracována do kontingenčních tabulek a byly provedeny Fisherovy přesné testy, kterými bylo prokázáno, že fyzioterapeuti, kteří jsou spokojeni s pracovními podmínkami, uvažují o změně zaměstnání v oboru i mimo obor statisticky významně méně často než fyzioterapeuti, kteří nejsou spokojeni s pracovními podmínkami, $p = 0,005$. Přesné četnostní rozložení je patrné z následující tabulky (tab. 7).

Tab. 7 – Závislost spokojenosti s pracovními podmínkami a uvažováním nad změnou zaměstnání

			Uvažujete o změně zaměstnání?			Celkem
			Ne, neuvažuji o změně	Změna v oboru fyzioterapie	Změna mimo obor fyzioterapie	
Spokojenost s pracovními podmínkami	Spokojen/a	Četnost	77/69,4 %	27/24,3 %	7/6,3 %	111/100,0 %
	Nespokojen/a	/	13/39,4 %	15/45,5 %	5/15,2 %	33/100,0 %
Celkem		%	90/62,5 %	42/29,2 %	12/8,3 %	144/100,0 %

Nespokojených s finančním ohodnocením bylo 88 respondentů (61,1 %) z celkových 144. Nebyla prokázána statisticky významná závislost ($p = 0,097$) s úvahami nad změnou zaměstnání.

3 DISKUZE

Životní styl je stěžejní determinantou zdraví podílející se na něm až z 60 %. Jedná se o souhrn relativně ustálených praktik, způsobů realizace činností a způsobů chování typických pro každý den. Rozhodování o chování je limitováno vlastní ekonomickou situací, sociální pozicí, vlivem rodiny, tradic a společnosti. Záleží na věku, temperamentu, vzdělání, zaměstnání, příjmu, příslušnosti k rase, pohlaví, hodnotové orientaci, postoji každého člověka, jeho dřívějším zkušenostem a zdravotním stavu. K hlavním faktorům životního stylu se řadí výživa, pohybová aktivita, stres, relaxace, denní režim, kouření, alkohol a jiné návykové látky.¹⁵⁶ Bez rozvíjení a posilování zdravého chování (vyvážená výživa, žádoucí tělesná aktivita, zdravý pohlavní život, dobré zvládání stresů) a bez snižování škodlivých návyků (nadměrné požívání alkoholu, kuřáctví, zneužívání farmak a psychotropních látek) se nelze obejít.¹⁵⁷ Zdravotnické profese (k nimž fyzioterapie právem patří) jsou z těch oborů, které mají přímo v náplni své práce výchovu populace v oblasti zdraví. Fyzioterapeut, jako zdravotnický odborník na prevenci, diagnostiku a terapii poruch funkce pohybového systému, by měl jít dodržováním zásad správného životního stylu, příkladem pro své okolí. Vlastní životní styl by měl odpovídat prezentovaným radám a doporučením. Fyzioterapeut by měl uskutečňovat výchovu ke zdraví při každodenním kontaktu s osobami zdravými, nemocnými i ohroženými.¹⁵⁸ S ohledem na takřikajíc neexistující množství prací napsaných na téma životního stylu zaměřeného na fyzioterapeuty, srovnání výsledků výzkumu bude ve většině případů probíhat s jinými nelékařskými zdravotnickými profesemi.

Výzkumné šetření probíhalo na státních i nestátních pracovištích v městě Brně. Zkoumaný soubor tvořilo 146 fyzioterapeutů v zastoupení 95 % žen a 5 % mužů. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou byla kategorie do 30 let (43 %) a s přibývajícím věkem zastoupení symetricky klesalo až na 12 % v souboru

¹⁵⁶ Srov. KASTNEROVÁ, M., *Poradce zdravého životního stylu*, s. 5.

¹⁵⁷ Srov. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., a DOLANSKÝ, H., *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, s. 7.

¹⁵⁸ Tamtéž, s. 40.

nad 51 let. Soubor byl rozmanitý nejen věkem, ale i nejvyšším dosaženým vzděláním v oboru fyzioterapie. Střední odborné školy a vyšší zdravotnické školy byly převáženy vysokými školami s 68 % zastoupením v oboru. Od roku 2004 nelze získat odbornou způsobilost k výkonu povolání jinak než absolvováním minimálně bakalářského oboru fyzioterapie na některé z fakult po celé ČR. Délka praxe v souboru je rovnoměrně zastoupena tak, že v 5 kategoriích do 2, 4, 10, 20 let praxe a nad 20 let praxe je vždy pětina dotazovaných.

Monitoring životního stylu

Hlavním cílem předložené práce je monitoring životního stylu fyzioterapeutů. Ke kvantitativnímu hodnocení normální váhy až obezity (vznikající na podkladě pozitivní energetické bilance spojené s rizikem nejrůznějších obtíží) se užívá obvodu pasu anebo v dotazníku užitém Body Mass Indexu (BMI). Normální hodnotu BMI činící 18,5 – 24,9 mělo v souboru zkoumaných fyzioterapeutů 74 %. Nadváhu (BMI = 25 – 29,9) mělo 24 % a 2 % respondentů mělo BMI v hodnotách obezity I. stupně. Tento fakt celkem koresponduje se 78 % respondentů, kteří si hlídají svoji váhu a tak snižují riziko následků spojených s nadváhou a obezitou na celý organismus počínaje kardiovaskulárními obtížemi (riziko hypertenze, ICHS, CMP), metabolickým syndromem, depresemi, konče zhoršenou kvalitou života. Z jiných studií věnující se životnímu stylu nelékařských zdravotnických pracovníků vyplývá pozitivní vliv pohybu provázející celou fyzioterapii. Janoušková (2012) studující nelékařské zdravotnické pracovníky bez fyzioterapeutů (NLZP), všeobecné sestry (VS) autorek Maškové (2011), Vybíhalové (2013) nebo nutriční terapeuti (NT) Janošové (2011), ti všichni měli v souboru přibližně „pouze“ 60 % respondentů s BMI v normálních hodnotách. I tak jsou tyto hodnoty nadprůměrné oproti číslům, které udala agentura STEM/MARK v roce 2008, a to že pouhých 43 % obyvatel ČR se pohybuje v pásmu normální váhy.

Oblast **výživy** zahrnuje především vyváženost (živin, minerálů a vitamínů) a pravidelnost stravy. To znamená, že racionální strava by měla být vyvážená po kvantitativní i po kvalitativní stránce. Nevyvážená výživa může být příčinou oslabení imunitního systému a řady onemocnění. Dále je vhodné se stravovat 5x denně v 3 – 4 hodinových intervalech. Toto doporučení splňuje přes 40 % zkoumaných

fyzioterapeutů. S ohledem na jiné nelékařské profese, VS Fišerové (2011) se vhodně stravují v nadpoloviční většině a NT Janošové (2011) také preferují stravu 5x denně a více. Dalším z doporučení je dozajista pravidelná konzumace snídaně. Potěšující je fakt, že 88 % fyzioterapeutů snídá vždy, přičemž obdobná čísla lze nalézt u NT Janošové (2011). Vydatná snídaně (ideálně plná vlákniny) je důležitá pro výkonnost a efektivitu organismu, pomáhá prodlužovat čas, kdy se člověk soustředí. Naskýtá se spojitost mezi vydatnou snídaní a nižším výskytem chronických onemocnění.¹⁵⁹ Další z důležitých doporučení pro zdravou výživu je zařazení alespoň 600 g (zeleniny 2x více než ovoce) do denní stravy. Ovoce a zelenina obsahují řadu příznivých látek, jsou pro organismus důležitým zdrojem vitamínů, vlákniny, antioxidantů, minerálních a stopových prvků a vody.¹⁶⁰ Ovoce a zeleninu vícekrát denně konzumuje 34 % fyzioterapeutů, alespoň jednou denně ho konzumuje 45 % fyzioterapeutů. To znamená, že pětina respondentů nejí denně ovoce a zeleninu a nedodávají tak tělu prospěšné látky. To se může projevit snížením obranyschopnosti a větším rizikem infekcí. NLZP bez fyzioterapeutů ve studii Janouškové (2012) a překvapivě ani NT Janošové (2011) nejí doporučené množství zeleniny a ovoce ve více než ¼ případů. Dalším podstatným doporučením WHO je konzumace jídla v klidu a bez spěchu. Mne zajímalo, jak je tomu v práci fyzioterapeutů. Studií jsem došla k znepokojivým závěrům, že 23 % respondentů konzumuje jídlo v práci vždy ve spěchu a 56 % jí občas v práci ve spěchu. Janoušková (2012) zjistila, že dokonce 36 % NLZP jí vždy ve spěchu a 61 % dotázaných uvedlo možnost občas. Špatně rozkousané jídlo se hůře tráví, nedochází k dostatečnému zvýšení hladiny glukózy v krvi. Ta se může projevit snížením energie a vitality. Tato situace je dána především individuálně pracovním místem a je zde na místě zasáhnout ze strany vedoucích pracovníků a vedení.

Dodržování **pitného režimu** ve smyslu kvantity, ale i kvality přijatých tekutin je důležitým předpokladem pro zachování zdraví (pro dobrou funkci ledvin, prevenci kardiovaskulárních chorob) i pracovní výkonnosti. Dehydratace působí bolesti hlavy, únavu, pokles koncentrace. Potřeba tekutin je čistě individuální záležitost, která záleží na tělesné hmotnosti, věku, složení stravy, okolní teplotě, samozřejmě na tělesné aktivitě a mnoha dalších okolnostech. Optimální se zdá přesto vypít 1,5 l tekutin a se

¹⁵⁹ Srov. DIEHL, H., a LUDINGTON, A., *Umění žít zdravě*, s. 122-123.

¹⁶⁰ Srov. CHRPOVÁ, D., *S výživou zdravě po celý rok*, s. 78.

zvyšujícími se nároky organismu zvyšovat i příjem tekutin popř. v náročných situacích užít ochranných iontových nápojů.¹⁶¹ Ve výzkumu fyzioterapeutů 95 % pije tekutiny v množství daném odbornou literaturou. Fišerová (2011) udává také necelé procento VS pijící 1 litr tekutin. Naopak Vybíhalová (2013) ve své studii varuje, že až 42 % sester přijímá za 12 hodinovou směnu maximálně 1 litr tekutin. Potěšující je i kvalita zdrojů tekutin u zkoumaných fyzioterapeutů. Vodu a slabě mineralizovanou vodu, slabé neslazené čaje, anebo vodou ředěné ovocné a zeleninové šťávy, které patří mezi nejvhodnější k pokrytí denní potřeby, tvořily 86 % odpovědí respondentů. Vody s obsahem CO₂, limonády a další nevhodné nápoje nebyly zastoupeny ve významném množství.

