

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Michaela Fibigrová

Životní styl nelékařských zdravotnických
pracovníků pracujících v urgentní medicíně

Olomouc 2017

Vedoucí práce: Mgr. Jakub Fibigr

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

V Olomouci dne.....

.....

Bc. Michaela Fibigrová

Chtěla bych poděkovat svému vedoucímu práce Mgr. Jakobovi Fibigrovi za odborné vedení, za pomoc a cenné rady při zpracování této diplomové práce.

Obsah

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 7 |
| 1 CÍLE PRÁCE..... | 9 |
| 1.1 Hlavní cíl práce..... | 9 |
| 1.2 Dílčí cíle práce..... | 9 |
| 1.3 Výzkumné otázky a hypotézy..... | 10 |
| 2 TEORETICKÉ POZNATKY..... | 12 |
| 2.1 Zdraví..... | 12 |
| 2.1.1 Definice zdraví..... | 12 |
| 2.1.2 Determinanty zdraví..... | 12 |
| 2.2 Životní styl..... | 13 |
| 2.3 Výživa..... | 13 |
| 2.3.1 Bílkoviny..... | 14 |
| 2.3.2 Tuky..... | 15 |
| 2.3.3 Cukry..... | 16 |
| 2.3.4 Minerální látky a stopové prvky..... | 17 |
| 2.3.5 Vitaminy..... | 17 |
| 2.3.6 Výživová doporučení pro dospělé..... | 19 |
| 2.3.7 Voda a pitný režim..... | 19 |
| 2.4 Pohybová aktivita..... | 20 |
| 2.4.1 Tělesná zdatnost..... | 21 |
| 2.4.2 Pohyb současné společnosti..... | 22 |
| 2.4.3 Doporučení pro pohybovou aktivitu..... | 22 |
| 2.5 Návykové chování a závislost..... | 23 |
| 2.5.1 Závislost..... | 23 |
| 2.5.2 Alkohol..... | 24 |
| 2.5.3 Tabák..... | 26 |
| 2.5.4 Drogy..... | 27 |
| 2.6 Stres..... | 27 |
| 2.6.1 Příznaky stresu..... | 28 |
| 2.6.2 Stres a zdraví..... | 28 |
| 2.6.3 Stres a práce..... | 29 |
| 2.7 Spánek a odpočinek..... | 30 |

| | | |
|--------|--|----|
| 2.7.1 | Spánek..... | 30 |
| 2.7.2 | Faktory ovlivňující spánek..... | 31 |
| 2.7.3 | Poruchy spánku..... | 31 |
| 2.7.4 | Odpočinek..... | 32 |
| 2.8 | Nelékařští zdravotničtí pracovníci | 32 |
| 2.8.1 | Charakteristické rysy profese NLZP..... | 33 |
| 2.9 | Urgentní medicína..... | 34 |
| 2.10 | Urgentní příjem v Ústí nad Labem | 35 |
| 2.11 | Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje | 37 |
| 2.11.1 | Rychlá lékařská pomoc – RLP..... | 38 |
| 2.11.2 | Rychlá zdravotnická pomoc – RZP | 38 |
| 2.11.3 | Letecká záchranná služba | 39 |
| 2.11.4 | Zdravotnické operační středisko – ZOS | 39 |
| 3 | METODIKA PRÁCE | 41 |
| 3.1 | Výběr prvků do výzkumného souboru..... | 41 |
| 3.2 | Metodologické nástroje výzkumného šetření | 41 |
| 3.3 | Pilotní studie | 42 |
| 3.4 | Časový harmonogram | 43 |
| 3.5 | Zpracování výzkumných dat..... | 44 |
| 4 | VÝSLEDKY VÝZKUMU | 45 |
| 4.1 | Výsledky dotazníkového šetření..... | 45 |
| 4.1.1 | Analýza otázky č. 1 „ <i>Vaše pohlaví</i> “ | 46 |
| 4.1.2 | Analýza otázky č. 2 „ <i>Váš věk</i> “ | 46 |
| 4.1.3 | Analýza otázky č. 3 „ <i>Kde vykonáváte vaše povolání?</i> “ | 47 |
| 4.1.4 | Analýza otázky č. 4 „ <i>Jaké je vaše pracovní zařazení?</i> “ | 48 |
| 4.1.5 | Analýza otázky č. 5 „ <i>Vaše nejvyšší dosažené vzdělání</i> “ | 50 |
| 4.1.6 | Analýza otázka č. 7 „ <i>Kolikrát se stravujete v průběhu směny?</i> “ | 51 |
| 4.1.7 | Analýza otázky č. 7 „ <i>Jíte v pravidelných intervalech?</i> “ | 52 |
| 4.1.8 | Analýza otázky č. 8 „ <i>Odbíháte v pracovní době od jídla?</i> “ | 52 |
| 4.1.9 | Analýza otázky č. 9 „ <i>Jaké množství tekutin vypijete v průběhu pracovní doby?</i> “ | 53 |
| 4.1.10 | Analýza otázky č. 10 „ <i>Jaký nápoj preferujete?</i> “ | 54 |
| 4.1.11 | Analýza otázky č. 11 „ <i>Ve svém volnu nejčastěji</i> “ | 56 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 4.1.12 | Analýza otázky č. 12 „ <i>Jak často se věnujete pohybové aktivitě?</i> “ | 58 |
| 4.1.13 | Analýza otázky č. 13 „ <i>Kouříte cigarety?</i> “ | 59 |
| 4.1.14 | Analýza otázka č. 14 „ <i>Pijete kofeinové přípravky?</i> “ | 61 |
| 4.1.15 | Analýza otázky č. 15 „ <i>Kolik hodin průměrně denně spíte?</i> “ | 64 |
| 4.1.16 | Analýza otázky č. 16 „ <i>Trpíte nějakými poruchami spánku?</i> “ | 65 |
| 4.1.17 | Analýza otázky č. 17 „ <i>Pocítujete únavu v důsledku výkonu povolání?</i> “ | 65 |
| 4.1.18 | Analýza otázky č. 18 „ <i>Prožíváte stres v souvislosti s výkonem povolání?</i> “ | 67 |
| 4.2 | Statistická analýza výsledků | 71 |
| 5 | DISKUZE | 82 |
| | ZÁVĚR | 89 |
| | SOUHRN | 90 |
| | SUMMARY | 91 |
| | REFERENČNÍ SEZNAM | 92 |
| | SEZNAM SYMBOLŮ A ZKRATEK | 96 |
| | SEZNAM TABULEK | 97 |
| | SEZNAM GRAFŮ | 99 |
| | SEZNAM PŘÍLOH A PŘÍLOHY | 100 |

ÚVOD

Problematika životního stylu je v dnešní době stále aktuální a velmi často diskutovaným problémem. Tím, jaký způsob života si člověk zvolí, může do určité míry ovlivňovat svůj zdravotní stav. Avšak rozhodování člověka o jeho chování není zcela svobodné, neboť je řízeno rodinnými zvyklostmi, tradicemi společnosti a je limitováno ekonomickou situací a sociální pozicí. Záleží tedy i na zaměstnání jedince a jeho postojích. Zdravotnické povolání je náročné jak po stránce fyzické tak i psychické. Psychická a fyzická náročnost, závažnost práce, směnný provoz, dlouhodobé napětí a kontakt s lidmi se mohou negativně odrážet na životním stylu.

Tematické zaměření diplomové práce je v kontextu s mým pracovním oborem v urgentní medicíně a osobním zájmem o zdravý životní styl. Zajímá mě životní styl nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP), kteří pracují na urgentním příjmu a na zdravotnické záchranné službě, jaký vliv má jejich profese na životní styl a zda se řídí zásadami, jak žít zdravě.

Diplomová práce seznamuje čtenáře s jednotlivými aspekty životního stylu a ve své druhé části představuje realizovaný kvantitativní pedagogický výzkum, který je orientován do urgentní medicíny. Hlavním cílem diplomové práce je zhodnotit životní styl nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v urgentní medicíně. K dosažení hlavního cíle slouží dílčí cíle, které jsou společně s dalšími charakteristikami kvantitativního výzkumu popsány v empirické části. Grafická úprava diplomové práce respektuje formální náležitosti kvalifikačních prací, které předepisuje směrnice děkanky Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (2S/2011). Citace použitých pramenů a literatury vychází z nejnovější metody citační normy ČSN ISO 690 platné od roku 2011 a respektuje zásady harvardského systému citování a to jak v textu, tak v seznamu pramenů.

Diplomová práce se dělí na teoretickou a empirickou část, které se dále člení na kapitoly, podkapitoly a jejich oddíly. Teoretická část je zpracována metodou analýzy textových dokumentů. Jako nejvhodnější metodický nástroj empirické části byl zvolen dotazník. Jednotlivé kapitoly a podkapitoly diplomové práce korespondují s hlavním cílem a dílčími cíli. Celkově má diplomová práce 5 kapitol. V teoretické části se nachází jedenáct podkapitol. První podkapitola je zaměřena na poznatky z oblasti zdraví. Druhá podkapitola

vymezuje pojem životní styl. Třetí až sedmá podkapitola objasňuje poznatky z oblasti výživy, pohybové aktivity, návykového chování a závislosti, stresu a spánku. Osmá až jedenáctá podkapitola vymezuje nelékařské zdravotnické povolání, urgentní medicínu, urgentní příjem a zdravotnickou záchrannou službu.

V empirické části třetí kapitola charakterizuje kvantitativní pedagogický výzkum, který byl realizován na urgentním příjmu a na zdravotnické záchranné službě. Objasňuje výběr prvku do výzkumného souboru, metodologické nástroje výzkumného šetření, pilotní studii, časový harmonogram a zpracování výzkumných dat. Výsledky z průzkumu a výzkumného šetření jsou společně s tabulkami a grafy názorně uvedeny ve čtvrté kapitole. Poslední pátá kapitola předkládá diskuzi nad závěry z výzkumného šetření.

1 CÍLE PRÁCE

Cíle jsou z hlediska přehlednosti členěny na hlavní cíl práce a dílčí cíle práce, problémy jsou vyjádřeny tázací formou a hypotézy oznamovací formou.

1.1 Hlavní cíl práce

Hlavním cílem diplomové práce je zhodnotit životní styl nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v urgentní medicíně.

1.2 Dílčí cíle práce

Dílčí cíle diplomové práce jsou formulovány tak, aby bylo dosaženo hlavního cíle, současně korespondují s jednotlivými kapitolami či podkapitolami teoretické části a také s některými otázkami z dotazníku:

- Zjistit, jaké jsou stravovací návyky a pravidelnost stravování u NLZP pracujících v urgentní medicíně.
- Zjistit, jak NLZP dodržují pitný režim a jaké nápoje upřednostňují.
- Posoudit, jak NLZP tráví volný čas a zda se pravidelně věnují nějaké pohybové aktivitě.
- Zjistit, zda NLZP kouří cigarety a v jakém množství, zda začali s nástupem do zdravotnictví a jestli by chtěli s kouřením přestat.
- Posoudit, jestli NLZP pijí kofeinové nápoje, které upřednostňují a kolikrát denně je pijí.
- Zmapovat kvalitu a kvantitu spánku u NLZP v urgentní medicíně.
- Zjistit, jestli NLZP pocítují únavu v důsledku výkonu povolání.
- Zhodnotit, zda NLZP prožívají stres v souvislosti s výkonem povolání.

1.3 Výzkumné otázky a hypotézy

Na základě dílčích cílů práce byly stanoveny následující hypotézy v nulové (H_0 nezávislosti mezi oběma veličinami) a alternativní (H_A závislost mezi oběma veličinami) podobě:

Hypotéza č. 1: Existuje závislost mezi kouřením a výkonem povolání ve zdravotnictví?

H₁₀: Četnost NLZP, kteří kouří, nemá souvislost s výkonem povolání ve zdravotnictví.

H_{1A}: Četnost NLZP, kteří kouří, má souvislost s výkonem povolání ve zdravotnictví.

Hypotéza č. 2: Existuje závislost mezi pracovním zařazením NLZP a prožívaným stresem v důsledku výkonu povolání?

H₂₀: Četnosti prožívaného stresu v důsledku výkonu povolání nemají souvislost s pracovním zařazením NLZP.

H_{2A}: Četnosti prožívaného stresu v důsledku výkonu povolání mají souvislost s pracovním zařazením NLZP.

Hypotéza č. 3: Existuje souvislost mezi pravidelností stravování NLZP a pracovním zařazením?

H₃₀: Četnosti pravidelnosti stravování NLZP nemají souvislost s pracovním zařazením.

H_{3A}: Četnosti pravidelnosti stravování NLZP mají souvislost s pracovním zařazením.

Hypotéza č. 4: Existuje souvislost mezi fyzickou únavou z výkonu povolání NLZP a aktivním pohybem ve volném čase?

H₄₀: Četnosti fyzické únavy z výkonu povolání NLZP nemají souvislost s aktivním pohybem ve volném čase.

H_{4A}: Četnosti fyzické únavy z výkonu povolání NLZP mají souvislost s aktivním pohybem ve volném čase.

Hypotéza č. 5: Existuje souvislost mezi délkou spánku a věkem NLZP?

H₅₀: Četnosti délek spánku nemají souvislost s věkem NLZP

H_{5A}: Četnosti délek spánku mají souvislost s věkem NLZP

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Zdraví

Zdraví patří k nejdůležitějším hodnotám života každého člověka. Jsme-li zdraví, můžeme pracovat, realizovat své životní plány a dosahovat svých cílů i celkové životní spokojenosti a radosti. Zdraví představuje jednu z podmínek smysluplného života.

2.1.1 Definice zdraví

Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Toto pojetí zdraví, které vychází z definice Světové zdravotnické organizace (WHO), pojímá zdraví jako složitě provázaný komplex biologických, psychických a sociálních aspektů. Plné zdraví se pojí s pozitivním psychickým a tělesným stavem člověka, který kladně souvisí i s jeho uspokojivým sociálním fungováním, jež umožňuje člověku žít, pracovat a milovat. Definice neobjasňuje pojem pohoda, protože pocit pohody ve vztahu ke zdraví je pro každého člověka jiný, proto je zdraví subjektivní a podoba zdraví je u každého jedince jedinečná a relativní. Lidské zdraví je tedy pokládáno za složitý systém, v němž subsystém fyzický, psychický a sociální tvoří společný, se svým okolím existenčně spjatý dynamický celek (Křivohlavý, 2001; Zacharová, 2007).

2.1.2 Determinanty zdraví

Zdraví člověka je podmíněno kladným a záporným působením nejrůznějších faktorů. Determinanty zdraví dělíme na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní determinanty patří dědičné faktory a mezi zevní faktory můžeme zařadit životní styl, kvalitu životního a pracovního prostředí a zdravotnické služby, tedy úroveň a kvalitu zdravotní péče. Vzájemný vztah mezi zevními a vnitřními determinanty a jejich působení na zdraví vyjadřuje schéma, viz příloha 1 (Machová, 2015).

2.2 Životní styl

Největší vliv na zdraví má způsob života - životní styl. Je to tedy hlavní činitel zdraví.

„Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností)“ (Machová, 2015, str. 15).

Rozhodování člověka o jeho chování je ovlivňováno rodinnými zvyklostmi, tradicemi společnosti, ekonomickou situací, sociální pozicí. Záleží také na věku, temperamentu, vzdělání, zaměstnání, příjmu, pohlaví, hodnotové orientaci a postojích každého člověka. Správné rozhodnutí podporující zdraví může nastat až tehdy, má-li jedinec dostatečné znalosti o tom, co jeho zdraví upevňuje, ale také o tom, co mu škodí. Mezi škodlivé formy chování, které vedou k poruchám zdraví, patří: kouření, nadměrná konzumace alkoholu, zneužívání drog, nesprávná výživa, nízká pohybová aktivita, nadměrná psychická zátěž a rizikové sexuální chování.

2.3 Výživa

Výživa je významný faktor životního stylu, který ovlivňuje zdraví. Poskytuje nejen pokrytí základních potřeb energie k zajištění své činnosti a stavební látky k výstavbě tkání a orgánů, ale je spojena i s emocemi, často s pocitem uspokojení. Výživa se společně s fyzickou aktivitou a genetickými dispozicemi podílí na výsledném výživovém stavu jedince. Racionální výživa je taková, která je vyvážená po stránce kvantitativní i kvalitativní a zajišťuje organismu pravidelný a dostatečný přísun energie a všech živin, minerálů, vitamínů a vody (Machová, 2015; Müllerová, 2003).

Z kvantitativního hlediska musí výživa zajišťovat příjem energie odpovídající jejímu výdeji. Příjem energie se má rovnat energii vydané. Lidé, kteří vykonávají lehčí svalovou činnost, mají menší energetické nároky na výživu než ti, kteří vykonávají těžkou fyzickou práci. Při přijímání energeticky bohatší potravy, než odpovídá energetickému výdeji organismu, se v těle ukládá zásobní tuk a vzniká nadváha až obezita (Machová, 2015).

Z kvalitativního hlediska má být strava vyvážená a rozmanitá, aby byl zajištěn dostatečný a vyvážený přísun živin. Mezi základní živiny patří bílkoviny, tuky a cukry. Nesmíme zapomínat ani na příjem vitamínů, minerálů a vody. Nevyvážená strava může být příčinou nedostatku některých živin, což v důsledku může vést k oslabení imunitního systému a zvýšení rizika onemocnění (Machová, 2015).

2.3.1 Bílkoviny

Proteiny jsou nezbytnou stavební látkou organismu. Jsou hlavní stavební součástí všech buněk těla, krve, hormonů, protilátek a enzymů. Bílkoviny by měly pokrývat denní energetickou potřebu organismu jen z 10-15 %. V případě patologických stavů, jako je delší hladovění a mentální anorexie, kdy potrava obsahuje málo sacharidů, jsou odbourávány bílkoviny vlastního těla a slouží k pokrytí potřeby energie. Bílkoviny jsou nezbytnou složkou přijímané potravy, protože organismus je nedokáže tvořit přeměnou tuků nebo sacharidů. Proteiny jsou obsaženy v mase, vejcích, mléku, mléčných výrobcích, rybách, luštěninách, mouce, chlebu a bramborách (Machová, 2015; Mourek, 2012).

Bílkoviny přijaté potravou se v trávicím traktu pomocí enzymů obsažených v trávicích šťávách rozkládají na aminokyseliny (AMK). Aminokyseliny se vstřebávají v tenkém střevě do krve a odtud jdou do jater, kde se jich část přestaví na sacharidy a tuky. Část AMK je zanesena do tkání, kde se vytvářejí tkáňové bílkoviny. Malá část vstřebaných AMK udržuje stálou hladinu v krvi, a ta se nemění ani po požití většího množství bílkovin. Konečnou zplodinou metabolismu bílkovin je močovina, která je krví odváděna do ledvin a vyloučena močí z těla ven (Machová, 2015; Mourek, 2012).

AMK se dělí na esenciální a neesenciální. Esenciální AMK jsou takové, které si organismus nedokáže sám vytvořit, a proto musí být dodávány potravou. Všechny esenciální AMK jsou obsaženy v potravinách živočišného původu (maso, mléko, vejce). Neesenciální AMK si organismus dokáže vytvořit sám. Ty jsou obsaženy v rostlinných bílkovinách. Podíl živočišných a rostlinných bílkovin v potravě má být 1:1 (Piřha, 2009).

Minimální denní příjem bílkovin je při malé fyzické zátěži 0,5 g/kg tělesné hmotnosti. Při normální zátěži je optimálně zapotřebí 0,8-1,0 g/kg tělesné hmotnosti (Mourek, 2012).

