



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Nomofobie u sester

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Veronika Gromská

Vedoucí práce: Mgr. Iva Šafaříková, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Nomofobie u sester* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2023

.....
Veronika Gromská

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala paní Mgr. Ivě Šafaříkové, Ph.D. za odborné vedení, za její rady a čas, který věnovala vedení mé bakalářské práce. Ráda bych také poděkovala všem sestřím v nemocnici, které se zapojily do mého výzkumného šetření.

Nomofobie u sester

Abstrakt

Úvod: Tato bakalářská práce se zaměřuje na výskyt nomofobie u sester. Teoretická část se zabývá závislostí, úzkostí, popisem nomofobie a výskytem nomofobie ve zdravotnictví. Nomofobie u sester je velice závažný problém, jelikož vlivem častého používání mobilních zařízení dochází k negativním důsledkům, jako je například odkládání důležitých úkolů, hromadění úkolů nebo rozptýlení.

Cíl: Cílem práce bylo zmapovat výskyt nomofobie u sester pracujících na jednotkách intenzivní péče a standardních odděleních a zmapovat také vliv vzdělání sester na výskyt nomofobie.

Metodika: Pro tuto práci byla použita kvantitativní metoda šetření. Data byla získaná pomocí standardizovaného dotazníku NMP-Q (angl. Nomophobia questionnaire). Rozdáno bylo 80 (100 %) dotazníků a celková návratnost byla 61 (76,25 %) dotazníků.

Výsledky: Z celkového počtu 61 sester (100 %) se u každé projevil nějaký stupeň nomofobie. Největší počet sester, konkrétně 36 sester (59 %) mělo zjištěno, že trpí mírným stupněm nomofobie. U 22 sester (36 %) byl zjištěn střední stupeň nomofobie a u 3 sester (5 %) byl zjištěn těžký stupeň nomofobie. Výsledky také ukázaly, že sestry ze standardních oddělení vykazovaly vyšší míru nomofobie než sestry, které pracovaly na jednotkách intenzivní péče ($p = 3,9 \%$). Dále bylo zjištěno, že stupeň nomofobie se u sester nelišil podle stupně vzdělání. Sestry jak se středoškolským, tak i s vysokoškolským vzděláním vykazovaly stejnou míru nomofobie ($p = 20,5 \%$).

Závěr: Přínosem této bakalářské práce by měl být náhled do tématu nomofobie u sester a dopadu nomofobie na kvalitu poskytované péče. Tato práce by měla nabídnout sestřím materiál, kde bude shrnuto vše, co se týká této problematiky a zároveň může práce sloužit zaměstnavatelům zdravotnických zařízení k větší motivaci sester.

Klíčová slova

NMP-Q, nomofobie, Nomophobia Questionnaire, sestra, úzkost, závislost

Nomophobia in nurses

Abstract

Introduction: this bachelor thesis focuses on the prevalence of nomophobia in nurses. The theoretical part deals with addiction, anxiety, description of nomophobia and the occurrence of nomophobia in healthcare. Nomophobia in nurses is a very serious problem, as due to the frequent use of mobile devices, negative consequences such as postponing important tasks, hoarding tasks or distraction occur.

Aim: The aim of this study was to map the prevalence of nomophobia in nurses working in intensive care units and standard wards and also to map the effect of nurses' education on the prevalence of nomophobia.

Methodology: Data were collected using a standardized Nomophobia questionnaire (NMP-Q). 80 (100 %) questionnaires were distributed and the overall return rate was 61 (76.25 %) questionnaires.

Results: out of the total 61 nurses (100 %), every nurse showed some degree of nomophobia. The largest number of nurses, namely 36 nurses (59 %) were found to have a moderate degree of nomophobia. 22 nurses (36 %) were found to have a moderate degree of nomophobia and 3 nurses (5 %) were found to have a severe degree of nomophobia. The results also showed that nurses from standard wards showed a higher degree of nomophobia than nurses who worked in intensive care units ($p = 3,9 \%$). It was also found that the degree of nomophobia did not differ among nurses according to their level of education. Nurses with both secondary and tertiary education showed the same degree of nomophobia ($p = 20,5 \%$).

Conclusion: The contribution of this bachelor thesis should be insight into the topic of nomophobia in nurses and the impact of nomophobia on the quality of care provided. This thesis should offer nurses a material that summarizes everything that is related to this issue and at the same time the thesis can serve employers of health care institutions to motivate nurses more.

Keywords

NMP-Q, nomophobia, Nomophobia Questionnaire, nurse, anxiety, addiction

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Závislost	9
1.1.1 Definice závislosti.....	9
1.1.2 Diagnostika závislosti	10
1.1.3 Dělení závislostí.....	11
1.1.3.1 Látkové závislosti.....	11
1.1.3.2 Nelátkové závislosti	11
1.1.3.3 Technologická závislost.....	13
2.1 Úzkost	14
2.1.1 Definice úzkosti	14
2.1.2 Příznaky úzkosti.....	14
2.1.3 Úzkostné poruchy	15
2.1.3.1 Fobické úzkostné poruchy	15
2.1.3.2 Panická porucha	16
2.1.3.3 Generalizovaná úzkostná porucha.....	16
2.1.3.4 Úzkostně depresivní porucha	17
3.1 Nomofobie.....	17
3.1.1 Vznik pojmu nomofobie.....	18
3.1.2 Stádia nomofobie	18
3.1.3 Příznaky nomofobie	19
3.1.4 Léčba nomofobie	20
3.1.5 Důsledky nomofobie	23
3.1.6 Prevence nomofobie.....	25
4.1 Nomofobie ve zdravotnictví.....	27
4.1.1 Vliv nomofobie na kvalitu práce sester.....	28
2 Cíle práce a hypotézy.....	30
2.1 Cíle práce.....	30
2.2 Hypotézy	30
2.3 Operacionalizace pojmů	30
3 Metodika	32

3.1	Metodika výzkumu a technika sběru dat.....	32
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	32
3.3	Statistická analýza.....	33
4	Výsledky	34
4.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	34
4.2	Výsledky z dotazníku NMP-Q	35
5	Diskuze	40
6	Závěr	48
7	Seznam použitých zdrojů	49
8	Seznam příloh.....	55
9	Seznam použitých zkratk	60

Úvod

Nomofobie je novodobé onemocnění, které v dnešní době představuje velmi závažný problém. Jedná se tedy o velice přínosné a aktuální téma. V bakalářské práci bych chtěla zjistit výskyt nomofobie u sester, které využívají mobilní telefon během pracovní doby. Následně budou zjišťovány rozdíly ve výskytu nomofobie u sester pracujících na standardních odděleních a odděleních intenzivní péče a také to, zda vzdělání sester ovlivňuje stupeň nomofobie.

Nomofobie patří mezi novodobé psychiatrické poruchy. Jedná se o patologickou závislost na mobilním telefonu, označující strach z toho, že mobilní telefon nemůže být z nějakého důvodu použit. K typickým příznakům nomofobie patří zejména neschopnost mobilní telefon vypnout. Dále neustálá kontrola, zda nepřišla nová zpráva a potřeba na ni ihned reagovat. Mezi fyzické projevy patří tachykardie, chvění a pocení. Do skupiny psychických projevů patří úzkost, strach a deprese. Pro jedince trpícího nomofobií je prioritní být na síti či mobilním telefonu. Později se u něj začnou objevovat problémy s organizací času a jeho pracovní výkony jsou méně kvalitní.

Ve zdravotnictví touto závislostí mohou trpět také sestry. Nomofobie u sester je velice závažný a nebezpečný problém, který může výrazně ovlivnit kvalitu jejich práce a péči o pacienty, což může někdy způsobit i fatální následky. Vlivem častého používání mobilního telefonu dochází ke snížení času stráveného na úkonech, což způsobuje zanedbání péče o pacienty. Dochází k negativním důsledkům, jako například hromadění nebo odkládání důležitých úkolů, snížená schopnost zapamatovat si důležité informace, rozptýlení, snížení pozornosti a někdy dokonce ublížení na zdraví pacientům.

1 Současný stav

1.1 Závislost

Dříve se považovalo, že závislost vzniká pouze na látkách, které mohou způsobit psychoaktivní účinky. Mezi takové látky patří například alkohol nebo drogy (West, 2016). Na přelomu dvacátého a jednadvacátého století bylo zjištěno, že závislost může vznikat také na chování, při kterém jedinec žádné návykové látky neužívá.

1.1.1 Definice závislosti

„Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání některé látky nebo třídy látek má u daného jedince přednost před jiným jednáním, kterého si kdysi cenil více“ (Bělík, Hoferková, Kraus, 2017, s. 440-443).

West (2016, s. 68) definuje závislost jako *„nutkavá fyziologická a psychologická potřeba návykové látky nebo stav, kdy se člověk něčemu věnuje nebo oddává na základě návyku nebo nutkavé potřeby.“*

Newport (2019, s. 67-68) označuje závislost jako *„stav, při němž člověk užívá nějakou látku nebo se chová určitým způsobem, protože odměňující účinky této látky nebo chování v něm vzbuzují potřebu takové chování opakovat navzdory nepříznivým následkům.“*

Blinka (2015) formuluje operační definici závislosti, která je složena ze šesti komponentů: salience, změny nálady, tolerance, syndrom z odnětí, konflikt a relaps. Salience je stav, kdy se činnost stane pro jedince tím nejdůležitějším. Nejvíce času tráví právě jejím vykonáváním, a dokonce nad ní i přemýšlí. Změny nálady působí na psychiku jedince, který může zažívat pocit vzrušení nebo pocit úlevy. Tolerancí Blinka (2015) myslí to, že jedinec k dosažení výsledku potřebuje více aktivity než na začátku. Postupně potřebuje navyšovat čas strávený vykonáváním návykové činnosti nebo užíváním návykové látky, aby pocítil stejný pocit uspokojení jako na začátku. Syndrom z odnětí představuje změny nálad. Jedinec je často podrážděný. Fyzické abstinenci příznaky se u behaviorálních závislostí neobjevují. Konflikt se může projevit například špatnými vztahy v rodině nebo jedinec sám může pocíťovat výčitky svědomí. Relapsem se rozumí termín pro návrat k původnímu chování v období abstinence.

Nešpor a Herle (2019) tvrdí, že definice závislosti je komplikovaná. Autoři označují šest znaků závislosti, které bychom si měli pamatovat:

- jedinec cítí silnou potřebu užívat návykovou látku,
- jedinec se v případě požití návykové látky neovládá a užije ji i tehdy, když je to nevhodné,
- po vysazení návykové látky jedinec pociťuje silné tělesné odvykací potíže nebo návykovou látku užívá pro zmírnění odvykacích potíží,
- jedinec postupně zvyšuje dávku, aby dosáhl účinku, který mu původně vyvolávala nižší dávka,
- z důvodu užívání návykové látky jedinec zanedbává ostatní činnosti,
- jedinec nadále užívá návykovou látku i přes to, že zná její škodlivé následky.

1.1.2 Diagnostika závislosti

V diagnostikování závislosti Kuklová (2014) označuje, že je nutné, aby se u jedince objevily alespoň tři z následujících znaků:

- silná touha a opakovaný pocit užít látku,
- potíže v kontrole užívání určité látky – špatné sebeovládání,
- fyzický odvykací stav (např. stres, pocení),
- průkaz tolerance užívané látky – jedinec potřebuje navýšit dávku psychoaktivní látky,
- postupné zanedbávání jiných zájmů nebo činností a zvýšené množství času, který slouží k získávání a užívání návykové látky,
- pokračování v užívání psychoaktivní látky i přes znalost negativních účinků jak o v oblasti fyzické (např. poškození jater), tak psychické (např. poruchy paměti), ale i patologické sociální oblasti (např. negativní vztahy v rodině, ztráta zaměstnání).

Podle diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM), by pro diagnózu závislosti měly být přítomny 3 ze 7 faktorů, mezi které řadí zejména růst tolerance, odvykací příznaky po vysazení látky, užívání látky ve větším množství nebo po delší dobu, než měl jedinec v úmyslu (Raboch, 2015). Dále se u jedince projevuje snaha omezit a ovládat přijímání návykové látky (Newport, 2019). Jedinec tráví velké množství času tím, že návykovou látku obstarává, užívá, anebo se zotavuje z jejich

účinků. V důsledku užívání látky dochází k omezení až vynechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit. Závislý jedinec pokračuje v užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se problémům, o kterých ví, a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.

1.1.3 Dělení závislosti

Nejčastěji rozlišujeme závislost na fyzickou a psychickou. U fyzické závislosti se látka stává součástí metabolismu organismu a při nemožnosti užívat danou látku či provádět danou činnost dochází k fyzickým, ale i psychickým poruchám (Newport, 2019). Psychická závislost vychází z touhy užívat látku, která vyvolává závislost (Blinka, 2015). Dále rozlišujeme závislosti látkové a nelátkové, o kterých se více zabýváme v následujících podkapitolách.

1.1.3.1 Látkové závislosti

Látkové závislosti se projevují tím, že jedinci jsou závislí na užívání návykové látky, která mění chemické prostředí v těle uživatele (Blinka, 2015). Tento stav je jedinci natolik příjemný, že dochází k opakovanému užívání této látky. U látkové závislosti je charakteristickým znakem tolerance, která se projevuje potřebou navýšit dávku návykové látky, aby došlo ke stejnému účinku. Dalším znakem je syndrom z odnětí, který užívání návykových látek charakterizují abstinenci příznaky. Látkovou závislost zobrazuje také zaujetí, které se ukazuje v množství času, jež jedinec strávil obstaráváním návykové látky (Plocová, © 2016). U jedince dochází také k relapsu, což je neúspěšný pokus přestat užívat psychoaktivní látky.

1.1.3.2 Nelátkové závislosti

Nelátkové závislosti, která jsou nazývané také jako behaviorální závislosti, souvisí zejména s využíváním nových chytrých technologií a také se změnou životního stylu (Jochmannová, Kimplová, 2021). Často se jedná o formu návykového chování, které jedinec není schopen mít pod kontrolou. Behaviorální závislost bývá také nazývána jako závislostní chování, které Vacek a Vondráčková (© 2014, s. 145) definují jako „*opakující se vzorec chování, který zvyšuje riziko vzniku nemoci a/nebo osobních či společenských problémů.*“ Nejčastěji je takový vzorec chování charakterizován uspokojením, které je však krátkodobé. Bývá také doprovázen nežádoucími účinky, které se dostaví se zpožděním. Z klinické oblasti mají nelátkové závislosti negativní vliv

na zdraví člověka v oblasti tělesné, duševní, sociální i duchovní (Jochmannová, Kimplová, 2021). Vznik a účinek je z mnoha stran stejný jako u drogových závislostí. Rozdíl je ten, že nepoškozují primárně tělo člověka, tak jako dlouhodobé užívání psychoaktivní látky (Vacek, Vondráčková, © 2014). Do behaviorálních závislostí nejčastěji řadíme nadměrné používání internetu, patologické hráčství, patologické zakládání požárů, patologické kradení, kompulzivní nakupování, workoholismus, kybersex, závislost na mobilním telefonu (nomofobie) a závislost na online komunikaci a sociálních sítích (Vacek, Vondráčková, © 2014). Odborníci problém touhy po předmětu, který se může proměnit až v behaviorální závislost, začali nazývat epidemií 21. století. Jde o nadměrné provádění určitého chování, které poškozuje jedince, a které vede k negativním následkům v osobním, pracovním ale i sociálním životě (Krejčí, 2019).