Naplnění oblasti **pohybové aktivity** je předpokladem pro zachování fyziologických funkcí organismu. Pohybová aktivita nejen, že zvyšuje tělesnou kondici, předchází vzniku řady chorob (DM II. typu, obezita aj.), ale zlepšuje pocit duševní pohody a zvyšuje odolnost vůči stresu. Pravidelně prováděná tělesná aktivita je základem změny životního stylu. Pomáhá zvládnání stresu, udržení výživových změn a zdržení se kuřáckého zlovyku.¹⁶² Předpokladem dobré kondice (zdatnosti organismu) je provozování intenzivnější sportovně-rekreační aktivity minimálně 3x týdně (ideálně denně). V dotazníku byla charakterizována jako aktivitu trvající alespoň 30 minut. Doporučované množství sportovních aktivit udržuje 43 % zkoumaných fyzioterapeutů, vůbec sportovní aktivitu neprovozuje pouhá 4 % respondentů. K obdobným výsledkům došla i Vybíhalová (2013) u VS, kterých kondičně provozuje aktivitu 45 %. Hůře na tom byli NLZP Janouškové (2012), kterých dostatečně cvičí ¼ a vůbec jich necvičí 8 % nebo ZZ Vašicové (2008), kterých vůbec necvičí pětina dotázaných. Důvodem pro nevykonávání žádné sportovní aktivity bylo v mé studii (ve dvou případech ze šesti) zdravotní omezení, poté byly odpovědi nejednotné. Hlavním důvodem absence pohybových aktivit VS autorky Bubeníkové (2012) bylo u ⅔ respondentů nedostatek financí. NLZP Janouškové (2012) zase nemají na pohybovou aktivitu dostatek času. U VS Fišerové (2012) půlka uváděla nepravidelnost směn, což u fyzioterapeutů povětšinou odpadá. K nejoblíbenějším

¹⁶¹ Srov. KOŽÍŠEK, F., a JELIGOVÁ, H., *Pitný režim: proč, kolik a co vlastně pít?*, s. 388-389.

¹⁶² Srov. KASTNEROVÁ, M., *Poradce zdravého životního stylu*, s 102-103.

sportům fyzioterapeutů patří cyklistika, zimní sporty, turistika, plavání, fitness a běh, jiní autoři uváděly sporty obdobné jen v lehce odlišných pořadích.

Oblast **psychické zátěže** a **stresu** má velký vliv na osobní a společenský život nebo pracovní výkon. Dnešní doba nás významně ohrožuje rychlým životním tempem a vysokým pracovním zatížením. Opravdová nezvladatelná zátěž může u jedince vyvolat nebo urychlit vznik onemocnění různých forem (diabetes, astma, alergie, záněty kloubů, ale i rakovinu).¹⁶³ Ve své diplomové práci Zbojan (2012) zjistil, že v profesi fyzioterapeuta jsou přítomny rizikové faktory, které v konečném důsledku mohou vést ke vzniku syndromu vyhoření. Vyhoření vzniká spojením velkého očekávání právě s chronickými situačními stresy u pracovníků, kteří přicházejí do intenzivního kontaktu s lidmi a vykonávají odpovědnou profesi. A to fyzioterapeuti dozajista splňují. V souvislosti s povoláním fyzioterapeuta stres pociťuje lehká nadpoloviční většina respondentů. Zacharová (2013) také zkoumala psychickou zátěž fyzioterapeutů a došla ještě k znepokojivějším závěrům. Jako mírnou ohodnotilo stresovou zátěž 63 % fyzioterapeutů a 23 % jako vysokou. Zdravotnické profese patří mezi jedny z psychicky nejnáročnějších profesí vůbec. Dnes a denně jsou pracovníci vystaveni řadě stresorů a ty působí na každého člověka jinak. Mohou to být podněty nejen pracovní a výkonové, ale i vztahové nebo související se životním stylem a celá řada drobných spouštěčů obav.¹⁶⁴ U zkoumaných fyzioterapeutů vyhrávají stresové podněty pracovního rázu - přetížení množstvím práce, nedostatek času a nízké hodnocení náročné práce. Poté se jedná o kontakt s nemocnými lidmi, rodinné problémy a konflikty na pracovišti, které mohou významně snižovat pracovní výkon a mohou vést ke vzniku nespokojenosti. Zacharová (2013) se shodně dopátrala nedostatku času na pacienty, napjatých vztahů na pracovišti a jako stresující považují fyzioterapeuti velkou míru zodpovědnosti a nízké finanční ohodnocení. Mezi příznaky stresu se řadí projevy psychické a fyzické, zdravotní a psychické problémy jsou často sdružené. Fyzioterapeuti mnou zkoumaného souboru trpí nejčastěji únavou, bolestí hlavy a tenzí v oblasti šíje. Fyzioterapeuti Zacharové (2013) trpí nejčastěji únavou, bolestmi páteře, hlavy a zažívacími obtížemi. Je otázkou zda, často zmiňované bolesti pohybového aparátu a páteře, nesouvisí spíše s jednostrannou nepřiměřenou zátěží

¹⁶³ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, s. 170-171.

¹⁶⁴ Srov. PRAŠKO, J., aj., *Nadměrné obavy o zdraví: rady pro klienta a jeho rodinu*, s. 21-22.

spojenou s fyzicky náročným povoláním fyzioterapeuta. Zvládnutí stresu zahrnuje tvorbu obranných mechanismů člověka tak, aby ho každodenní stresory nepoškodily. Ty mohou zahrnovat množství aktivit pasivního, ale i aktivního charakteru.¹⁶⁵ Fyzioterapeuti si vybrali spíše aktivní formu řešení stresových situací a volili v drtivé většině sportovní aktivitu. Alarmující je řešení návykovými látkami (alkohol, cigarety, léky) v 15 % odpovědí. Přesto často nevolili pouze jednu možnost a tak dozajista kombinují více aktivit. Respondenti Zacharové (2013) také odpověděli v mnoha případech aktivně sportem nebo pobytem v přírodě, ale i časem stráveným s rodinou a přáteli. NLZP volili spíše pasivní formy relaxace: nic nedělají, tráví čas s rodinou a přáteli, na zahradě aj. (Vašicová, 2008; Janoušková, 2012).

Oblast **relaxace** je v dnešní uspěchané době velmi důležitá. Všichni se setkáváme s velkým množstvím podnětů, které je třeba zvládnout. Nějak neutralizovat napětí, které se dennodenně v organismu hromadí. Odpočatý organismus je silnější a odolnější vůči tlaku okolí. Mezi nejoblíbenější volnočasové aktivity zkoumaných fyzioterapeutů patří sport, domácí práce, trávení času s rodinou, přáteli a procházení v přírodě. Oproti ostatním nelékařským zdravotnickým pracovníkům ve studii Janouškové (2012), kteří tráví volný čas spíše pasivními způsoby – sledováním televize, s rodinou, domácími pracemi, tráví svůj volný čas fyzioterapeuti aktivně. Spíše doporučovaná je relaxace dynamického charakteru, člověku se dostává zdravého pohybu.

Oblast **spánku** je charakterizována stavem snížené mentální a pohybové aktivity sloužící k obnově psychických a fyzických sil. Potřeba spánku je u každého jedince individuální. Je závislá, jak na věku, tak na aktivitě člověka.¹⁶⁶ Fyzioterapeuti v drtivé většině 85 % spí průměrně 6 – 8 hodin. 6 – 8 hodin spí ve studii Janouškové (2012) 72 % NLZP, 45 % VS Chloudíkové (2008). Nedostatek spánku zkracuje život a špatná kvalita se projevuje sníženou koncentrací, výkonností, únavou nebo podrážděností.¹⁶⁷ Trachtová (2001) tvrdí, že poruchy spánku trápí čtvrtinu dospělých. V předložené práci polovina fyzioterapeutů nemá problémy se spánkem, téměř polovina pociťuje

¹⁶⁵ Srov. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., a DOLANSKÝ, H., *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, s. 55.

¹⁶⁶ Srov. TRACHTOVÁ, E., MASTILIAKOVÁ, D., a FOJTOVÁ, G., *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, s. 69.

¹⁶⁷ Srov. PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K., a ZÁVĚŠICKÁ, L., *Nespavost*, s. 11.

zvýšenou potřebu spánku, často se budí nebo se předčasně probouzí, 2 respondenti přiznali užívání léků na spaní. Podobné výsledky vyšly u NLZP Janouškové (2012) nebo VS Choulíkové (2008). Lze obecně říci, že nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou vystaveni většímu psychickému napětí, které se může projevit právě poruchami spánku, protože spánek svou kvalitou reaguje na změny v organismu.¹⁶⁸

Oblast **návykových látek** zahrnuje nejčastěji užívané návykové látky – nikotin v cigaretách, alkohol v nápojích a kofein v kávě.

Kouření je jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu, kterému lze ale účinně předcházet prevencí. Polovinu dlouhodobých kuřáků tabák nakonec zabije. Nelze pochybovat o tom, že kouření je škodlivé a jeho dlouhodobá inhalace je spojována se zvýšeným rizikem vzniku rakoviny prsu, plic a jiných zhoubných nádorů, plicních a kardiovaskulárních onemocnění. Naproti tomu existují studie, které dokumentují negativní korelaci mezi kouřením a Alzheimerovou a Parkinsonovou chorobou. I přes tyto informace je lepší být nekuřákem, protože co dalších 5 tisíc chemických látek v cigaretovém kouři?¹⁶⁹ Zkoumaní fyzioterapeuti byli hodně pod průměrem kuřáků v rámci ČR, o kterých informoval Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) v roce 2011. Tyto výsledky ukazují 24,5 % zastoupení denních kuřáků v populaci ČR. Pravidelných kuřáků v souboru fyzioterapeutů bylo 6 %. Fakt, že jim vlastní kouření vadí, přiznala více než polovina kuřáků a zde by mohlo být vhodné místo k intervenci. V jiných studiích nelékařských zdravotnických pracovníků procento kuřáků značně rostlo. Studie NLZP bez fyzioterapeutů Janouškové (2012) měla 19 % pravidelných kuřáků, VS Fišerové (2012) již 38 %, zdravotničtí záchranáři (ZZ) Vašicové (2012) mají 45 % pravidelných kuřáků. VS autorky Švecové (2012) přiznaly kuřácký zlozvyk dokonce v 79 % případů. Jednou z možných alternativ pro „zdravější“ kouření, nebo jako forma odvykání kouření, je v poslední době oblíbené užívání elektronických cigaret, u kterých prozatím nebyl prokázán negativní dopad na zdraví. Fyzioterapeuti přiznali její užívání ve dvou případech.