2.3.2 Tuky

Tuky (lipidy) tvoří asi 25-30 % energetického krytí našich denních potřeb. Lipidy jsou naprosto nezbytnou komponentou našeho těla. Jsou součástí membrán každé buňky jako stavební materiál nebo jsou uloženy v buňkách podkožního tukového vaziva a v tukové tkáni kolem některých orgánů jako zásobní látka (Piřha, 2009).

V těle se vyskytují především tuky jednoduché (triglyceridy), které tvoří téměř veškerý základ tukové tkáně. Triglyceridy se při průchodu trávicím ústrojím štěpí na mastné kyseliny a glycerol. Dále se v těle nachází cholesterol, estery cholesterolu a fosfolipidy. Z cholesterolu se vytváří steroidní hormony, žlučové kyseliny a vitamin D. Tělo si ho vytváří samo v játrech ale také ho přímá z potravy. Potravou přijatý cholesterol se po vstřebání v tenkém střevě dostává do jater, kde se spojuje s bílkovinami na lipoproteiny. Podle typu bílkovinného nosiče rozlišujeme lipoprotein nízké hustoty – LDL (low density lipoproteins), který se velmi snadno ukládá v cévách a stává se podkladem jejich aterosklerotických změn. HDL cholesterol je lipoprotein s vysokou denzitou (high density lipoproteins), který přenáší cholesterol z periferie do jater, a tak snižuje riziko jeho ukládání do cévní stěny (Astl, 2009; Mourek, 2012).

Tuky jsou pro tělo nezbytné, mají řadu funkcí. Jsou nejvydatnějším zdrojem energie, rozpouštějí se v nich některé vitaminy (A, D, E, K), jsou základem pro tvorbu pohlavních hormonů, mají termoregulační funkci, obklopují a chrání důležité orgány (Mourek, 2012).

V rámci prevence aterosklerózy a kardiovaskulárních chorob se doporučuje, aby denní příjem tuků nebyl vyšší než 30 % energetického příjmu (cca 60 – 90 g denně) se zastoupením jedné třetiny tuků živočišného původu a dvou třetin tuků rostlinného původu (Machová, 2015; Mourek, 2012).

Rostlinné tuky jsou zdrojem mononenasycených mastných kyselin a polynenasycených – mastné kyseliny dvojího druhu: n-3 (omega 3) a n-6 (omega 6). Omega 3 kyseliny jsou důležitou složkou prevence kardiovaskulárních onemocnění. Brání tvorbě krevních sraženin a jsou protizánětlivé. Omega-3 mastné kyseliny jsou také používané k podpoře léčby hyperlipidemie, hypertenze, revmatoidní artritidy, lupénky a autonomních chorob. Snižují rovněž tendence k depresím. Bohatým zdrojem omega 3 mastných kyselin jsou tučné ryby, jako je losos a tuňák, a rybí olej. Studie prokazují, že lidé s vyšší hladinou omega 3 kyselin v krvi mívají obecně nižší body mass index (BMI). Ryby s těmito tuky mají dlouhodobý index sytivosti, což vede u konzumenta k tomu, že

v následujícím jídle sní pokrm s nižší energetickou hodnotou. Snižují tvorbu hormonu hladu (ghrelinu) a mají termogenní efekt. The American Heart Association doporučuje konzumaci ryb 2x týdně (Kunová, 2011; Maggie, 2004).

2.3.3 Cukry

Cukry (sacharidy) mají hlavní význam jako pohotovný zdroj energie. Kryjí většinu energetické potřeby, a to až z 55 %. Sacharidy dělíme na cukry využitelné a nevyužitelné. Mezi sacharidy využitelné patří monosacharidy (glukóza, fruktóza, galaktóza), disacharidy (sacharóza, laktóza, maltóza), oligosacharidy (stachyóza) a polysacharidy (škrob, glykogen). Nevyužitelným cukrem je vláknina (celulóza) (Machová, 2015; Piřha, 2009).

Potravou přijímáme nejvíce cukr řepný a škrob, který je obsažen v rýži, bramborách, obilovinách a v menší míře v luštěninách. V ovoci, medu a v některých druzích zeleniny se nacházejí monosacharidy, cukr hroznový (glukóza) a ovocný (fruktóza). Mezi disacharidy patří nejběžnější sladidlo, tedy cukr řepný. Laktóza je cukr mléčný a je obsažena v mléku. Maltóza (cukr sladový) vzniká jako mezistupeň trávení škrobů. Zdrojem oligosacharidů jsou luštěniny (Machová, 2015).

Monosacharidy jsou základní stavební jednotkou všech složitějších sacharidů a při průchodu trávicím ústrojím se v tenkém střevě vstřebávají přímo do krve, kterou jsou dopravovány do jater. Fruktóza a galaktóza se v játrech přeměňují na glukózu. Není-li glukóza bezprostředně využita jako zdroj energie, ukládá se v játrech a kosterních svalech ve formě glykogenu. Disacharidy a polysacharidy se v trávicím traktu štěpí na monosacharidy, které pak mohou být vstřebány. Oligosacharidy jsou cukry složené z 2 až 10 jednotek monosacharidů. Trávicí ústrojí člověka je však nedovede štěpit, protože se v něm nevyskytují příslušné enzymy, které by byly schopné je rozkládat. Protože nerozštěpené přicházejí do tlustého střeva, vzniká velké množství plynů, což vede k nadýmání nebo průjmů. Vláknina, chemickým složením polysacharid, má vláknitou strukturu zahrnující celulózu, hemicelulózu a pektin. Vláknina je nevyužitý zdroj energie, přesto je důležitou složkou potravy. Podporuje peristaltiku střev, působí proti zácpě a pravděpodobně hraje roli v prevenci karcinomu tlustého střeva. Hlavním zdrojem jsou obiloviny, brambory, ovoce a zelenina (Piřha, 2009).

Dávka sacharidů je závislá na fyzické aktivitě a věku jedince. Nadměrný příjem sacharidů zvyšuje riziko obezity, kardiovaskulárních onemocnění, cukrovky (Machová, 2015).

2.3.4 Minerální látky a stopové prvky

Lidský organismus se skládá z biogenních prvků (uhlík, vodík, dusík, kyslík) a kromě toho obsahuje i prvky minerální. Minerální látky se vyskytují v těle v několika formách, a to jako elektrolyty v tělesných tekutinách, vázané na organické látky a v podobě nerozpustných solí (v kostech, zubech). Minerální látky jsou důležitou složkou lidské potravy, mají význam pro růst, tvorbu tkání, aktivují, regulují a kontrolují látkovou výměnu v těle a také se účastní na vedení nervových vzruchů. Podle množství potřebného pro člověka je dělíme na makroelementy (vápník, fosfor, hořčík, draslík, sodík, chlor, síra), mikroelementy (železo, jód, zinek, měď, mangan, chrom, selen) a na stopové prvky (křemík, vanad, nikl a další) (Piřha, 2009).

2.3.5 Vitaminy

Vitaminy jsou organické látky, které jsou nezbytné pro lidské tělo. Jejich hlavní funkce je katalytický účinek v řadě metabolických reakcí, kde vitaminy působí jako koenzymy. Další vitaminy tvoří v organismu oxidačně redukční systémy. Organismus musí denně přijímat vitaminy z potravy, neboť většinu není schopen si sám vytvořit. Vitaminy dělíme na vitaminy rozpustné v tucích (A, D, E, K) a ve vodě (B, C, H).

Vitamin A se v potravě objevuje buď jako vlastní vitamin (retinol) nebo jako provitamin (beta-karoten). Zdrojem vitamínu A je rybí tuk, játra, mrkev, vaječný žloutek, mléko a máslo, špenát, meruňky, zelí a jiné. Je nezbytný pro produkci rodopsinu, který zajišťuje správnou funkci tyčinek v oční sítnici. Dále je potřebný pro správnou funkci sliznic, tvorbu spermií, podporu růstu a má také protinfekční a antikancerogenní účinek. Při nedostatku vitamínu A se objevují problémy s viděním při stmívání, šeroslepost, suchá šupinatá kůže, akné, lámavé nehty a vlasy bez lesku, poruchy růstu u dětí, časté infekce, snížená imunita a omezená odolnost vůči rakovině (Jopp, 2014).

Vitamin D se podílí na regulaci rovnováhy vápníku a fosforu v krvi účastí při jejich resorpci v tenkém střevě a při jejich ukládání do kostí a zubů. Vitamin D v lidském těle vzniká z provitaminu 7-dehydrocholesterolu. Zdrojem tohoto provitaminu jsou vejce,

mléko, droždí a máslo. Provitamin se usazuje v kůži a po ozáření ultrafialovými paprsky se mění na vitamin D. Projevem nedostatku vitaminu D, který je nejčastěji důsledkem nesprávně složené stravy, málo častým pobytem na slunci a nedostatečným pohybem, je u dětí křivice (rachitida), u dospělých měknutí kostí (osteomalacie) nebo osteoporóza, která se často vyskytuje u žen po menopauze. (Machová, 2015; Jopp, 2014).

Vitamin E je silný antioxidant a chrání vícenásobně nenasycené mastné kyseliny v buněčných membránách, nervových drahách, arteriích, krvi, brzlíku a očích. Má i reprodukční funkci, podporuje tvorbu spermií, vývoj a funkci pohlavních žláz. Vitamin E se vyskytuje v obilných klíčcích, luštěninách, listové zelenině, žloutku a mléčných výrobcích.

Vitamin K hraje zásadní roli při tvorbě látek podporujících krevní srážlivost. Je obsažen především v zelené listové zelenině, luštěninách, vepřových játrech, sýrech, žloutcích a rostlinných olejích. Při jeho nedostatku se prodlužuje srážlivost krve. Důsledkem je nejen prodloužené krvácení při poraněních, ale při těžším nedostatku i samovolné krvácení do vnitřních orgánů nebo ze sliznic (Shearer, 1995).

Do komplexu vitaminů B se řadí vitaminy B₁ – B₁₂. Vitamin B₁ (thiamin) se podílí na všech fázích metabolismu sacharidů. Nejvíce se tento vitamin nachází v kvasnicích, ve slupkách obilovin a jejich klíčcích a v luštěninách. Vitamin B₂ (riboflavin) působí v buňkách při metabolismu živin, zvyšuje odolnost proti infekcím a podporuje růst. Jeho nedostatek způsobuje všeobecnou únavu, zanícené koutky úst, šupinaté rty, rohovatění kůže, lámavé nehty a zakalení rohovky. Vitamin B₆ (pyridoxin) je koenzymem při metabolismu aminokyselin. Přispívá k přirozené funkci látkové výměny, zachovávání zdravé kůže, aktivitě hormonů, snižuje podrážděnost a podporuje krvetvorbu (Machová, 2015; Jopp, 2014).

Vitamin C (kyselina askorbová) je velmi významný vitamin, jehož je zapotřebí ze všech vitaminů nejvíce. Vyskytuje se v čerstvé zelenině a ovoci. Jeho význam v organismu je rozsáhlý a má velký antioxidační účinek. Vitamin C umožňuje zvýšení resorpce železa, udržuje dobrý stav pojivových tkání, má protiinfekční, protizánětlivé a detoxikační účinky, snižuje negativní následky kouření a uvádí se jako ochranný faktor proti nádorovému onemocnění. Hypovitaminóza se projevuje zpomaleným hojením ran, sklonem k tvorbě modřin, krvácejícími dásněmi, sklonem k infekcím, únavou, depresemi, poruchou koncentrací a sníženou odolností vůči rakovině (Machová, 2015; Jopp, 2014).

2.3.6 Výživová doporučení pro dospělé

Výživová doporučení jsou určena pro zdravé osoby a slouží k prevenci civilizačních chorob, na které se správná výživa významně podílí. Ve zdravém stravovacím režimu by mělo být dodržováno několik zásad. V první řadě bychom si měli udržovat optimální tělesnou hmotnost charakterizovanou BMI (18,5-25,0) kg/m² a obvodem pasu pod 94 cm u mužů a pod 80 cm u žen. Dále bychom se měli pohybovat alespoň 30 minut denně cvičením nebo rychlou chůzí, jíst pestrou stravu rozdělenou do 4-5 denních jídel a nevynechávat snídani. Nezbytné je konzumovat dostatečné množství zeleniny a ovoce, alespoň 500 g (zeleniny 2x více než ovoce) denně, občas konzumovat i malé množství ořechů. Součástí naší stravy by měli být výrobky z obilovin (tmavé celozrnné pečivo, těstoviny, rýže), brambory a luštěniny (alespoň 1x týdně). Nejméně 2x týdně by v našem jídelníčku neměly chybět ryby a rybí výrobky. Denně bychom měli zařazovat do našeho jídelníčku mléko a mléčné výrobky, zejména zakysané a polotučné nebo nízkotučné. Vhodné je omezit příjem tuku nebo živočišné tuky nahradit rostlinnými a snížit příjem cukru ve formě slazených nápojů, sladkostí, kompotů a zmrzlin. Měli bychom omezovat příjem kuchyňské soli a potravin s vyšším obsahem soli (chipsy, slané oříšky a tyčinky), nezapomínat na pitný režim a denně vypít minimálně 1,5 l vody, minerální vody nebo čaje. Pokud pijeme alkoholické nápoje, neměl by být denní příjem větší než 20 g alkoholu (200 ml vína, 0,5 l piva nebo 50 ml lihovin) (Dostálová, a další, 2016).

2.3.7 Voda a pitný režim

Voda je základní složkou živého organismu. Lidské tělo se skládá z 50 – 75 % vody. Tato voda se dále rozděluje na tekutinu v buňkách, tj. intracelulární, která je vázána na draslík a zaujímá 40 % tělesné hmotnosti a na tekutinu mimo buňky, tj. extracelulární vázanou na sodík (20 % tělesné hmotnosti).. Mezi hlavní funkce vody patří udržení stálého vnitřního prostředí – homeostázy, rozpouštění živin, tepelné hospodaření, řízení toku energie, udržení koloidů v rozpuštěném stavu a účast na hydrolytických a hydratačních reakcích (Blahutková, 2009; Mourek, 2012).

Doplňování tekutin je nezbytné pro pokrytí každodenní ztráty. Je nutné udržet rovnováhu mezi příjmem a výdejem tekutin. Optimální množství tekutin na den se pohybuje okolo 2 litrů (u dospělého člověka přibližně 40 ml/kg). Příjem tekutin by měl

být plynulý po celý den. Za běžných klimatických podmínek ztrácí naše tělo během dne přibližně 2300 ml, a to kůží, dýcháním, močí, potem a stolicí (Blahutková, 2009).

Pro běžné pití během celého dne je nejvhodnější pitná voda přímo z vodovodního kohoutku nebo voda balená (přírodní minerální, pramenitá, kojenecká a pitná). Mezi balené vody se v současnosti nepočítají sodovky ani ochucené minerálky. Na rozdíl od balených vod se do nich mohou přidávat sladidla, arómata, konzervační látky, vitaminy apod. Další vhodné nápoje k denní konzumaci jsou ovocné čaje, slabé zelené čaje a vodou ředěné 100 % ovocné džusy. Vhodným zdrojem tekutin je také ovoce a zelenina (Kožíšek, 2006).

Minerální vody, které jsou středně a silně mineralizované, nejsou vhodné jako základ pitného režimu a nelze je pít při určitých poruchách zdraví (např. hypertenze, ledvinové kameny). Denní příjem středně mineralizovaných vod by neměl překročit limit 0,5 l a silně mineralizovaných vod 0,2 l. Vhodné je minerální vody střídat. Vody sycené oxidem uhličitým by neměly být konzumovány pravidelně, ale jen omezeně a výjimečně, protože mohou způsobit žaludeční a trávicí obtíže, zvyšují dýchací a tepovou frekvenci, způsobují acidózu a navíc jsou močopudné (Kožíšek, 2006).

Mezi nevhodné nápoje patří především různé „soft drinky“: limonády, kolové nápoje, ochucené a slazené minerální vody, energetické nápoje apod. Důvodem je např. cukr, který zvyšuje pocit žízně, energetický obsah nebo oxid uhličitý. V kolových nápojích a kávě je obsažen kofein, který je lehce návykový a u dětí může způsobovat hyperaktivitu. Kyselina fosforečná, která je také obsažena v kolových nápojích, zvyšuje riziko osteoporózy. Kofein v kávě je diuretikem, proto stále platí pravidlo, že káva by se měla pít se sklenicí čisté vody (Kožíšek, 2006).

2.4 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita je důležitou součástí zdravého životního stylu. Pohyb je jedním ze základních projevů existence člověka. Pohybem se zdokonaluje nejen pohybová soustava, ale také ostatní soustavy, především smyslová a regulační (humorální a nervová). Lidské tělo je vyvinuto k pohybu a aktivitě. Provádí dechové pohyby, dochází k cirkulaci krve, k střevním pohybům, k srdečním stahům, pohybující se i jednotlivé buňky, jako jsou například krvinky. K tomu všemu dochází i přesto, že je tělo zdánlivě v klidu. Při

přemisťování těla rozlišujeme aktivní a pasivní pohyb. Aktivním pohybem rozumíme výsledek vlastní pohybové činnosti a pasivním využití jiných živočichů či technických prostředků. Pro zachování zdraví je nezbytný aktivní pohyb (Kubátová, 2015).

Kopecký (2010) uvádí, že optimální množství pohybové aktivity ovlivňuje nejen zdraví člověka, ale je základním předpokladem jeho životní pohody a tělesné zdatnosti. Je všeobecně známo, že lidé, kteří pravidelně cvičí, mají lepší pracovní výsledky, jsou méně nemocní, při stejném fyzickém zatížení se méně unaví a také jejich pracovní úrazovost je menší.

2.4.1 Tělesná zdatnost

Tělesná zdatnost je produktem dlouhodobého procesu postupné adaptace organismu jako celku na pohybové aktivity, které umožňují optimálně reagovat pohybovou činností na podněty vnějšího prostředí (Kopecký, 2010).

Tělesná zdatnost (fitness) je dána vytrvalostí neboli aerobní zdatností, svalovou silou, pohyblivostí kloubů, šlach a vazů a koordinací pohybu. Pro zdraví je nejdůležitější vytrvalost, která závisí na účinnosti a výkonnosti srdce, krevního oběhu, plic a svalů. Jednotlivé složky tělesné zdatnosti lze posilovat vybranými pohybovými aktivitami: rychlou chůzí, chůzí do kopce, během, cyklistikou, plaváním, fotbalem, tenisem, kulturistikou, gymnastikou, aerobikem, jógou, jízdou na koni nebo prací na zahradě (Kubátová, 2015).

U současné populace dochází k výraznému poklesu pohybové aktivity v důsledku odstranění fyzické aktivity a námahy jak v zaměstnání, tak ve volném čase, v důsledku převážně sedavého způsobu života. Získání a udržení tělesné zdatnosti je základem pevného zdraví, pracovní výkonnosti a pracovní pohody (Kubátová, 2015).

Vytrvalost lze posilovat především činnostmi lokomočního charakteru. Např. během, cyklistikou, plaváním, rychlou chůzí, chůzí do kopce, kondičním cvičením apod. Tyto činnosti by měli být prováděny s dostatečnou intenzitou a uspokojivě dlouho. Aby cvičení byla účinná, doporučuje se provádět tyto aktivity minimálně 20 minut 3-4x týdně. Příliš nízká intenzita cvičení je bez efektu a naopak neúměrně vysoká může poškodit zdraví.