Dle Křížové (2021) jde o podobu návykového chování, kdy se závislost nevytvořila na konkrétní látce, ale na určité činnosti a dalších faktorech, které s touto činností souvisí. Podstatou nelátkových závislostí je nekonečná touha provádět určitou činnost se vznikem návykovosti na této činnosti. Křížová (2021) dále popisuje 3 základní charakteristiky návykových poruch. Prvním bodem je to, že je jedinec neschopný odolat pokušení udělat něco, co ho může potenciálně poškodit. Druhá část charakteristiky obsahuje narůstající napětí a tlak, které se zvětšují před vykonáním návykové činnosti. Snižují se naopak v okamžiku, kdy jedinec činnost začne vykonávat. A jako poslední bod je to, že v momentě, kdy jedinec návykovou činnost vykonává, pociťuje vzrušení nebo uspokojení. Zpočátku může být pocit uspokojení vnímán příjemně, ale později se může dostavit lítost a výčitky.

Autor Krejčí (2019) dále zmiňuje body, jak poznat, že se z dané činnosti může vyvinout behaviorální závislost. První bod, který směřuje ke vzniku závislosti, je to, že věc, na které je jedinec závislý, je neustále k dispozici. Dalším určujícím znakem označuje to, že jedinec není schopen dané činnosti odolat. Stále chce danou činnost provádět, aniž by dopředu věděl, zda bude uspokojen. V momentě, kdy jedinec danou činnost praktikuje, cítí pozitivní zpětnou vazbu. Má pocit, že činnost někam směřuje a že je v provádění činnosti dobrý. Také má pocit, že se v dané činnosti zlepšuje. V činnosti, kterou dělá, chce být stále dokonalejší. Při provádění činnosti je spokojený a nemá pocit vzniku negativních účinků této činnosti.

1.1.3.3 Technologická závislost

Kuklová (2016) definuje technologickou závislost jako určité chování člověka v souvislosti s technologií. Toto chování je nevladatelné a pro jedince obtěžující. Jedná se o chování, kterým jedinec ztrácí velké množství času. Často směřuje k narušení vztahů v rodině, problémům v práci a dalších oblastech života. Vacek a Vondráčková (© 2014) označují technologickou závislost jako chování člověka ve spojitosti s počítačem, internetem, mobilním telefonem, televizí či jinou informační technologií. Novodobé digitální přístroje a internet usnadňují komunikaci mezi lidmi, představují určitou formu zábavy a mohou být užitečné i v pracovním nebo školním prostředí. Jejich nadměrné používání však může mít i své negativní důsledky. Jedinci, kteří tráví příliš mnoho času online, mají narušený denní rytmus, zanedbávají osobní hygienu a výživu. Může se u nich objevit také spánková deprivace, únava nebo bolesti hlavy a očí (Vacek, Vondráčková, © 2014). Dlouhodobými důsledky může být pokles fyzické aktivity, onemocnění pohybového ústrojí, obezita, ztráta přátel, zanedbávání povinností, nesoustředěnost, snížená výkonnost a z toho mohou vznikat také problémy v pracovním či školním prostředí. Copaja-Corzo et al. (2022) ve svém článku zmiňuje, že lidé dávají přednost nepřímému kontaktu a komunikaci ve virtuální realitě, protože se za obrazovkou cítí více chráněni. Tento přesun od reálné interakce k sociálním médiím přinesl to, že se u lidí začalo objevovat návykové chování.

Krejčí (2019) ve své nedávno publikované knize popisuje 5 klíčových bodů, jak poznat, že dochází k závislosti na technice. Prvním charakteristickým znakem je, že jedinec neprojevuje zájem o zlepšení se v jiných činnostech. Zajímá se pouze o technologická zařízení a o žádné jiné činnosti nemá zájem. Při komunikaci jedinec neustále hovoří o digitálních zařízeních. O ničem jiném ho nebaví mluvit. Veškerý možný čas věnuje pozornosti digitálnímu zařízení, a pokud nemůže čas trávit u digitálního zařízení, objevují se u něj časté výkyvy nálad. Jedinec je nejčastěji smutný, našťvaný, podrážděný a může být i agresivní. V momentě, kdy je zařízení jedinci odebráno, objevují se abstinenci příznaky jako například neklid, úzkost, skleslost. Jedinci může být nevolno a u některých dochází vlivem stresu ke zvracení. Často se objevují bolesti hlavy, svalů a kloubů nebo zrychlené bušení srdce. Jedinec často prokazuje negativní chování, když usiluje o to, aby měl dostatek času, který chce věnovat mobilnímu telefonu. To způsobuje rozpory v rodině či práci.

2.1 Úzkost

Úzkost stejně jako strach patří mezi důležité emoce s adaptačním mechanismem organismu (Hedepy, © 2020). Jsou zde zapojené smysly, které pomáhají organizmu ubránit se nebo se úplně vyhnout nebezpečí. Úzkost patří mezi dlouhodobé obavy a označuje obavu z něčeho neurčitého (Vipharm, © 2016). Může přetrvávat od několika vteřin až po několik měsíců a může přerůst i v duševní onemocnění.

2.1.1 Definice úzkosti

V DSM je úzkost definována jako předvídaní budoucí hrozby neboli emocionální reakce na skutečnou nebo vnímanou bezprostřední hrozbu (Crocq, 2015). Slovo úzkost pochází z latinského substantivního slova „*angor*“ a odpovídajícího slovesa „*ango*“, což znamená zúžit. Příbuzným slovem je slovo „*angustus*“, což znamená úzký. Úzkost patří mezi přirozené lidské emoce (Vipharm, © 2016). Jedná se o obranné a adaptační mechanismy, které nám pomáhají v určitých situacích zpomalit, podpoří soustředění a poté pomohou podat co nejlepší výkon. Poruchu řadíme mezi úzkostné právě tehdy, překročí-li obranné reakce nad fyziologické hodnoty. Nejčastějším projevem úzkosti je nepříjemný pocit ohrožení a napětí (Hedepy, © 2020). Může být různě intenzivní. Začíná mírným neklidem a může dojít i k návalům paniky. Úzkostné pocity mohou být podobné strachu či stresu.

2.1.2 Příznaky úzkosti

Úzkost jako příznak je nepříjemný subjektivní pocit, který často souvisí s pocity strachu, obav a ohrožení (Hedepy, © 2020). Vyznačuje se pocity obav natolik silnými, že narušují každodenní činnosti. Tyto pocity se objevují v momentě, kdy se dostaneme do nepříjemné, stresující situace nebo nemusí mít konkrétní důvod žádný.

Mezi nejčastější příznaky úzkosti patří třes, pocení, dušnost, bolest na hrudi, pocit na omdlení, návaly horka, napětí ve svalech, závratě, nestabilita, zažívací potíže jako například nauzea, průjem, zvracení (Vipharm, © 2016). U většiny lidí trpící úzkostí se objevuje také zrychlená tepová frekvence a vyšší dechová aktivita. Vyskytují se také pocity strachu, obavy, nesoustředěnost, změny nálad a to zejména podrážděnost. Pocity úzkosti mohou být natolik nepříjemné, že se později jedinec začne vyhýbat situacím, kdy pocity úzkosti cítil, a které by mohly tyto pocity znovu vyvolat. Nejčastěji jedinec pociťuje úzkost v pracovním prostředí například před proslovem před kolegy

či prezentací ve škole (Hedepý, © 2020). Někteří jedinci se nemusí cítit komfortně v přítomnosti dalších lidí. Později se začnou vyhýbat jakýmkoliv společenským událostem, práci nebo škole. Vyhýbání se společenským situacím, práci nebo škole může výrazně narušit společenský život jedince a ohrozit vztahy s ostatními lidmi. Jiní se situacím vyvolávající úzkost snaží ubránit pomocí alkoholu či omamných látek (Crocq, 2015). Alkohol a jiné omamné látky mají relaxačně sedativní účinky, ze kterých mají úzkostní lidé pozitivní pocit a nacházejí tak přechodnou úlevu.

2.1.3 Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy jsou také často nazývány jako neurózy a patří mezi duševní onemocnění (Vipharm, © 2016). U jedinců trpící úzkostnou poruchou je typická opakující se nepříjemná úzkost. U jedince ale nedochází ke změně osobnosti a špatnému vnímání reality. Úzkost se mění v poruchu právě tehdy, pokud trvá příliš dlouho, je příliš intenzivní a zasahuje i do každodenních činností, které by za normálních okolností nebyly stresující (Hedepý, © 2020). Úzkost v poruchu přechází také právě tehdy, pokud úzkostné myšlenky zasahují do pracovních činností a tím brání člověku normálně fungovat.

2.1.3.1 Fobické úzkostné poruchy

Fobie je druh úzkostné poruchy (Vipharm, © 2016). Lidé trpící fobií trpí neovládnutelným strachem z konkrétního objektu či situace. Nemocný si plně uvědomuje, že není nutné takový strach z objektu či situace mít, ale není schopen sám strach potlačit. Existuje mnoho druhů fobií, které jsou nejčastěji pojmenovány podle obávaného objektu. Mezi nejčastější úzkostné poruchy řadíme:

1. Agorafobie – dříve se agorafobie popisovala jako strach z otevřeného prostranství (Vipharm, © 2016). Dnes je tímto pojmem označováno více situací. Nejčastěji se jedná o strach z prostor, kde je v jeden moment více lidí (např. ulice, dopravní prostředky). Jedná se ale také o místa, kde je jedinec sám (např. v autě, doma, ve výtahu), (Wang et al., 2022). Obavy vznikají ze strachu ze zesměšnění. Jedinec má strach také z toho, že bude náhle potřebovat lékařskou pomoci a domnívá se, že lékařská pomoc nebude poskytnuta včas. Dále také například, že v momentě, kdy by bylo nutné daný prostor naléhavě opustit, má jedinec obavy, že to nestihne. Jedinci s agorafobií většinou jednají tak, aby se na obávané místo vůbec nedostal.

2. Sociální fobie – je strach ze sociálních situací (Melkam et al., 2023). Zahrnuje situace, ve kterých dochází ke kontaktu s cizími lidmi. Jedinci se velmi obávají, že se ztrapní. Vyhybají se tedy společenským setkáním, ústním prezentacím a setkáním s novými lidmi. Jedná se o strach i v situacích, kdy je člověk vystaven kontrole nebo možnosti obdržet negativní hodnocení od ostatních.

3. Specifická (izolovaná fobie) - je typ úzkostné poruchy definované jako intenzivní, trvalý a nekontrolovatelný strach z identifikovatelného objektu, situace nebo činnosti (Wang et al., 2022). Týkají se například strachu z výšek, strachu z některých zvířat, strachu z injekcí atd. Rozvíjí se většinou již v dětském věku.

2.1.3.2 Panická porucha

Panická porucha je charakterizována epizodickými, neočekávanými záchvaty paniky, které se vyskytují bez jasného spouštěče (Locke, 2015). Záchvaty paniky se mohou nepravidelně znovu objevit a nejsou předvídatelné. Záchvat je vyvolán špatným zpracováním situace v mozku (Vipharm, © 2016). Jedinec si myslí, že se jedná o špatnou situaci a daný problém vyhodnotí jako katastrofickou událost. Jedinec pociťuje strach ze smrti, který ho utvrdí v tom, že jeho obavy jsou oprávněné. Nejčastějším fyzickým příznakem, který doprovází záchvaty paniky, jsou palpitace. Ty mohou označovat závažnou arytmiu nebo srdeční infarkt. Záchvaty paniky jsou charakteristické rychlým nástupem intenzivního strachu (Locke, 2015). Průběh poruchy bez léčby bývá chronický, druhotně se mohou rozvinout i jiné úzkostné poruchy jako například agorafobie nebo deprese.

2.1.3.3 Generalizovaná úzkostná porucha

U jedinců s generalizovanou úzkostnou poruchou se obvykle vyskytuje nadměrná úzkost z běžných, každodenních situací (Locke, 2015). Konkrétní důvod přitom chybí. Může se objevit ve více oblastech (např. práce, škola, zdraví, osobní život). Úzkost je rušivá, často způsobuje funkční poškození. Jedince s generalizovanou úzkostnou poruchou (GAD) provází pocit, že něco není v pořádku a že se něco nepovede podle jeho představ. Člověk nedokáže v daný moment vyhodnotit, že pravděpodobnost, že se stane něco špatného, je mizivá. Vytváří se tak stále opakující se obavy, strach a úzkosti, kterým později daný jedinec podlehne (Hedepy, © 2020). Porucha je často spojena s fyzickými příznaky, jako jsou poruchy spánku, neklid, svalové napětí,

gastrointestinální příznaky, chronické bolesti hlavy, roztržitost, nepřiměřené reakce, strach ze smrti a ztráty kontroly nad sebou samým (Locke, 2015). Mezi rizikové faktory spojené se vznikem GAD patří ztráta zájmu o sex, svobodný stav, nižší úroveň vzdělání, špatné zdraví, dlouhodobý stres nebo náročné životní události.

2.1.3.4 Úzkostně depresivní porucha

Úzkostně depresivní porucha se vyznačuje jak některými příznaky úzkostné poruchy, tak příznaky deprese (Vipharm, © 2016). Jedinec se potýká se smutkem, dlouhodobě špatnou náladou a demotivací. Objevují se pocity viny, jedinec se neustále obviňuje, zveličuje vlastní selhání, má nízké sebevědomí a je podrážděný. Jedinec má jakýsi pocit prázdna v hlavě a proto se neumí plně koncentrovat (Hedepy, © 2020). Dochází také k poruše spánku, kdy se vyskytují problémy s usínáním nebo nedostatečný spánek. Nemocný má pocit, že nic nezvládá, je neužitečný, nikdo jej nemá rád a budoucnosti vidí velmi pesimisticky a někdy až katastroficky. Obavy se u člověka s úzkostně depresivní poruchou přeměňují ve smutnou náladu a dochází tak k celkovému útlumu. Žádný ze symptomů ale nepřevažuje natolik, aby mohla být učiněna samostatná definitivní diagnóza. Nemoc má chronický průběh a je velmi individuální.

3.1 Nomofobie

Mobilní telefony se většinou používají jako přístup k telefonním hovorům, sociálním sítím, posílání emailů, zasílání zpráv, přístup k internetu a hraní her (Ayar, 2021). Pokud se však využívání mobilního telefonu stane návykovým, způsobuje deprivaci a nespokojenost v okamžiku, kdy mobilní telefon nemůže být použit. Nomofobie patří mezi novodobé psychiatrické poruchy (Fischer a Škoda, 2014). Jedná se o patologickou závislost na mobilním telefonu, označující strach z toho, že mobilní telefon z nějakého důvodu nemůže být použit. Tato závislost může mít negativní dopad na rodinný, ale i pracovní život. Jedním z ukazatelů nomofobie je, že osoba pravidelně používá mobilní telefon, který nosí s sebou vždy s nabíječkou. Závislé osoby mohou vlastnit více než jeden mobilní telefon. Lidé s nomofobií upřednostňují komunikaci pomocí technologií, tudíž cílem je, mít telefon zapnutý 24 hodin denně a mít tak neustálý kontakt s lidmi. Krejčí (2019) ve své knize píše, že samotné mobilní zařízení není návykové. Začne být návykové tehdy, pokud člověk mobilní zařízení využívá jako únik od svých psychických problémů. Podobně tomu bývá i u gamblerství nebo alkoholismu. Yildirim et Correia (2015) v článku popisují, že u většiny populace byly klasické

mobilní telefony vyměněny za smartphony neboli chytré telefony. Nové smartphony umožňují lidem neustálé připojení k internetu, neustálý kontakt s ostatními lidmi a slouží jako zdroj informací.

3.1.1 Vznik pojmu nomofobie

King et al. (2014) ve svém článku píše, že termín nomofobie pochází z Velké Británie. Termín vznikl spojením anglického výrazu „*no mobile*“ s „*phobia*“, což znamená strach z přerušení kontaktu s mobilním telefonem. Poprvé byl pojem nomofobie definován jako nepohodlí nebo úzkost ve chvíli, kdy daný člověk není v kontaktu se svým telefonem (Bragazzi, Puente, 2014). Jde o strach z toho, že jedinec bude vzdálen od svého telefonu, nebude připojen k internetu, nebude moci přijímat ani odesílat hovory a zprávy a nebude v neustálém kontaktu s lidmi.