Alkoholové nápoje jsou užívány pro své účinky na nervovou soustavu, která závisí na vypitém množství, druhu alkoholu, na fyzickém a psychickém stavu

¹⁶⁸ Srov. TRACHTOVÁ, E., MASTILIAKOVÁ, D., a FOJTOVÁ, G., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, s. 75-76.

¹⁶⁹ Srov. STRUNECKÁ, A., a PATOČKA, J., *Doba jedová*, s. 58-61.

konzumenta. Alkohol mění koordinaci a schopnost rozhodování, která nejde ruku v ruce s povoláním, které vyžaduje zodpovědnost jako povolání ve zdravotnictví. Dlouhodobé užívání velkého množství alkoholu je spojováno s cirhózou jater, onemocněními trávicího a kardiovaskulárního systému, nádorovými onemocněními nebo úrazy.¹⁷⁰ Alkohol má dokázán i pozitivní kardioprotektivní vliv na organismus. V literatuře udávané akceptovatelné množství u zdravých mužů je 20 g alkoholu na den, u zdravých žen 10 g/den. Dvaceti gramům alkoholu odpovídá přibližně 0,5 l piva nebo 0,25 l vína či 0,06 l destilátu. Ve vzorku fyzioterapeutů 5 % nepije alkohol vůbec a 7 % udalo, že pije vždy jen do výše zmíněného tolerovaného množství. Pozitivní je fakt, že další polovina pije maximálně několikrát měsíčně.

Kofein, který se užívá jako stimulant ve stavu vyčerpání, je v přiměřeném množství bezpečný (maximálně 300 mg/den). Toto množství odpovídá přibližně 3 šálkům kávy. Vyšší dávky kofeinu mohou způsobovat neklid, poruchy spánku, zhoršené pohyby v oblasti jemné motoriky.¹⁷¹ Kávu ve sledovaném souboru nepije 23 % respondentů, do tolerovaného množství 3 šálků připadá další ¾ fyzioterapeutů. Nejen u fyzioterapeutů, ale i u VS je káva oblíbeným nápojem, přesto je pita v rozumné míře. U VS ji pije ve větším než doporučeném množství v 9 % (Fišerová, 2011).

Pracovní zátěž a zdravotní problémy

Pracovní zátěž je výsledkem působení řady činitelů. Stupeň zátěže je určen vlastnostmi zatěžovaného systému a intenzitou vlivů. Zátěž má souvislost s rozměry těla, tělesnou stavbou, pohybovými stereotypy, tělesnou zdatností, se svalovou silou, a to v závislosti na věku a pohlaví. Fyzická zátěž fyzioterapeuta vyplývá především ze statického a dynamického zatížení organismu při práci – vertikalizaci, polohování, cvičení nebo při mobilizaci pacienta. Při dlouhodobém působení může tato zátěž vyvolat onemocnění kosterně-svalového aparátu. Nejnáchylnější k přetížení jsou svaly, šlachy, úpony a kosti především osového orgánu – páteře a horních končetin. V etiologii vertebrogenního algického syndromu (VAS) se uplatňují nejen výše zmíněné antropometrické faktory jedince, ale i faktory posturální (osteochondróza,

¹⁷⁰ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 67.

¹⁷¹ Srov. KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví*, s. 158-159.

skolióza aj.), faktory psychosociální (nespokojenost s prací, stres) a pochopitelně pracovní podmínky, kdy je těžká fyzická práce spojená se svalovým úsilím (manipulace s břemeny, pacienti, vynucené polohy, úklony, rotace aj.)¹⁷² Pracovní činnost fyzioterapeuta má významný vliv i na vznik onemocnění měkkých tkání horních končetin z přetížení. Příčinou těchto onemocnění je nerovnováha mezi pevností a pružností tkáně a nároky na ně kladenými. Ve zkoumaném vzorku fyzioterapeutů má zdravotní problémy těžko uvěřitelných 86 % fyzioterapeutů. To je vskutku alarmující počet pracovníků. Boolestmi v oblasti kříže (bederní páteře) trpí 58 % fyzioterapeutů, bolestmi v oblasti hrudníku (hrudní páteře) trpí 25 % pracovníků, bolestmi v oblasti šíje (krční páteře) trpí 49 % respondentů. Boolestmi hlavy trpí 25 % fyzioterapeutů, tendinopatiemi v oblasti ramene a paže trpí 10 % pracovníků, epikondylitidy trápí 16 % terapeutů, tendosynovitidami, tendovaginitidami svalů předloktí a ruky trpí 30 % fyzioterapeutů. Syndrom karpálního tunelu má 12 % a varixy trpí 11 % fyzioterapeutů. Srovnáním mohou být NLZP v šetření Janouškové (2012), kterých dlouhodobé zdravotní problémy zmínila pouhá pětina. Z nich shodně více než polovina uvedla, že je trápí bolesti zad. Toto porovnání jen dokazuje nakolik je práce fyzioterapeuta fyzicky náročná a je zde nutné manažersky zasáhnout. Toto téma rozvedli i Campo a Darragh (2010) a došli k obdobným závěrům. V jejich předchozích studiích dosáhla prevalence zdravotních problémů u fyzioterapeutů až 80 %. Nyní měli v kvalitativním výzkumu 9 fyzioterapeutů a všichni vykazovali zdravotní obtíže – nejvíce krku a horních zad, dolních zad, ramen a zápěstí a v několika případech (oproti našemu vzorku) i kyčle a kolene. Zabývali se praktickou myšlenkou, co fyzioterapeuti, kteří pociťují takové množství zdravotních problémů, budou v budoucnu dělat. Navzdory svým problémům američtí fyzioterapeuti pokračují v práci. V případě 126 zkoumaných českých fyzioterapeutů trpících zdravotními problémy, jich pouze 9 zmínilo pracovní neschopnost v důsledku těchto problémů. Průměrná doba neschopnosti činila 6 týdnů (medián 3 týdny). Fyzioterapeuti tedy přes značné problémy zůstávají v práci a to z několika důvodů, které lze vztáhnout i na fyzioterapeuty české. Fyzioterapeuti nejen, že jsou schopni rozpoznat příznaky, a tak provádějí autoterapii ve smyslu fyzikální terapie, cvičení aj. Často ale pokračují v práci i přes značné bolesti kvůli pocitu, že se cítí lépe, když pomohou od problémů někomu jinému. Cítí určitou zodpovědnost za své pacienty

¹⁷² Srov. GILBERTOVÁ, S., a MATOUŠEK, O., *Ergonomie. Optimalizace lidské činnosti*, s. 59-62.

a cítí povinnost jim pomoci. Bolest je ale vede ke větším či menším změnám svých pracovních návyků. Ráno zařazují náročnější pacienty, aplikují procedury a cvičení v pozměněných podmínkách. Ty mohou snižovat účinnost terapie.¹⁷³ V případě zdravotních problémů souvisejících s prací je třeba dbát preventivně ergonomických rad. Pracovník by měl mít zajištěn optimální pracovní prostor s pracovní polohou eliminující jednostrannou zátěž dovolující maximální ekonomičnost pohybů. Měl by mít možnost optimálního nastavení výšky pracovní plochy vyhovující antropometrickým rozměrům s ohledem na pracovní pohyby, které by měly splňovat ergonomické principy. Je vhodné uchovat principy manipulace s břemeny (pacienty), střídání těžší práce s lehčí, rozložení přestávek. V neposlední řadě je třeba udržovat technická zařízení v dobrém stavu, zakázat převyšování individuálních kapacit, zařazovat pracovníky dle způsobilosti nebo střídat činnosti a pracovníky na jednotlivých pracovních místech.¹⁷⁴ Právě poslednímu doporučení jsem se věnovala v první hypotéze. Nalik je fyzické zatížení a zdravotní problémy fyzioterapeutů nezávislé na typu pracoviště. Byly sumarizovány 3 kategorie: práce na oddělení, práce na ambulanci a střídání těchto pracovišť. Statisticky významné rozdíly zdravotních problémů byly prokázány pouze u výskytu epikondylitidy a syndromu karpálního tunelu. V obou případech byl prokázán statisticky významně vyšší výskyt daného zdravotního problému u respondentů pracujících na odděleních i ambulancích ve srovnání s fyzioterapeuty pracujícími pouze na oddělení. U ostatních zdravotních problémů statisticky významné rozdíly prokázány nebyly. Nulová hypotéza nezávislosti zdravotních problémů na pracovním místě tedy nelze zamítnout. Střídání pracovníků na pracovištích, které je doporučováno v praxi (ač nejen z důvodu zdravotních problémů), nemá valný vliv na výskyt problémů pohybové soustavy. V druhé hypotéze mne zajímalo, nakolik je možné s přibývajícím praxí v oboru, vypěstovat si stereotypní návyky ulehčující práci fyzioterapeuta natolik, že sníží subjektivně vnímanou fyzickou zátěž. Korelační analýzou byla prokázána statisticky významná slabá závislost mezi délkou praxe a fyzickou náročností výkonu práce fyzioterapeuta. Se zvyšující se délkou praxe narůstá podíl fyzioterapeutů, kteří svou

¹⁷³ Srov. CAMPO, M., a DARRAGH, A. R., *Impact of work-related pain on physical therapists and occupational therapists*, s. 906-913.

¹⁷⁴ Srov. TUČEK, M., CIKRT, M., a PELCLOVÁ, D., *Pracovní lékařství pro praxi: Příručka s doporučenými standardy*, s. 207.

práci považují za velmi náročnou. Nulová hypotéza nezávislosti let praxe v oboru a zdravotních obtíží byla tedy zamítnuta. V průběhu let si zkoumaní fyzioterapeuti nenašli způsoby, jak snížit riziko zdravotních problémů, a tak subjektivně snížit dopad pracovního zatížení na svůj organismus. Vzhledem k množství zdravotních problémů se naskytla otázka, zda fyzioterapeuti budou schopni i nadále pokračovat ve své profesi. Dotázaných 39 % z těch, kteří trpí nějakým zdravotním problémem souvisejícím s prací, uvažuje o změně v oboru (30 %) nebo mimo obor fyzioterapie (9 %). Ve výzkumu Campo a Darragh (2010) přemýšlelo o změně (nebo už změnilo místo) 31 % fyzioterapeutů kvůli svému zdravotnímu stavu. Rizikové v oboru fyzioterapie není pouze přetěžování organismu, ale také kontakt s exkrementy, dekubity, otevřenými ranami, vyrážkami, s dezinfekčními prostředky nebo zápachem.¹⁷⁵ Dále fyzioterapeutům hrozí riziko poškození z aplikace fyzikálních metod – laseru, elektroléčby a např. magnetoterapie.