Sílu kosterních svalů lze rozvíjet posilováním, kulturistikou, mnohými atletickými disciplínami či kondičním plaváním. Při těchto činnostech se zlepšuje prokrvení svalstva a odolnost proti zranění (Kubátová, 2015).

2.4.2 Pohyb současné společnosti

Kubátová (2015) uvádí, že nedostatek pohybu (hypokineze) se stává charakteristickým rysem současného životního stylu s negativním dopadem na zdraví. Zvyšující se počet osob se sedavým životním stylem a prevalence neaktivity se stává zásadním globálním problémem. Z celosvětového přehledu vyplývá, že pohybová nečinnost se zvyšuje s věkem, je vyšší u žen a v rozvinutých zemích. Nejnovější studie ukazují na jasný pozitivní vztah mezi pohybovou aktivitou, charakterizovanou celkovým množstvím nebo určitou intenzitou, trváním a frekvencí, a zdravím. U dospělé populace bylo dokázáno, že pohybová aktivita snižuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, mozkové mrtvice, vysokého krevního tlaku, rakoviny tlustého střeva, rakoviny prsu, diabetu mellitu II. typu a osteoporózy. Především u seniorů může pohybová aktivita přispět k prevenci pádů, zlepšení kognitivních funkcí, snížení bolestí a úzkostí. Pohyb hraje také zásadní roli v prevenci obezity a redukci hmotnosti. Pozitivně ovlivňuje i kvalitu spánku (Kubátová, 2015; Pelclová, 2015).

2.4.3 Doporučení pro pohybovou aktivitu

V souladu s dokumenty Světové zdravotnické organizace doporučuje Evropská unie a její členské státy dětem a mladistvým nejméně 60 minut středně těžké pohybové aktivity denně a dospělým a seniorům nejméně 30 minut středně zatěžující pohybové aktivity 5x týdně nebo nejméně 20 minut intenzivní pohybové aktivity 3x týdně v časových úsecích trvajících alespoň 10 minut. Dále také vykonávat aktivity zvyšující svalovou sílu (Pelclová, 2015).

Dále existuje doporučení vztahující se k chůzi, jelikož chůze je základem většiny lokomočních pohybů a patří mezi přirozené a efektivní formy lidského pohybu. Díky existenci monitorovacích přístrojů (krokoměr) je možné doporučit počet kroků udělaných za 1 den. Nejvíce používané doporučení k dennímu počtu kroků je 10 000 kroků za den. V návaznosti na toto doporučení navrhli Tudor-Locke a Bassett jednoduchou klasifikaci u dospělých jedinců založenou na počtu kroků v rámci jednoho dne: sedavý způsob života

(<5000 kroků/den), málo aktivní (5000-7499 kroků/den), částečně aktivní (7500-9999 kroků/den), aktivní ($\geq 10\ 000$ kroků/den) a vysoce aktivní ($> 12\ 500$ kroků/den) (Pelclová, 2015).

Vedle doporučení pro pohybovou aktivitu středně zatěžující je uváděna alternativa – chůze. Současně je chůze uváděna jako nejčastější volnočasová aktivita u dospělých. Doporučení je tedy 5x30 minut chůze týdně (Pelclová, 2015).

V roce 2003 bylo doporučeno americkým „Institute of Medicine“ vykonávat pohybovou aktivitu 60 minut denně jako způsob, jak redukovat nadměrné přibývání na váze a obezitu. Zároveň je nezbytné snížit kalorický příjem pomocí dietních změn, aby došlo k redukci hmotnosti (Pelclová, 2015).

2.5 Návykové chování a závislost

2.5.1 Závislost

Dle Nešpora (2011, s. 9) je závislost „*skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák.*“

Závislost se projevuje silnou potřebou získat a užívat tuto látku, neschopností kontroly sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání. Závislý člověk užívá drogu častěji a ve větším množství, než měl původně naplánované. Mezi další příznaky závislosti patří abstinenční syndrom, který nastává jako reakce na snížení obvyklé dávky nebo na úplnou abstinenci. Potřeba drogy je prioritou, dochází k zanedbávání jiných zájmů a potěšení. Dotyčný vynaloží mnoho času, energie a financí na to, aby získal potřebnou dávku, protože droga se stala jednou z největších hodnot jeho života. Pokračuje v užívání drogy, přestože ví o jejím škodlivém vlivu a nedokáže s ním přestat, i kdyby chtěl. (Vágnerová, 2014).

Jednotlivé psychoaktivní látky mohou vyvolávat u jedince závislost somatickou, psychickou nebo obě. Závislost somatická (biologická) je stav adaptace organismu na drogu doprovázená zvyšující se tolerancí a projevuje se při vysazení drogy abstinenčním syndromem. Psychická závislost představuje potřebu užívat opakovaně nebo trvale drogu

k vyvolání příjemných prožitků a k odstranění pocitů nepříjemných a zatěžujících. Jedinou drogu užívá proto, že mu přináší uspokojení (Vágnerová, 2014).

2.5.2 Alkohol

Alkohol (etanol) je bezbarvá, čirá tekutina, která vzniká kvašením cukrů. Jako aktivní složka alkoholických nápojů je v nich obsažen v různých koncentracích. Piva obsahují 3-8 % čistého alkoholu, vína 8-14 %, likéry 20-50 %, destiláty 40-60 % alkoholu. Množství alkoholu v krvi se vyjadřuje v promilích (1 promile je přibližně 1 g alkoholu v 1 l tekutiny (Machová, 2015).

Vágnerová (2014) uvádí, že v české společnosti je alkohol nejčastější užívanou psychoaktivní látkou. Jedná se o drogu společenskou, lidé ji většinou konzumují ve skupině. Pití alkoholu má velmi dlouhou tradici a společnost je k této látce poměrně tolerantní. Alkoholické nápoje uvolňují psychické napětí, dodávají sebejistotu, zlepšují náladu. Někdy mohou převládat negativní emocionální prožitky. Alkohol působí v malých dávkách stimulačně, odstraňuje zábrany, větší množství působí tlumivě.

Dle státního zdravotního ústavu (2014) 13 % dospělé české populace konzumuje alkohol pravidelně a velmi často (pití denně nebo obden). Celoživotně abstinuje jen 3 % dospělých. Průměrná roční spotřeba na osobu je 7,2 l čistého alkoholu.

Pití alkoholu lze kategorizovat do 4 skupin. Abstinenci a umírnění konzumenti, konzumenti s nižším rizikem, konzumenti s vysokým rizikem a problémoví konzumenti. Kategorie jsou odvozeny z průměrného denního příjmu etanolu a frekvence epizodického konzumu nadměrných dávek alkoholu. Kategorie pyramid konzumenta alkoholu dobře vystihují míru rizikovosti a také problémovosti užívání alkoholu v české populaci v roce 2014, viz příloha 2 (Csémy, 2015).

Nadměrné užívání alkoholických nápojů má celou řadu negativních dopadů na lidské zdraví. Závislost vzniká jako důsledek dlouhodobého a pravidelného nadužívání alkoholu. Je to chronická, progresivní nemoc. Rozvíjí se po dobu několika let, délka vývoje závislosti však může být různá. Nebezpečný je alkoholismus u mladistvých, neboť vysoká citlivost nezralého organismu k této látce způsobuje, že se rozvíjí daleko rychleji, někdy již za několik měsíců. Závislost na alkoholu může být fyzická (projevuje se abstinčním syndromem) a psychická (řešení problému útekem k alkoholu) (Machová, 2015; Vágnerová, 2014).

Vývoj vzniku závislosti na alkoholu se rozděluje do čtyř fází. První fází je stadium občasné konzumace, kdy jedinec pije většinou ve společnosti. Konzumace alkoholu může být projevem sociálního přizpůsobení. K nárůstu konzumace alkoholu dochází v náročných životních situacích, kdy slouží k potlačení nepříjemného napětí a ke zlepšení nálady. Při kumulaci problémů dávky alkoholu rostou a člověk se je nepokouší řešit efektivnějším způsobem. Druhá fáze je varovná, prodromální. Alkohol pomáhá zvládat stresové situace a jedinec se cítí výkonnější a jistější. Aby byl schopen takto fungovat, musí zvyšovat konzumaci a tím pádem stoupá tolerance. Nad svým pitím občas ztrácí kontrolu, opije se, má výpadky paměti, své jednání již plně neovládá. Nepříjemným varováním je, že alkohol ke svému životu potřebuje a moc dobře si to uvědomuje. Třetí stadium představuje fázi kritickou. Růst tolerance k alkoholu pokračuje a závislost i konzumace se prohlubuje. Ztrácí kontrolu nad konzumací alkoholu a bez něj se neobejde. Svou závislost si nechce přiznat, je přesvědčen, že by zvládl abstinovat. Alkohol mu působí problémy v rodině, zaměstnání. Vyhledává společnost, která rovněž pije a nic mu nevyčítá. Pod vlivem alkoholu se začínají měnit osobnostní vlastnosti, hodnotový systém, zájmy a vztahy k lidem. Poslední terminální fáze znamená období úpadku. Tolerance alkoholu se začíná snižovat, chronický alkoholik se rychleji opije, pije prakticky nepřetržitě. Trpí psychickými i somatickými potížemi, konflikty s lidmi jsou stále častější, postoj okolí je jasně odmítavý a odsuzující. Terminální stadium je typický stav bezmoci, alkoholik si uvědomuje, že svou závislost nezvládá (Vágnerová, 2014).

Dlouhodobé zneužívání alkoholu způsobuje řadu závažných onemocnění, jako ztučnění, cirhózu a zánět jater, zánět sliznice v celém rozsahu trávicího ústrojí, choroby koronárních tepen. Nadměrná konzumace alkoholu může vyvolat záchvaty s křečemi (epilepsii), alkoholickou neuropatii, která se projevuje píchavou až bodavou bolestí v končetinách, mravenčením nebo brněním. Dále způsobuje inkontinenci, zácpu, potíže s erekcí, hypertenzi, srdeční arytmie apod (Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, 2011).

Corrao a spol. (2004) zkoumají ve své studii vliv alkoholu na zdraví člověka. Přímá souvislost byla prokázána s rakovinou dutiny ústní, hltanu, jícnu, hrtanu, tlustého střeva, konečníku, jater a prsu. Mezi nenádorové onemocnění související s konzumací alkoholu patří hypertenze, cirhóza jater, chronická pankreatitida a různá zranění. Zvýšené riziko těchto onemocnění hrozí již těm, kteří denně průměrně přijímají 25 g alkoholu. Při konzumaci 100 g etanolu za den hrozí zvýšené riziko akutního koronárního syndromu a ischemické cévní mozkové příhody.

2.5.3 Tabák

Machová (2015) uvádí, že kouření tabáku patří mezi nejrizikovější faktory životního stylu, protože způsobuje zbytečná a předčasná onemocnění a úmrtí.

Podle státního zdravotního ústavu, výsledky výzkumu ukázaly, že současných kuřáků tabáku bylo v roce 2015 celkem 24,1 %. Více než tři čtvrtiny představovali denní kuřáci (Csémy, a další, 2016).

Mezi nejznámější škodlivé složky tabákového kouře patří nikotin, dehty, oxid uhelnatý, amoniak, nitrosaminy, formaldehyd, kyanid, oxid arsenitý. Kromě těchto látek bylo doposud v tabákovém kouři odhaleno dalších více než 7 000 chemických látek. Světová zdravotnická organizace označila asi 70 složek kouře za karcinogenní a způsobující kardiovaskulární onemocnění (Machová, 2015).

Tabákový kouř obsahuje návykovou látku nikotin, na kterou vzniká závislost. Fyzická závislost na nikotinu se vyvíjí po určité době, většinou se objevuje do dvou let po zahájení kouření. Hlavním důvodem nutkání kouřit je snaha udržet hladinu nikotinu v krvi. Při poklesu hladiny nikotinu v krvi vznikají abstinenční příznaky, k nimž patří podrážděnost, špatná nálada, nervozita, úzkost, deprese, neschopnost se soustředit a jiné. Nikotin je také zodpovědný za kardiovaskulární onemocnění (Csémy, 2003; Machová, 2015).

Dehty z tabákového kouře, které se usazují v plicích, se podílejí na vzniku rakoviny plic. Cigaretový kouř je příčinou vzniku rakoviny i jiných orgánů, a to hrtanu, dutiny ústní, jícnu, močového měchýře, slinivky břišní, ledvin a děložního čípku. Vyvolává také nadměrnou sekreci hlenových žlázek v průduškách a poškozují pohyblivost řasinek v epitelové výstelce, čímž dochází k zánětlivým změnám sliznice průdušek a vzniku chronického zánětu. Dále je prokázáno, že u kuřáků dochází k poškození dásní a k odbourávání kostní hmoty v okolí zubů a jejich viklavosti (Machová, 2015).

Jako aktivní kouření je pro zdraví člověka stejně nebezpečné kouření pasivní, tj. nedobrovolné vystavení osoby cigaretovému kouři, který uniká z volně hořící cigarety. Bylo prokázáno, že látky obsažené v cigaretovém kouři vdechované při pasivním kouření, jsou rakovinotvorné. Mezi okamžité účinky patří podráždění a pálení očí, kašel, dušnost a zahleněnost. Toxický tabákový kouř u citlivějších nekuřáků vyvolává bolesti hlavy, pocity nevolnosti a závratí. Nejvíce jsou pasivním kouřením ohroženy děti v rodinách, kde rodiče kouří (Csémy, 2003; Machová, 2015).

2.5.4 Drogy

Dle WHO je za drogu považována jakákoliv látka (přírodní či umělá), která je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí. Látky ovlivňující nervovou soustavu a její funkce jsou označovány jako omamné a psychotropní (Čevela, 2009).

Drogy lze klasifikovat do tří skupin dle účinku na tlumivé (narkotické) látky, stimulační drogy (psychostimulancia) a drogy s halucinogenními účinky. Mezi tlumivé látky patří přírodní opiáty: morfin, kodein, polysyntetické: heroin a syntetická narkotika: metadon, buprenorfin, fentanyl a pethidin. Stimulační drogy vyvolávají tělesné a duševní povzbuzení, které může být v podobě lehkého pocitu svěžesti nebo také až nekontrolovaného vzrušení. Mezi přírodní stimulantia patří kokain, efedrin a kofein. Amfetamin a metamfetamin jsou stimulantia syntetická. Amfetamin právě kvůli stimulačnímu efektu byl během druhé světové války podáván pilotům a vojákům, aby je udržel v bdělosti. Poslední skupinkou jsou drogy s halucinogenními účinky, mají velký vliv na vědomí člověka a způsobují psychické změny, které mohou vést až do stádia toxické psychózy. Jedná se o marihuanu, LSD, psilocybin a další (Čevela, 2009; Iversen, 2006).

Drogová závislost je dle WHO definována jako duševní a někdy také tělesný stav vyplývající ze vzájemné interakce mezi organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují puzení brát drogu stále nebo opakovaně pro její účinky na psychiku, někdy taky z obav před vznikem nepříjemných abstinčních příznaků. Mezi hlavní rysy drogové závislosti patří: touha po droze, pokračující zneužívání, zvyšování dávky vzhledem ke vzniku tolerance, převaha zájmu o drogu nad ostatními zájmy (Čevela, 2009).

2.6 Stres

Stres je reakce organismu na nadměrnou zátěž, to je vše, co nás nějakým způsobem tíží, znepokojuje a je pro nás nepříjemné. Tyto zatěžující faktory můžeme nazvat stresory. V souvislosti se stresem hovoříme nejen o stresorech ale i o salutorech. Salutory jsou faktory, které v těžké situaci člověka posilují a povzbuzují a dávají mu sílu bojovat se stresem. Příkladem můžeme být pochvala či odměna za dosažený cíl (Blahutková, 2009; Křivohlavý, 2001).

„Pro definici stresové situace je podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a silou (schopnostmi, možnostmi) danou situaci zvládnout“ (Křivohlavý, 2001, str. 170).

O stresové situaci lze hovořit, jen v tom případě, že míra intenzity je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o nadlimitní zátěž, kterou organismus vnímá negativně, vede k vnitřnímu napětí a narušení homeostázy organismu (Křivohlavý, 2001).

Rozeznáváme dva druhy stresu, distres a eustres. Distres je negativně prožívaný stres. Představuje nadlimitní nároky, které nejsme schopni zvládat. Naopak eustres je přijatelný stres, který má stimulační účinky na organismus. Taková míra zátěže organismus posiluje a při úspěšném dosažení je napětí vystřídáno euforií (Křivohlavý, 2010).

2.6.1 Příznaky stresu

Příznaky stresu lze rozdělit do 3 oblastí. Jde o oblast emoční, behaviorální a somatickou. Mezi emoční projevy řadíme prudké změny nálad, únavu, neschopnost koncentrace, zvýšenou podrážděnost, neschopnost empatie a jiné. Nižší pracovní výkon, nespavost, přejídání, zhoršená kvalita práce a pracovní absence patří do příznaků behaviorálních. Mezi fyziologické příznaky stresového stavu řadíme bušení srdce, úporné bolesti hlavy, zvýšené svalové napětí v krční oblasti, nechutenství, bolesti a pocity svírání za hrudi, bolesti břicha, průjem, plynatost, časté nucení na močení, výraznější změny v menstruačním cyklu, pokles sexuální aktivity, vyrážku v obličeji a v oblasti krku a mnohé další příznaky (Křivohlavý, 2010).

2.6.2 Stres a zdraví

Na nemoci se podílí mnoho faktorů. Dnes je již prokázáno, že jedním z nich je stres. Stres může působit na negativní změny zdravotního stavu buď přímo, nebo nepřímo. Stres má přímý vliv na onemocnění imunitního, endokrinního, kardiovaskulárního a nervového systému. Nepřímým vlivem se rozumí vliv stresu na chování člověka, např. vlivem stresu dojde ke změně životního stylu (Křivohlavý, 2001).

2.6.3 Stres a práce

Negativní stresory mohou pro člověka představovat nepříznivé pracovní podmínky. Ty mohou vést ke snížení pracovního výkonu člověka, k jeho pracovní nespokojenosti nebo ke vzniku onemocnění. Zdrojem stresu může být zvýšená pracovní zátěž, nadměrné nároky, svázanost pravidly, nedostatek uznání, nepřiměřené finanční ohodnocení, špatný kolektiv, nepřátelská atmosféra, rivalita, nařízení v rozporu s vnitřními hodnotami, práce na směny, nepravidelný rytmus, pracovní nejistota apod. (Matějková, 2010).

V důsledku chronického stresu, kdy trvá dlouhodobá nerovnováha mezi fází zátěží a klidu, mezi aktivitou a odpočinkem, dochází k vyčerpání určitých psychických rezerv. Jedinec je ohrožen syndromem vyhoření, který se projevuje specifickou emoční únavou a citovou vyčerpaností. Na rozvoj vyhoření mají vliv nejenom vnější stresory – dlouhodobý stres, ale podílejí se na něm výraznou měrou také osobní charakteristiky jedince: vysoké ambice, perfekcionismus, přetěžování se, workoholismus, potlačení vlastních zájmů nebo neschopnost asertivně jednat (Andršová, 2012; Stock, 2010).