Další definice říká, že nomofobie je strach z nemožnosti komunikace pomocí mobilního telefonu nebo internetu (King et al. 2014). Jedná se o situační fobii a je velmi podobná agorafobii. Stejným znakem s agorafobií je strach z toho, že se jedinec bude potřebovat lékařskou pomoc a ta mu nebude poskytnuta.

3.1.2 Stádia nomofobie

Yildirim et Correia (2015) rozdělili nomofobii do čtyř stádií. První stadium nazvali neschopnost komunikace. Toto stádium se vyznačuje pocity ztráty komunikace s lidmi a nemožnost používat technologické prostředky, které umožňují okamžitou komunikaci. Zahrnuje také takové pocity, kdy jedinec nemůže být kontaktován a sám ani nemůže lidi kontaktovat. Druhé stádium označili jako ztráta propojenosti. Stádium obsahuje pocity ztráty spojení, které poskytují mobilní telefony. Dle výzkumů byla propojenost důvodem, proč jedinci cítili potřebu používat mobilní telefon. Třetí stádium je nazváno jako nemožnost přístupu k informacím. Projevují se pocity nepohodlí, ze ztráty přístupu k informacím prostřednictvím smartphonů, neschopnosti načíst a vyhledávat informace. V posledním stádiu nomofobie se člověk dostává do pohodlí, které smartphony poskytují a touží vše z něj jednoduše využít. Dle výzkumů, které provedli Yildirim et Correia (2015) bylo odhaleno, že smartphony jsou jednotlivci považovány za velmi pohodlné. Na základě těchto stádií uvádí, že je nomofobie strach z nemožnosti získat informace přes smartphone a také ze ztráty pohodlí a jednoduchosti přístupu k informacím, které chytré telefony umožňují získat. Z toho důvodu byl vědci vytvořen

dotazník, který je zaměřen na měření míry závislosti na mobilním telefonu. Je vytvořen z 20 otázek a jeho název je Nomophobia questionnaire (NMP-Q).

3.1.3 Příznaky nomofobie

Nomofobie je nejčastěji spojována s problémy se spánkem, kdy dochází k nespavosti (Jahrami et al., 2021). Mohou se objevit také příznaky deprese, stres, úzkost, agrese, hyperaktivita, špatná sebeúcta a špatná kvalita života.

King et al. (2014) rozděluje příznaky nomofobie do dvou základních skupin. První skupinou jsou tělesné projevy, mezi které řadí tachykardii, chvění a pocení. Druhou skupinu označuje jako psychické projevy, kam patří úzkost, strach a deprese. Farooqui et al. (2018) ve svém článku zjistil, že lidé trpící nomofobií pociťovali větší pocity úzkosti, třes, pocení, tachykardie, deprese, panické stavy a strach. U některých došlo ke změnám v emocionálním chování, nízké sebeúctě a osamělosti. Tyto změny se obvykle projeví z několika důvodů, nejčastěji ztrátou mobilního telefonu, vybitou baterií na mobilním telefonu nebo ztrátou signálu.

Nomofobie je doprovázena pocitem frustrace, naléhání, očekávání, obsedantními myšlenkami a představivostí. Ve výzkumu, který vedl Darvishi et al. (2019) bylo zjištěno, že příznaky nomofobie jsou častější u lidí, kteří již trpí základním onemocněním jako je například deprese, úzkost, strach, závislost, nízké sebevědomí a sociální problémy. Jedinec s nomofobií může také zažívat syndrom falešného zvonění neboli fantomové vibrace (angl. phantom vibrafon syndrome), (Farooqui et al., 2018). Jedná se o syndrom, který spočívá ve falešném vnímání vibrování či zvonění mobilního telefonu. Často se objevuje například při používání hlasitých zařízení nebo při sprechování. Příčinou nemusí být pouze nomofobie, ale i například úzkostné očekávání telefonátu. Frekvence výskytu je zhruba jednou za dva týdny, avšak u některých jedinců i denně.

Autoři Fischer a Škoda (2014) mezi příznaky nomofobie řadí to, že se člověk nemůže ubránit impulzům, které jsou spojené s mobilním telefonem a neustále tráví čas jeho používáním. V duchu vzpomíná a znovu si připomíná zážitky, které má spojené s mobilním telefonem. Pokud chce být jedinec uspokojen mobilním telefonem, musí navýšit intenzitu jeho používání. Touha po používání mobilního telefonu se zvyšuje právě tehdy, pokud jedinec prožívá stres. Dalším příznakem závislosti také označují

opakované pokusy zbavit se závislosti, které jsou vždy neúspěšné. Jedinec se cítí podrážděný a nespí právě tehdy, když se snaží omezit kontakt s mobilním telefonem. Mobilní telefon je pro postiženého prostředkem, který mu pomáhá zapomenout na každodenní problémy nebo mu pomáhá se s nimi vyrovnat. Rozsah svého zaměření na mobilní telefon zakrývá jedinec tím, že lže. Tímto závislým chováním postižená osoba ohrožuje vztahy k příbuzným, k lidem blízkým i k lidem v zaměstnání nebo ve škole.

Autor Fielding (2018) definuje dvanáct příznaků digitálního přetížení. Prvním z nich je, že první věc, kterou ráno daný jedinec dělá je to, že zkontroluje mobilní telefon. V noci se také budí, aby zkontroloval, zda mu nepřišla nová zpráva. Pokud zrovna dělá nějakou činnost, bez váhání ji přeruší, aby zkontroloval, co je nového na sociálních sítích. Jedinec mobilní telefon kontroluje, i když tráví čas s jinými lidmi. Výjimkou není ani rodina. Jedinec sleduje mobilní telefon například i u společného rodinného oběda. Pokud je jedinec doma, často se svojí rodinou netráví žádný čas a je zavřený ve svém pokoji u monitoru. Často dochází k tomu, že při chůzi naráží do ostatních lidí, protože svou pozornost věnuje mobilnímu telefonu a nedívá se před sebe. Jedinec nejvíce času tráví v domácím prostředí. Tráví málo času venku a málokdy si dává od mobilního telefonu pauzu. Nevěnuje mnoho času přátelům. Je raději online, než aby šel s přáteli ven. Jedinec mobilní telefon neustále sleduje také v práci. Práci často přerušuje, protože má nutkání se podívat, zda mu nepřišla nová zpráva či email. Pro jedince je velmi obtížné se soustředit. Jeho pozornost lehce něco rozptýlí. Jedinci, kteří jsou již rodiči, využívají mobilní zařízení k zabavení dítěte. Nejčastěji jim pustí video nebo jim umožní hraní her. V momentě, kdy jedinec prožívá stres nebo se chce vyhnout úkolům, vytáhne svůj mobilní telefon, protože mu dává pocit uklidnění a jistoty. A posledním příznakem je to, že se jedinec opakovaně pokoušel přestat mobilní telefon používat, ale nikdy se mu nad ním nepodařilo získat kontrolu.

3.1.4 Léčba nomofobie

V současné době jsou způsoby léčby nomofobie omezené, protože patří mezi novodobá onemocnění (Özge, 2021). Avšak bylo potvrzeno, že kognitivně behaviorální terapie, terapie zaměřená na emoce, rodinné terapie, psychodynamické a psychoanalytické přístupy byly efektivní v redukování příznaků nomofobie. Kognitivně behaviorální terapie je užitečná, protože posiluje autonomní chování (Dávidová, 2020). Obsahuje

několik základních úkolů: vybudování poradenského vztahu založeného na spolupráci, snaha o změnu chování, zhodnocení současných problémů klienta, použití kognitivních a behaviorálních technik v časovém uspořádání, stanovení a vyhodnocování cílů a vyhodnocení terapie s jejím ukončením.

Dle Kaliny (2015) vede kognitivně behaviorální terapie k tomu, aby jedinec rozpoznal dysfunkční a pro sebe škodlivá kognitivní schémata a strategie chování. Dále by měl být jedinec schopen tato témata a strategie nalézt, přepracovat a najít lepší. Měla by být taková, která ho méně poškozují a méně ho vedou k závislosti. Důležité je, aby člověk posílil svoje kompetence „zvládnání“, zvýšil sebekontrolu pomocí nácvikových metod (např. nácvik sociálních a komunikačních dovedností) a prováděl plánování a hodnocení dané činnosti, na které je závislý.

Rodinné terapie jsou dle Kaliny (2015) důležité zejména z důvodu, že práce s rodinou pacienta upravuje prostředí příznivého pro léčbu a rodina rovněž zabraňuje, aby se škodlivé návyky šířily do další generace.

Nešpor (2018) napsal, že klíčovým faktorem v léčbě závislostí je zlepšení sebeovládání. Sebeovládání lze zlepšovat prací s motivací. Do práce s motivací doporučuje připomínat si problémy a komplikace, které způsobila nezdrženlivost vůči mobilnímu telefonu, uvědomit si výhody sebeovládání a jako poslední nacházet zdravé alternativy. Příkladem alternativy může být cvičení, poslech hudby nebo setkání s blízkými lidmi (Křížová, 2021). Jedinec si může uvědomovat výhody sebeovládání a po zvládnutí situace se něčím odměnit. Měl by si uvědomit přímé důsledky znovuobjevení příznaků onemocnění a jejich vliv na současný život. Je vhodné přemýšlet o tom, co by mohlo nežádoucí chování způsobit. Když je jedinec ohrožen, měl by se obrátit na pomoc odborníka, rodiny, popovídat si s někým nebo někomu zatelefonovat. Bezpečné prostředí kolem sebe je pro jedince důležité. Doma by nemělo být nic, co by zhoršovalo sebeovládání. Nešpor (2018) jako součást terapie popisuje relaxační techniky, které posilují sebeovládání a naopak mírní stres, únavu a deprese. Pro lepší zvládnání stresu uvádí, že je vhodné čas věnovat i fyzické aktivitě, jako je například cvičení, jóga nebo chůze. Jedinec by měl umět rozpoznat duševní stavy, které zhoršují sebeovládání a naučit se je poznávat, dokud mají ještě slabou intenzitu a zároveň by se měl vyhnout automatickému jednání, zpomalit a své chování předem promyslet.

Dle Arpaciho (2017) jsou v terapii behaviorálních závislostí, deprese, poruchy nálad a úzkostných poruch využívány terapeutické přístupy založené na metodě tzv. mindfulness. Předpokládal, že vyšší využití této metody by bylo spojeno s nižší úrovní nomofobie. Mindfulness je stav přítomnosti myslí, kdy dáváme pozornost současnému okamžiku (Kuklová, 2016). Čím více podnětů bude usilovat o naši pozornost, tím těžší bude se soustředit na důležité věci. Dobré uvědomování si sebe i svého okolí usnadňuje rozpoznání stresujících podnětů a omezování jejich působení. Dobré uvědomování si umožňuje identifikovat uklidňující prostředí, situace nebo aktivity a lépe je využívat (Nešpor, Herle, 2019). Je nutné získat zpět kontrolu nad svou pozorností. Do rozhodování je vhodné zapojit meta-pozornost, což znamená, že jedinec by si měl snažit všimnout, že zrovna není plně soustředěný a nevěnuje činnosti dostatečnou pozornost (Krejčí, 2019). Ve výzkumu Arpaciho (2017) bylo zjištěno, že jedinci, kteří jsou emocionálně závislejší a touží po větší blízkosti a pozornosti ve vztahu, mají tendenci mít větší úroveň strachu nebo nepohodlí, když nemají přístup ke svým mobilním telefonům.

Krejčí (2019) ve své knize píše tipy pro lepší udržení pozornosti. Je vhodné odstranit vše, co jedince vyrušuje, aby se mohl soustředit na svoje úkoly, které chce splnit. Na začátku dne je nutné jako první věc nebrat do ruky mobilní telefon, ale užívat si nový den. Dále si stanovit hodinu, v kterou může mít v ruce mobilní telefon v daný den naposledy, nejpozději však v 19.30 hodin. Je dobré si stanovit, jaká jsou pozitiva a negativa mobilního telefonu. Je důležité být opatrný při jeho používání – zamyslet se, při jakých situacích mobilní telefon člověk bere do ruky. Je vhodné než jedinec po mobilním telefonu sáhne, zamyslet se, co na něm chce dělat a proč ho potřebuje zrovna teď a nevezme ho později. Krejčí (2019) doporučuje jedinci určit, která sociální média nejvíce používá, aby je případně mohl odstranit. Měl by si také uvědomit, s kterými lidmi by chtěl trávit více času. Je vhodné si vypnout upozornění na svém mobilním telefonu, protože se jedná o spouštěč, který odvádí od soustředění pokaždé, když upozornění přijde. Pomocným bodem je rozdělit aplikace na ty, které berou pozornost a ty, které přináší něco užitečného. Důležité je také upravit prostředí, například zásuvka s nabíječkou by měla být mimo pokoj, ve kterém jedinec s nomofobií spí.

Dalším způsobem léčby je terapie reality (Brattacharya et al., 2019). Podstatou této terapie je to, že je jedinci doporučeno zaměřit se na jakékoliv jiné aktivity než používání

mobilního telefonu. Vhodné je například malování. Léky jako jsou tranlycypromine a clonazepam se původně podávají při léčbě úzkostných poruch, ale v autorově studii měly pozitivní účinek i v léčbě příznaků nomofobie. Ke zmírnění závažných symptomů nomofobie lze použít benzodiazepiny a antidepresiva (Brattacharya et al., 2019).

3.1.5 Důsledky nomofobie

Závažné důsledky nomofobie vznikají v oblasti mezilidských vztahů a v oblasti finanční (Fischer, Škoda, 2014). Přílišnou digitální propojeností dochází ke zhoršování schopnosti vycházet s lidmi. Místo osobního setkání, komunikací tváří v tvář s přáteli jedinec s nomofobií volí rychlou a neosobní formu komunikace přes textovou zprávu nebo pomocí sociálních sítí, což může mít negativní vliv na jeho emoční vývoj. Konkrétní případ může být ten, že rodiče se věnují mobilnímu telefonu více než svým potomkům a své potomky k tomuto zlovyku i nevědomě vedou. Partner může také věnovat více pozornosti mobilnímu telefonu místo komunikace se svým protějškem (Fielding, 2018). Negativní důsledky zahrnují nezdravé až návykové používání mobilního telefonu, protispolečenské chování jako je například kyberšikana nebo vyhýbání se fyzickým a sociálním interakcím. Často dochází k používání mobilního telefonu v riskantních a nebezpečných situacích jako je například řízení auta. Mobilní telefon umožňuje také používání seznamovacích aplikací, které usnadňují rizikové sexuální chování nebo již existující závislost jako je hazardní hraní (Kaviani et al., 2020).

K nejčastějším nežádoucím účinkům využívání digitálních technologií patří nespavost (Spitzer, 2014). Používání mobilního telefonu především večer podporuje výskyt poruch spánku. Dlouhodobý nedostatek spánku zhoršuje jedinci imunitu a v důsledku toho mu zvyšuje riziko výskyt infekčního onemocnění, kardiovaskulárních onemocnění, rakoviny, chorobné nadváhy a diabetu (Spitzer, 2014). Mnoho lidí si před spánkem již nedává kávu, aby mohli bez problému usnout, avšak mobilní telefon si nechají přes noc u postele (Carlishe, 2017). Je však dokázáno, že vystavení světlu může ve skutečnosti posunout spánek dvakrát déle než káva, a to díky své schopnosti potlačovat melatonin, což je hormon, který pomáhá při načasování spánku.