Skóre zdravého životního stylu

Zdravotní stav ohrožuje nejvíce několik složek životního stylu - nesprávná výživa, nízká pohybová aktivita, nadměrná psychická zátěž, kouření, nadměrná konzumace alkoholu aj.¹⁷⁶ Z všeobecně známých doporučení pro zdravý životní styl byly vybrány stěžejní oblasti výživy, pitného režimu, pohybové aktivity, spánku, stresu a návykového chování. Dle odpovědí respondentů na otázky týkající se zdravého životního stylu bylo pro každého spočítáno „Skóre zdravého životního stylu“ (dále jen SZŽS). Pokud respondent odpověděl na danou otázku v souladu s doporučovanými zásadami, byl ohodnocen jedním bodem. Každý respondent tak mohl získat maximálně 13 bodů. Tyto otázky a odpovědi lze nalézt v příl. 5. Jednou z hypotéz byla nezávislost subjektivního hodnocení vlastního životního stylu a hodnotami SZŽS. Korelační analýzou byla prokázána závislost mezi vlastním hodnocením životního stylu a hodnotami Skóre zdravého životního stylu. Respondenti, kteří se domnívají, že žijí zdravě, mají skutečně vyšší hodnoty Skóre zdravého životního stylu. Subjektivně hodnoceným zdravým způsobem života žije 79 % fyzioterapeutů. I Janoušková (2012) v šetření zjišťovala, zda si NLZP myslí, že žijí zdravě. Zde si jich to myslela polovina dotazovaných. Další z hypotéz zkoumala nezávislost zdravotních problémů

¹⁷⁵ Srov. BARTOŠÍKOVÁ, I., *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, s. 11.

¹⁷⁶ Srov. MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D., *Výchova ke zdraví*, s. 16.

souvisejících s prací a hodnot SZŽS. Dvouvýběrovými *t*-testy byla prokázána závislost výskytu zdravotních problémů vyvolaných prací, dále bolestí v oblasti kříže, hrudníku, šíje, bolestí hlavy a syndromu karpálního tunelu na hodnotách SZŽS. Fyzioterapeuti, kteří trpí těmito problémy, mají statisticky významně nižší průměrné Skóre zdravého životního stylu než fyzioterapeuti, kteří tyto zdravotní problémy nemají. Tento výsledek potvrzuje fakt, že lidé, kteří se řídí zásadami zdravého životního stylu, trpí méně zdravotními problémy a to i těmi, které mají souvislost s výkonem povolání fyzioterapeuta. Poslední hypotézou byla nezávislost subjektivně hodnocené celkové spokojenosti a hodnotou SZŽS. Bylo prokázáno, že respondenti, kteří jsou velmi spokojeni s životem, mají statisticky významně vyšší hodnotu průměrného Skóre zdravého životního stylu ve srovnání s respondenty, kteří jsou jen spíše spokojeni a s respondenty, kteří jsou spíše nespokojeni. Pocit spokojení (neuspokojení) se prolíná celým životem dospělého člověka. Jeho úroveň výrazně determinuje obecnou kvalitu života, projevuje se ve významném vztahu k fyzickému a duševnímu stavu jedince.¹⁷⁷

Pracovní spokojenost

Celková pracovní spokojenost odráží obecnou míru vztahu k vykonávané práci. Pracovní spokojenost dílčí (zde ve smyslu pracovních podmínek) vyjadřuje spokojenost s pracovní situací spojenou s kvalitou fyzikálních podmínek, úrovní mezilidských vztahů na pracovišti aj.¹⁷⁸ Nespokojení pracovníci mají obecně horší morálku, odpor ke změnám, častěji chybějí v práci, anebo mohou odejít, což samozřejmě oslabí zdravotnické zařízení. Mne zajímalo, jaká je motivace fyzioterapeutů k jejich výkonu povolání, tudíž nalezení způsobu, jak si získat a udržet zkušené a motivované pracovníky. Faktory byly sumarizovány do kategorie pracovních podmínek charakterizovaných mikroklimatickými podmínkami, pracovním prostředím a mezilidskými vztahy a do kategorie podmínek finančních. S ohledem na neprůkaznost statisticky významné závislosti spokojenosti s finančním ohodnocením a úvahami nad změnou zaměstnání lze konstatovat, že hlavní motivací pro práci není finanční ohodnocení. Bártlová (2006) ve své studii analyzovala pracovní spokojenost sester. Ty uvedly ve ¾ případů jako hlavní faktor nespokojenosti špatné

¹⁷⁷ Srov. ŠTIKAR, J., aj., *Psychologie ve světě práce*, s. 111.

¹⁷⁸ Tamtéž, s. 111-112.

finanční ohodnocení. Motivující faktory mohou být značně variabilní. Míra spokojenosti s prací je do značné míry přímo úměrná uznání, kterého se jedinci dostane za svou práci. Nemusí jít nutně pouze o peníze, ale postačí slovní vyjádření, zvláštní odměna nebo pracovní postup.¹⁷⁹ Pro fyzioterapeuty jsou důležité pracovní podmínky tvořené mezilidskými vztahy na pracovišti, fyzikálními podmínkami nebo způsobem vedení aj. Fyzioterapeuti, kteří jsou spokojeni s pracovními podmínkami, uvažují o změně zaměstnání v oboru i mimo obor statisticky významně méně často než fyzioterapeuti, kteří nejsou spokojeni s pracovními podmínkami. Potvrzují to i jiné studie (Haroková, Gurková; 2012), které tvrdí, že pracovníci, kteří jsou spokojeni v práci, dosahují vyšší výkonnosti s menší pravděpodobností fluktuace. Pro zlepšení pracovní spokojenosti je možné ze strany vedení podpořit zaměstnance, upřesnit, co se od nich očekává, pokusit se je oprostít od administrativního balastu, podporovat obměňování pracovních postupů a v případech, když je to možné umožnit individuální úpravu pracoviště.¹⁸⁰ Jednotlivec pak může skrze pracovní činnost uspokojovat široké spektrum svých potřeb. Tato pracovní činnost pak určuje postavení pracovníka nejen v organizaci, ale i ve společnosti.¹⁸¹

¹⁷⁹ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*, s. 135-139.

¹⁸⁰ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*, s. 140-143.

¹⁸¹ Srov. ŠTIKAR, J., aj., *Psychologie ve světě práce*, s. 112-113.

ZÁVĚR

Porozumění pojmu zdraví by mohlo být základní kamenem pro jeho nápravu. Svoje zdraví třímá ve svých rukou každý z nás. Ve většině případů je zdraví poškozováno nevhodným životním stylem (špatnou výživou, hypokinezí, stresem, kouřením, alkoholem a jinými návykovými látkami a chováním). Fyzioterapeuti, jako zdravotničtí odborníci, by se měli podílet na podporování a šíření zásad zdravého života a objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí. To v první řadě znamená, aby sami žili zdravě (podle zásad zdravého životního stylu), a tak šli nemocným příkladem. Ukazuje se, že na fyzioterapeuty jsou kladeny vysoké nároky, a nejen tím je profese psychicky, ale značně fyzicky náročná. Vysoký výskyt zdravotních problémů souvisejících s jejich povoláním vedl k zamyšlení, jak tyto problémy řešit. A především, jak jim úspěšně předcházet? Vzhledem k zamítnutí hypotézy nezávislosti zdravotních problémů a pracoviště, nelze jako prevence zdravotních problémů doporučit rotaci práce na ambulanci a oddělení. Slabá, ale významná závislost délky praxe a fyzické náročnosti práce fyzioterapeuta nedokazuje, že je možné s přibývajícím lety praxe předcházet zdravotním problémům souvisejícím s jeho prací. Z pohledu manažera bude vhodnější zaměřit se na zlepšení personálního zabezpečení pracoviště, eliminaci převyšování individuálních kapacit terapeutů, udržování technických zařízení v dobrém stavu, adekvátnost počtu pacientů za den, zlepšení komunikace s lékaři, zaškolení ošetrovatelského personálu v rámci mezioborové spolupráce a třeba i nalezení správných motivačních odměn.¹⁸² Díky Skóre zdravého životního stylu byla prokázána souvislost dodržování zásad zdravého životního stylu se zdravotními problémy – bolest beder, hrudníku, krku, hlavy a syndromu karpálního tunelu. Fyzioterapeuti, kteří dodržují zásady zdravého životního stylu, trpí méně často bolestmi pohybové soustavy a jsou celkově spokojenější se svým životem. Motivaci pro práci fyzioterapeuta nelze hledat ve spokojenosti s finančními podmínkami, spíše jsou pro terapeuty důležité jiné hodnoty - mezilidské vztahy na pracovišti, fyzikální mikroklimatické podmínky nebo

¹⁸² Stov. TUČEK, M., CIKRT, M., a PELCLOVÁ, D., *Pracovní lékařství pro praxi: Příručka s doporučenými standardy*, s. 207.

způsob vedení. Fyzioterapeuti, kteří jsou spokojeni s pracovními podmínkami, uvažují o změně zaměstnání méně často než fyzioterapeuti, kteří s nimi spokojeni nejsou.

LITERATURA A PRAMENY

- ASTL, J., ASTLOVÁ, E., a MARKOVÁ, E. *Jak jíst a udržet si zdraví aneb Vyvážený zdravý životní styl pro každý den: Příručka poradce*. Praha: Maxdorf, 2009. 328 s. ISBN 978-80-7345-175-2.
- BÁRTLOVÁ, S. Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISSN 1213-6050. 2006, roč. 9, č. 4, s. 166-169.
- BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání, Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
- BESS, M. *Psychologie aktivního způsobu života*. Praha: Portál, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7367-654-4.
- BUBENÍKOVÁ, M. *Pohybové aktivity ve vztahu ke zdraví u profese zdravotních sester*. Bakalářská práce obhájená na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci v r. 2011. 73 s. [cit. 2013-05-20] Dostupné na WWW: <http://theses.cz/id/opm7bd/BAKALARKA.pdf>.
- CAMPO, M., a DARRAGH, AR. Impact of work-related pain on physical therapists and occupational therapist. *Physical Therapy*. 2010, č. 6, s. 905-920.
- ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., a DOLANSKÝ, H. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 108 s. ISBN 978-80-247-2860.
- DIEHL, H., a LUDINGTON, A. *Umění žít zdravě*. Praha: Advent-Orion, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7172-065-0.
- DIMUNOVÁ, L. Životní styl sester a porodních asistentek na Slovensku [online]. *Sestra*. 2011, č.3. [cit. 2013-06-05] Dostupné na WWW: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zivotni-styl-sester-a-porodnich-asistentek-na-slovensku-458788>.
- FÍŠEROVÁ, P. *Životní styl všeobecných sester* [online]. Diplomová práce obhájená na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v r. 2011. 100 s. [cit. 2013-05-15] Dostupné na WWW: http://theses.cz/id/xqc8n6/ivotn_styl_veobecnych_sester.pdf.