U NLZP pracujících v urgentní medicíně může k rozvoji vyhoření docházet často. Je to logické vzhledem ke stresujícímu obsahu práce, vysoké zátěži, působení rušivých vlivů, možné frustraci, nedostatku uznání a konfliktům s pacienty či kolegy. Z profesních skupin jsou nejvíce ohroženi pracovníci operačních středisek – dispečeri. Náplň jejich práce je velmi stresující, komunikují s lidmi v krizových situacích, musí od nich získat v krátkém časovém intervalu co nejvíce informací a podle těchto ne vždy kompletních informací se okamžitě rozhodnout (Andršová, 2012).

Nejvhodnějším řešením syndromu vyhoření je jeho prevence. K možnostem prevence patří následující rady. V první řadě nejsme zodpovědní za všechno, s čím se v praxi setkáváme, nemůžeme změnit nespravedlnost a nemůžeme zemřelému vrátit život. Důležité je si uvědomit, že nad některými věcmi nemáme kontrolu a nezměníme je. Další zásadou je obohatit svoji práci, dělat něco jiného než přímou záchrannou pomoc, např. vyučovat první pomoc, nebo se účastnit různých vzdělávacích akcí. Nezbytné je nepřeceňovat se a naplánovat si volno a relaxaci podle svého. Během pracovní doby je třeba dělat dostatečné přestávky. U zdravotníků není často možné si přestávky naplánovat, je však možné zkusit využít volný čas. Pokusit se z každé volné chvíle vytěžit co nejvíce. Dále bychom měli předcházet problémům s pacienty a kolegy, nevstupovat do konfliktů, nenechat se vyprovokovat a ohrozit. Nezbytná je k této dovednosti asertivita a emoční inteligence. Další radou, jak předejít syndromu vyhoření, je pracovat na svém

profesním a osobním rozvoji, učit se něčemu novému, navštěvovat kurzy a být otevřený novým zkušenostem. V neposlední řadě je nezbytné se věnovat pravidelné tělesné aktivitě, jíst zdravě, dostatečně spát, doplňovat tekutiny, minimalizovat přísun kofeinu, nikotinu, alkoholu či jiných drog, věnovat se koníčkům a zálibám, odpočívat, relaxovat a být s lidmi, se kterými je nám dobře. Vychutnávat si život, může být příjemný a naplňující (Andršová, 2012).

2.7 Spánek a odpočinek

Spánek a odpočinek patří mezi základní lidské potřeby a jsou nezbytným předpokladem pro zachování, udržení a regeneraci tělesného a duševního zdraví.

2.7.1 Spánek

Spánek je aktivní děj charakterizován minimální fyzickou aktivitou, různou úrovní vědomí, změnou fyziologických funkcí a sníženou odpovědí na vnější podněty. Během spánku dochází ke snížení krevního tlaku, počtu tepů za minutu a bazálního metabolismu o 10-30 %, dále k rozšíření periferních cév a nepravidelnému zvyšování aktivity zažívacího traktu. Spánek je cyklický děj a je řízen dvěma specializovanými oblastmi mozku: retikulárním aktivačním systémem a bulbárním synchronizujícím oblastí v prodloužené míše.

V průběhu spánku se střídají dvě fáze: REM spánek (rapid eye movement) a non-REM spánek (non rapid eye movement). REM fáze je řízená noradrenalinem a jsou pro ni charakteristické aktivní sny, snížený svalový tonus, svalové záškuby, objevují se rychlé pohyby očních bulbů, častá je nepravidelná frekvence dýchání a srdce, mírně se zvyšuje tělesná teplota a metabolismus. REM spánek slouží k regeneraci tělesných sil a z této fáze se člověk probouzí, pokud předtím prošel jednotlivými stadii non-REM spánku. Non-REM spánek je mělký s pomalou EEG aktivitou a je řízen serotoninem. Probuzení z této fáze je nefyziologické, člověk nedosáhne dokonalé regenerace a cítí se unavený. Non-REM fáze má čtyři stadia. V prvním stádium mluvíme o nejlehčím spánku, člověk je klidný, relaxovaný, klesá frekvence srdeční akce a dýchání. V tomto stadiu je člověk snadno probuditelný. Lehký spánek, ve kterém se zpomalují procesy organismu, je ve druhém stadiu non-REM spánku. Ve třetím stadiu je spánek středně hluboký a dochází ke svalové

relaxaci, k poklesu krevního tlaku a tělesné teploty. Čtvrté stadium představuje hluboký spánek, který nastává přibližně za 30-40 minut po usnutí. Dochází k úplné svalové relaxaci a tělo se fyzicky zotavuje (Mikšová, 2006).

Průměrná doba spánku u dospělého člověka by se měla pohybovat okolo osmi hodin. Avšak potřeba spánku je individuální a je geneticky daná. Je také ovlivněna denní aktivitou, věkem a vnitřními změnami. Stárnutím se doba spánku zkracuje a současně přibývá spánkových poruch. Čím je člověk starší, tím je spánek lehčí a kratší a častěji se na delší dobu v noci probouzí. Rychleji se uskutečňuje přechod z jednoho stadia spánku do druhého a spánkové cykly jsou nepravidelnější (Borzová, 2009).

2.7.2 Faktory ovlivňující spánek

Spánek i odpočinek může být ovlivněn celou řadou faktorů. Činitelé ovlivňující spánek jsou dle Mikšové (2006) tyto: biologicko-fyziologické, kam patří věk, nemoc, bolest, jídlo, pití, pohybová aktivita a změna způsobu života. Spánek dále ovlivňují psychicko-duchovní faktory, jako je úzkost, strach, nejistota, nedostatek činnosti nebo ztráta smyslu pro život. Mezilidské vztahy, pracovní problémy, finanční problémy, které řadíme do sociálně kulturních faktorů, mohou mít také vliv na kvalitu a kvantitu spánku. Mezi další faktory, které mohou narušit spánek, patří nevhodné prostředí, hluk, světlo, nevyhovující ovzduší a teplota v místnosti.

2.7.3 Poruchy spánku

Poruchy spánku patří mezi nejčastější problémy člověka dnešní doby. Dělíme je do několika kategorií. Při nedostatku nebo snížení kvality spánku mluvíme o insomnii. Lidé trpící těmito poruchami se po probuzení necítí odpočatí. Insomnie může být výsledkem fyzické bolesti, psychických traumat a stresu. Navozuje úzkost, která vyústí v nespavost.

Naopak hypersomnie je porucha charakterizována zvýšenou spavostí, hlavně během dne. Nemocný spí déle než 12 hodin, ale probouzí se nevyspalý a unavený. Mezi další poruchy spánku řadíme spánkovou inverzi, což je obrácený rytmus spánku. Člověk během dne několikrát usne, ale v noci spát nemůže. Běžnou poruchou spánku je spánková apnoe, kterou charakterizuje periodické zastavování dýchání během spánku. Různé typy chování při spánku nebo po probuzení nazýváme parasomnií, do této poruchy spánku patří

somnambulismus – náměsíčnost, somnologie – mluvení ze spánku, bruxismus – skřípání zubů, enuresis nocturna – noční pomočování a noční děsy (Mikšová, 2006).

2.7.4 Odpočinek

Mikšová (2006) charakterizuje odpočinek jako klidovou relaxaci bez emočního stresu, uvolnění napětí a úzkosti. Odpočinek probíhá v prostředí pro člověka příjemném, kdy se člověk věnuje aktivitě, která u něj naladí citovou pohodu. Předpokladem pro odpočinek je klid, pohoda, spokojenost, porozumění situaci a ostatním lidem, pocit, že mám svoje věci pod kontrolou a vědomí, že mi v případě potřeby někdo pomůže.

2.8 Nelékařští zdravotničtí pracovníci

Nelékařský zdravotnický pracovník je fyzická osoba, která vykonává povolání podle zákona 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povolání. Zdravotnické povolání je souhrn činností při poskytování zdravotní péče, jež jasně definuje zákon. Pracovníky nelékařských zdravotnických povolání dělíme na zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (všeobecná sestra, zdravotnický záchranář), zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání specializované způsobilosti (všeobecná sestra se specializací v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní medicíně – ARIP) a na zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (zdravotnický asistent) (Burda, 2016).

V České republice lze získat ošetrovatelské vzdělání na střední zdravotnické škole v oborech zdravotnický asistent, ošetrovatel a zdravotnické lyceum. Na vyšších odborných školách lze ošetrovatelské vzdělání získat v oboru všeobecná sestra nebo v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář. Na vysokých školách lze vystudovat akreditovaný zdravotnický bakalářský studijní obor. Tímto studiem získá absolvent profesní kvalifikaci v oboru všeobecná sestra nebo zdravotnický záchranář, která je předpokladem k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb. Tříletý studijní obor je ukončen titulem Bc. (bakalář). Dvouleté navazující magisterské studium ošetrovatelství je dalším pregraduálním stupněm vzdělání všeobecných sester. Cílem magisterského studia je umožnit absolventům získat úplné vysokoškolské vzdělání.

Obory, které lze studovat formou navazujícího magisterského studia jsou např.: ošetrovatelská péče v geriatрии, v pediatriи, v interních oborech, ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, intenzivní péče. Cílem doktorského studijního programu ošetrovatelství je výchova kvalifikovaných odborníků pro vědecko-výzkumnou práci orientovanou na ošetrovatelství. Absolvent má hluboké teoretické vědomosti v daném oboru a příbuzných zdravotnických oborech a ovládá metody vědecké práce (Burda, 2016; Plevová, 2011).

2.8.1 Charakteristické rysy profese NLZP

Práce zdravotníků patří mezi náročné povolání, jak po stránce psychické, tak i fyzické. Faktory ovlivňující náročnost povolání jsou práce na směny, psychické vypětí, fyzická náročnost, nepravidelné čerpání pracovních přestávek, nepravidelné stravování a pitný režim a riziko vzniku infekčních onemocnění.

Zákoník práce definuje noční práci jako takovou, která je konaná v noční době. Noční dobou potom rozumí čas mezi 22. a 6. hodinou. Práce v nepřetržitém provozu a způsob střídání denních a nočních směn jsou závažným fyziologickým, psychologickým i společenským problémem práce zdravotníků. Práce na směny klade zvýšené nároky na adaptaci související se změnami v životním stylu. Jde o omezení sociálních kontaktů s rodinnými příslušníky, omezení realizace společenských a kulturních zájmů, nepravidelnost pracovního volna. Tento způsob práce ohrožuje cirkadiánní rytmus a může být příčinou různých zdravotních potíží, pocitů nedostatečného odpočinku, spánkového dluhu, chronické únavy apod. Z důvodu zvýšených nároků noční práce na zdraví musí zaměstnanci pracující v noci častěji na lékařské prohlídky k lékaři závodní preventivní péče. Zaměstnavatel je tam musí vyslat před zařazením na noční směny, pravidelně alespoň jednou ročně a také vždy, když o to zaměstnanec požádá (Vévoda, 2013).

Významným rizikovým faktorem práce NLZP je psychická zátěž. Dlouhotrvající psychická zátěž může vyústit v poruchy zdraví, jako jsou somatická onemocnění a poruchy mentálního zdraví. U NLZP zátěžově působí vysoká zodpovědnost, enormní nároky na schopnost rozhodování, minimální autonomie pracovního procesu, nutnost potlačení emocí v zájmu zvládnutí pracovních povinností na místě zásahu, vystavení kritickým událostem a u některých zaměstnanců vysoký podíl přesčasové práce. V neposlední řadě jsou to i konflikty mezi členy zdravotnických týmů, jejichž příčinu lze spatřovat v lidských

vlastnostech. Výsledkem nepřiměřené, dlouhodobé psychické zátěže často bývají psychické obtíže typu specifických poruch prožívání a chování, ztráty motivace k práci, změny v pracovním výkonu až syndromu vyhoření (Šeblová, 2007).

Přestávky v průběhu pracovní doby bývají často nepravidelné. Stává se, že si za celou pracovní dobu nenajde pracovník čas na přestávku. V důsledku čerpání nepravidelných přestávek se NLZP v pracovní době i nepravidelně stravují. Často jsou nuceni jíst ve spěchu nebo odbíhat od jídla. U NLZP pracujících na zdravotnické záchraně službě ovlivňuje stravování a čerpání přestávek nárazovost práce.

Při výkonu povolání jsou zdravotníci ohroženi infekčními i neinfekčními nemocí. Jejich riziko je nižší při dodržování bezpečných pracovních postupů. Přestupky proti osobní hygieně, zvláště nedostatečné mytí a dezinfekce rukou nebo konzumace jídla a kouření v infekčním prostředí jsou nejčastějšími příčinami střevních nákaz. K infekci žloutenkou typu B a C dochází často v důsledku nesprávné manipulace s nástroji kontaminovanými lidským biologickým materiálem nebo nepoužitím ochranných pomůcek (rukavic). Na straně zdravotníků je nezbytné dodržovat bezpečné pracovní postupy, zásady osobní hygieny a využít možnost imunizace proti nákazám. Zdravotník by měl využívat osobní ochranné pomůcky, rukavice a pracovní oděv. Tam, kde lze předpokládat i potřísnění obličeje, doporučuje se nosit obličejové roušky, ochranné brýle a štít (Vévoda, 2013).

Fyzickou zátěž způsobuje zejména manipulace s pacientem v rámci poskytování neodkladné a léčebné péče. V přednemocniční péči jde hlavně o transport imobilních či obézních pacientů z jejich bytů a domů do sanity. Kromě celkového fyzického zatížení bylo zjištěno i specifické zatížení určitých částí lokomočního systému, zejména páteře.

2.9 Urgentní medicína

„Urgentní medicína je lékařská specializace, založená na znalostech a dovednostech nezbytných pro prevenci, diagnostiku a zvládnutí urgentních a emergentních příznaků nemocí a úrazů, které postihují pacienty všech věkových skupin a v celém spektru nediferencovaných somatických a psychických poruch“ (Šeblová, 2013 str. 8).

Urgentní medicína zahrnuje přednemocniční a nemocniční diagnostiku, vyhodnocení priorit, neodkladnou kardiopulmonální resuscitaci (KPR) v případě ohrožení či selhávání vitálních funkcí a jejich stabilizaci. Úkolem lékaře a zdravotníků je zvládnutí stavu

pacienta až do předání jinému lékaři či zdravotníkovi, případně ponechání na místě zásahu či péče do propuštění z urgentního příjmu. Urgentní péče má tedy tři základní pilíře: přednemocniční péči, urgentní nemocniční péči a připravenost na řešení mimořádných situací (Šeblová, 2013).

Zdravotníci v oboru urgentní medicíny musí být vždy a dobře připraveni na zvládnutí časově naléhavých situací. Patří sem především kardiopulmonální resuscitace, ošetření závažného traumatu, management akutního koronárního syndromu a akutní cévní mozkové příhody, anafylaxe, závažné neúrazové krvácení, gynekologicko-porodnické, chirurgické a jiné urgencye. Zrádnost spočívá v nejistotě, co a v jaké závažnosti se bude řešit v následujících minutách (Šeblová, 2013).

2.10 Urgentní příjem v Ústí nad Labem

Urgentní příjem neboli Emergency tvoří nemocniční část Urgentní medicíny a medicíny katastrof. Náplní urgentního příjmu je plynulé pokračování v péči o pacienty převzaté od posádek Zdravotnické záchranné služby (ZZS) a poskytnutí konziliární pomoci příchozím pacientům. Slouží jako stěžejní oddělení pro případ hromadného neštěstí, katastrofy, či jako řídicí centrum pro evakuaci nemocnice (Bednářová, 2015).

Urgentní příjem Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem vznikl současně s přestěhováním nemocnice z původních starých budov do nového areálu v listopadu 2003. Od roku 2008 je samostatným oddělením a v roce 2012 se stal urgentní příjem akreditovaným pracovištěm pro výuku lékařů v oboru urgentní medicína. Struktura Emergency je tvořena recepcí a čekárnou, nízkoprahovými ambulancemi, vysokoprahovými akutními lůžky (emergency room), expektační lůžkovou částí (emergency department) a heliportem. Recepce je umístěna ve vstupní hale Masarykovy nemocnice. Slouží k prvotnímu třídění všech příchozích pacientů s náhlou změnou zdravotního stavu. Třídění provádí všeobecná sestra podle stanovených kritérií. Po zaregistrování nemocného, zhodnocení naléhavosti ošetření a stanovení priority je nemocný předán do péče ambulance nebo na expektační či akutní lůžka. V případě nejasností a problémů má třídící sestra možnost vždy kontaktovat lékaře. Třídící sestra současně zajišťuje kontaktní místo pro záchrannou službu. Je prvním článkem urgentního příjmu při komunikaci s pacientem ať už přímo nebo prostřednictvím předávající ZZS. Výjimkou jsou pacienti směřovaní na akutní vysokoprahová lůžka, kteří jsou samostatným

vchodem přiváženi přímo na lůžko, třídící sestra bezprostředně přebírá dokumentaci těchto pacientů a registruje je do nemocničního systému. Na recepci je dále administrativní pracovník, který řeší faktury, pojištěná cizinců, vybírá poplatky, pomáhá při informacích, eventuálně pomáhá třídící sestře. Recepce disponuje dostatečným počtem sedaček a pojízdných lehátek pro nechodící pacienty. Součástí haly je čekárna před jednotlivými ambulancemi. Ambulancí je na urgentním příjmu celkově 5, interní, neurologická, urologická, traumatologická a chirurgická. Poslední je ambulance č. 6, která dříve fungovala v případě potřeby jako izolace pro infekčního pacienta. Dnes je tady provozována pohotovost, a to ve všední dny od 18 hodin do 21 hodin a o víkendech a svátcích od 9 hodin do 18 hodin, ostatní časy pokrývají ambulance emergency. Ambulance slouží k ošetření, léčbě a příjmu nemocných bez ohrožení vitálních funkcí. Pacient je na ambulanci vyšetřen, případně zahájena ambulanti léčba s využitím expektačních lůžek. Následně je předán k hospitalizaci či propuštěn do domácího ošetřování. Kontrolní vyšetření se provádí již u praktického lékaře, v ambulancích poliklinik či poradnách jednotlivých oddělení nemocnice. Součástí ambulancí je sádrovna a chirurgický zákrokový sálek s vlastním přístrojovým a materiálovým vybavením včetně možnosti anestezie (Bednářová, 2015).

Expektační lůžková část (emergency department) slouží ke krátkodobé observaci nemocného za účelem diagnostické rozvahy, krátkodobé terapie či čekání na výsledky vyšetření. Expektace umožňují odpovědně rozhodnout, kdy bude pacient uložen na lůžko oddělení nemocnice či propuštěn do domácího ošetřování. Maximální pobyt na expektačním lůžku je 24 hodin. V Masarykově nemocnici na urgentním příjmu je celkově 6 expektačních lůžek, které jsou plně vybaveny a monitorovány (Bednářová, 2015; Remeš, 2010).

Akutní lůžka slouží k příjmu pacientů se selháváním základních životních funkcí či v bezprostředním ohrožení života. K dispozici jsou plně vybavená 3 resuscitační lehátka. Pacient je převzat od posádek ZZS, je pokračováno ve stabilizaci základních vitálních funkcí, eventuálně probíhá pokračování v KPR. Po celkovém vyšetření a stanovení diagnózy je komplexně vyšetřený a zajištěný pacient předán do další etapy nemocniční péče na Anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO), Jednotku intenzivní péče (JIP) či na operační sál. Tým emergency plní i funkci resuscitačního týmu pro potřeby nemocnice, a to v jejím areálu, případně na všech oddělení nemocnice. Výhodou

emergency týmu je mobilita pomocí nemocničního sanitního vozidla do oddělených pavilónů (Bednářová, 2015).