Bylo zjištěno, že nadměrné používání mobilního telefonu má negativní důsledky ve vzdělávání, ovlivňuje výsledky učení (Rajman et al., 2021). Když studenti ve škole využívají svůj mobilní telefon pro aktivity, jako je používání internetu, sociálních sítí

nebo posílání zpráv, mohou být rozptýleni a učení se stává sekundárním. Dle Spitzera (2014) vedou digitální média k tomu, že jedinci méně používají mozek a jeho výkonnost časem klesá. Je prokázáno, že nadměrným užíváním mobilního telefonu lidský mozek reaguje jako mozek drogově závislého, což s sebou přináší i mnoho psychických problémů. V momentě, kdy jedinec ví, že je nablízku mobilní telefon, pomocí kterého je možné všechny potřebné informace vyhledat, vybere si tuto jednodušší možnost místo toho, aby se snažil sám na danou věc pomocí vlastního přemýšlení přijít (Koukolík, 2016). Mozek má tendenci zapomenout informace, které lze snadno nalézt online. Ti, kteří nejsou ochotni přemýšlet, mají větší tendenci využívat svůj mobilní telefon k vyhledávání informací, které jsou přitom snadno zapamatovatelné, anebo už je znají. Nejsou však ochotni vynaložit myšlenkové úsilí spojené se zapamatováním a vybavováním. Mozek neslábne, ale mění se. Později začne očekávat, že bude dostávat informace tak, jak je přiděluje internet (Krejčí, 2019).

Zejména u mladých žen dochází k většímu výskytu stresu a depresí v souvislosti s využíváním digitálních médií (Spitzer, 2014). Chronický stres bývá způsoben nedostatkem kontroly nad svým životem. Stres ovlivňuje imunitu, protože jedinci tráví většinu času na mobilním telefonu a nemají dostatek odpočinku, což negativně ovlivňuje imunitní systém. Dále může zapříčinit hormonální poruchu, poruchu trávení, srdce a krevního oběhu, ale i odumírání nervových buněk v mozku (Kalina, 2015).

Nejvýznamnějším a největším dopadem nomofobie je slábnutí emocionálních vazeb v rodinných vztazích (Křížová, 2021). Rodina začíná mít více konfliktů, napětí a nestability. Závislost v rodině často souvisí s krádeží v domácnosti. Může docházet také k verbálním a neverbálním útokům na blízké osoby ze strany závislého. Dochází k rozpadu vztahů v rodině, ztrátě úcty, a především důvěry.

Dalším důsledkem je ztráta času (Fielding, 2018). Čas je pro každého z nás cenný a měly bychom si ho umět organizovat. Nadměrné používání mobilního telefonu v práci, mimo pracoviště a ve volném čase snižují množství času, který lidem zbývá na odpočinek a uvolnění se mimo pracovní prostředí. S tímto souvisí také snížená schopnost sebeovládání v náročných situacích, pocit vyčerpání a snížená schopnost soustředění během dne. Každý by se měl více nad hodnotou času zamyslet. Je zajímavé sledovat, jak čas vnímáme. Většina z nás může zjistit, že čas, který trávíme v online světě, utíká mnohem rychleji než například čtení knihy. Cítíme u toho také úplně jiné

emoce než při čtení (Krejčí, 2019). Pokud jedinec umí se svým časem nakládat uvědoměleji, mnoho digitálních návyků, které byly nepostradatelnou součástí života, najednou považuje za nedůležité. Každý by se měl nejprve naučit kvalitně plánovat volný čas a poté se zbavovat nechtěných digitálních návyků (Newport, 2019).

3.1.6 Prevence nomofobie

Hlavním úkolem prevence je zabránit vzniku patologickým jevům (Plocová, © 2016). Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciální. Primární prevencí se snažíme předcházet vzniku onemocnění. Spočívá ve zlepšování informovanosti veřejnosti o daném sociálně patologickém jevu a jeho důsledcích. Sekundární prevence je zaměřena na včasné diagnostikování onemocnění a jeho zachycení. Snaží se o zabránění prohlubování a šíření daného jevu. Posledním typem je terciální prevence, která se zaměřuje na to, aby pacient neměl doživotní negativní důsledky.

Kalina (2015) rozděluje primární prevenci rizikového chování na specifickou a nespecifickou. Podstatou nespecifické prevence uvádí to, že jedinec by se měl věnovat aktivitám, které přímo nesouvisí s rizikovým chováním. Tyto aktivity podporují lepší využívání volného času a tím mají pomáhat snížit riziko vzniku a rozvoje rizikového chování. Patří sem aktivity, které rozvíjí osobnost a vedou k odpovědnosti za sebe a své jednání. Je zaměřena na žádoucí a vhodné formy chování, zdravý životní styl, funkčnost vztahů, rovnováhu sféry pracovní, osobní i volnočasové, sebepoznání, sebereflexi a seberozvoj. Specifická primární prevence zahrnuje aktivity a programy, které se přímo zaměřují na konkrétní formy rizikového chování. Je zaměřena na cílovou skupinu, která je v průběhu vývoje ohrožena vznikem rizikového chování. Leštinová (2019) vymezuje součásti primární prevence o nadužívání internetu a nových technologií. Základem je posílit informovanost veřejnosti o rizicích nadužívání internetu, sociální sítí a při používání nových komunikačních technologií. Mělo by dojít ke strategickému uchopení této oblasti včetně pravidelného sledování a analýzy potřeb. U dětí a mladistvých by mělo dojít ke zvýšení ochrany na internetu, na sociálních sítích a při používání nových technologií (Leštinová, 2019). Cílem prevence závislosti na mobilech není zakázat používání mobilů, ale jejich bezpečné a zdravé používání (Dávidová, 2020).

Sekundární prevence je prováděna u lidí, kteří již psychickou poruchou trpí nebo jsou ohroženi vznikem poruchy (Orel et al., 2020). Důležitá je snaha zabránit rozvoji

onemocnění, jeho prohloubení a vzniku negativních dopadů. Do sekundární prevence řadíme diagnostiku a léčbu. Důležitá je všeobecná osvěta a vzdělání týkající se problematiky duševních onemocnění a poruch, které například jedinci umožní vyhledání odborníka a dojde k zahájení léčby.

Do terciární prevence patří např. poskytování informací o komplikacích, poradenství, motivační tréninky, rodinné poradenství, kontakty s úřady, pojišťovnamí, pomoc při hledání zaměstnání, bydlení (Sikorová 2012). Prevence závislostí bývá prováděna pomocí preventivních programů ve školách, ale i obvodní lékař by měl dostatečně informovat o prevenci závislostí (Plocová, © 2016).

King et al. (2014) charakterizoval konkrétní kroky, jak mít používání mobilního telefonu pod kontrolou. Prvním a nejdůležitějším krokem je stanovit si, kdy mobilní telefon používat. Neomezená možnost nahlédnout do mobilního telefonu pouze přispívá rozvíjení závislosti. Je nutné se také naučit vypnout mobilní zařízení při určitých činnostech, například při řízení auta, kdy není jeho využívání bezpečné. V momentě, kdy jde jedinec spát, nemělo by být samozřejmé, že mobilní telefon vezme do postele s sebou. Ideální je mobilní telefon vypnout a nechat přes noc v jiné místnosti. Podstatné je také trávení času. Člověk by měl vyměnit čas strávený na mobilním telefonu za jiné činnosti, které jsou pro jedince prospěšnější. Může se jednat o čtení, setkání s přáteli či sportování. King et al. (2014) doporučuje odebrat aplikace sociálních sítí, které jedince nejvíce nutí využívat mobilní telefon, protože díky nim je v neustálém kontaktu s lidmi. Kontrola zařízení by měla být omezena nejdříve na 15 minut, poté 30 minut a pak jednou za hodinu. V prevenci je také důležité omezit strach z toho, že není možné mít přehled o všem, co se kde na sociálních sítích děje (Nešpor, 2019). Každý jedinec by měl přijmout, že může přijít o některé novinky a nezatěžovat se tím.

Brattacharya et al. (2019) udává doporučení, jak užívat mobilní telefon ve zdravých mezích. Podstatné je žít v reálném světě více než v tom virtuálním. Vyměnit čas strávený na mobilním telefonu za čas s rodinou, přáteli nebo se věnovat činnostem, které jedince nějakým způsobem obohacují (např. učení). Zaneprázdnění jinými aktivitami pomáhá menší interakci s mobilním telefonem. Obnova sociálních interakcí přispívá k tomu, že je jedinec schopen více komunikovat s lidmi v reálném životě, než v tom sociálním. Důležité doporučení ale je, nezakazovat si používání mobilního telefonu, pouze omezovat čas trávený na něm.

Bragazzi et Puente (2014) zmiňují, že preventivním krokem může být i vypnutí mobilního internetu, neboť se stává velkou součástí mobilního telefonu, kvůli které máme potřebu ho využívat. Mezi činnosti, které jsou součástí kognitivně behaviorální terapie, řadíme sport, navazování nových kontaktů a komunikace tváří v tvář. Tyto činnosti mohou být součástí prevence a snížit používání mobilního telefonu.

Bülbüloğlu et al. (2019) uvádí dva základní způsoby prevence nomofobie a zvládnutí problémů s chováním v souvislosti s používáním mobilních telefonů. Prvním z nich je, že by zaměstnanci měli přijmout skutečnost, že chytré telefony, které dokážou velké množství různých funkcí a nastavení (např. zvukové upozornění na zprávu) jsou časově více náročné než dříve používané telefonní linky nebo obyčejné jednoduché telefony s minimem funkcí a bez možnosti využívání internetu. Druhým způsobem je potřeba rozvíjet povědomí o jednotlivých výhodách v různých profesích a je potřeba tyto výhody a nevýhody rozlišovat. Jinak je tomu například u manažerských pozic a jinak při profesích, kde probíhá péče o lidi (Hoşgör et al., 2021). Je nutné poukazovat na rizika v daném pracovním prostředí či pracovní činnosti.

4.1 Nomofobie ve zdravotnictví

S nárůstem používání mobilních telefonů pro pracovní a osobní život jsou zdravotničtí pracovníci velmi náchylní k tomu, aby se stali závislými (Farooqui et al., 2018). Vzhledem k častému používání mobilních zařízení v pracovním prostředí dochází ke snížení času stráveného na pracovních úkonech. Tento problém změnil povahu mnoha pracovních míst, včetně zdravotnictví, kde došlo k ovlivnění ošetrovatelské disciplíny (Hoşgör et al., 2021). Nomofobie u sester je nejčastěji způsobena jejich neschopností najít si dostatek času na uspokojení osobních potřeb. Nadměrné využívání mobilních telefonů může naznačovat, že zdravotničtí pracovníci mají potřebu sdílet svůj emoční stres s rodinou a přáteli, aby zmírnili psychickou únavu spojenou s tímto typem práce, která je charakterizovaná směnným provozem, vysokými nároky pacientů a nízkou kvalitou spánku (Bülbüloğlu et al., 2020). Zdravotničtí pracovníci mají pocit potřeby uvolnit se a tento pocit uspokojují využíváním mobilního telefonu během pracovní doby. Jiným možným důvodem používání mobilního telefonu může být způsoben tzv. strachem z chybějícího kontaktu s virtuálním světem. Proto zdravotničtí

pracovníci musí zůstat ve spojení, aby zmírnili svoji úzkost z nedostatku kontaktu s blízkými.

Sestry často nepřiznávají, že by je mobilní telefony v práci rozptylovaly (Bülbüoğlu et al., 2020). To může být způsobeno skutečností, že rozptýlení způsobené mobilními telefony vnímají jako produktivní přestávku, která jim umožňuje uspokojit osobní potřeby. Tato přestávka vyvolává pozitivní pocity. Dalším možným důvodem je také to, že si sestry nejsou vědomy vlastních nedostatků a chyb, ke kterým dochází vlivem používání mobilního telefonu během pracovní doby nebo si nemyslí, že je chytré telefony rozptylují.

Nomofobie se začala vyskytovat nejen u zdravotnických pracovníků, ale i u studentů, kteří se na vykonávání zdravotnického povolání připravují. Studenti se dle autora Aguilera-Manrique et al. (2018) cítí bezpečněji při používání smartphonů během jejich klinické praxe, protože jim to umožní získat informace a vyřešit jakékoliv situace, které mohou nastat. Považují mobilní telefon jako podporu k rozhodnutí, jak danou situaci vyřešit.

Pokud mobilní zařízení využívají k získání informací potřebných k výkonu klinické praxe, nepovažují mobilní telefon za rozptylující. Ve výzkumu Aguilera-Manrique et al. (2018) téměř všichni studenti uvedli, že používají mobilní telefon během klinické praxe.

Koncept nomofobie je problém, který přitáhl pozornost národní a mezinárodní platformy. Proto je velmi důležité zkoumat, do jaké míry ovlivňuje nomofobie pozitivně nebo negativně postupy zdravotní péče (Bülbüoğlu et al., 2020). Je důležité vzdělávat zdravotnický personál o potenciálních rizicích, která mohou vzniknout z rozptýlení mobilním telefonem (Aguilera-Manrique et al., 2018). Proto, aby sestry nepoužívaly chytrá mobilní zařízení problematicky a nevnímaly svou pracovní zátěž jako příliš velkou, měl by je jejich vyšší management motivovat. Je zřejmé, že sestry s vysokou mírou motivace mají také vysokou míru spokojenosti, což bude mít pozitivní dopad na kvalitu jimi poskytovaných služeb (Hoşgör et al., 2021).

4.1.1 Vliv nomofobie na kvalitu práce sester

V době, kdy používání mobilních telefonů nebylo běžné, trávily sestry čas vzájemnou interakcí mezi sebou a zaměřovaly se na péči o pacienty (Hoşgör et al., 2021).

Sdělovaly si poznatky z práce s jednotlivými pacienty a poznatky mezi sebou konzultovaly. Tyto rozhovory sester tak v práci v nemocnici usnadnily a přispívaly k lepším vztahům a spolupráci jak mezi sestrami, tak mezi sestrami a pacienty. Zvýšeným využíváním mobilních telefonů mělo na tuto situaci negativní dopad. Sestry věnují svůj čas sociálním aplikacím, místo toho, aby ho věnovaly pacientům. Často to dělají, aniž by si uvědomovaly, že pacienty zanedbávají (Bülbüloğlu et al., 2020). Vlivem častého používání mobilních zařízení dochází k negativním důsledkům, jako je například odkládání důležitých úkolů, hromadění úkolů, rozptýlení a někdy dokonce ublížení na zdraví pacientům.

Nomofobie představuje rozptylující faktor při poskytování zdravotní a lékařské péče (Bülbüloğlu et al., 2020). Bylo zjištěno, že rozptýlení zdravotnického personálu v důsledku používání smartphonů vede k nedostatku pozornosti a snížené schopnosti zapamatovat si důležité informace (Aguilera-Manrique et al., 2018). To může ohrozit pacientovu bezpečnost, ztrátu soukromí a důvěryhodnost osobních údajů. Používání mobilních telefonů negativně ovlivňuje kvalitu mezilidských vztahů a způsobuje zhoršenou komunikaci mezi pacientem a sestrou (Hoşgör et al., 2021). Chytré telefony mají mnoho funkcí, jako jsou fotoaparáty s vysokým rozlišením, které personálu umožňují pořizovat fotografie nebo nahrávat video, které lze okamžitě sdílet prostřednictvím sítí a aplikací. Funkce chytrých telefonů umožňují personálu provádět činnosti v klinickém prostředí, které mohou vést k narušení důvěryhodnosti a soukromí. Pacienti si mohou myslet, že dochází k šíření informací o zdravotním stavu (Aguilera-Manrique et al., 2018). Naopak dalo by se říci také to, že využívání mobilního telefonu mělo i pozitivní účinky. Sestra může například starším lidem pomoci na přístroji kontaktovat rodinu, protože starší lidé neumí s chytrými zařízeními zacházet. To může přispět ke zlepšení zdravotního stavu pacienta.

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat výskyt nomofobie u sester pracujících na jednotce intenzivní péče a standardním oddělení.

Cíl 2: Zmapovat vliv vzdělání sester na výskyt nomofobie.

2.2 Hypotézy

H1: Výskyt nomofobie u sester pracujících na oddělení intenzivní péče se vyskytuje častěji než u sester pracujících na standardním oddělení.

H2: Sestry s dokončeným středoškolským vzděláním mají vyšší sklon k nomofobii než sestry s dokončeným vysokoškolským vzděláním.