- FOŘT, P. *Sport a správná výživa*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2002. 351 s. ISBN 80-249-0124-2.
- FOŘT, Petr. *Výživa pro dokonalou kondici a zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 181 s. ISBN 80-247-1057-9.
- GILBERTOVÁ, S., a MATOUŠEK, O. *Ergonomie. Optimalizace lidské činnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 239 str. ISBN 80-86022-45-5.
- HAINER, V., aj. *Základy klinické obezitologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2011. 422 s. ISBN 978-80-247-3252-7.
- HAROKOVÁ, S., a GURKOVÁ, E. *Pracovní spokojenost sester* [online]. Sestra. 2012, č. 7-8. [cit. 2013-06-02] Dostupné z WWW: <<http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/1669.pdf>>.
- HOLČÍK, J. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.
- HOLČÍK, J. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-089-0.
- HŘIVNOVÁ, M., aj. *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. 151s. ISBN 978-80-244-2503-0.
- CHALOUPKA, V., aj. *Rehabilitace u nemocných s kardiovaskulárním onemocněním. Cor Vasa*. 2006, roč. 48, č. 7, s. 127 - 145.
- CHOULÍKOVÁ, I. *Životní styl sester pracujících na anesteziologicko resuscitačním oddělení* [online]. Bakalářská práce obhájená na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v r. 2008. 104 s. [cit. 2013-06-02] Dostupné na WWW: <<http://theses.cz/id/o5k4nx.pdf>>.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-1369-4.
- CHRPOVÁ, D. *S výživou zdravě po celý rok*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 133 s. ISBN 978-80-247-2512-3.
- IVANOVÁ, K. a JURÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. 100 s. ISBN 80-244-0992-5.
- IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., a KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

- JANOŠOVÁ, K. *Životní styl pracovníků působících v poradenství zdravého životního stylu* [online]. Diplomová práce obhájená na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v r. 2011. 106 s. [cit. 2013-05-15] Dostupné na WWW: <<http://theses.cz/id/ff4v6e.pdf>>.
- JANOUSHKOVÁ, K. *Životní styl nelékařských zdravotnických pracovníků. Diplomová práce* [online]. Diplomová práce obhájená na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v r. 2012. 93 s. [cit. 2013-05-15] Dostupné na WWW: <http://theses.cz/id/b23d8k/Diplomov_prce_Janoukov.pdf>.
- KASTNEROVÁ, M. *Poradce zdravého životního stylu*. 1.vyd. České Budějovice: Nová Forma, 2012. 378 s. ISBN 978-80-7453-250-4.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- KOLÁŘ, P., aj. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galen, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657.
- KOPECKÝ, M., a CICHÁ, M. *Somatologie pro učitele*. 1. vyd. Olomouc: Pedagogická fakulta, 2005. 263 s. ISBN 80-244-1072-9.
- KOUBEK, J. *Řízení lidských zdrojů: Základy moderní personalistiky*. 3. vyd. Praha: Management Press, 2006. 355 s. ISBN 80-7261-033-3.
- KOŽÍŠEK, F., a JELIGOVÁ, H. Pitný režim: proč, kolik a co vlastně pít? [online]. *Interní medicína pro praxi*. 2010, č. 12, s. 388-389. [cit. 2013-06-02] Dostupné na WWW: <<http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi/pitnyrezim>>.
- KRASKA-LŮDECKE K. *Nejlepší techniky proti stresu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 116 s. ISBN 978-80-247-1833-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*. 2. přeprac. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. 175 s. ISBN 978-80-7195573-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 128 s. ISBN 80-7169-349-9.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
- KUKAČKA, V. *Udržitelnost zdraví*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010. 228 s. ISBN 978-80-7394-217-5.
- KUKAČKA, V. *Zdravý životní styl*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2009. 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3.
- LAJČÍKOVÁ, A., a KOŽÍŠEK, F. Pitný režim a zdraví. *České pracovní lékařství*. 2005, č. 6, s. 106-110.
- LEE, I. H., PARK, S. Y., aj. A survey of the subjective quality of life of clinical physical therapists and factors affecting their work satisfaction factors. *Journal of Physical Therapy Science*. 2011, č. 23, s. 503-508.
- MACHOVÁ, J., a KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MARKOVÁ, M. *Determinanty zdraví*. 1. vyd., Brno: NCO NZO, 2012. ISBN: 978-80-7013-545-7.
- MARTIKÁNOVÁ, L. Jak na správnou výživu při práci ve směnném provozu? *Florence*. 2013, č. 5, s. 14.
- MAŠKOVÁ, N. *Životní styl sester dle vybraných sociálních determinant zdraví (v oblasti stravování, sportovní aktivity, zvládání stresu, závislostí)* [online]. Bakalářská práce obhájená na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v r. 2011. 70 s. [cit. 2013-05-15] Dostupné na WWW: <<http://theses.cz/id/vsw38z.pdf>>.
- MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 104 s. ISBN 80-210-2511-5.
- NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka 2. díl*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
- PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-725-4657-0.
- PLACHETA, Z., aj. *Zátěžové vyšetření a pohybová léčba ve vnitřním lékařství*. Brno: Masarykova Univerzita v Brně, 2001. 179 s. ISBN 80-210-2614-6.
- PRAŠKO, J., aj. *Nadměrné obavy o zdraví: rady pro klienta a jeho rodinu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-7178-881-3.

- PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K., a ZÁVĚŠICKÁ, L. *Nespavost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-919-4.
- PŘECECHTĚLOVÁ, J., a MATOUŠKOVÁ, M. *Alternativní rehabilitační metody*. Florence. 2013, č. 4, s. 9-12.
- SCHALLER K. aj. *Red Series Tobacco Prevention and Tobacco Control: Electronic Cigarettes – An Overview* [online]. German Cancer Research Center (DKFZ), Heidelberg. 2013, č. 19. 39 s. [cit. 2013-06-02]. Dostupné na WWW: <http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_19_e-cigarettes_an_overview.pdf>.
- STEJSKAL, P. *Proč a jak se zdravě hýbat*. Břeclav: Presstempus, 2004. 125 s. ISBN 80-903350-2-0.
- STRUNECKÁ, A., a PATOČKA, J. *Doba jedová*. Praha: Triton, 2011. 296 s. ISBN 978-80-7387-469-8.
- ŠTIKAR, J., aj. *Psychologie ve světě práce*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 461 s. ISBN 80-246-0448-5.
- ŠVECOVÁ, R. *Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sester* [online]. Diplomová práce obhájená na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích v r. 2012. 110 s. [cit. 2013-06-02] Dostupné na WWW: <http://theses.cz///id/zfprsf/DP_Svecova.pdf>.
- TRACHTOVÁ, E., MASTILIAKOVÁ, D., a FOJTOVÁ, G. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-8.
- TUČEK, M., CIKRT, M., a PELCLOVÁ, D. *Pracovní lékařství pro praxi: Příručka s doporučenými standardy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 327 s. ISBN 80-247-0927-9.
- VAŠICOVÁ, E. *Životní styl zdravotnických záchranářů města Ostravy v souvislosti s výkonem jejich povolání* [online]. Diplomová práce obhájená na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Palackého v Olomouci v r. 2012. 94 s. [cit. 2013-05-15] Dostupné na WWW: <http://theses.cz//id/jegmq1/DP_Vaicov_E_ivotn_styl_zdravotnickch_zchran.pdf>.

- VATTAIOVÁ, M. *Osobní pohoda a životní styl budoucí sestry* [online]. 2012, č. 9. [cit. 2013-06-02] Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osobni-pohoda-a-zivotni-styl-budouci-sestry-466836>>.
- VIŠŇOVSKÝ, P. et al. *Základy vědecké práce ve farmacii a v medicíně*. Praha: Karolinum, 2001. 184 s. ISBN 80-246-0251-2.
- VYBÍHALOVÁ, L. *Vliv povolání sestry na životní styl* [online]. Sestra. 2013, č. 2 [cit. 2013-06-02]. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vliv-povolani-sestry-na-zivotni-styl-469289>>.
- VYHLÁŠKA č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ze dne 1.3.2011 [online]. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2011, částka 20, s. 482-543. [cit. 2013-06-02] Dostupná na WWW: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&fulltext=&nr=96~2F2004&part=&name=&rpp=15#seznam>>.
- VÝROST, J., a SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 383 s. ISBN 80-7178-269-6.
- VÝROST, J., a SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. přeprac. a rozšířené vyd. Praha: Grada, 2008. 416 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
- WILKINSON, R., a MARMOT, M. *Sociální determinanty zdraví Fakta & Souvislosti*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003. 52. s. ISBN 92-890-13-71-0.
- ZACHAROVÁ, E. *Porovnání stresové zátěže u rehabilitačních profesí* [online]. Sestra. 2013, č. 4. [cit. 2013-06-02] Dostupné z WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/porovnaní-stresove-zateze-u-rehabilitacnich-profesi-470114>>.
- ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., a ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- ZÁKON č. 96/2004 Sb., o podmínkách získání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povolání) ze dne 4.2.2004 [online]. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2004, částka 109, s. 5209-5210. [cit. 2013-06-02] Dostupný na WWW:

<<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&fulltext=&nr=55~2F2011&part=&name=&rpp=15#seznam>>.

ZBOJAN, M. *Syndróm vyhorenia v pomáhajúcich profesiách - so zameraním na prácu fyzioterapeutov* [online]. Diplomová práce obhájená na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Palackého v Olomouci v r. 2012. 103 s. [cit. 2013-05-15]. Dostupné na WWW: <http://theses.cz///id/Inj580/Zbojan_Martin_Syndrm_vyhorenia_v_pomhajcich_profesich_so.pdf>.

ZEMAN, M. Fyzioterapie v současné moderní medicíně. *Kontakt*. 2009, č. 2, s. 467–470. ISSN 1212-4117.

ZVÁROVÁ, J. *Biomedicínská statistika I. : Základy statistiky pro biomedicínské obory* [online]. Praha: Karolinum, 1998. 218 s. ISBN 80-7184-786-0. [cit. 2013-06-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.euromise.cz/education/textbooks.html>>.