Heliport je místem, kde přistává letecká záchranná služba. Přímý přístup z heliportu na urgentní příjem je zajištěn výtahem. K samotnému předání pacienta dochází až na akutních lůžkách emergency (Bednářová, 2015).

Specialitou urgentního příjmu v Ústí nad Labem je tzv. nulté lůžko. Je to lůžko ve zvláštní místnosti se stejným přístupem jako na vysokoprahový příjem, kam jsou přiváženi pacienti s diagnózou ebrieta, čili ti, kteří nemají jinou chorobu, nejvíce žádné zranění, ale jsou někde nalezeni opilí. V ústeckém kraji není záchytná stanice, proto bylo zřízeno „nulté lůžko“. Těchto pacientů se přijme cca 750 za rok (Bednářová, 2015).

Velkou výhodou urgentního příjmu je centrální pozice v rámci nemocnice. Je situován v hlavní budově A v přízemí, v budově, kde jsou umístěna interní oddělení, kardiologická klinika, kardiologie JIP, operační sály, angiolinka, katetrizační sál kardiologie, Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny (KAPIM), traumatologická klinika, oddělení chirurgie, neurochirurgická klinika. Bezprostředně navazuje radiodiagnostické oddělení přímo sousedící s urgentním příjmem. Všechny zobrazovací metody jsou dostupné bez zbytečných časových prodlev. Laboratoře jsou ve vedlejší budově, komunikace funguje ústavní potrubní poštou. Transfuzní oddělení je rovněž ve vedlejší budově (Bednářová, 2015).

Na urgentním příjmu současně pracují 4 kmenoví lékaři včetně primáře. Lékaři z ostatních oborů se dostaví na telefonické avízo. Další kmenoví zaměstnanci urgentního příjmu jsou vrchní a staniční sestra, sekretářka, všeobecné sestry, zdravotničtí záchranáři, zdravotničtí asistenti a sanitáři. V denní službě je 15 NLZP, 5 na ambulancích, 6 na lůžkách, 1 třídící sestra a 3 sanitáři. NLZP pracují ve dvanáctihodinových směnách, lékaři v běžném týdnu v osmihodinovém provozu a dále v pohotovostních službách, ve všední dny v patnácti a půl hodinových službách a ve dvaceti čtyř hodinových víkendových službách (Bednářová, 2015).

2.11 Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje

Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje je příspěvková organizace (ZZSÚK), která vznikla k 1. 1. 2004 sloučením záchranných služeb působících v Ústeckém kraji s výjimkou ZS Litoměřice, ZS Lovosice a ZS Roudnice nad Labem, které se k ZZSÚK

připojily o rok později. Jednotné řízení systému poskytování přednemocniční neodkladné péče v Ústeckém kraji bylo schváleno usnesením Zastupitelstva Ústeckého kraje č. 52/22/2003 ze dne 17. 12. 2003. Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje disponuje výjezdovými skupinami typu Rychlá lékařská pomoc (RLP), Rychlá zdravotnická pomoc (RZP) a Letecká záchranná služba (LZS). Tyto prostředky jsou rozmístěny v rámci kraje na 21 výjezdových stanovištích tak, aby záchranáři mohli poskytnout přednemocniční neodkladnou péči co nejrychleji a nejefektivněji (Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje, 2017).

2.11.1 Rychlá lékařská pomoc – RLP

Posádku tvoří lékař, zdravotnický záchranář a vyškolený řidič. Výjezdová skupina RLP zasahuje u pacientů akutně ohrožených selháním základních životních funkcí, tj. zástava oběhu, poruchy vědomí, dechové potíže, bolesti na hrudi, vážné dopravní nehody a úrazy. Ústecký kraj disponuje celkem čtrnácti posádkami RLP. Na místo vyjíždějí v sanitních vozech speciálně vybavených dle vyhlášky č. 296/2012 Sb. v plném znění, ve většině případů je však vybavení rozsáhlejší. Mezi základní vybavení patří: ventilátor umožňující umělou plicní ventilaci (UPV), přenosný defibrilátor s monitorem, 12 svodovým záznamem EKG křivky a stimulátorem srdečního rytmu, vakuové matrace ke znehybnění páteře a končetin, léky, obvazový materiál, sterilní krytí na ošetření ran, vyprošťovací a speciální transportní prostředky (Bydžovský, 2008; Remeš, 2013).

2.11.2 Rychlá zdravotnická pomoc – RZP

Posádku tvoří zdravotnický záchranář, nebo všeobecná sestra a vyškolený řidič. Výjezdová skupina RZP je vysílána Zdravotním operačním střediskem (ZOS) po vyhodnocení tísňové výzvy k pacientům, jejichž zdravotní stav nevyžaduje zásah lékaře. Jedná se o nekomplikované úrazové i neúrazové stavy. Tato posádka je však schopna profesionální pomoci při zhoršení stavu pacienta, a to i v případě zástavy oběhu a nutné resuscitace. Záchranář v těchto případech konzultuje stav pacienta s lékařem po telefonu, nebo si jeho pomoc na místo přivolá. Posádka RZP je také využívána pro sekundární transporty ze zdravotnického zařízení do jiného. Vybavení sanitního vozu RZP je velmi totožné s vozem RLP. Ústecký kraj má k dispozici dvacet devět posádek RZP, v nočních

hodinách a během víkendů a svátků je jejich počet snížen (Bydžovský, 2008; Remeš, 2013).

2.11.3 Letecká záchranná služba

Součástí ZZS Ústeckého kraje je letecká záchranná služba s volacím znakem Kryštof 15. Základna je umístěna v areálu výjezdového stanoviště v Ústí nad Labem, kde se nachází heliport pro denní i noční provoz, dvě přistávací plochy pro vrtulník a hangár se zázemím pro letecký provoz. Posádka zasahuje ve složení pilot, atestovaný lékař a zdravotnický záchranář. Na základně je nepřetržitě mechanik pro funkční údržbu vrtulníku. LZS Ústeckého kraje používá moderní, dvoumotorový jednopilotní vrtulník EC 135 T2+. Velitelem vrtulníku během zásahu je pilot, který rozhoduje o provedení letu. ZOS po vyhodnocení tísňové výzvy rozhoduje o vyslání vrtulníku k primárnímu zásahu tam, kde je dojezd pozemní posádky časově náročný. Dále, kde je třeba šetrný a rychlý transport pacienta, nebo přímý transport postiženého do specializovaného zdravotnického zařízení. Posádka LZS může také zasahovat v nepřístupném terénu pomocí vycvičených záchranářů pro práci ve výškách a nad volnou hladinou. Zdravotnické vybavení vrtulníku je podobné jako ve voze RLP (Bydžovský, 2008; Remeš, 2013).

2.11.4 Zdravotnické operační středisko – ZOS

Důležitým pracovištěm záchranné služby, které řídí a koordinuje činnost všech výjezdových posádek ZZS a poskytuje přednemocniční neodkladnou péči v kraji, je Zdravotnické operační středisko. Cílem je poskytnout pomoc všem, kteří jí potřebují, rozeznat závažnost, stanovit naléhavost jednotlivých stavů a vyslat odpovídající pomoc. ZOS Ústeckého kraje od roku 2014 přešel na paralelní procesní režim příjmu tísňové výzvy, který je založen na dělbě práce. Jednu část dispečerů tvoří tzv. call-takeři, kteří hovoří s lidmi na lince 155. Jejich úkolem je přijmout a rozpoznat tísňovou výzvu, rozhodnout o závažnosti stavu pacienta, přidělit stupeň naléhavosti a určit místo události. V případě nutnosti podávají instrukce volajícímu, jak správně poskytnout první pomoc do příjezdu záchranné služby. Zpracovaná tísňová výzva je elektronicky předána dispečerům, kteří mají na starost vysílání, koordinaci a komunikaci s posádkami záchranné služby a se zdravotnickými zařízeními. Operační řízení lze tedy definovat jako správné vyslání sil

a prostředků ve správný čas a na správné místo. Nezbytná je rozvaha o naléhavosti události, dojezdovém čase a udržení taktického rozložení výjezdových skupin ve spravovaném kraji (Šeblová, 2013).

3 METODIKA PRÁCE

Empirická část diplomové práce se zabývá stanovenými výzkumnými problémy, cíli a hypotézami. Dále je zaměřena na zpracování a analýzu dat, tak aby došlo k potvrzení teoretických a vědeckých poznatků o životním stylu.

3.1 Výběr prvků do výzkumného souboru

Základní soubor představovali NLZP pracující v urgentní medicíně na Zdravotnické záchranné službě a na Emergency. Konkrétně výzkum probíhal na Emergency v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem a na vybraných výjezdových stanovištních Zdravotnické záchranné služby v Ústeckém kraji (Ústí nad Labem, Děčín, Litvínov, Jirkov).

Dohromady bylo rozdáno 140 dotazníků, 70 dotazníků na ZZS a 70 dotazníků na Emergency. Dotazník byl rozeslán i v elektronické podobě. Celkem se vrátilo 60 dotazníků ze ZZS, což je 86 % návratnost a 55 dotazníků z Emergency, kde byla návratnost 79 %. Dotazník v elektronické podobě vyplnilo 33 NLZP. Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 148 respondentů.

3.2 Metodologické nástroje výzkumného šetření

Metody jsou cesty, pomocí kterých postupujeme v získávání dat použitelných v empirických výzkumech. Zatímco teoretická část práce byla zpracována metodou analýzy textových dokumentů, empirická část využívá zejména dotazníkovou metodu. Z nabízených metod pro empirické výzkumy byla vybrána explorativní metoda a technika dotazníku. Dotazník byl konstruován dle Chrásky (2016). Na začátku byly uvedeny vstupní identifikační údaje: úvod a jasné pokyny k vyplňování. Dotazník začínal položkami zjišťující fakta, která jsou zcela jednoduché a konkrétní. Poté následovaly položky věcné. Dotazníkové položky byly sestaveny s důrazem na jasnost, srozumitelnost, výstižnost, jednoznačnost a snadné pochopení pro všechny. Dotazník obsahoval osmnáct položek a 7 podpoložek, které byly vybrány tak, aby odpověděly na výzkumné otázky a umožnili verifikaci hypotéz. Počet položek a časová dotace k jejich vyplnění neměla odradit zdravotníky tím, že by je zbytečně zahlcovala. Z položek bylo osm strukturovaných

dichotomických, osm polytomických, šest polouzavřených a tři výčtové. Dotazník je uveden v seznamu příloh pod číslem 3 (Chráska, 2016).

3.3 Pilotní studie

Pilotní studie se zaměřuje na získání informací o zkoumané problematice a použitých metodách ještě před realizací vlastního výzkumu. Tímto postupem se výzkumník snaží včas odhalit chyby a nedostatky výzkumu, například minimalizovat riziko použití nevhodné metody (Chráska, 2016).

Pilotní studie obsahovala řadu kroků: kontaktování Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem a Zdravotnické záchranné služby Ústeckého kraje a vyjednání podmínek výzkumného šetření, konstrukce dotazníku a jeho předložení. V rámci pilotní studie bylo deset dotazníků rozdáno na ZZS Ústeckého kraje a deset dotazníků na Emergency Masarykovy nemocnice. NLZP se měli vyjádřit k tomu, jak porozuměli položkám v dotazníku a vyplnit je. Srozumitelnost a jasnost jednotlivých otázek je velmi důležitá. Dotazníky s poznámkami k jednotlivým otázkám byly zaslány zpět.

Na základě těchto zjištěných informací byla provedena pod dohledem vedoucího diplomové práce korekce jednotlivých položek. Bylo pozměněno jejich pořadí a upravena vizuální podoba dotazníku pro přehlednost. K některým položkám byly přidány možnosti výběru odpovědí, které tam podle respondentů chyběly.

3.4 Časový harmonogram

Časový harmonogram výzkumného šetření vyjadřuje časovou organizaci průběhu výzkumu podle jeho fází.

1. fáze výzkumného šetření (prosinec 2015 až březen 2016)

První fáze výzkumného šetření byla zaměřena na zpracování výzkumného projektu, tématu, hlavního cíle a dílčích cílů výzkumu. V tomto období také proběhla analýza textových dokumentů a zpracování teoretické části diplomové práce.

2. fáze výzkumného šetření (duben 2016 až červen 2016)

Po úvodním formulování výzkumného šetření následovalo stanovení výzkumných deskriptivních a relačních problémů, tvorba věcných hypotéz, určení konkrétního druhu výběru výzkumného vzorku a zpřesnění metodiky empirického výzkumu.

3. fáze výzkumného šetření (červen 2016 až září 2016)

Třetí fáze byla orientována na zpracování dotazníku pro NLZP pracujících v urgentní medicíně. Dále byly formulovány statistické hypotézy a vybrány metody pro jejich testování.

4. fáze výzkumného šetření (říjen 2016 až prosinec 2016)

V říjnu byly rozdány a rozeslány dotazníky NLZP na Emergency a na ZZS Ústeckého kraje, ty byly respondenty vyplněny a poté navráceny zpět.

5. fáze výzkumného šetření (leden 2017 až březen 2017)

V lednu byla započata poslední pátá fáze, která byla zaměřena na zpracování získaných dat, testování statistických hypotéz, zjištění a vyhodnocení výsledků průzkumu a výzkumného šetření, jejich prezentace v podobě tabulek a grafů a závěrečná diskuze nad výzkumným šetřením.

3.5 Zpracování výzkumných dat

Po provedení kvantitativního výzkumu, byla veškerá sesbíraná data zanesena do programu Microsoft Office Excel. K vyhodnocení jednotlivých dat byly využity absolutní a relativní četnosti. Zjištěná data byla využita při tvorbě kapitoly 4 Výsledky výzkumu – vlastní statistické šetření, ve které jsou popsány zjištěné informace týkající se dílčích cílů diplomové práce. Následující kapitola je věnována potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz, k čemuž bylo použito statistické metody chí-kvadrátu. Chí-kvadrát byl použit pro zhodnocení hypotéz z důvodu jeho jednoznačnosti. Předpokladem pro tento test je splnění podmínek dobré aproximace. Ty zní: 80 % očekávaných četností musí být vyšší než 5 a zbylých 20 % nesmí klesnout pod 1. Veškeré testování bylo provedeno na hladině významnosti 0,05, tedy s 5 % rizikem omylu. V případě zamítnutí nulové hypotézy byla měřena ještě síla závislosti. U čtyřpolních tabulek byl použit k měření závislosti koeficient f_i a u ostatních kontingenčních tabulek Cramérův koeficient. Čím blíže je koeficient nule, tím je závislost slabší, čím blíže je jedničce, je závislost silnější (Chráska, 2016).

Statistické ukazatele

- **Absolutní četnost (n_i)** - informuje o velikosti a rozsahu zkoumaného jevu. Udává, kolikrát se v souboru varianta vyskytuje. Uvádí se v celých číslech. Součet absolutních četností se rovná celkovému počtu jednotek souboru: $n_1 + n_2 + n_3 + \dots + n_X = N$.
- **Relativní četnost (f_i)** - je daná podílem absolutní četnosti k velikosti souboru. Relativní četnost se uvádí v desetinných číslech nebo procentech. V práci jsou uváděna procenta, vypočítáme ji pomocí vzorce: $f_i = n_i/N$.
- **Očekávaná četnost (O)** - jde o teoretickou četnost, která odpovídá formulované nulové hypotéze.
- **Pozorovací četnost (P)** - četnost empirická, která byla ve skutečnosti zjištěna.
- **Chí-kvadrát, test nezávislosti** - je statistickou metodou, patřící do neparametrických statistických testů významnosti. Jeho cílem je ověření nulové hypotézy. Jde o porovnávání rozdílů mezi četnostmi pozorovanými (P) a očekávanými (O). Celé hodnocení závislosti znaků závisí na správně sestavených kontingenčních tabulkách (Chráska, 2016).

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Kapitola předkládá vlastní výsledky dotazníkového šetření, jejich zařazení do tabulek i jejich grafické znázornění. Podává přehled o získaných poznatcích v průběhu realizace výzkumného šetření.

4.1 Výsledky dotazníkového šetření

Tato kapitola se zaměřuje na prezentaci informací, které se týkají stanovených otázek a hypotéz, mají proto důležitou výpovědní hodnotu.

Analýza získaných výsledků dotazníkovým šetřením byla provedena metodou relativní a absolutní četnosti. Tato data byla zpracována v programu Microsoft Word a Microsoft Excel, ve kterém byly z analyzovaných dat vytvořeny tabulky s grafy, které byly posléze upraveny. K prezentaci výsledků výzkumu byly využity sloupcové typy grafů.

Absolutní četnost..... n_i
Relativní četnost..... f_i (udávána v %)
Celková četnost..... Σ

4.1.1 Analýza otázky č. 1 „Vaše pohlaví“

Tabulka 1. Pohlaví

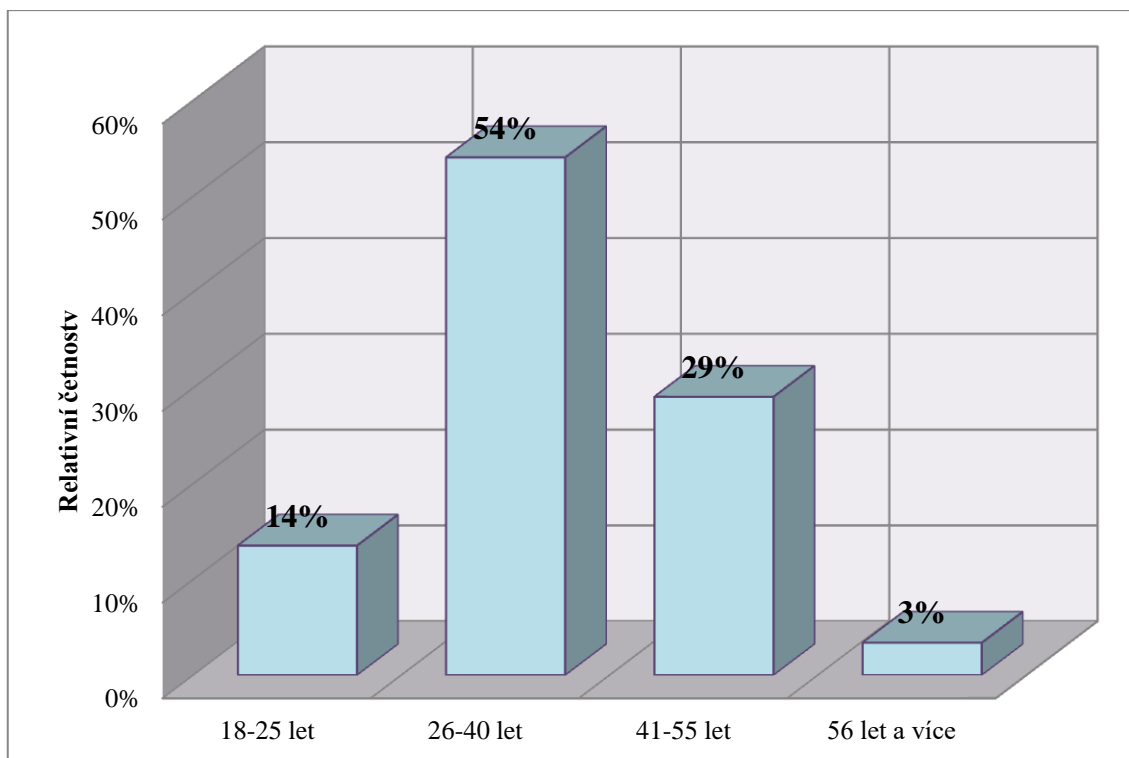
| | n_i | f_i |
|--------|-------|-------|
| Žena | 77 | 52 % |
| Muž | 71 | 48 % |
| Celkem | 148 | 100 % |

Jako první v mém dotazníku zazněla otázka zaměřující se na pohlaví respondentů. V rámci zjišťování základních informací jsem zařadila otázku do popředí. Výsledky šetření jsou uvedeny v tabulce. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 148 respondentů, z toho 77 (52 %) žen a 71 (48 %) mužů.