2.3 Operacionalizace pojmů

Klinická praxe – Nazývaná také jako sesterská praxe. Jedná se o soubor činností, kdy je pacientům poskytována ošetrovatelská péče. Při poskytování péče sestry realizují ošetrovatelský plán, který je založený na informacích o pacientovi.

NMP-Q – Jedná se o standardizovaný dotazník NMP-Q (angl. Nomophobia questionnaire) vytvořený autory Yildirim et Correia (2015), který byl vytvořen na zjištění výskytu nomofobie v populaci.

Nomofobie – Nomofobie je patologická závislost na mobilním telefonu, označující strach z toho, že mobilní telefon z nějakého důvodu nemůže jedinec používat.

Oddělení intenzivní péče – Oddělení intenzivní péče je část lůžkového zařízení. Poskytuje neustálou péči a podporu života akutně nemocným pacientům, kteří jsou ohrožení selháním základních životních funkcí.

Standardní oddělení – Jedná se o lůžkové zařízení, kde jsou umístěni pacienti, kterým nehrozí selhávání životních funkcí.

Stres – Jedná se o reakci na situaci, kdy je organismus vystaven nadměrné zátěži nebo situaci, kterou vyhodnotí jako nebezpečí, a při které hrozí poškození organismu, integrity či identity.

Zdravotnický pracovník – Jedná se o osobu, která získala způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle platné legislativy. Je pověřen k vykonávání činností, které mu profesně náleží.

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu a technika sběru dat

Pro získání informací a ověření stanovených hypotéz byla použita kvantitativní metoda technikou dotazníkového šetření. Dotazníky byly osobně distribuovány na vybraná oddělení intenzivní péče (IP) a standardní oddělení (SO). Dotazník se skládal ze dvou částí. Po předchozím ústním souhlasu respondentů byla v první části dotazníku zjišťována sociodemografická data o respondentech týkajících se věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a oddělení, na kterém dotazovaná sestra pracovala. Po předchozím souhlasu autora byl použit do druhé části standardizovaný dotazník NMP-Q (Příloha 1) vytvořený autory Yildirim et Correia (2015). V dotazníku se míra nomofobie zjišťuje podle celkového množství bodů. Minimum bodů, které bylo možné v NMP-Q dotazníku získat bylo 20, maximum bylo 140. U otázek v dotazníku bylo možno zakroužkovat čísla na škále od 1 do 7. Číslo 1 znamená „*velmi nesouhlasím*“, číslo 7 „*důrazně souhlasím*“. Hranice 21 – 60 bodů značila, že respondenti měli mírnou nomofobii. U 61 – 100 bodů značila o střední stupeň nomofobie. Respondenti, kteří dosahovali hodnot nad 100 bodů, měli silný stupeň nomofobie. Respondenti byli předem upozorněni na to, že měli odpovídat na otázky v dotazníku podle toho, jak čas na mobilním telefonu tráví během pracovní doby v zaměstnání.

Česká verze dotazníku prozatím nebyla vytvořena, tudíž byl u dotazníku, opět se souhlasem autora proveden zpětný překlad, kdy dva nezávislí překladatelé přeložili dříve přeložený dotazník zpět do anglického jazyka (Příloha 2). Překlady a originál byly následně mezi sebou porovnány a nebyly nalezeny žádné signifikantní rozdíly. Následně byla podána písemná žádost o schválení výzkumného šetření hlavní sestře nemocnice, kde byl výzkum realizována po jejím schválení byly také písemně podány žádosti vrchním sestřám jednotlivých oddělení, které rovněž s realizací výzkumu souhlasily.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl zahájen v roce 2022 a dotazníky byly rozdány sestřám pracujících na vybraných odděleních začátkem měsíce prosince 2022. Výzkumný vzorek tvořily sestry pracující na vybraných jednotkách IP a SO. Celkem bylo rozdáno 80 (100 %)

dotazníků a celková návratnost byla 61 (76,25 %) dotazníků. Všechny 61 navrácených dotazníků bylo použito pro výzkumné šetření.

3.3 Statistická analýza

Pro statistické zpracování bylo použito celkem 61 dotazníků. Data výzkumného šetření této bakalářské práce byla zpracována pomocí tabulek a grafů v programu Microsoft Office Excel 2016. Pro popis dat byla použita základní popisná statistika – frekvenční tabulky, medián, aritmetický průměr, směrodatná odchylka. Pro vyhodnocení hypotéz byl použit chí-kvadrát test.

4 Výsledky

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Zastoupení dotazovaných sester dle věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a oddělení, na kterém dotazovaná sestra pracovala, zobrazuje tabulka 1. Z celkového počtu 61 sester (100 %), bylo 6 sester (9,8 %) ve věku od 18 do 25 let, 23 sester (37,7 %) ve věku od 26 do 35 let, od 36 let do 45 let bylo 14 sester (23,0 %), ve věku od 46 let do 55 let bylo 14 sester (23,0 %) a ve věku více než 56 let byly v souboru 4 sestry (6,6 %). Celkem 28 sester (45,9 %) mělo nejvyšší dosažené vzdělání střední školu s maturitou, 3 sestry (4,9 %) měly vyšší odborné vzdělání, 23 sester (37,7 %) vystudovalo vysokou školu s bakalářským titulem a 7 sester (11,5 %) vystudovalo vysokou školu s magisterským titulem. Celkem 34 sester (55,7 %) pracovalo na jednotce IP a 27 sester (44,3 %) na SO.

Tab. 1 Základní charakteristika celého souboru sester

Parametr		Oddělení		Celkem N = 61
		Intenzivní péče N = 34 (55,7 %)	Standardní péče N = 27 (44,3 %)	
Věkové kategorie	18–25 let	2 (3,3 %)	4 (6,6 %)	6 (9,8 %)
	26–35 let	14 (22,9 %)	9 (14,8 %)	23 (37,7 %)
	36–45 let	9 (14,8 %)	5 (8,2 %)	14 (23,0 %)
	46–55 let	8 (13,1 %)	6 (9,8 %)	14 (23,0 %)
	56 let a víc	1 (1,6 %)	3 (4,9 %)	4 (6,6 %)
Vzdělání	Střední škola s maturitou	10 (16,4 %)	18 (29,5 %)	28 (45,9 %)
	Vyšší odborná škola	3 (4,9 %)	0 (0 %)	3 (4,9 %)
	Vysoká škola s titulem Bc.	15 (24,6 %)	8 (13,1 %)	23 (37,7 %)
	Vysoká škola s titulem Mgr.	6 (9,8 %)	1 (1,6 %)	7 (11,5 %)
Celkem		34 (55,7 %)	27 (44,3 %)	61 (100 %)

Uvedené jsou absolutní a relativní četnosti. Bc. – bakalář, akademický titul; Mgr. – magistr, akademický titul. Zdroj: vlastní.

4.2 Výsledky z dotazníku NMP-Q

V tabulce 2 je uveden medián, aritmetický průměr a směrodatná odchylka (sd) pro každou otázku zvlášť. Tabulka 2 zobrazuje hodnocení celého souboru. Hodnota minima a maxima je u každé otázky stejná – hodnota 1 znamená *silně nesouhlasím* a hodnota 7 *silně souhlasím*. Nejvyšší aritmetický průměr 4,0 byl u otázky č. 2., která zní: *Vadilo by mi, kdybych si nemohl vyhledat informace na svém chytrém telefonu, když bych chtěl*. Otázkou s druhým nejvyšším aritmetickým průměrem (3,6) byla otázka č. 4: *Byl bych naštvaný, kdybych nemohl používat svůj chytrý telefon a/nebo jeho vybavení, když bych chtěl*. Medián u otázky č. 2 je 4 a u otázky č. 4 je medián 3. Otázky s nejnižším aritmetickým průměrem (1,8) jsou poslední 3, a to otázka č. 18: *Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, cítil bych se divně, protože bych se nedozvěděl o oznámení aktualizací z mých připojení a online sítí*. Otázka č. 19: *Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, zažíval bych úzkostné stavy, protože bych nemohl kontrolovat mé e-maily a zprávy*. Otázka č. 20: *Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, cítil bych se divně, protože bych nevěděl, co dělat*.

Tab. 2 Vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku NMP-Q

Položka	Medián	a. průměr	sd
1. Bez neustálého přístupu k informacím prostřednictvím chytrého telefonu bych se cítil nepříjemně.	3	3,4	1,6
2. Vadilo by mi, kdybych si nemohl vyhledat informace na svém chytrém telefonu, když bych chtěl.	4	4,0	1,7
3. Nemožnost číst zprávy (např. události, počasí atd.) na svém chytrém telefonu by mě znervózňovala.	2	3,0	1,8
4. Byl bych naštvaný, kdybych nemohl používat svůj chytrý telefon a/nebo jeho vybavení, když bych chtěl.	3	3,6	1,9
5. Vybitá baterie v mém chytrém telefonu by mě	2	2,9	1,8

vystrašila.			
6. Pokud by mi došel kredit nebo bych narazil na měsíční datový limit, zpanikařil bych.	2	2,6	1,8
7. Pokud bych neměl datový signál nebo se nemohl připojit k Wi-Fi, pak bych neustále kontroloval, zda mám signál nebo zda jsem nenašel síť Wi-Fi.	2	2,6	1,6
8. Kdybych nemohl používat svůj chytrý telefon, bál bych se, že někde uvíznu.	2	2,6	1,5
9. Kdybych chvíli nemohl zkontrolovat svůj chytrý telefon, pocítil bych potřebu ho zkontrolovat.	2	2,4	1,4
10. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, pocíťoval bych úzkost, protože bych nemohl okamžitě komunikovat s rodinou a/nebo přáteli.	3	2,9	1,8
11. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, měl bych strach, protože moje rodina a/nebo přátelé by mě nemohli kontaktovat.	3	3,3	1,8
12. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, cítil bych se nervózní, protože bych nemohl přijímat textové zprávy a hovory.	2	3,0	1,8
13. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, byl bych nervózní, protože bych nemohl být v kontaktu s mou rodinou a/nebo přáteli.	3	3,3	1,7
14. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, byl bych nervózní, protože bych nevěděl, jestli se mě někdo nepokouší zastihnout.	3	3,1	1,8
15. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, měl bych úzkostné stavy, jelikož by se moje spojení s rodinou a přáteli přerušilo.	2	2,5	1,9
16. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, byl bych nervózní, protože bych byl odpojen od mé online identity.	1	1,9	1,7
17. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, bylo by mi to nepříjemné, protože bych neměl přehled o tom co se děje na sociálních médiích a online sítích.	1	1,9	1,5
18. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, cítil bych	1	1,8	1,5

se divně, protože bych se nedozvěděl o oznámení aktualizací z mých připojení a online sítí.			
19. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, zažíval bych úzkostné stavy, protože bych nemohl zkontrolovat mé e-mailové zprávy.	1	1,8	1,5
20. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, cítil bych se divně, protože bych nevěděl, co dělat.	1	1,8	1,4

A. průměr – aritmetický průměr, sd – směrodatná odchylka. Zdroj: vlastní.

Z celkového počtu 61 sester (100 %) se u každé projevila nějaký stupeň nomofobie (tab. 3). Největší počet sester, konkrétně 36 sester (59 %) mělo zjištěno, že trpí mírným stupněm nomofobie. U 22 sester (36 %) byl zjištěn střední stupeň nomofobie a u 3 sester (5 %) byl zjištěn těžký stupeň nomofobie.

Tab. 3 Rozložení sester z obou oddělení dle stupně nomofobie

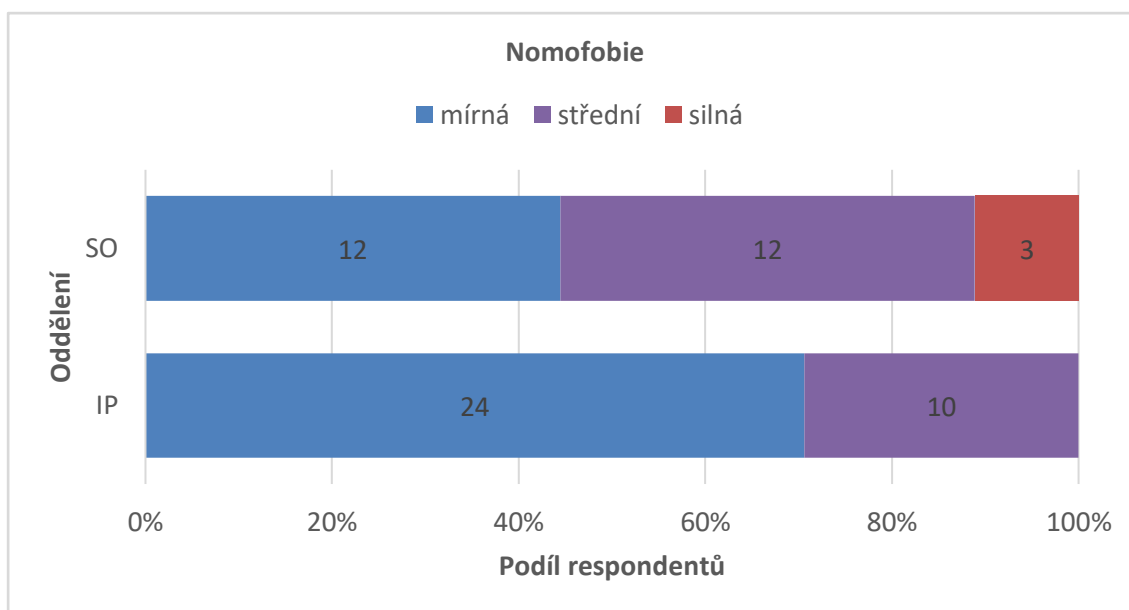
Stupeň nomofobie	Absolutní četnosti	Relativní četnosti
Žádná	0	0 %
Mírná	36	59 %
Střední	22	36 %
Silná	3	5 %
Celkem	61	100 %

Zdroj: vlastní.

Prvním cílem bylo zmapovat výskyt nomofobie u sester pracujících na jednotce intenzivní péče a standardním oddělení. K tomuto cíli byla určena hypotéza 1: Výskyt nomofobie u sester pracujících na oddělení intenzivní péče se vyskytuje častěji než u sester pracujících na standardním oddělení.

Pro vyhodnocení hypotézy 1 byl použit chí-kvadrát test. Z vypočtených výsledků byla stanovena $p = 3,9 \%$, což znamená, že stupeň nomofobie se lišil mezi srovnávanými odděleními (chí kvadrát test, $p < 5 \%$). Výsledky ukázaly, že sestry ze SO vykazovaly vyšší míru nomofobie než sestry, které pracovaly na jednotce IP. Z celkového počtu 34 sester (100 %), které pracovaly na jednotce IP (obr. 1), se vyskytl pouze mírný a střední stupeň nomofobie. Mírný stupeň nomofobie byl zjištěn u 24 sester (71 %) a střední stupeň nomofobie byl zjištěn u 10 sester (29 %). Z celkového počtu 27 sester (100 %), které pracovaly na standardních odděleních, byl zjištěn jak mírný, střední,

tak i silný stupeň nomofobie. Mírný stupeň nomofobie se vyskytl u 12 sester (44 %), střední stupeň také u 12 sester (29 %) a silný stupeň u 3 sester (11 %).