SEZNAM ZKRATEK

BMI	Body Mass Index
cm	centimetr
CNS	centrální nervový systém
ČR	Česká republika
DM	Diabetes mellitus
g	gram
HDL	high density lipoprotein
ISBN	International Standard Book Numbering
ISSN	International Standard Serial Number
kg	kilogram
ks	kus
kys	kyselina
l	litr
LDL	low density lipoprotein
lig	ligamentum
m	musculus
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
non-REM	Non Rapid Eye Movement
p	hodnota statistické významnosti
NT	nutriční terapeut
REM	Rapid Eye Movement
SD	Standard Deviation
SZŽS	Skóre zdravého životního stylu
VAS	vertebrogenní algický syndrom
vit	vitamín
VS	všeobecná sestra
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnické organizace)
ZZ	zdravotnický záchranář

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 – Věkové rozložení souboru	- 53 -
Obr. 2 – Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru fyzioterapie	- 53 -
Obr. 3 – Délka praxe v oboru fyzioterapie	- 54 -
Obr. 4 – Pracovní zařazení pracovníků	- 54 -
Obr. 5 – Počet porcí jídla denně	- 55 -
Obr. 6 – Frekvence snídaní	- 55 -
Obr. 7 – Frekvence konzumace porce ovoce a zeleniny	- 56 -
Obr. 8 – Frekvence konzumace jídla v práci ve spěchu	- 57 -
Obr. 9 – Preference vitamínů z ovoce a zeleniny oproti potravinovým doplňkům v tabletách	- 57 -
Obr. 10 – Množství vypitých tekutin denně	- 58 -
Obr. 11 – Druh nejčastěji konzumovaného nápoje	- 59 -
Obr. 12 – Frekvence sportovně-rekreačních aktivit v minimální délce 30 minut	- 59 -
Obr. 13 – Druhy pohybových aktivit	- 60 -
Obr. 14 – Průměrná denní délka spánku	- 60 -
Obr. 15 – Kvalita spánku	- 61 -
Obr. 16 – Aktivity volného času	- 61 -
Obr. 17 – Faktory působící zvýšené psychické napětí	- 62 -
Obr. 18 – Fyzické symptomy stresu	- 63 -
Obr. 19 - Kouření	- 64 -
Obr. 20 – Konzumace kávy	- 64 -
Obr. 21 – Frekvence konzumace alkoholu ve větším než tolerovaném množství	- 65 -
Obr. 22 – Zdravotní problémy související s výkonem povolání fyzioterapeuta	- 66 -
Obr. 23 – Závislost hodnocení vlastního životního stylu a Skóre zdravého životního stylu	- 70 -
Obr. 24 – Závislost subjektivního hodnocení spokojenosti s vlastním životem a Skóre zdravého životního stylu	- 72 -

SEZNAM TABULEK

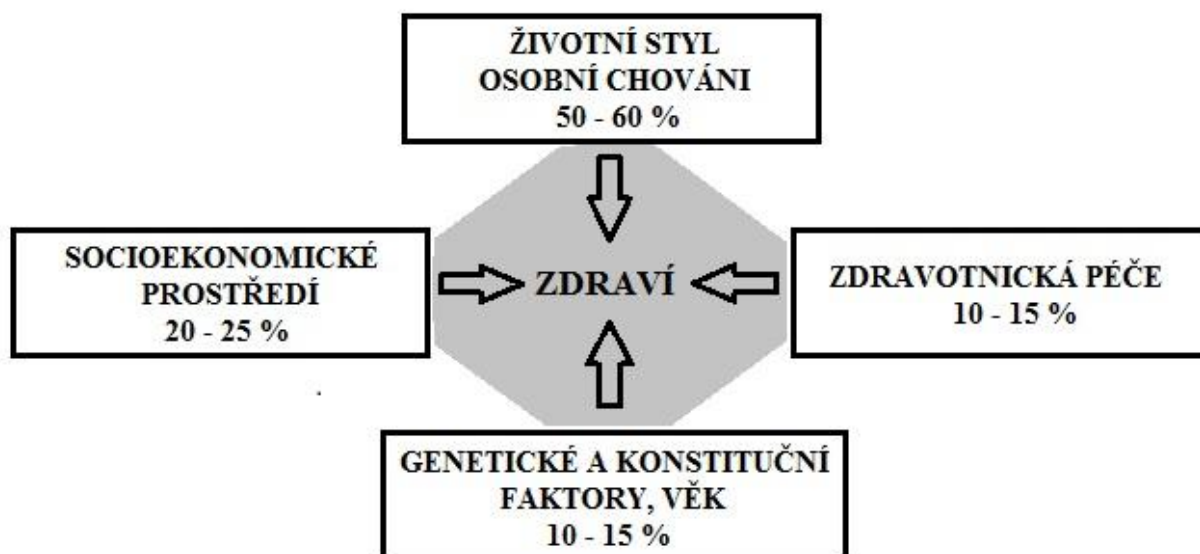
Tab. 1 – Složky tělesné zdatnosti a pohybové aktivity, které je rozvíjejí	- 36 -
Tab. 2 – Závislost zdravotních problémů souvisejících s výkonem povolání na pracovním zařazení	- 67 -
Tab. 3 – Závislost výskytu epikondilitidy na pracovním zařazení	- 67 -
Tab. 4 - Závislost výskytu syndromu karpálního tunelu na pracovním zařazení	- 68 -
Tab. 5 – Závislost subjektivního hodnocení fyzické náročnosti práce na délce praxe v oboru	- 69 -
Tab. 6 – Závislost zdravotních problémů související s výkonem práce a Skóre zdravého životního stylu	- 71 -
Tab. 7 – Závislost spokojenosti s pracovními podmínkami a uvažováním nad změnou zaměstnání	- 73 -

SEZNAM PŘÍLOH

Příl. 1 – Základní determinanty ovlivňující zdraví člověka	- 100 -
Příl. 2 – Výživová doporučení Společnosti pro výživu ČR	- 101 -
Příl. 3 – Dotazník	- 103 -
Příl. 4 – Otázky a odpovědi ohodnocené bodem	- 103 -
Příl. 5 – Povolení sběru informací ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně	- 107 -

PŘÍLOHY

**Příl. 1 – Základní determinanty ovlivňující zdraví člověka
(diamantový model příčin nemocí)¹⁸³**



¹⁸³ Zdroj Dolanský, H., Veřejné zdravotnictví (2008) In ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., a DOLANSKÝ, H., *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, s. 19.

Příl. 2 – Výživová doporučení Společnosti pro výživu ČR

- Upravte hodnotu celkového energetického příjmu tak, aby odpovídala výdeji.
- Udržte si tělesnou hmotnost vyjádřenou BMI v rozmezí 18,5 – 25 kg/m² a obvod v pase pod 94 cm u mužů a 80 cm u žen.
- Stravujte se 5 x denně v 3 - 4 hodinovém intervalu.
- Nevynechávejte snídani.
- Konzumujte jídlo v klidu a bez spěchu.
- Snižte příjem tuků tak, aby nepřekročil 30 % optimální energetické hodnoty. Snižte spotřebu potravin s jejich vysokým obsahem (uzeniny, chipsy, čokolády, tučné mléčné výrobky, maso s viditelným tukem, lahůdkářské výrobky s majonézou aj.).
- Dosáhněte podílu nasycených mastných kyselin, mononenasycených a polynenasycených mastných kyselin < 1 : 1,4 : 0,6 > v celkové dávce tuku.
- Dosáhněte poměru mastných kyselin typu omega-6 ku omega-3 maximálně 5 : 1 a příjmu transnenasycených mastných kyselin do 2 % celkového energetického příjmu (vznikají např. smažením na přepáleném oleji).
- Nahrazujte tuky živočišné rostlinnými oleji a tuky.
- Snižte příjem cholesterolu na max. 300 mg/den (s optimem 100 mg na 1000 kcal).
- Snižte spotřebu jednoduchých cukrů na max. 10 % energetické dávky. Omezte konzumaci sladkostí, slazených nápojů, kompotů a zmrzliny.
- Snižte spotřebu kuchyňské soli na max. 5 -7 g/ den včetně soli skryté v potravinách (chipsy, solené tyčinky, slané uzeniny). Preferujte soli obohacené jodem.
- Zvyšte příjem kyseliny askorbové (vit. C) na 100 mg/den.
- Zvyšte příjem vlákniny na 30 g/den.
- Konzumujte dostatečné množství zeleniny (syrové i vařené) a ovoce, denně alespoň 600 g (zeleniny 2x více než ovoce) včetně ořechů a luštěnin.
- Při tepelném zpracování dávejte přednost šetrným způsobům (vaření a dušení), omezte smažení a grilování.

Pokračování příl. 2

- Zvyšte konzumaci výrobků z obilovin s vyšším podílem z tmavé a celozrnné mouky.
- Zvyšte spotřebu zejména mořských ryb.
- Konzumujte denně mléčné výrobky, zejména zakysané; vybírejte si přednostně polotučné a nízkotučné.
- Zvyšte příjem ochranných látek minerální, ale i vitamínové povahy, aby zajistily odpovídající antioxidační ochranné procesy v organismu (zinek, selen, vápník, jód, chrom, karoteny, vit. E aj.).¹⁸⁴

¹⁸⁴ Srov. MARKOVÁ, M., *Determinanty zdraví*, s. 18-23.

Příl. 3 – Dotazník

DOTAZNÍK

ŽIVOTNÍ STYL FYZIOTERAPEUTŮ

Vážená kolegyně/Vážený kolego,

dovoluji si Vás touto cestou požádat o spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí mé diplomové práce, jehož tématem je životní styl fyzioterapeutů. **Dotazník je zcela anonymní**, údaje z něj získané budou použity výhradně k účelům této práce. Pokud není uvedeno jinak, vyberte, prosím, jen jednu odpověď. Svoji odpověď označte křížkem nebo doplňte. **Průměrný čas vyplňování je 5-10 minut.**

Předem Vám velice děkuji za Vaši ochotu a čas, který věnujete vyplnění dotazníku a za pravdivé zodpovězení všech otázek.