4.1.2 Analýza otázky č. 2 „Váš věk“

Tabulka 2. Věkové kategorie

| Věk | n_i | f_i |
|---------------|-------|-------|
| 18-25 let | 20 | 14 % |
| 26-40 let | 80 | 54 % |
| 41-55 let | 43 | 29 % |
| 56 let a více | 5 | 3 % |
| Celkem | 148 | 100 % |



Graf 1. Věkové kategorie

Věk respondentů byl rozdělen do 4 věkových kategorií. V první věkové kategorii 18-25 let je 20 (14 %) respondentů. Nejpočetnější zastoupení představovala v dotazníkovém šetření kategorií 26-40 let, což odpovídá 80 (54 %) respondentům. Ve věku od 41-55 let se zúčastnilo 43 (29 %) NLZP a v poslední věkové kategorii 56 let a více je 5 (3 %) dotazovaných.

4.1.3 Analýza otázky č. 3 „Kde vykonáváte vaše povolání?“

Tabulka 3. Místo výkonu povolání

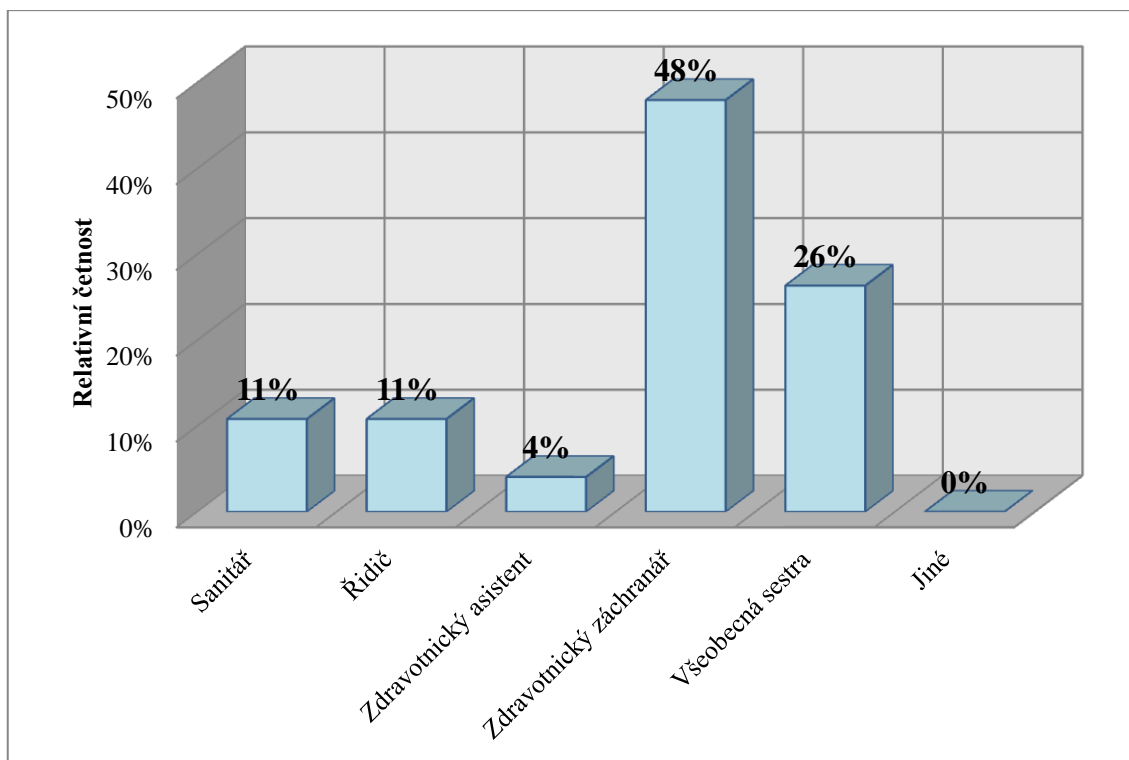
| | n_i | f_i |
|---------|-------|-------|
| ZZS | 81 | 55 % |
| KZ a.s. | 67 | 45 % |
| Celkem | 148 | 100 % |

Otázka č. 3 je zaměřena na zjištění informací o místě výkonu povolání. 81 (55 %) NLZP pracuje na Zdravotnické záchranné službě v Ústeckém kraji. 67 (45 %) dotázaných pracuje na Emergency v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem (Krajská zdravotní a.s.).

4.1.4 Analýza otázky č. 4 „*Jaké je vaše pracovní zařazení?*“

Tabulka 4. Pracovní zařazení

| Pracovní zařazení | n_i | f_i |
|------------------------|-------|-------|
| Sanitář | 16 | 11 % |
| Řidič | 16 | 11 % |
| Zdravotnický asistent | 6 | 4 % |
| Zdravotnický záchranář | 71 | 48 % |
| Všeobecná sestra | 39 | 26 % |
| Jiné | 0 | 0 % |
| Celkem | 148 | 100 % |



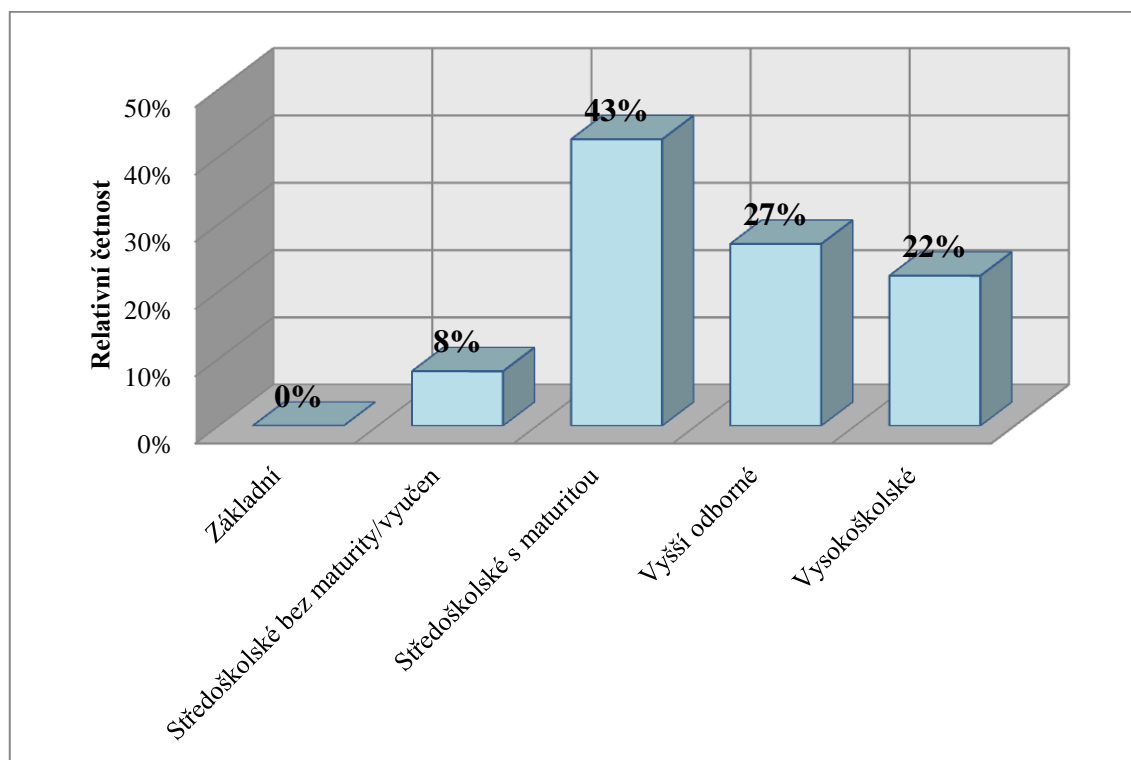
Graf 2. Pracovní zařazení

Prostřednictvím uvedené otázky bylo zjišťováno pracovní zařazení NLZP. Výsledky daného šetření uvádí, že v urgentní medicíně je nejvyšší počet zdravotnických záchranářů 71 (48 %). Na druhém místě jsou všeobecné sestry 39 (26 %). Sanitářů a řidičů se dotazníkového šetření zúčastnil stejný počet, tedy 16 (11 %). 6 (4 %) respondentů uvedlo, že pracuje na pozici zdravotnický asistent.

4.1.5 Analýza otázky č. 5 „Vaše nejvyšší dosažené vzdělání“

Tabulka 5. Vzdělání

| Vzdělání | Ni | fi |
|-----------------------------------|-----|-------|
| Základní | 0 | 0 % |
| Středoškolské bez maturity/vyučen | 12 | 8 % |
| Středoškolské s maturitou | 63 | 43 % |
| Vyšší odborné | 40 | 27 % |
| Vysokoškolské | 33 | 22 % |
| Celkem | 148 | 100 % |



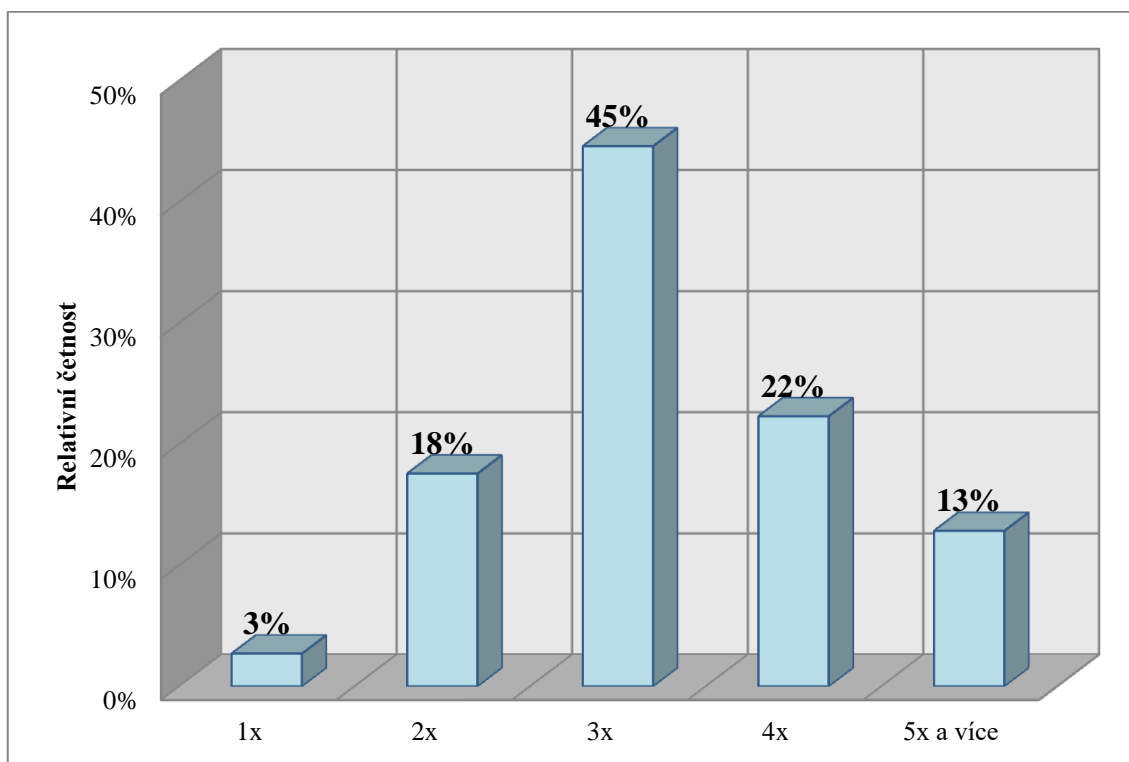
Graf 3. Vzdělání

Z celkového množství dotazovaných je 12 (8 %) se středoškolským vzděláním bez maturity nebo vyučeno, 63 (43 %) se středoškolským vzděláním s maturitou, 40 (27 %) má vzdělání vyšší odborné a 33 (22 %) absolvovalo vzdělání vysokoškolské.

4.1.6 Analýza otázka č. 7 „Kolikrát se stravujete v průběhu směny?“

Tabulka 6. Stravování v průběhu směny

| Počet stravování | n_i | f_i |
|------------------|-------|-------|
| 1x | 4 | 3 % |
| 2x | 26 | 18 % |
| 3x | 66 | 45 % |
| 4x | 33 | 22 % |
| 5x a více | 19 | 13 % |
| Celkem | 148 | 100 % |



Graf 4. Stravování v průběhu směny

Výsledky v tabulce 6 a graf 4 ukazují četnost stravování NLZP v průběhu pracovní směny. 4 (3 %) respondenti uvedli, že jí během dvanáctihodinové pracovní směny pouze 1x.

26 (18 %) se stravuje 2x během směny a 66 (45 %) lidí uvedlo, že se najedí 3x. 4x denně se stravuje 33 (22 %) respondentů a 5x a více 19 (13 %) NLZP.

4.1.7 Analýza otázky č. 7 „*Jíte v pravidelných intervalech?*“

Tabulka 7. Pravidelnost stravování

| | n_i | f_i |
|--------|-------|-------|
| Ano | 30 | 20 % |
| Ne | 118 | 80 % |
| Celkem | 148 | 100 % |

Jak z tabulky 7 vyplývá, drtivá většina NLZP 118 (80 %) se během pracovní směny nestravuje pravidelně. Pouhých 30 (20 %) respondentů uvedlo, že jí v pravidelných intervalech.

4.1.8 Analýza otázky č. 8 „*Odbíháte v pracovní době od jídla?*“

Tabulka 8. Odbíhání od jídla

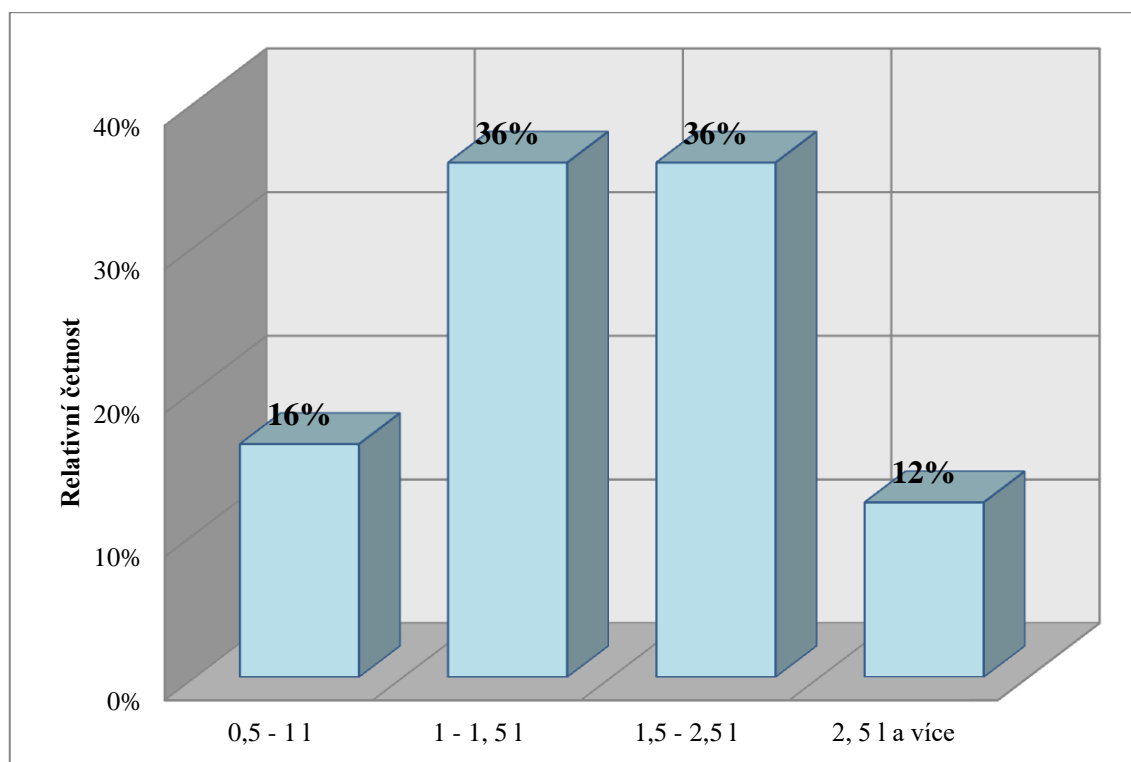
| | n_i | f_i |
|--------|-------|-------|
| Ano | 125 | 84 % |
| Ne | 23 | 16 % |
| Celkem | 148 | 100 % |

V rámci šetření vyšlo najevo, že většina NLZP, 125 (84 %), odbíhá v pracovní době od jídla. 23 (16 %) respondentů uvedlo, že od jídla neodbíhá a nají se v klidu.

4.1.9 Analýza otázky č. 9 „Jaké množství tekutin vypijete v průběhu pracovní doby?“

Tabulka 9. Množství tekutin

| | n_i | f_i |
|--------------|-------|-------|
| 0,5 - 1 l | 24 | 16 % |
| 1 - 1,5 l | 53 | 36 % |
| 1,5 - 2,5 l | 53 | 36 % |
| 2,5 l a více | 18 | 12 % |
| Celkem | 148 | 100 % |



Graf 5. Množství tekutin

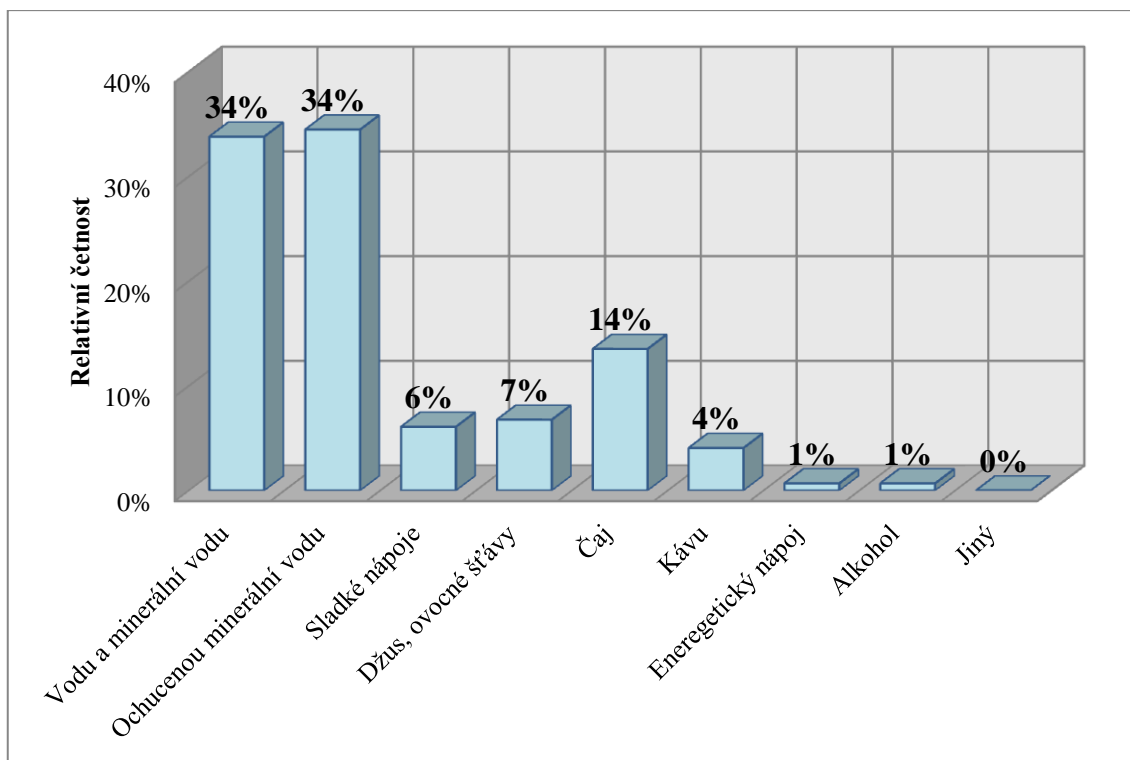
Tabulka 9 a graf 6 znázorňují, jaké množství NLZP vypijí během dvanáctihodinové pracovní doby. Analýzou dat bylo zjištěno, že 1-1,5 l a 1,5 – 2,5 l vypije stejný počet NLZP, a to 53 (36 %). 18 (12 %) lidí uvedlo svůj denní příjem tekutin 2,5 l a více. Za

velmi znepokojivý stav lze považovat, že 0,5 – 1 l tekutin přijímá během dne 24 (16 %) dotázaných.