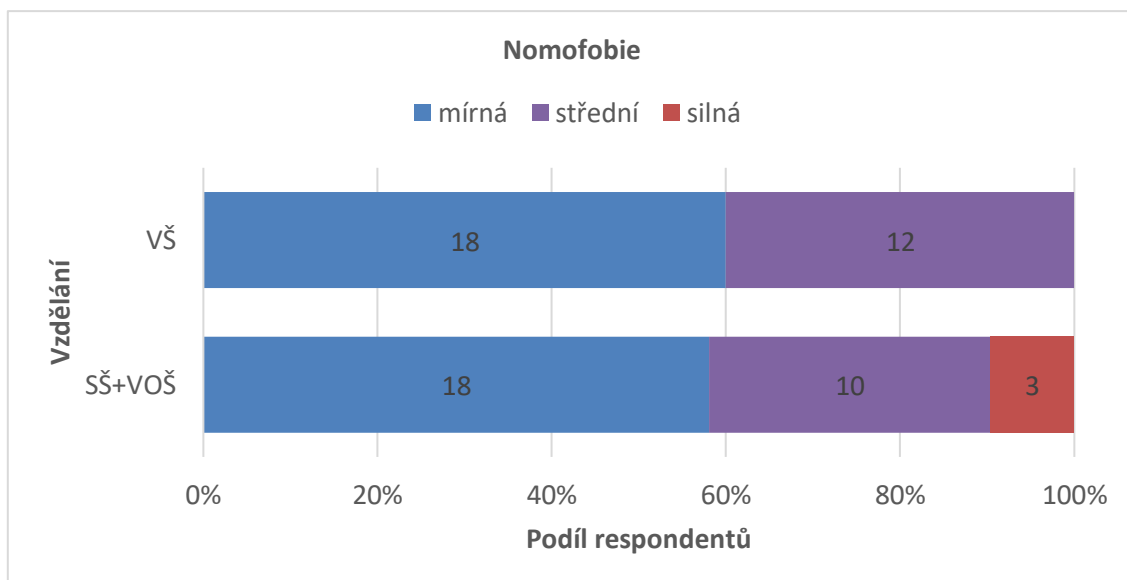


Obr. 1 Výskyt nomofobie u sester dle typu oddělení. IP – intenzivní péče, SO – standardní oddělení. Zdroj: vlastní.

Druhým cílem bylo zmapovat vliv vzdělání sester na výskyt nomofobie. K tomuto cíli byla určena hypotéza 2: Sestry s dokončeným středoškolským vzděláním mají vyšší sklon k nomofobii než sestry s dokončeným vysokoškolským vzděláním.

Pro vyhodnocení hypotézy byl použit chí-kvadrát test. Z vypočtených výsledků byla stanovena $p = 20,5 \%$, což znamená, že stupeň nomofobie se nelišil podle vzdělání respondentů (chí kvadrát test, $p > 5 \%$). Sestry jak se středoškolským, tak i s vysokoškolským vzděláním vykazovaly stejnou míru nomofobie (obr. 2). Z celkového počtu 27 sester (100 %), které uvedly, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání byla střední škola s maturitou, se vyskytl mírný, střední i silný stupeň nomofobie. Mírný stupeň nomofobie byl zjištěn u 15 sester (56 %), střední stupeň u 9 sester (33 %) a silný stupeň byl zjištěn u 3 sester (11 %). Z celkového počtu 4 sester (100 %), které uvedly, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání byly vyšší odborná škola, se vyskytl pouze mírný a střední stupeň nomofobie. Mírný stupeň nomofobie měly 3 sestry (75 %) a střední stupeň se objevil pouze u 1 sestry (25 %). U 23 sester (100 %), které uvedly, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání byly vysoká škola s bakalářským titulem, se vyskytl pouze mírný a střední stupeň nomofobie. Mírný stupeň nomofobie se objevil u 11 sester

(48 %) a střední stupeň se objevil u 12 sester (52 %). U sester, které měly nejvyšší dosažené vzdělání vysokou školu s magisterským titulem se celkem u 7 sester (100 %), vyskytl mírný stupeň nomofobie.



Obr. 2 Výskyt nomofobie u sester dle stupně vzdělání. VOŠ – vyšší odborná škola, VŠ – vysoká škola, SŠ – střední škola, Zdroj: vlastní.

5 Diskuze

Cílem této práce bylo zjistit míru nomofobie u sester. Na základě hlavního cíle byly stanoveny dílčí cíle, a to zmapovat výskyt nomofobie u sester pracujících na jednotce intenzivní péče a standardním oddělení a zmapovat vliv vzdělání sester na výskyt nomofobie. Stanovené byly 2 hypotézy, ověřovali jsme, zda sestry pracující na oddělení intenzivní péče používaly svůj mobilní telefon v pracovní době častěji než sestry pracující na standardním oddělení a dále jsme ověřovali, zda sestry s dokončeným středoškolským vzděláním používají svůj mobilní telefon v pracovní době častěji než sestry s dokončeným vysokoškolským vzděláním.

Metodou sběru dat bylo dotazníkové šetření. Jako hodnotící nástroj byl zvolen dotazník NMP-Q (Yildirim, Correia 2015), protože byl v dohledaných zdrojích často používaným hodnotícím nástrojem ke zjištění nomofobie.

Hlavním zjištěním, které z našeho výzkumu vyplynulo, že u každé sestry byl přítomen nějaký stupeň nomofobie. Největší počet respondentů z celého souboru, a to 36 sester (59 %) má mírnou nomofobii, 22 sester (36 %) má střední stupeň nomofobie a 3 sestry (5 %) mají silný stupeň nomofobie. Nejnižší počet bodů získaný v dotazníku byl 22 bodů, nejvyšší 137 bodů. Medián je 51 bodů, aritmetický průměr 54,1 bodů. K podobným výsledkům došel také Sharma et al. (2019), který provedl výzkum u středoškolských studentů v Indii pomocí stejného dotazníku NMP-Q. Zjistil, že nejvíce respondentů mělo středně těžkou nomofobii. Z 1386 dospívajících mělo 569 (41,05 %) mírnou nomofobii, 303 (21,86 %) středně těžkou nomofobii a 82 (5,1 %) nomofobii těžkou.

Nejvyšší aritmetický průměr 4,0 byl u otázky č. 2., která zní: *Vadilo by mi, kdybych si nemohl vyhledat informace na svém chytrém telefonu, když bych chtěl.* Otázkou s druhým nejvyšším aritmetickým průměrem (3,6) byla otázka č. 4: *Byl bych naštvaný, kdybych nemohl používat svůj chytrý telefon a/nebo jeho vybavení, když bych chtěl.* Medián u otázky č. 2 je 4 a u otázky č. 4 je medián 3. Výsledky jsou znepokojující, protože se v klinické praxi vyskytuje mnoho sester, kterým vadí a dokonce se cítí naštvané, když během směny nemohou na mobilním telefonu vyhledávat informace nebo jej nemohou používat vůbec. Otázky s nejnižším aritmetickým průměrem (1,8) jsou poslední 3, a to otázka č. 18: *Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, cítil bych se divně, protože bych se nedozvěděl o oznámení aktualizací z mých připojení*

a online sítí. Otázka č. 19: *Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, zažíval bych úzkostné stavy, protože bych nemohl kontrolovat mé e-maily a zprávy.* Otázka č. 20: *Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, cítil bych se divně, protože bych nevěděl, co dělat.* K podobným výsledkům došel i Coenen et Gorlich (2022). Cílem jejich studie bylo přeložit dotazník o nomofobii do německého jazyka, validovat dotazník NMP-Q-D a použít jej k objasnění konstruktů nomofobie. Do jejich studie bylo zařazeno celkem 807 subjektů z čehož 583 (72,2 %) respondentů mělo dokončené středoškolské vzdělání s maturitou. Nejvyšší aritmetický průměr zaznamenali u otázky č. 2 a druhý nejvyšší aritmetický průměr u otázky č. 4. Nejnižší aritmetický průměr zaznamenali u otázky č. 16 a č. 17. Podobných výsledků mohli dosáhnout právě proto, že většina respondentů měla též dokončené středoškolské vzdělání s maturitou.

Prvním cílem bylo zmapovat výskyt nomofobie u sester pracujících na jednotce intenzivní péče a standardním oddělení. Hypotézou č. 1 bylo ověřováno, zda se výskyt nomofobie u sester pracujících na oddělení intenzivní péče vyskytuje častěji než u sester pracujících na standardním oddělení. Z výsledků můžeme říci, že z celkového počtu 34 sester (100 %) pracujících na jednotce intenzivní péče se vyskytl pouze mírný stupeň nomofobie, a to u 24 sester (71 %) a střední stupeň nomofobie se vyskytl u 10 sester (29 %). Na standardním oddělení pracovalo 27 (100 %) sester. Mírný stupeň nomofobie se vyskytl u 12 sester (44 %), střední stupeň také u 12 sester (44 %) a silný stupeň u 3 sester (11 %). Na základě výsledků lze říci, že **hypotéza č. 1 nebyla potvrzena.**

Druhým cílem bylo zmapovat vliv vzdělání sester na výskyt nomofobie. Na základě tohoto cíle byla stanovena hypotéza č. 2, kterou bylo zjišťováno, zda sestry s dokončeným středoškolským vzděláním mají vyšší sklon k nomofobii než sestry s dokončeným vysokoškolským vzděláním. Z výsledků bylo zjištěno, že u sester s nejvyšším dokončeným vzděláním střední škola s maturitou, kterých bylo 27 (100 %), se objevil mírný stupeň u 15 sester (56 %), střední stupeň u 9 sester (33 %) a silný stupeň u 3 sester (11 %). Sestry, jejichž nejvyšší dosažené vzdělání byla vysoká škola, bylo celkem 30 (100 %), z nich mělo 23 (76,67 %) vysokoškolské vzdělání s bakalářským titulem. Z tohoto počtu 11 sester (48 %) trpí mírnou nomofobií a 12 sester (52 %) má střední stupeň nomofobie. Sester s vysokou školou s magisterským studiem bylo celkem 7 (23,33 %) a u všech se vyskytl mírný stupeň nomofobie.

Na základě výsledků **nelze potvrdit stanovenou hypotézu č. 2**, protože stupeň nomofobie se nelišil podle vzdělání sester.

Důvodem, proč se mezi sestrami ve veliké míře nomofobie vyskytuje, může být i skutečnost, že se nomofobie vyskytuje také u studentů, kteří se na výkon zdravotnického povolání připravují. Studie, kterou provedl Farooqui et al. (2018), která se zabývá ztrátou času a peněz, jako negativní aspekt závislosti na mobilním telefonu. Tento čas lze využít pro studijní nebo volnočasové aktivity. Autoři studie k tomuto šetření použili předem otestovaný dotazník, který nechali vyplnit 145 studenty 1. ročníku lékařské fakulty v Indii. Závažný stupeň nomofobie byl zjištěn u 22 % studentů a středně těžkou nomofobii prokazovalo 60 % studentů. Jeden mobilní telefon vlastní 121 studentů, zatímco ostatní jich mají více. Výsledky ukázaly, že většina účastníků používá svůj mobilní telefon v nočních hodinách, což může být příčinou zkrácení jejich spánku, a proto se cítí během dne více unavení.

Další výzkum provedl Copaja-Corzo et al. (2022), který se zaměřil na zhodnocení nomofobie a s ní související faktory u peruánských studentů medicíny. Studie byla provedena prostřednictvím online průzkumu šířeného pomocí sociálních sítí. Analyzováno bylo 3139 odpovědí. Bylo zjištěno, že přibližně jedna třetina zúčastněných studentů měla střední až těžkou nomofobii. Skóre nomofobie bylo vyšší u žáků, kteří projevovali úzkostné a depresivní symptomy. Byly zjištěny souvislosti mezi skórem nomofobie a duševními problémy (úzkost, deprese). Nebyly nalezeny rozdíly nomofobie dle pohlaví. U starších studentů bylo objeveno nižší riziko nomofobie. Bylo potvrzeno, že u lidí s nomofobií odloučení od mobilního telefonu vyvolává znepokojivé myšlenky, pocity napětí, a dokonce i fyziologické reakce, jako například pocení, které se v běžných situacích nevyskytují.

Podobnou studii provedl Çobanoğlu et al. (2020), jejímž cílem bylo prozkoumat vztah mezi digitální závislostí studentů ošetrovatelství a úrovní závislosti na mobilním telefonu s nomofobií. Studie byla provedena na univerzitě v Turecku a výzkumný vzorek tvořilo 215 studentů. Údaje byly shromažďovány pomocí dotazníku. V této studii bylo zjištěno, že existuje pozitivní až středně silný vztah mezi nomofobií studentů ošetrovatelství s úrovní závislosti na chytrých telefonech a úrovní digitální závislosti. Nejvýznamnějším predátorem nomofobie byla v této studii abstinence. Závěrem lze říci, že studenti ošetrovatelství by měli vyhledat odbornou psychologickou

pomoc z důvodu podpory zdraví a životního stylu, jako je sport, zdravá výživa a spánek, z důvodu, aby byla snížena úroveň nomofobie.

V kapitole 3.1 *Nomofobie ve zdravotnictví* jsem zmiňovala, že sestry často využívají mobilní telefon během pracovní doby z důvodu uspokojení osobních potřeb. Studie, kterou provedl Bülbüloğlu et al. (2020), byla uskutečněna v Turecku na chirurgických klinikách a zúčastnilo se jí 360 sester. Tato studie zkoumala vliv nomofobního chování sester na řízení času a psychickou pohodu a snažila se také prozkoumat možné příčiny tohoto chování. Výsledky ukázaly, že 55 % sester mělo snížené množství frekvence používání mobilního telefonu během služby a 27 % frekvenci zvýšenou. Výsledky ukázaly, že zdravotničtí pracovníci využívají více mobilní telefony z důvodů, které nesouvisí s klinickým prostředím. Existuje vzájemná závislost mezi psychickou pohodou a nomofobií. Bylo zjištěno, že pokud se používání chytrého telefonu ve službě snižovalo, úroveň psychické pohody sester se zvyšovala. Z výsledku vyplynulo, že závislost na chytrých telefonech brání pacientům v efektivní komunikaci se zdravotníky, vede k nedorozuměním a snižuje množství a kvalitu práce odvedené za jednotku času. Používání osobních digitálních technologií při práci negativně ovlivňuje pracovní výkon. Možnou příčinou nomofobního chování ovlivnilo to, zda sestry měly naplánované denní aktivity či nikoliv. U sester s denním plánem bylo riziko vzniku nomofobie nižší než u těch, které si denní plán nedělaly.

Další studii na studentech zdravotnictví provedl Rajman (2021). Výzkumem se snažil zjistit, jaké vznikají škodlivé přímé a nepřímé účinky na studenty ošetrovatelství z důvodu nadměrného používání mobilního telefonu. Používání chytrých telefonů je všudypřítomné po celém světě a roste jak v rozvojových, tak v rozvinutých zemích. Z výzkumu bylo zjištěno, že studenti ošetrovatelství po celém světě trávili denně značnou dobu na svém smartphonu. Smartphony byly používány spíše pro zábavu (např. sociální sítě) než pro profesionální účely. Osobní používání smartphonů způsobilo rozptýlení v rámci klinické praxe i učení ve škole. Používání mobilního telefonu bylo považováno za nezdvořilé a neprofesionální. Z výzkumu vyplynulo, že závislost na smartphonu způsobila vysokou úroveň stresu mezi studenty ošetrovatelství, včetně ovlivnění kvality jejich spánku. Tato zjištění mají významné důsledky pro studenty ošetrovatelství, protože únava a špatné duševní zdraví mohou nepřímo ovlivnit odolnost, mezilidskou komunikaci a řešení konfliktů a celkové dovednosti sestry. Praktickým závěrem je, že by měli pedagogové určit pravidla

v oblasti používání mobilního telefonu během klinické praxe i učení ve škole, aby se zmírnil potenciální negativní dopad na zdraví a pracovní výkon.