Mgr. Klára Bouzková, Management zdravotnictví, FZV UPOL

1. POHLAVÍ	<input type="checkbox"/> muž	<input type="checkbox"/> žena	2. VĚK	<input type="checkbox"/> 21 – 30 let	<input type="checkbox"/> 31 – 40 let	<input type="checkbox"/> 41 – 50 let	<input type="checkbox"/> 51 let a více
3. RODINNÝ STAV	<input type="checkbox"/> svobodný/svobodná		<input type="checkbox"/> ženatý/vdaná	<input type="checkbox"/> rozvedený/rozvedená		<input type="checkbox"/> vdovec/vdova	
4. POČET DĚTÍ	<input type="checkbox"/> dítě nemám		<input type="checkbox"/> 1 dítě	<input type="checkbox"/> 2 děti		<input type="checkbox"/> 3 a více dětí	
5. JAKÉ JE VAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ V OBORU FYZIOTERAPIE?							
<input type="checkbox"/> SOŠ		<input type="checkbox"/> VOŠ (DiS.)		<input type="checkbox"/> VŠ (Bc.)		<input type="checkbox"/> VŠ (Mgr.)	
<input type="checkbox"/> VŠ (PhD.)							
6. JAKÁ JE DÉLKA VAŠÍ PRAXE V OBORU FYZIOTERAPIE?							
<input type="checkbox"/> méně než 1 rok		<input type="checkbox"/> 1 – 2 roky		<input type="checkbox"/> 3 – 4 roky		<input type="checkbox"/> 5 – 10 let	
<input type="checkbox"/> 11 – 20 let							
<input type="checkbox"/> víc jak 20 let							
7. V JAKÉM ZAŘÍZENÍ VYKONÁVÁTE SVŮJ VĚTŠINOVÝ ÚVAZEK?							
<input type="checkbox"/> státní zdravotnické zařízení				<input type="checkbox"/> nestátní zdravotnické zařízení		<input type="checkbox"/> jiné:	
8. KDE TRÁVÍTE VĚTŠINU SVÉ PRACOVNÍ DOBY?							
<input type="checkbox"/> u lůžka na oddělení		<input type="checkbox"/> v ambulanci		<input type="checkbox"/> na oddělení i v ambulanci		<input type="checkbox"/> jiné:	
9. JAKÁ JE VAŠE VÝŠKA?	10. JAKÁ JE VAŠE VÁHA?		11. UDRŽUJETE SI SVOU TĚLESNOU HMOTNOST?				
cm	kg		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> spíše ano	<input type="checkbox"/> spíše ne	<input type="checkbox"/> ne	
12. Myslíte si, že žijete zdravě?			<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> spíše ano	<input type="checkbox"/> spíše ne	<input type="checkbox"/> ne	
13. SNÍDÁTE KAŽDÝ DEN?							
<input type="checkbox"/> ano, vždy		<input type="checkbox"/> občas		<input type="checkbox"/> zřídka		<input type="checkbox"/> ne, nikdy	
14. KOLIKRÁT DENNĚ JÍTE?							
<input type="checkbox"/> 1 – 2x		<input type="checkbox"/> 3x		<input type="checkbox"/> 4x		<input type="checkbox"/> 5x a více	
15. JÍTE V PRÁCI VE SPĚCHU?							
<input type="checkbox"/> ano, vždy		<input type="checkbox"/> občas		<input type="checkbox"/> zřídka		<input type="checkbox"/> ne, nikdy	
16. JAK ČASTO JÍTE OVOCE (PŘ. 1 JABLKO) NEBO ZELENINU (PŘ. 1 RAJČE)?							
<input type="checkbox"/> vícekrát za den		<input type="checkbox"/> 1x denně		<input type="checkbox"/> 5 – 6x týdně		<input type="checkbox"/> 3 – 4x týdně	
<input type="checkbox"/> 1 – 2x týdně							
<input type="checkbox"/> méně než 1x týdně							
17. PREFERUJETE VITAMÍNY V OVOCI A ZELENINĚ PŘED VITAMÍNY V TABLETÁCH?							
<input type="checkbox"/> jím spíše ovoce a zeleninu		<input type="checkbox"/> kombinuji ovoce a zeleninu s vitamíny v tabletách		<input type="checkbox"/> ovoce a zeleninu skoro nejím, preferuji vitamíny v tabletách		<input type="checkbox"/> nejím ani jedno	
18. KOLIK TEKUTIN DENNĚ VYPIJETE?							
<input type="checkbox"/> méně než 1 litr			<input type="checkbox"/> 1 – 2 litry			<input type="checkbox"/> více než 2 litry	
19. KTERÉ Z NÁSLEDUJÍCÍCH NÁPOJŮ NEJČASTĚJI PIJETE? (označte jednu odpověď)							
<input type="checkbox"/> voda, slabě mineralizovaná voda		<input type="checkbox"/> vodou ředěné ovocné a zeleninové šťávy		<input type="checkbox"/> mineralizované vody, vody syčené CO2			
<input type="checkbox"/> slabé neslazené čaje		<input type="checkbox"/> ochucené a slazené minerálky		<input type="checkbox"/> limonády, džusy, nektary			
<input type="checkbox"/> jiné:							
20. JAK ČASTO SE VĚNUJETE SPORTOVNĚ-REKREAČNÍM POHYBOVÝM AKTIVITÁM (CHŮZE, JÍZDA NA KOLE, PLAVÁNÍ APOD. – CVIČENÍ V ROZSAHU NEJMÉNĚ 30 MINUT)?							
<input type="checkbox"/> vůbec		<input type="checkbox"/> 1x měsíčně		<input type="checkbox"/> 2 – 3x měsíčně		<input type="checkbox"/> 1x týdně	
<input type="checkbox"/> 2 x týdně							
<input type="checkbox"/> 3 x týdně							
<input type="checkbox"/> 4x týdně a více							
21. JESTLIŽE JSTE V PŘEDCHOZÍ OTÁZCE OZNAČILI MOŽNOST „VŮBEC“, UVEĎTE DŮVOD, PROČ SE NEVĚNUJETE ŽÁDNÉMU SPORTU.							
<input type="checkbox"/> sport mne nebaví, nezajímá		<input type="checkbox"/> nemám čas pravidelně sportovat		<input type="checkbox"/> na pravidelný sport nemám dostatečné finance			
<input type="checkbox"/> mám zdravotní omezení		<input type="checkbox"/> jiné:					

22. POKUD SE VĚNUJETE NĚJAKÝM SPORTOVNĚ-REAKREAČNÍM AKTIVITÁM, JAKOU ČINNOST PROVOZUJETE NEJČASTĚJI? (můžete označit více odpovědí)

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> běh | <input type="checkbox"/> cyklistika (spinning) | <input type="checkbox"/> fitness (aerobic, H.E.A.T., pilates, TRX, zumba aj.) |
| <input type="checkbox"/> jóga | <input type="checkbox"/> tenis (squash, badminton aj.) | <input type="checkbox"/> míčové hry (fotbal, volejbal, basketbal, házená aj.) |
| <input type="checkbox"/> plavání | <input type="checkbox"/> turistika (Nordic walking) | <input type="checkbox"/> zimní sporty (lyžování sjezdové, běžkové, bruslení aj.) |
| <input type="checkbox"/> posilovna | <input type="checkbox"/> jiné: | |

23. JAK JE VAŠE PRÁCE FYZICKY NÁROČNÁ? velmi náročná spíše náročná spíše nenáročná zcela nenáročná

24. V SOUVISLOSTI S VÝKONEM VAŠEHO POVOLÁNÍ, POCIŤUJETE NĚJAKÝ Z NÁSLEDUJÍCÍCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ? (můžete označit více odpovědí)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> bolest v oblasti kříže/bederní páteře | <input type="checkbox"/> bolest v oblasti hrudníku/hrudní páteře | <input type="checkbox"/> bolest v oblasti šje/krční páteře |
| <input type="checkbox"/> bolesti hlavy | <input type="checkbox"/> tendinopatie v oblasti ramene | <input type="checkbox"/> epikondylitida |
| <input type="checkbox"/> tendosynovitida/tendovaginitida svalů předloktí a ruky | <input type="checkbox"/> syndrom karpálního tunelu | <input type="checkbox"/> varixy |
| | <input type="checkbox"/> nepociťuji | <input type="checkbox"/> jiné: |

25. BYLY VÝŠE ZMÍNĚNÉ ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY DŮVODEM PRO PRACOVNÍ NESCHOPNOST?

- ne ano (prosím, specifikujte délku pracovní neschopnosti: _____)

26. TRPÍTE NĚJAKÝM Z NÁSLEDUJÍCÍCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ OZNAČOVANÝCH JAKO „CIVILIZAČNÍ“? (můžete označit více odpovědí)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> hypertenze | <input type="checkbox"/> hypercholesterolemie |
| <input type="checkbox"/> chronická onemocnění gastrointestinálního traktu | <input type="checkbox"/> kardiovaskulární onemocnění | <input type="checkbox"/> nádorová onemocnění |
| <input type="checkbox"/> jiné: | <input type="checkbox"/> revmatologická onemocnění | <input type="checkbox"/> netrpím |

27. BYLY VÝŠE ZMÍNĚNÉ ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY DŮVODEM PRO PRACOVNÍ NESCHOPNOST?

- ne ano (prosím, specifikujte délku pracovní neschopnosti: _____)

28. KOLIK HODIN DENNĚ PRŮMĚRNĚ SPÍTE? méně než 6 hodin 6 – 8 hodin více než 8 hodin

29. JAK JE KVALITA VAŠEHO SPÁNKU?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> spím dobře | <input type="checkbox"/> špatně usínám | <input type="checkbox"/> často se budím | <input type="checkbox"/> předčasně se probouzím |
| <input type="checkbox"/> mám zvýšenou potřebu spánku a to i přes den | | <input type="checkbox"/> užívám léky na spaní | <input type="checkbox"/> jiné: |

30. JAK OBVYKLE TRÁVÍTE SVŮJ VOLNÝ ČAS? (můžete označit více odpovědí)

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> nedělám nic | <input type="checkbox"/> sledování TV | <input type="checkbox"/> brouzdání po internetu | <input type="checkbox"/> sport |
| <input type="checkbox"/> domácí práce | <input type="checkbox"/> s rodinou | <input type="checkbox"/> s přáteli | <input type="checkbox"/> návštěva kulturních akcí |
| <input type="checkbox"/> procházky v přírodě | <input type="checkbox"/> vzdělávání | <input type="checkbox"/> práce na zahradě | <input type="checkbox"/> četba knih |
| <input type="checkbox"/> jinak: | | | |

31. POCIŤUJETE STRES V SOUVISLOSTI S VÝKONEM VAŠEHO POVOLÁNÍ? ano spíše ano spíše ne ne

32. POKUD POCIŤUJETE STRES, KTERÝ Z NÁSLEDUJÍCÍCH FAKTORŮ HO U VÁS NEJVÍCE VYVOLÁVÁ? (můžete označit více odpovědí)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> přetížení množstvím práce | <input type="checkbox"/> pocit nedostatku času | <input type="checkbox"/> kontakt s nemocnými lidmi a jejich utrpením |
| <input type="checkbox"/> konflikty na pracovišti | <input type="checkbox"/> velká míra zodpovědnosti | <input type="checkbox"/> nízké hodnocení náročné práce |
| <input type="checkbox"/> rodinné problémy (partnerské neshody, problémy s dětmi apod.) | <input type="checkbox"/> nedostatek spánku | <input type="checkbox"/> nepravidelné stravování |
| | <input type="checkbox"/> jiné: | |