4.1.10 Analýza otázky č. 10 „Jaký nápoj preferujete?“

Tabulka 10. Nápoje

| | n_i | f_i |
|--------------------------|-------|-------|
| Vodu a minerální vodu | 50 | 34 % |
| Ochucenou minerální vodu | 51 | 34 % |
| Sladké nápoje | 9 | 6 % |
| Džus, ovocné šťávy | 10 | 7 % |
| Čaj | 20 | 14 % |
| Kávu | 6 | 4 % |
| Energetický nápoj | 1 | 1 % |
| Alkohol | 1 | 1 % |
| Jiný | 0 | 0 % |
| Celkem | 148 | 100 % |



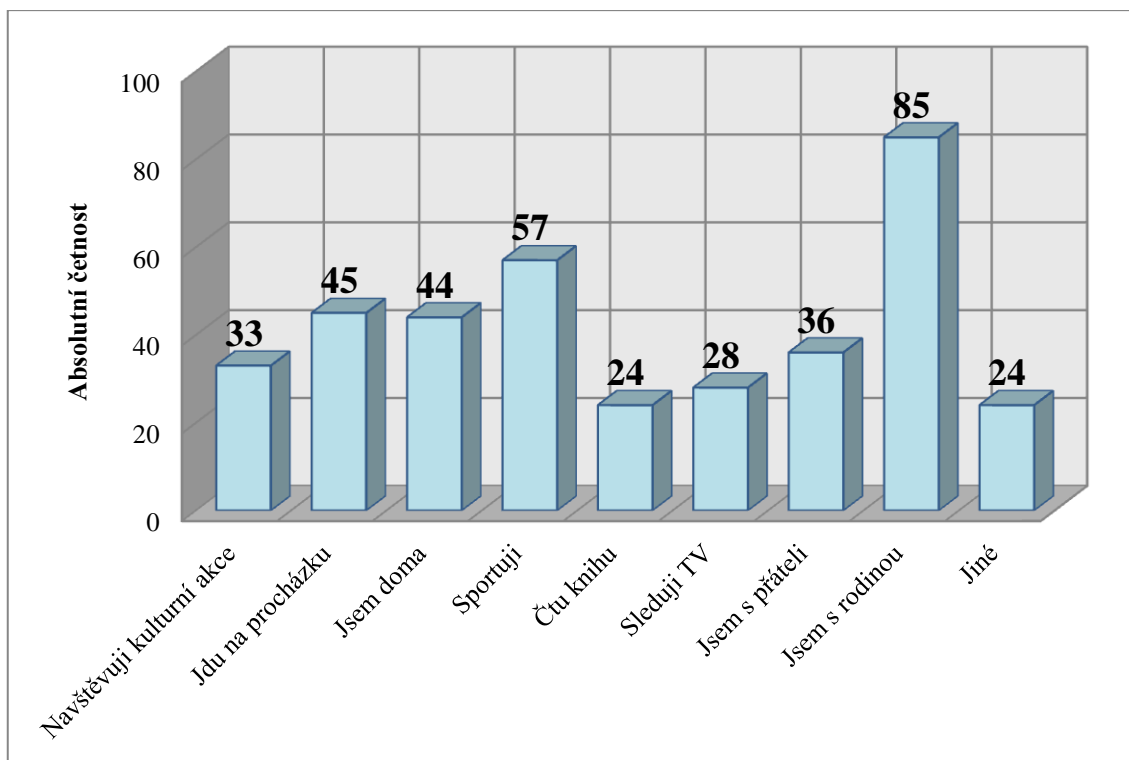
Graf 6. Nápoje

Záměrem otázky bylo zjistit, jaký nápoj NLZP preferují. O výsledcích zkoumání informuje tabulka 10 a graf 6. Vodu a minerální vodu preferuje 50 (34 %) NLZP. Ochucenou minerální vodu pije 51 (34 %) lidí. 20 (14 %) dotázaných upřednostňuje čaj a 10 (7 %) nejčastěji pije džus a ovocné šťávy. Pouhých 9 (6 %) NLZP preferuje sladké nápoje, 6 (4 %) kávu. Jeden (1 %) respondent uvedl jako hlavní pití energetický nápoj a jeden (1 %) respondent uvedl alkoholický nápoj.

4.1.11 Analýza otázky č. 11 „Ve svém volnu nejčastěji“

Tabulka 11. Aktivity ve volném čase

| | n_i |
|--------------------------|-------|
| Navštěvuji kulturní akce | 33 |
| Jdu na procházku | 45 |
| Jsem doma | 44 |
| Sportuji | 57 |
| Čtu knihu | 24 |
| Sleduji TV | 28 |
| Jsem s přáteli | 36 |
| Jsem s rodinou | 85 |
| Jiné | 24 |
| Celkem odpovědí | 376 |



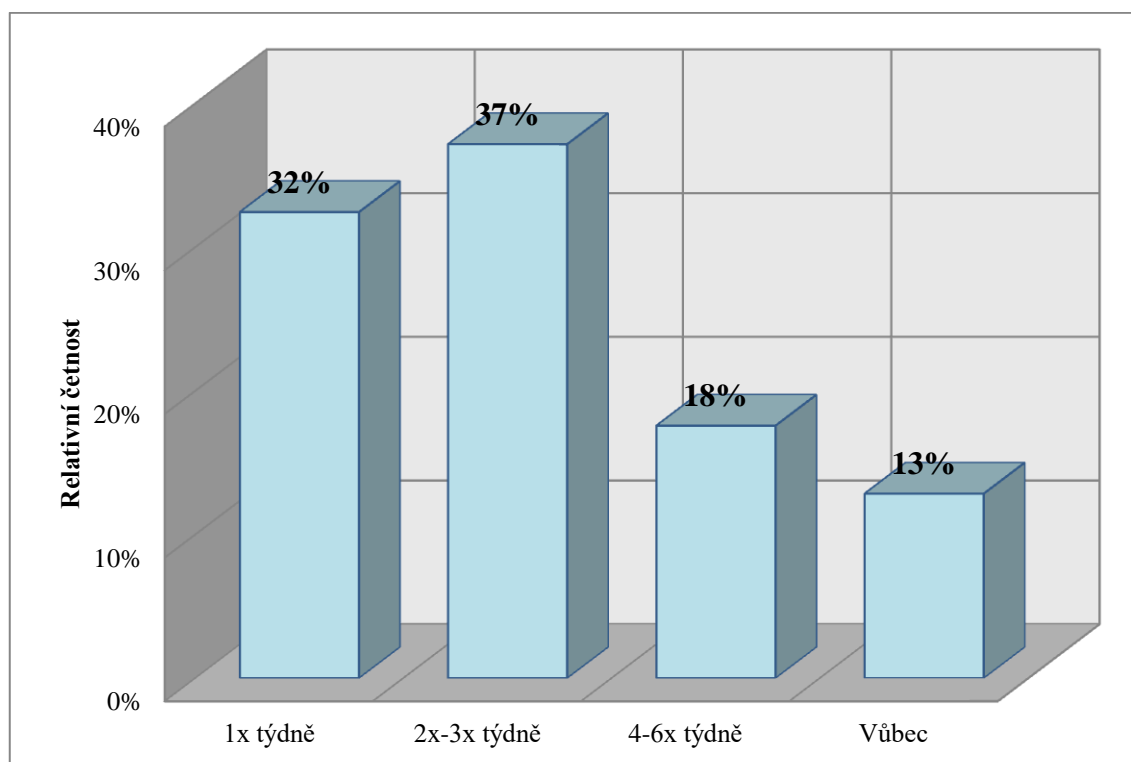
Graf 7. Aktivity ve volném čase

U otázky, která se týkala trávení volného času, mohli respondenti zvolit jednu i více odpovědí. Z celkového počtu 148, respondenti nejčastěji uváděli, že svůj volný čas tráví s rodinou, 85. 57krát označili respondenti, že svůj volný čas tráví sportováním. 45 NLZP jde ve svém volném čase na procházku a 44 dotázaných je jen doma. 36 NLZP tráví čas s přáteli a 33 NLZP navštěvuje kulturní akce. Sledování televize preferuje 28 tázaných a 24 čte ve svém volném čase knihu. 24 respondentů zvolilo kolonku jiné. Mezi jinými aktivitami se nejčastěji objevovala práce na zahradě a na domě, venčení psa či vedlejší práce.

4.1.12 Analýza otázky č. 12 „*Jak často se věnujete pohybové aktivitě?*“

Tabulka 12. Množství pohybové aktivity

| | n_i | f_i |
|-------------|-------|-------|
| 1x týdně | 48 | 32 % |
| 2x-3x týdně | 55 | 37 % |
| 4-6x týdně | 26 | 18 % |
| Vůbec | 19 | 13 % |
| Celkem | 148 | 100 % |



Graf 8. Množství pohybové aktivity

Záměrem otázky bylo zjistit, jak často se NLZP věnují minimálně 30-minutové středně těžké pohybové aktivitě. 19 (13 %) dotázaných uvedlo, že pohybovou aktivitu vůbec nevykonávají. Nejčastěji uváděnými důvody, proč lidé nesportují, byla lenost, zdravotní důvody a nedostatek času. NLZP, kteří uvedli, že sportují 1x týdně bylo 48 (32 %). 2-3x týdně sportuje 55 (37 %) respondentů a 4-6x týdně provádí pohybovou aktivitu 26 (18 %) dotázaných.

4.1.13 Analýza otázky č. 13 „Kouříte cigarety?“

Tabulka 13. Kouření cigaret

| Kouříte | n_i | f_i |
|---------|-------|-------|
| Ano | 64 | 43 % |
| Ne | 84 | 57 % |
| Celkem | 148 | 100 % |

K otázce, zda kouříte cigarety, se pozitivně vyjádřilo 64 (43 %) NLZP. 84 (57 %) respondentů uvedlo, že nekouří. Další tři podotázky ke kouření cigaret se týkaly pouze kuřáků.

Tabulka 14. Kouření s nástupem do zdravotnictví

| | n_i | f_i |
|--------|-------|-------|
| Ano | 21 | 33 % |
| Ne | 43 | 67 % |
| Celkem | 64 | 100 % |

Tabulka 14 ukazuje, že z 64 kuřáků začalo kouřit s nástupem do zdravotnictví 21 (33 %) NLZP. 43 (67 %) respondentů uvedlo, že nástup do zdravotnictví neměl vliv na jejich kouření cigaret.

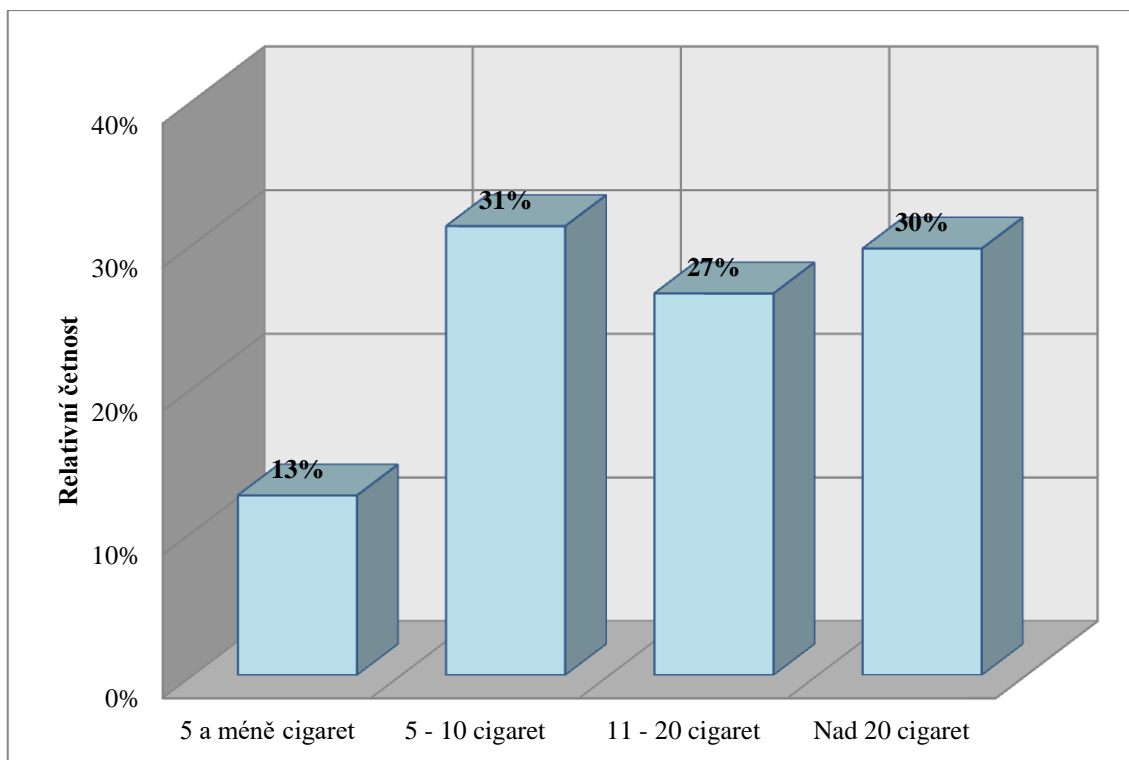
Tabulka 15. Chtěl byste přestat s kouřením?

| | n_i | f_i |
|--------|-------|-------|
| Ano | 25 | 39 % |
| Ne | 39 | 61 % |
| Celkem | 64 | 100 % |

Výzkum prokázal, že z 64 kuřáků by 24 (39 %) chtělo s kouřením tabáku přestat. 39 (61 %) NLZP se vyjádřilo, že s kouřením tabáku přestat nechtějí.

Tabulka 16. Počet cigaret na den

| Denně prokouřím | n_i | f_i |
|------------------|-------|-------|
| 5 a méně cigaret | 8 | 13 % |
| 5 - 10 cigaret | 20 | 31 % |
| 11 - 20 cigaret | 17 | 27 % |
| Nad 20 cigaret | 19 | 30 % |
| Celkem | 64 | 100 % |



Graf 9. Počet cigaret na den

Z tabulky 16 a grafu 9 dále vyplývá, že z 64 (100 %) kuřáků kouří 8 (13 %) respondentů 5 a méně cigaret denně. 20 (31 %) NLZP uvedlo, že vykouří během dne 5-10 cigaret. 11-20 cigaret denně kouří 17 (27 %) lidí a nad 20 cigaret denně vykouří 19 (30 %) respondentů.

4.1.14 Analýza otázka č. 14 „Pijete kofeinové přípravky?“

Tabulka 17. Pití kofeinových přípravků

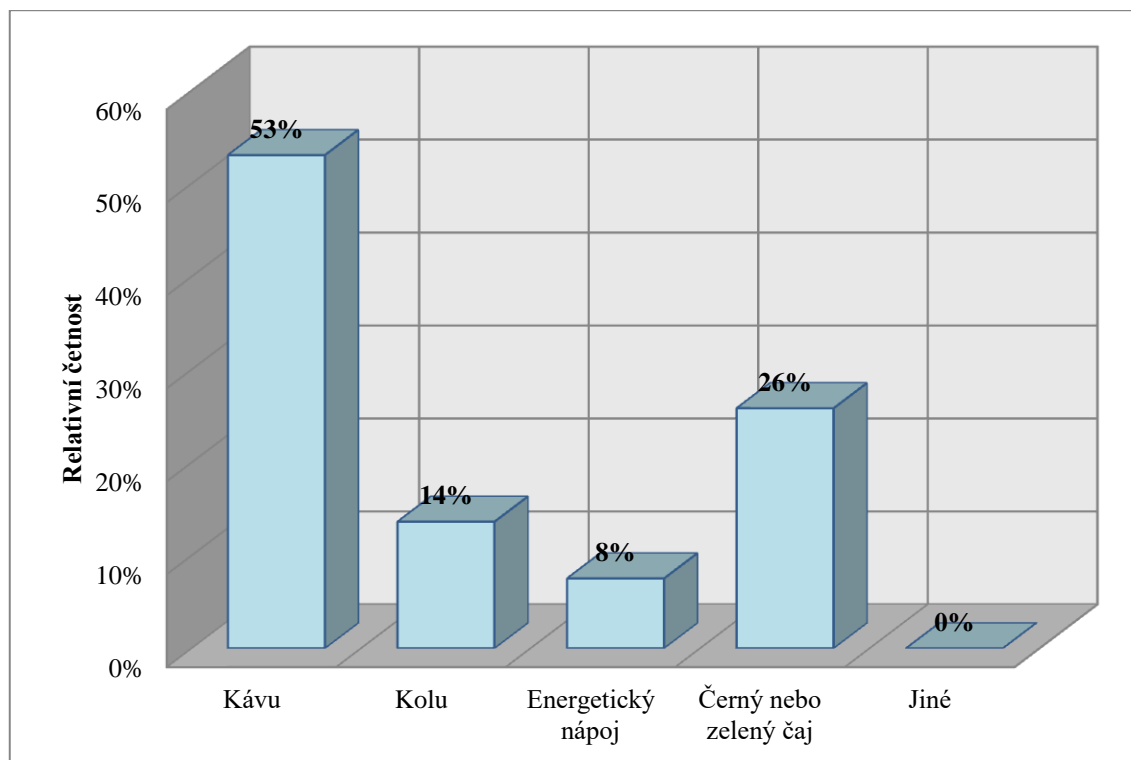
| | n_i | f_i |
|--------|-------|-------|
| Ano | 133 | 90 % |
| Ne | 15 | 10 % |
| Celkem | 148 | 100 % |

Prostřednictvím uvedené otázky bylo zjišťováno, kolik respondentů pije kofeinové přípravky. Výsledky daného šetření uvádí, že 133 (90 %) NLZP pije kofeinové nápoje.

Pouhých 15 (10 %) respondentů uvedlo, že nepije žádné přípravky s obsahem kofeinu. Další dvě podotázky se týkaly pouze respondentů, kteří uvedli, že pijí kofeinové přípravky.