Jahrami et al. (2021) se ve svém výzkumu zabýval souvislostí mezi nomofobií, nespavostí a velikostí obrazovky mobilního telefonu u mladé dospělé populace v Bahrajnu. Výzkumný vzorek tvořilo 549 jedinců, kteří byli dotazováni pomocí online dotazníku. Účastníci vyplnili demografické otázky a otázky týkající se osobních mobilních telefonů, dotazník nomofobie (NMP-Q) a index závažnosti nespavosti s anglickým názvem Insomnia severity index (ISI). Index závažnosti nespavosti je určen k posouzení povahy, závažnosti a dopadu nespavosti a ke sledování reakce na léčbu dospělých. Index obsahuje 7 položek: závažnost problémů s nástupem spánku, udržováním spánku a ranním probouzením, nespokojenost se spánkem, interference potíží se spánkem s denním fungováním, vnímavost potíží se spánkem ze strany ostatních, stres způsobený potížemi se spánkem. Velikost obrazovky mobilního telefonu byla určena pomocí online databáze s otevřeným zdrojovým kódem. Z výsledků vyplynulo, že 114 účastníků (21 %) mělo těžkou nomofobii a 81 (14 %) mělo klinickou nespavost. Mezi NMP-Q a ISI byla pozorována silná pozitivní korelace. Věk, pohlaví, BMI a velikost obrazovky mobilního telefonu nevykazovaly žádnou souvislost s NMP-Q. Z výsledků vyplynulo, že nomofobie je moderní stav virtuální a digitální společnosti a odkazuje na patologickou hrůzu z toho, že bychom byli bez mobilních telefonů. Tento stav je vysoce rozšířený u mladých dospělých mužů a žen, silně spojený s klinicky významnou nespavostí, ale nesouvisí s velikostí obrazovky mobilního telefonu nebo obezitou.

Mobilní telefony mění chování, vztahy, komunikaci a dynamiku fyzického prostředí. Závislost na zařízení pro každodenní činnosti se tak zvýšila. Tato studie, kterou provedl Kaviani et al. (2020) se snažila u australské populace zjistit, zda nomofobie může zvýšit pravděpodobnost problematického závislého, zakázaného a nebezpečného používání mobilních telefonů. Nástrojem používaným k měření nomofobie byl dotazník NMP-Q, zatímco problematické používání mobilních telefonů bylo měřeno pomocí dotazníku o problematickém používání mobilních telefonů se zkratkou PMPUQ-R (angl. The problematic mobile phone use questionnaire). Dotazník PMPUQ-R je složen z 16 položek rozdělených do tří faktorů: závislé použití, zakázané použití a nebezpečné použití Tato studie se skládá ze vzorku 2838 respondentů, což odhaluje průměrné skóre nomofobie 69,4 (střední) mezi respondenty. Průzkum probíhal online formou. Výsledky

ukázaly, že 0,8 % nehlásilo žádnou nomofobii (< 20), 37,3 % mělo mírnou (21–59) úroveň, 48,7 % střední (60 – 99) úroveň a 13,2 % hlásilo závažnou (100 – 140) úroveň nomofobie. Vysoká doba strávená před obrazovkou může navíc předvídat nebezpečné, zakázané a závislé použití.

Nomofobie patří mezi závislostní a úzkostné poruchy. Zda deprese nebo úzkost nezávisle přispívají k úrovni závislosti na smartphonu se snažili ve své studii zjistit Matar J. et Jaalouk D. (2017). Studie byla provedena u vysokoškolských studentů v Libanonu, kterých bylo celkem 688. Více než čtvrtina studentů uvedla známky nutkavého chování (např. 38,5 % uvedlo, že surfování na chytrém telefonu má negativní dopady na jejich fyzické zdraví. Více než pětina vzorku uvedla náznaky funkčních poruch (např. 40,7 % uvedlo, že jejich interakce s rodinnými příslušníky je kvůli používání chytrého telefonu snižena a používání chytrého telefonu má určité negativní účinky na jejich studium nebo pracovní výkon). Více než šestina vzorku uvedla známky odvykání (např. 63,5 % uvedlo, že myšlenka na používání chytrého telefonu je první myšlenkou, která je napadne každé ráno po probuzení). Více než dvě pětiny vzorku uvedly náznaky tolerance (např. 54,3 % uvedlo, že jim bylo více než jednou řečeno, že tráví příliš mnoho času na chytrém telefonu). Pomocí analýzy se ukázalo, že nejsilnějším nezávislým prediktorem závislosti na smartphonu je nadměrné používání smartphonu během pracovního dne (5 a více hodin během pracovního dne). Mezi další prediktory závislosti na mobilním telefonu byla deprese a úzkost.

Nomofobie se týká nepohodlí, úzkosti, nervozity nebo úzkosti, která je způsobená tím, že je jedinec mimo kontakt s mobilním telefonem. Studii z hlediska vlivu úzkosti na nomofobii provedli Sharma et al. (2019). Studie byla provedena na oddělení psychiatrie v Indii. Celkem bylo dotazováno 1386 studentů. Cílem této studie bylo posoudit výskyt nomofobie a její vztah s depresí, úzkostí a kvalitou života u dospívajících studentů. Průřezová studie byla provedena u 1386 středoškoláků ve věku od 14 do 17 let. K posouzení nomofobie byl použit dotazník NMP-Q. K posouzení úzkosti byla použita škála s názvem Beck anxiety inventory (BAI). Z 1386 dospívajících má 569 (41,05 %) nomofobii mírnou, 303 (21,86 %) nomofobii středně těžkou a 82 (5,1 %) nomofobii těžkou. Výsledkem byla pozorována významná pozitivní korelace mezi skóre NMP-Q a skóre na BAI. Průzkum ukázal, že 77 % dospívajících uvedlo, že mají úzkost a obavy z toho, že jsou bez telefonu. Psychologické faktory, jako jsou sebenegativní názory, nízká sebeúcta, mladší věk,

impulzivita, pocit naléhavosti a vyhledávání pocitů, mohou souviset s nadměrným používáním mobilních telefonů. Deprese, užívání alkoholu a jiných látek, panická porucha, obsedantně-kompulzivní porucha sociální fobie, poruchy příjmu potravy a další poruchy závislosti na chování se vyskytovaly zároveň s nomofobií. Je pravděpodobné, že příznaky deprese a úzkosti u adolescentů se mohou zhoršit, pokud vnímají životy druhých prostřednictvím sociálních sítí jako lepší než jejich. Dospívající mohou pociťovat úzkost, když nejsou schopni používat mobilní telefon nebo funkce, které mobilní telefon nabízí. Úzkost se objevuje právě tehdy, když nemají přístup k informacím prostřednictvím smartphonů nebo když se musí vzdát pohodlí, které smartphony poskytují. Nadměrné používání mobilních telefonů může také narušit studijní výsledky dospívajících a přispět k úzkosti. U dospívajících s úzkostnými poruchami, zejména u jedinců se sociální úzkostnou poruchou může dojít k rozvinutí závažnější závislosti na mobilních telefonech než u dospívajících bez úzkostných poruch.

Studie, kterou provedl Hoşgör et al. (2021), byla provedena za účelem zkoumání vztahu mezi nomofobií, strachem z chybějícího neboli FoMO (angl. Fear of missing out) a vnímaným pracovním přetížením neboli PWO (angl. Perceived work overload) mezi zdravotními sestrami v Turecku. Tato popisná studie byla provedena se 178 zdravotními sestrami. Ve studii byl použit dotazník nomofobie (NMP-Q), stupnice FoMO a stupnice PWO. Škála FoMO má jednu část a 10 položek. S rostoucím skóre získaným ze škály roste i úroveň FoMO účastníků. Minimální a maximální možné skóre, které lze ze škály FoMO získat, je 10, respektive 50 bodů. Škála PWO má také 10 položek. S rostoucím skóre získaným ze škály roste i úroveň PWO účastníků. Minimální a maximální možné skóre, které lze získat ze škály PWO, je 5, respektive 25 bodů. Střední stupeň nomofobie byl přibližně u 38,0 % zúčastněných sester, nízký stupeň u 28,1 % sester a silný stupeň u 25,3 % sester. U 5,1 % sester se objevil velmi vysoký stupeň nomofobie a 3,1 % sester nemělo žádnou nomofobii. Obecně lze konstatovat, že sestry účastníci se této studie měly tendenci mít střední úroveň nomofobie, známé také jako strach z toho, že jim bude odepřen chytrý telefon. Z výsledků bylo zjištěno, že existoval pozitivní a významný vztah mezi nomofobií, FoMO a PWO proměnnými. Jedním z pozoruhodných zjištění zjištěných v této studii je, že nomofobie a FoMO mají na vnímání pracovní zátěže zaměstnanců pouze 6% vliv. Tyto výsledky naznačují, že s rostoucí tendencí sester k nomofobii rostla i jejich úroveň

FoMO a PWO. Stejně tak se s rostoucí tendencí k FoMO zvyšovala i jejich úroveň PWO. Podle výsledků této studie byly sestry, které se studie zúčastnily, mírně nomofobní a jejich úroveň FoMO a PWO byla podprůměrná. Sestry s vysokou závislostí na chytrých telefonech pocítují větší strach z toho, že jim něco unikne, pokud jde o aktuální dění v sociálním prostředí. Kromě toho sestry, jejichž míra nomofobie a FoMO byla vysoká, více vnímaly své pracovní přetížení, což naznačuje, že smartphony používaly k nepracovním účelům. Ve studii byl zjištěn významný a negativní vztah mezi věkem a délkou praxe sester v oboru a jejich úrovní nomofobie a FoMO. Sestry, které jsou mladší a mají kratší délku praxe v profesi, jsou náchylnější k závislosti na chytrých telefonech a sociálních médiích. Tyto výsledky naznačují, že u budoucích zdravotních sester se mohou vyskytnout problémy, jako je rozptýlení, snížená schopnost učení a studijní neúspěch při vzdělávání. Ze studie vyplynul praktické závěry jako například, že kontrolované používání chytrých telefonů a sociálních médií může přispět k minimalizaci pracovního přetížení, které sestry vnímají jako faktor časového tlaku. Proto, aby sestry nepoužívaly chytrá mobilní zařízení problematicky a nevnímaly svou pracovní zátěž jako příliš velkou, měl by je jejich vyšší management motivovat. Je známo, že sestry s vysokou mírou motivace mají také vysokou míru spokojenosti, což bude mít pozitivní dopad na kvalitu jimi poskytovaných služeb.

6 Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na téma Nomofobie u sester. Teoretická část se věnovala obecně závislostem, úzkosti, nomofobii obecně a nomofobii ve zdravotnictví. Výzkumná část byla provedena kvantitativní technikou šetření. K získání dat byl využit standardizovaný dotazník.

Dle stanovené hypotézy jsem předpokládala, že závislostí na mobilním telefonu během pracovní doby budou trpět více sestry, které pracují na jednotce intenzivní péče, avšak z výzkumu vyplynulo, že nomofobní jsou více sestry ze standardních oddělení. Tato hypotéza byla tudíž zamítnuta. Dále jsem předpokládala, že sestry s dokončeným středoškolským vzděláním mají vyšší sklon k nomofobii než sestry s dokončeným vysokoškolským vzděláním a tato hypotéza byla výzkumem také vyvrácena, protože stupeň nomofobie se nelišil podle vzdělání respondentů.

Výsledky výzkumného šetření nám odpověděly na naše otázky. Cíle práce byly splněny. U většiny sester se vyskytl nějaký stupeň nomofobie. Z výzkumného šetření bakalářské práce vyplynulo, že je důležité sestry více motivovat z důvodu, aby sestry nepoužívaly chytrá mobilní zařízení problematicky a nevnímaly svou pracovní zátěž jako příliš velkou. Je známo, že sestry s vysokou mírou motivace mají také vysokou míru spokojenosti, což bude mít pozitivní dopad na kvalitu jimi poskytovaných služeb.

Výstupem práce je informační materiál (Příloha 3), který může být využit pro zdravotnický personál ale i pro studenty zdravotnických oborů.

7 Seznam použitých zdrojů

1. AGUILERA-MANRIQUE, G., MÁRQUEZ HERNANDÉZ, V., ALCARAZ-CÓRDOBA, T. et al., 2018. *The Relationship between Nomophobia and the Distraction Associated with Smartphone Use among Nursing Students in Their Clinical Practicum*. PLoS ONE 13(8): e0202953, doi: 10.1371/journal.pone.0202953.
2. ARPACI, I. et al., 2017. *Individual Differences in the Relationship between Attachment and Nomophobia among College Students: The Mediating Role of Mindfulness*. Journal of medical internet research. 19(12):e404, doi: 10.2196/jmir.8847.
3. AYAR, D. et al., 2021. *The Effect of Problematic Internet Use and Digital Game Addiction in Adolescents on Nomophobia Levels*. Murat international journal of caring sciences. 36(12):589-595, doi: 10.1097/CIN.0000000000000458.
4. BĚLÍK, V., HOFERKOVÁ S. a KRAUS B., 2017. *Slovník sociální patologie*. [online]. [cit. 2017-09-29]. Praha: Grada. 569 s. ISBN 978-80-271-0599-1. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/slovník-socialni-patologie>.
5. BLINKA, L., 2015. *Online závislosti: jednání jako droga?; online hry, sex a sociální síť; diagnostika závislosti na Internetu; prevence a léčba*. Praha: Grada. 630 s. ISBN 978-80-247-5311-9.
6. BRAGAZZI, N., PUENTE G., 2014. *A Proposal for Including Nomophobia in the New DSM-V*. Psychology research and behavior management. 7:155-60, doi: 10.2147/PRBM.S41386.
7. BÜLBÜLOĞLU S., ÖZDEMİR A., KAPIKIRAN G., et al., 2020. *The Effect of Nomophobic Behavior of Nurses Working at Surgical Clinics on Time Management and Psychological Well-being*. Journal of substance, p. 318–323, doi: 10.1080/14659891.2019.1692926.
8. BHATTACHARYA, S., BASHAR M., SRIVASTAVA A. et al., 2019. *NOMOPHOBIA: No Mobile Phone Phobia*. Journal of family medicine and primary care. 8(4) p. 1297-1300, doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc_71_19.

9. CARLISHE A. P., 2017. *Nomophobia: a Rising Trend in Students Addiction, Cell Phone Addiction Series*. Create space independent publishing platform, 70 s. ISBN 154501597X, 9781545015971.
10. COENEN M., GORLICH, Y., 2022. *Zkoumání nomofobie s německou adaptací dotazníku nomofobie (NMP-Q-D)*. 30;17(12):e0279379, doi: 10.1371/journal.pone.0279379.
11. COPAJA-CORZO C., ARAGÓN-AYALA C., TAYPE-RONDAN A., 2022. *Nomophobia and its Associated Factors in Peruvian Medical Students*. Int. J Environ Res public health. 19(9):5006, doi: 10.3390/ijerph19095006.
12. ÇOBANOĞLU A., YILMAZ E., KIZILTAN B., 2021. *The Relationship between Nursing Students' Digital and Smartphone Addiction Levels and Nomophobia. a descriptive, correlational study*. Perspectives In Psychiatric Care. 57(4):1727-1734, doi:10.1111/ppc.12742.
13. CROCQ, M., 2015. *A History of Anxiety: from Hippocrates to DSM*. Dialogues Clin Neurosci. (3):319-25, doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq.
14. DARVISHI, M. D. et al., 2019. *Investigating Different Dimensions of Nomophobia among Medical Students: a Cross-sectional study*. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences.7(4):573-578, doi: 10.3889/oamjms.2019.138.
15. DÁVIDOVÁ, M., 2020. *Patologické hráčství: výskyt, diagnostika, léčba, komplexní pohled na problematiku* [online]. Praha: Grada. 176 s. [cit. 2022-10-09]. ISBN 978-80-247-2758-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/patologicke-hracstvi-6803/>
16. FAROOQUI, IA., PORE, P., GOTHANKAR J., 2018. *Nomophobia: an Emerging Issue in Medical Institutions?* Journal of mental health. 27(5), p. 438-441, doi: 10.1080/09638237.2017.1417564.
17. FIELDING, O., 2018. *Digitální Detox. Zbavte se závislosti na mobilu a internetu*. Brno: CPress. 120 s. ISBN 978-80-264-1804-7.
18. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. rozšířené aktualizované vydání. Praha: Grada. 232 s. ISBN: 978-80-247-5046-0.