33. V PŘÍPADĚ, ŽE POCIŤUJETE STRES, TRPÍTE NĚJAKÝM FYZICKÝM SYMPTOMEM JÍM ZPŮSOBENÝM? (můžete označit více odpovědí)

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> žádný | <input type="checkbox"/> únava | <input type="checkbox"/> nespavost | <input type="checkbox"/> bolesti hlavy | <input type="checkbox"/> tenze v oblasti šje |
| <input type="checkbox"/> nechutenství | <input type="checkbox"/> přejídání se | <input type="checkbox"/> bolesti břicha | <input type="checkbox"/> zácpa, průjem | <input type="checkbox"/> zvýšené pocení |
| <input type="checkbox"/> snížená sexuální touha | <input type="checkbox"/> jiné: | | | |

34. POKUD POCIŤUJETE STRES, JAK SE NEJČASTĚJI S NÍM VYROVNÁVÁTE? (můžete označit více odpovědí)

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> používám relaxační techniku | <input type="checkbox"/> sportuji | <input type="checkbox"/> stres zajím | <input type="checkbox"/> vyhledám pomoc přítele |
| <input type="checkbox"/> vyhledám odbornou pomoc (psycholog, psychiatr) | | <input type="checkbox"/> cigaretou | <input type="checkbox"/> sklenkou alkoholu |
| <input type="checkbox"/> léky (na zklidnění apod.) | <input type="checkbox"/> nedělám nic | <input type="checkbox"/> jinak: | |

35. KOUŘÍTE?
 ano, pravidelně cig./denně ano, příležitostně
 ne, přestal/a jsem kouřit užívám elektronické cigarety ne, nikdy jsem nekouřil/a

36. V PŘÍPADĚ, ŽE KOUŘÍTE, VADÍ VÁM, ŽE KOUŘÍTE? ano spíše ano spíše ne ne

37. POKUD KOUŘÍTE, PO NÁSTUPU NA VAŠE AKTUÁLNÍ PRACOVÍŠTĚ... (doplňte větu)
 ...jsem začal/a kouřit až po nástupu ...kouřím méně než před nástupem na aktuální pracoviště
 ...kouřím stejně jako před nástupem ...kouřím více než před nástupem na aktuální pracoviště

38. KOLIK ŠÁLKŮ KÁVY PRŮMĚRNĚ DENNĚ VYPIJETE? kávu nepiju 1 šálek 2 – 3 šálky více než 4 šálky

39. JAK ČASTO PIJETE ALKOHOOL VE VĚTŠÍ NEŽ TOLEROVANÉ MÍŘE*? (*tolerovaná míra u mužů: 0,5l pivo nebo 0,2l vína nebo 0,06l destilátu na den, u žen: 0,3l pivo nebo 0,1l vína nebo 0,03l destilátu na den)
 každý den několikrát týdně jednou týdně několikrát měsíčně jednou měsíčně
 několikrát ročně piji VŽDY jen do výše zmíněného tolerovaného množství alkohol vůbec nepiju

40. NAPLŇUJE VÁS PRÁCE FYZIOTERAPEUTA? ano spíše ano spíše ne ne

41. ÚČASTNÍTE SE NĚJAKÝCH TEAMBUILDINGOVÝCH AKTIVIT* V RÁMCI VAŠÍ AKTUÁLNÍ PRÁCE? (*soubor různých aktivit zaměřených na stmelení týmu, zlepšení jejich výkonu a budování týmové spolupráce)
 ano ne, nebyly mi žádné nabídnuty ne, nemám o ně zájem

42. V PŘÍPADĚ ÚČASTI NA TEAMBUILDINGOVÝCH AKTIVITÁCH, O JAKÉ SE JEDNALO? (můžete označit více odpovědí)
 sportovní indoorová aktivita sportovní outdoorová aktivita kulturní aktivita
 zábavně-vzdělávací aktivita nevšední zážitek jiné:

43. JAK JSTE SPOKOJEN/A S PRACOVNÍMI PODMÍNKAMI*? (*pracovní prostředí, mikroklimatické podmínky, apod.)
 velmi spokojen/a spíše spokojen/a spíše nespokojen/a velmi nespokojen/a

44. JAK JSTE SPOKOJEN/A S FINANČNÍM OHODNOCENÍM VAŠÍ PRÁCE?
 velmi spokojen/a spíše spokojen/a spíše nespokojen/a velmi nespokojen/a

45. V PŘÍPADĚ JAKÉKOLIV NESPOKOJENOSTI, UVAŽUJETE O ZMĚNĚ ZAMĚSTNÁNÍ?
 ne, neuvažuji o změně ano, uvažuji o změně v oboru fyzioterapie ano, uvažuji o změně, ale mimo obor fyzioterapie

46. POKUD UVAŽUJETE O ODCHODU MIMO OBOR FYZIOTERAPIE, UVEDETE DŮVOD PROČ?
 z finančních důvodů ze zdravotních důvodů příliš stresující práce
 ztráta motivace touha vyzkoušet něco nového jiné:

47. JAK JSTE CELKOVĚ SPOKOJEN/A SE SVÝM ŽIVOTEM?
 velmi spokojen/a spíše spokojen/a spíše nespokojen/a velmi nespokojen/a

Děkují ještě jednou za Váš čas.

Příl. 4 – Otázky a odpovědi ohodnocené bodem

ve „Skóre zdravého životního stylu“

Ot. 8 a 9. Jaká je Vaše výška a váha? Bylo vypočítáno BMI. Odpovědi ohodnocenou bodem bylo BMI v rozmezí 18,5 – 24,9 body.

Ot. 13. Snídáte každý den? Odpovědi ohodnocenou bodem byla odpověď „ano, každý den“.

Ot. 14. Kolikrát denně jíte? Odpovědi ohodnocenou bodem byla odpověď „5x a více“.

Ot. 16. Jak často jíte ovoce (př. 1 jablko) nebo zeleninu (př. 1 rajče)? Odpovědi ohodnocenou bodem byla odpověď „vícekrát za den“.

Ot. 18. Kolik tekutin denně vypijete? Odpověďmi ohodnocenými bodem byla jak odpověď „1 – 2 litry“ tak odpověď „více než 2 litry“.

Ot. 19. Které z následujících nápojů nejčastěji pijete? Odpověďmi ohodnocenými bodem byly odpovědi „voda, slabě mineralizovaná voda“, „vodou ředěné ovocné a zeleninové šťávy“ a „slabé neslazené čaje“.

Ot. 20. Jak často se věnujete sportovně-rekreačním pohybovým aktivitám (chůze, jízda na kole, plavání apod. - cvičení v rozsahu nejméně 30 min)? Odpověďmi ohodnocenými bodem byla jak odpověď „3x týdně“ tak odpověď „4x týdně a více“.

Ot. 28. Kolik hodin denně průměrně spíte? Odpovědi ohodnocenou bodem byla odpověď „6 – 8 hodin“.

Ot. 29. Jaká je kvalita Vašeho spánku? Odpovědi ohodnocenou bodem byla odpověď „spím dobře“.



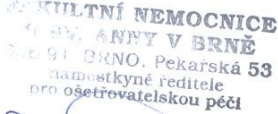

Ot. 31. Pociťujete stres s výkonem Vašeho povolání? Odpovědi ohodnocenou bodem byla odpověď „ne“.

Ot. 35. Kouříte? Odpověďmi ohodnocenými bodem byla jak odpověď „ne, nikdy jsem nekouřil/a“ tak odpověď „ne, přestal jsem kouřit“.

Ot. 38. Kolik šálků kávy průměrně denně vypijete? Odpověďmi ohodnocenými bodem byly odpovědi „kávu nepiju“, „1 šálek“ a „2 – 3 šálky“.

Ot. 39. Jak často pijete alkohol ve větší než tolerované míře*? (*tolerovaná míra u mužů: 0,5l pivo nebo 0,2l vína nebo 0,06l destilátu na den, u žen: 0,3l pivo nebo 0,1l vína nebo 0,03l destilátu na den) Odpověďmi ohodnocenými bodem byla jak odpověď „piji vždy jen do výše zmíněného tolerovaného množství“ tak odpověď „alkohol vůbec nepiju“.

Příl. 5 – Povolení sběru informací ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně Pracoviště: Úsek ošetrovatelské péče Pekařská 53, 656 91 Brno, Česká republika Tel.: +420 543 181 111, www.fnusa.cz			
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ SBĚRU INFORMACÍ			
Vyplňuje žadatel:	Příjmení a jméno žadatele:	Bouzková Klára	
	Datum narození:	13.6.1986	
	Telefon:	+420 728 237 400	
	E-mail:	Klara.bouzkova@seznam.cz	
	Adresa (pro zaslání vyjádření):	Konradova 2209/5, Brno 628 00	
	Škola/Fakulta:	Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdrav.studíí	
	Obor studia:	Ekonomika a řízení zdravotnictví	
	Téma práce:	Životní styl fyzioterapeutů	
	Způsob provedení sběru dat:	Dotazníkové šetření	
	Termín sběru dat:	20.-31.5. 2013	
	Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:	Pracoviště FNUSA Pekařská, DRO, Berkova	
	V případě dotazníkového šetření, uveďte počet ks dotazníků:	40-50	
	Prezentace dat:		
	Poučení:		
Žadatel bere na vědomí, že může nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze na základě předchozího písemného souhlasu uděleného pacientem. Žadatel se též zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní. Vzor dotazníku je přiložen.			
Datum:	16.5.2013	Podpis:	
Vyplňuje Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně:	Vyjádření schválení odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu:		
	Schváleno dne:	16.5.2013	
	ANO <input checked="" type="checkbox"/>		
	NE <input type="checkbox"/>		
Datum:	16.5.13	Podpis a razítko:	 
Identifikační číslo:	Stránka 1 z 1	Platnost od:	
Bankovní spojení: KB Brno, a.s., pobočka Brno, č.ú.:71138621/0100, IČ:00159816, DIČ:CZ00159816 Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně je státní příspěvková organizace zřízená rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví ČR. Nemá zákonnou povinnost zápisu do obchodního rejstříku. Je zapsána v živnostenském rejstříku.			