19. HEDEPY, © 2020. *Co o vás prozradí vaše úzkosti a kdy se jim začít věnovat?* [online]. [cit 2022-04-09]. Dostupné z: <https://hedepy.cz/temata/uzkosti/#rozdily-mezi-strachem-stresem-a-uzkosti>
20. HOSGÖR, H., COŞKUN, F., ÇALIŞKAN, F., et al., 2021. *Relationship between Nomophobia, Fear of Missing Out, and Perceived Workover Load in Nurses in Turkey.* *Perspect Psychiatr Care.* 57, p. 1026–1033, doi: 10.1111/ppc.12653.
21. JAHRAMI, H., RASHED M., ALRASHEED, M., et al., 2021. *Nomophobia is Associated with Insomnia but not with Age, Sex, BMI, or Mobile Phone Screen Size in Young Adults.* *Nature and science of sleep [NatSciSleep].* 13. p. 1931-1941, doi: 10.2147/NSS.S335462.
22. JOCHMANNOVÁ, L., KIMPLOVÁ T, 2022. *Psychologie zdraví.* Praha: Grada. 552 s. ISBN: 978-80-271-2569-2
23. KING, A. L. S., VALENCA A. M., SILVA A.S. et al., 2014. *“Nomophobia”: Impact of Cell Phone use Interfering with Symptoms and Emotions of Individuals with Panic Disorder Compared with a Control Group.* *Clinical practice & epidemiology in mental health.* 10. p. 28-35, doi: 10.2174/1745017901410010028.
24. KALINA, K. et al., 2015. *Klinická adiktologie.* Praha: Grada. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
25. KAVIANI, F., ROBARDS, B., YOUNG K. et al., 2020. *Nomophobia: is the Fear of Being without a Smartphone Associated with Problematic Use?* *Int J. Environ Res Public Health.* 17. p. 6024, doi: 10.3390/ijerph17176024.
26. KOUKOLÍK, F., 2016. *Sociální mozek* [online]. Praha: Karolinum. [cit. 2022-10-09]. 308 s. ISBN 978-80-246-2850-9. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/socialni-mozek-7061/>
27. KREJČÍ, M., 2019. *DigiDetox: jak na digitální minimalismus.* Praha: Pointa. 224 s. ISBN 978-80-88335-42-9.
28. KRŽIŽOVÁ, I., 2021. *Závislosti: pro psychologické obory.* Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-1754-3.

29. KUKLOVÁ, M., 2016. *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislosti*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-1101-3.
30. LEŠTINOVÁ, Z., 2019. *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019-2027*. Praha: Úřad vlády České republiky. Koordinace. 60 s. ISBN 978-80-7440-231-9.
31. LOCKE, A. B., KIRST, N., SHULTZ, C. G., 2015. *Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults*. *Am Fam Physician*. 91(9) p. 617-24. PMID: 25955736.
32. BOUMOSLEH, M., J, JAALOUK, D., 2017. *Depression, Anxiety, and Smartphone Addiction in University Students*. *PLoS One*. 12(8):e0182239, doi: 10.1371/journal.pone.0182239.
33. MELKAM, M., SEGON, T., NAKIE, G., 2023. *Social Phobia of Ethiopian Students: meta-analysis and systematic review*. *Syst Rev*. 12(1):41, doi: 10.1186/s13643-023-02208-2.
34. OREL M. a kolektiv, 2020. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 430 s. ISBN 978-80-271-2529-6.
35. NEWPORT, C., 2019. *Digitální minimalismus: zkroťte návykové technologie a získajte zpět svůj čas a koncentraci*. [online]. [cit. 2019-11-14]. V Brně: Jan Melvil Publishing. Žádná velká věda. 640 s. ISBN 978-80-7555-088-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/digitalni-minimalismus-6921/>.
36. NEŠPOR, K., 2018. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál. 256 s. ISBN 978-80-262-1357-4.
37. NEŠPOR, K., HERLE, P., 2019. *Adiktologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. 132 s. Ediční řada pro VPL. ISBN 978-80-7496-410-7.
38. ÖZGE, E., 2021. *The Phobia of Modern Word: Nomophobia: Conceptualization of Nomophobia and Investigation of Associated Psychological Construct*. Istanbul: eKitapProjesi. 70 s. ISBN 978-625-7287-64-7.

39. PLOCOVÁ, M., © 2016. *Závislost. Prevence a léčba závislostí, terapeutické pobyty*. [online]. [cit. 2016-07-24]. Dostupné z: <http://www.monikaplocova.cz/zavislost>
40. RABOCH, J., HRDLÍČKA, M., MOHR, P. et al. 2015. *DSM-5 - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. 1. české vydání. Hogrefe – Testcentrum. 1032 s. ISBN978-80-86471-52-5.
41. RAJMAN, L. et al., 2021. *The negative Impact of Smartphone Usage on Nursing Students: an Integrative Literature Review*. *NurseEducToday*. 102:104909, doi: 10.1016/j.nedt.2021.104909.
42. SHARMA, M., ARMANDEEP, MATHUR D. M. et al. *Nomophobia and its Relationship with Depression, Anxiety, and Quality of Life in Adolescents*. *Ind Psychiatrie J*. 2. p. 231-236, doi: 10.4103/ipj.ipj_60_18.
43. SPITZER, M., 2014. *Digitální demence: jak připravujeme sami sebe a naše děti o rozum*. Brno: Host. 343 s. ISBN 978-80-7294-872-7.
44. SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3592-4.
45. VACEK, J., VONDRÁČKOVÁ, P. © 2014. *Behaviorální závislosti: klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie*. *Česká a slovenská psychiatrie*. [online]. 110(3), p. 144-150. Dostupné z: [CSP_2014_3_144_150.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/CSP_2014_3_144_150.pdf) (cspsychiatr.cz)
46. VIPHARM, © 2016. *Úzkost*. [online]. Dostupné z: <http://vipharm.cz/uzkost>
47. WANG H. I., WRIGHT, B., TINDALL, L., et al. 2022. *Cost and Effectiveness of One Session Treatment (OST) for Children and Young People with Specific Phobias Compared to Multi-session Cognitive Behavioural Therapy (CBT)*. *BMC Psychiatry*. 22(1):547, doi: 10.1186/s12888-022-04192-8.
48. WEST, R., 2016. *Modely závislosti*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. 131 s. ISBN 978-80-7440-157-2.

49. YILDIRIM, C., CORREIA, A., 2015. *Exploring the Dimensions of Nomophobia: Development and Validation of a Self-reported Questionnaire. Computers in Human Behavior.* 2015;49:130-137, <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.02.059>.

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Originální verze dotazníku NMP-Q

Nomophobia Questionnaire (NMP-Q)

Please indicate how much you agree or disagree with each statement in relation to your smartphone.

Strongly Disagree							Strongly Agree
	1	2	3	4	5	6	7

1. I would feel uncomfortable without constant access to information through my smartphone.
2. I would be annoyed if I could not look information up on my smartphone when I wanted to do so.
3. Being unable to get the news (e.g., happenings, weather, etc.) on my smartphone would make me nervous.
4. I would be annoyed if I could not use my smartphone and/or its capabilities when I wanted to do so.
5. Running out of battery in my smartphone would scare me.
6. If I were to run out of credits or hit my monthly data limit, I would panic.
7. If I did not have a data signal or could not connect to Wi-Fi, then I would constantly check to see if I had a signal or could find a Wi-Fi network.
8. If I could not use my smartphone, I would be afraid of getting stranded somewhere.
9. If I could not check my smartphone for a while, I would feel a desire to check it.
10. If I did not have my smartphone with me, I would feel anxious because I could not instantly communicate with my family and/or friends.
11. If I did not have my smartphone with me, I would be worried because my family and/or friends could not reach me.
12. If I did not have my smartphone with me, I would feel nervous because I would not be able to receive text messages and calls.
13. If I did not have my smartphone with me, I would be anxious because I could not keep in touch with my family and/or friends.
14. If I did not have my smartphone with me, I would be nervous because I could not know if someone had tried to get a hold of me.
15. If I did not have my smartphone with me, I would feel anxious because my constant connection to my family and friends would be broken.
16. If I did not have my smartphone with me, I would be nervous because I would be disconnected from my online identity.
17. If I did not have my smartphone with me, I would be uncomfortable because I could not stay up-to-date with social media and online networks.

18. If I did not have my smartphone with me, I would feel awkward because I could not check my notifications for updates from my connections and online networks.
19. If I did not have my smartphone with me, I would feel anxious because I could not check my email messages.
20. If I did not have my smartphone with me, I would feel weird because I would not know what to do.

Yildirim & Correia (2015)

Scoring:

Sum up your responses to each item. Higher scores indicate more severe levels of nomophobia. Refer to the following table to determine your nomophobia level.

Score	Nomophobia Level
NMP-Q Score = 20	Absent
$21 \leq \text{NMP-Q Score} < 60$	Mild
$60 \leq \text{NMP-Q Score} < 100$	Moderate
$100 \leq \text{NMP-Q Score} \leq 140$	Severe

Citation:

Yildirim, C., & Correia, A. P. (2015). Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. *Computers in Human Behavior, 49*, 130-137.

Příloha č. 2 – Výzkumný dotazník

DOTAZNÍK KE ZJIŠTĚNÍ MÍRY NOMOFOBIE NPM-Q

Milé sestry, jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Studuji obor všeobecné ošetřovatelství a nyní jsem ve 3. ročníku. Tématem mé bakalářské práce je nomofobie u sester. Nomofobie je odborný název pro závislost na mobilním telefonu a jedná se o aktuální téma dnešní doby, které mne zaujalo pro výzkum. Zkratka dotazníku NPM-Q znamená no mobile phone questionnaire, který byl vytvořen pro účely sledování výskytu nomofobie. Výsledky mé bakalářské práce mají zmapovat výskyt nomofobie u sester na standardních odděleních a odděleních intenzivní péče. Dotazník je zcela anonymní a zabývá se touto problematikou. Prosím vás o vyplnění dotazníku na základě toho, jak využíváte mobilní telefon **během pracovní doby**. V dotazníku budete ztrhávat Vámi zvolené možnosti. Moc vám děkuji za vyplnění a za váš čas. S pozdravem Veronika Gromská.

V následujících otázkách prosím zakroužkujte vždy jednu správnou možnost:

Jaký je Váš věk?

- 1) 18–25
- 2) 26–35
- 3) 36–45
- 4) 46–55
- 5) 56 a více

Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?

- 1) Střední škola s maturitou
- 2) Vyšší odborná škola
- 3) Vysoká škola – Bc.
- 4) Navazující studium po bakaláři - Mgr.

Pracujete na oddělení:

- 1) Intenzivní péče
- 2) Standardním oddělení

Uveďte prosím, do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s každým výrokem týkajícím se vašeho chytrého telefonu.

velmi nesouhlasím

důrazně souhlasím

1	2	3	4	5	6	7				
1.				1	2	3	4	5	6	7
2.				1	2	3	4	5	6	7
3.				1	2	3	4	5	6	7
4.				1	2	3	4	5	6	7

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. Vybitá baterie v mém chytrém telefonu by mě vystrašila. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Pokud by mi došel kredit nebo bych narazil na měsíční datový limit, zpanikařil bych. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Pokud bych neměl datový signál nebo se nemohl připojit k Wi-Fi, pak bych neustále kontroloval, zda mám signál nebo zda jsem nenašel síť Wi-Fi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Kdybych nemohl používat svůj chytrý telefon, bál bych se, že někde uvíznu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Kdybych chvíli nemohl zkontrolovat svůj chytrý telefon, pocítil bych potřebu ho zkontrolovat. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, cítil bych úzkost, protože bych nemohl okamžitě komunikovat s rodinou a/nebo přáteli. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, měl bych strach, protože moje rodina a/nebo přátelé by mě nemohli kontaktovat. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, cítil bych se nervózní, protože bych nemohl přijímat textové zprávy a hovory. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, byl bych nervózní, protože bych nemohl být v kontaktu s mou rodinou a/nebo přáteli. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, byl bych nervózní, protože bych nevěděl, jestli se mě někdo nepokouší zastihnout. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, měl bych úzkostné stavy, jelikož by se moje spojení s rodinou a přáteli přerušilo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, byl bych nervózní, protože bych byl odpojen od mé online identity. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, bylo by mi to nepřijemné, protože bych neměl přehled o tom co se děje na sociálních médiích a online sítích. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, cítil bych se divně, protože bych se nedozvěděl o oznámení aktualizací z mých připojení a online sítí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, zažíval bych úzkostné stavy, protože bych nemohl zkontrolovat mé e-mailové zprávy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Kdybych u sebe neměl svůj chytrý telefon, cítil bych se divně, protože bych nevěděl, co dělat. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Jaké jsou nejčastější příznaky nomofobie?

- deprese
- stres
- strach
- panické stavy
- úzkost
- agrese
- změny nálad
- hyperaktivita
- tachykardie
- chvění
- pocení
- nízká sebestícta
- osamělost
- špatná kvalita života
- poruchy spánku

Je kontrola mobilního telefonu první činností, kterou po probuzení děláte?

Kontrolujete svůj mobilní telefon v noci?

Přerušujete jiné činnosti jen z důvody kontroly vašeho mobilního telefonu?

Kontrolujete ho i tehdy, pokud trávíte čas s jinými lidmi?

Sledujete mobilní telefon i v práci?

Používáte mobilní telefon, i když trávíte čas s rodinou?

Pokud jste na většinu otázek odpověděli ano, pak je tento leták přímo pro vás!

Trpíte nomofobií?

Nomofobie je patologická závislost na mobilním telefonu, která označuje strach z toho, že mobilní telefon z nějakého důvodu nemůžeme používat.



Jaké mohou být důsledky nomofobie?

- zhoršené vztahy mezi lidmi
- poruchy spánku
 - dlouhodobá nespavost může způsobit kardiovaskulární onemocnění, infekční onemocnění, rakovinu, chorobnou nadváhu a cukrovku
- zhoršené učení studentů ve škole
- zvětšený výskyt stresu a deprese
- ztráta času
- snížená schopnost sebeovládání
- pocit vyčerpání
- snížená schopnost soustředění během dne

V čem spočívá léčba nomofobie?

Metoda mindfulness = stav přítomnosti myslí, kdy dáváme pozornost současnému okamžiku.



- soustřeďte se na jednu věc – odstraňte vše, co vás vyrušuje
- stanovte si hodinu, kdy budete mobilní telefon používat
- stanovte si pozitivní a negativní mobilního telefonu
- než vezmete mobilní telefon do ruky, zamyslete se, proč ho potřebujete zrovna teď a zda je to nutné
- vypněte si upozornění, která vás nutí mobilní telefon využívat
- zaměřte se na jakékoliv jiné aktivity

Nomofobie se může vyskytnout také ve zdravotnictví!

Nomofobie u sester je velice závažný a nebezpečný problém, který může výrazně ovlivnit kvalitu jejich práce a péči o pacienty, což může někdy způsobit i fatální následky. Vlivem častého používání mobilního telefonu dochází ke snížení času stráveného na úkonech, což způsobuje zanedbání péče o pacienty. Dochází k negativním důsledkům, jako například hromadění nebo odkládání důležitých úkolů, snížená schopnost zapamatovat si důležité informace, rozptýlení, snížení pozornosti a někdy dokonce ublížení na zdraví pacientům.

9 Seznam použitých zkratk

Např. – Například

Tzv. – Takzvaně

Angl. – Anglicky

Bc. – Bakalář

Mgr. – Magistr

VOŠ – Vyšší odborná škol

VŠ – Vysoká škola

SŠ – Střední škola

IP – Intenzivní péče

SO – Standardní oddělení

GAD – Generalizovaná úzkostná porucha

BMI – Body mass index

BAI – Beck anxiety inventory

ISI – Insomnia severity index

PMPUQ-R - The problematic mobile phone usequestionnaire

DSM – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

NMP-Q – Dotazník pro zjištění míry nomofobie

FoMO – The fear of missing out scale

PWO – Perceived work overload scale