Tabulka 18. Kofeinové přípravky

| | n_i | f_i |
|-----------------------|-------|-------|
| Kávu | 113 | 53 % |
| Kolu | 29 | 14 % |
| Energetický nápoj | 16 | 8 % |
| Černý nebo zelený čaj | 55 | 26 % |
| Jiné | 0 | 0 % |
| Celkem odpovědí | 213 | 100 % |

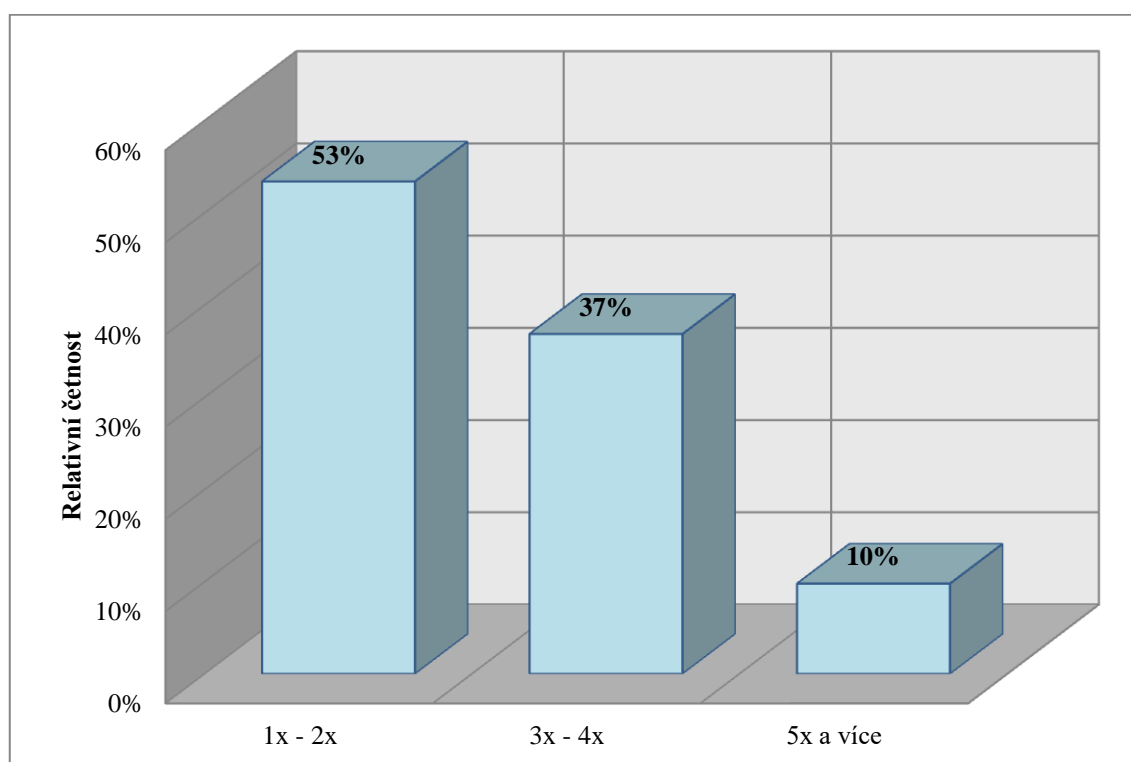


Graf 10. Kofeinové přípravky

Výsledky pojednávající o otázce „Jaké kofeinové přípravky pijete?“ jsou uvedeny v příložené tabulce 18 a grafu 10. Respondenti mohli zvolit jednu i více odpovědí. Jak z grafu vyplývá 113 (53 %) NLZP pije kávu. 55 (26 %) tázaných pije černý nebo zelený čaj, 29 (14 %) pije kolu a 16 (8 %) lidí upřednostňuje energetický nápoj. Možnost jiné kofeinové přípravky nezvolil nikdo.

Tabulka 19. Množství pití kofeinových přípravků

| | n_i | f_i |
|-----------|-------|-------|
| 1x - 2x | 71 | 53 % |
| 3x - 4x | 49 | 37 % |
| 5x a více | 13 | 10 % |
| Celkem | 133 | 100 % |



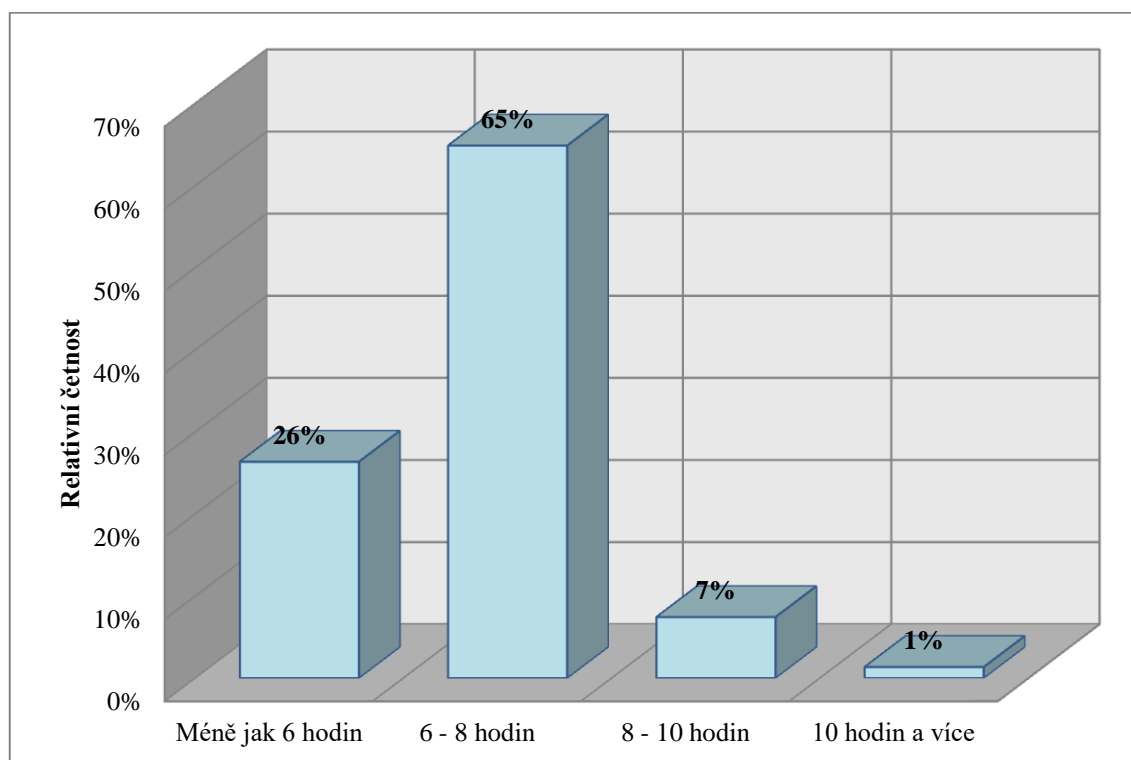
Graf 11. Množství pití kofeinových přípravků

Záměrem bylo zjistit, kolikrát denně NLZP pijí kofeinové přípravky. Z tabulky 19 a grafu 11 vyplývá, že ze 133 (100 %) respondentů pije 71 (53 %) tázaných kofeinové nápoje 1-2x denně. 49 (37 %) tázaných pije kofeinové nápoje 3-4x denně a 13 (10 %) respondentů 5x i vícekrát za den.

4.1.15 Analýza otázky č. 15 „Kolik hodin průměrně denně spíte?“

Tabulka 20. Průměrný počet hodin spánku

| | n_i | f_i |
|------------------|-------|-------|
| Méně jak 6 hodin | 39 | 26 % |
| 6 - 8 hodin | 96 | 65 % |
| 8 - 10 hodin | 11 | 7 % |
| 10 hodin a více | 2 | 1 % |
| Celkem | 148 | 100 % |



Graf 12. Průměrný počet hodin spánku

Tabulka 20 a graf 12 nám ukazují, že 96 (65 %) NLZP spí průměrně 6-8 hodin. 39 (26 %) respondentů uvedlo, že spí méně jak 6 hodin. 8-10 hodin spí 11 (7 %) lidí a pouze dva respondenti uvedli, že spí průměrně 10 hodin i více.

4.1.16 Analýza otázky č. 16 „Trpíte nějakými poruchami spánku?“

Tabulka 21. Poruchy spánku

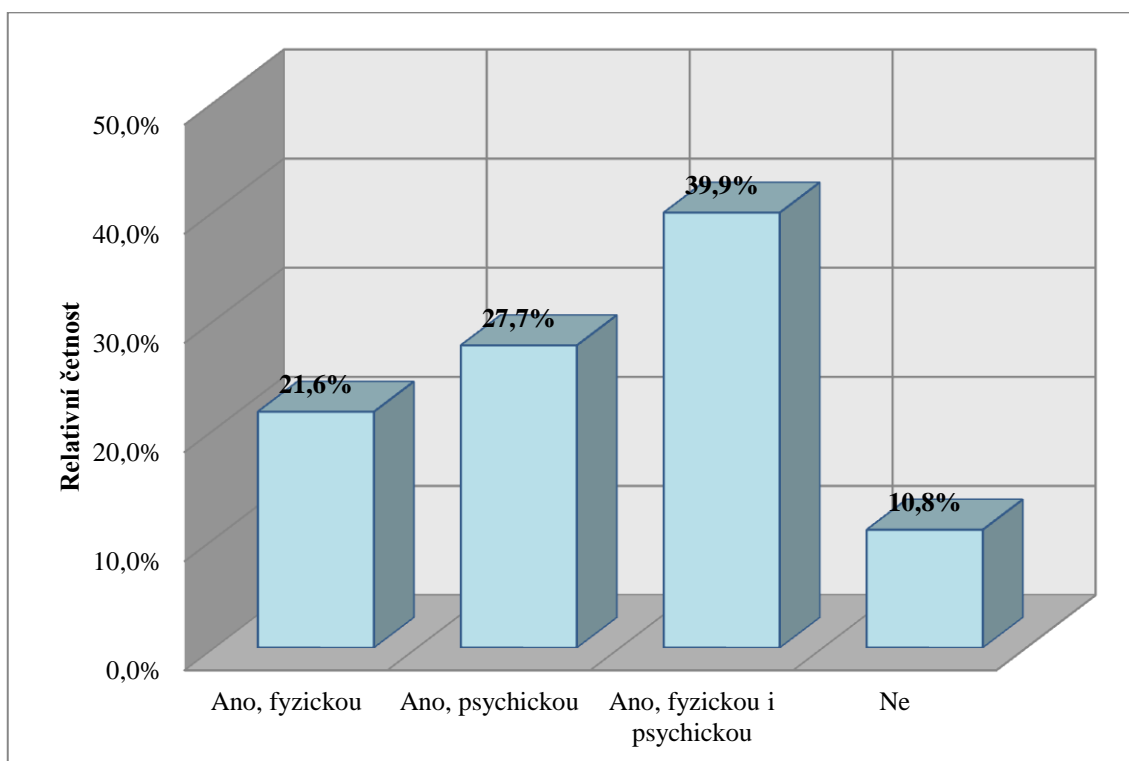
| | n_i | f_i |
|--------|-------|-------|
| Ano | 27 | 18 % |
| Ne | 121 | 82 % |
| Celkem | 148 | 100 % |

Ze sledovaného souboru, 121 (82 %) NLZP nemají žádné problémy se spánkem. 27 (18 %) trpí nějakými poruchami spánku. Výzkumné šetření také zjišťovalo, jakými poruchami spánku NLZP trpí. Nejčastěji byla uváděna nespavost, dále respondenti uvedli, že špatně usínají nebo se často budí během noci.

4.1.17 Analýza otázky č. 17 „Pocítujete únavu v důsledku výkonu povolání?“

Tabulka 22. Únava v důsledku výkonu povolání

| | n_i | f_i |
|----------------------------|-------|--------|
| Ano, fyzickou | 32 | 21,6 % |
| Ano, psychickou | 41 | 27,7 % |
| Ano, fyzickou i psychickou | 59 | 39,9 % |
| Ne | 16 | 10,8 % |
| Celkem | 148 | 100 % |



Graf 13. Únava v důsledku výkonu povolání

Cílem této otázky bylo zjistit, zda NLZP pociťují únavu v důsledku výkonu povolání. 132 (89,2 %) NLZP zvolilo odpověď ano, že pociťují únavu v důsledku výkonu povolání. 59 (39,9 %) pociťuje fyzickou i psychickou únavu, 41 (27,7 %) pociťuje psychickou únavu a 32 (21,6 %) tázaných prožívají fyzickou únavu. 16 (10,8 %) zvolilo odpověď ne, nepociťují tedy fyzickou ani psychickou únavu.

4.1.18 Analýza otázky č. 18 „Prožíváte stres v souvislosti s výkonem povolání?“

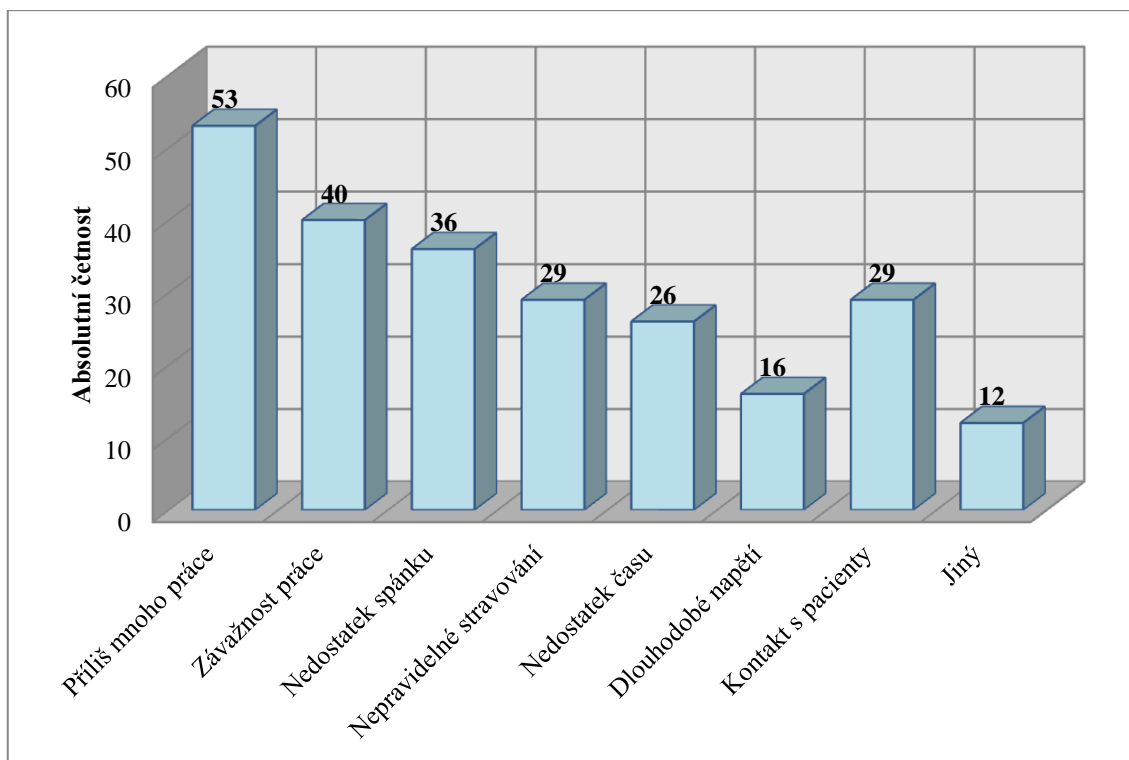
Tabulka 23. Stres

| | n_i | f_i |
|--------|-------|-------|
| Ano | 108 | 73 % |
| Ne | 40 | 27 % |
| Celkem | 148 | 100 % |

V otázce č. 18 měli respondenti odpovědět na otázku, zda prožívají stres v souvislosti s výkonem povolání. 108 (73 %) NLZP odpovědělo, že stres prožívají. 40 (27 %) se vyjádřilo, že stres v souvislosti s výkonem povolání neprožívají.

Tabulka 24. Faktory vyvolávající stres

| | n_i |
|-------------------------|-------|
| Příliš mnoho práce | 53 |
| Závažnost práce | 40 |
| Nedostatek spánku | 36 |
| Nepravidelné stravování | 29 |
| Nedostatek času | 26 |
| Dlouhodobé napětí | 16 |
| Kontakt s pacienty | 29 |
| Jiný | 12 |
| Celkem odpovědí | 241 |



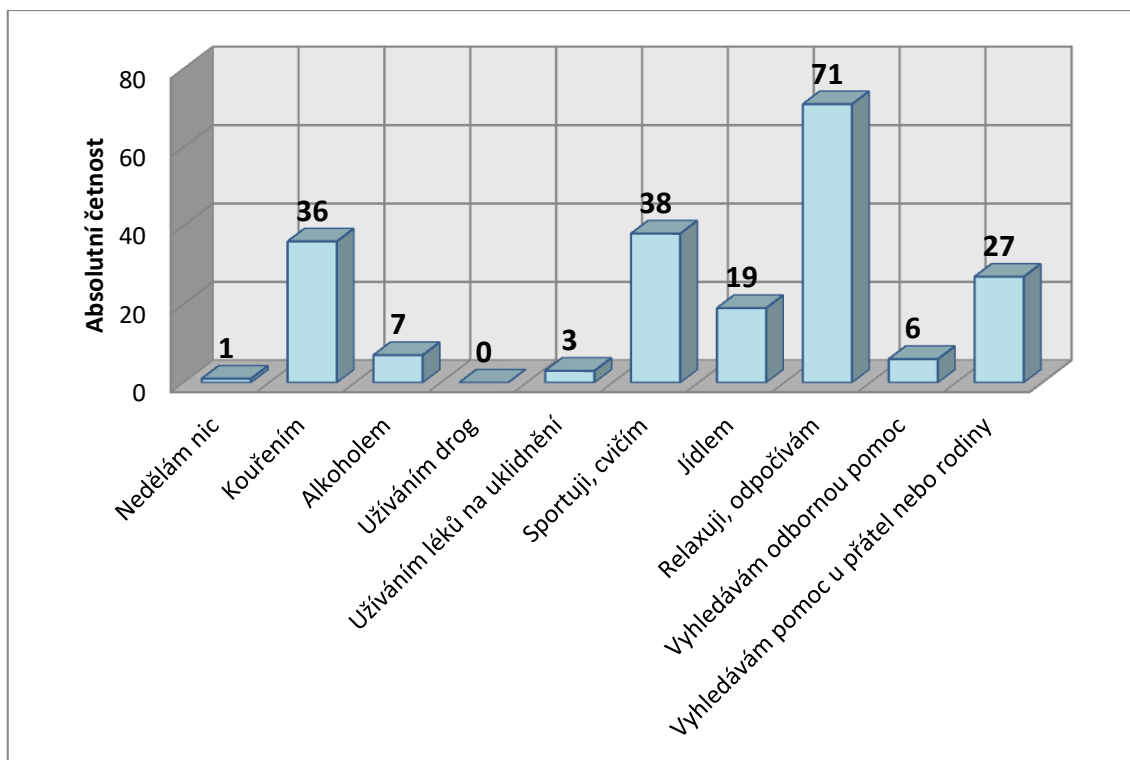
Graf 14. Faktory vyvolávající stres

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří prožívají stres v důsledku výkonu povolání. Respondenti mohli zvolit jednu i více možností. U 53 respondentů vyvolává největší stres příliš mnoho práce. 40 tázaných ovlivňuje závažnost práce, 36 lidí prožívá stres z nedostatku spánku, 29 NLZP trápí nepravidelné stravování, 29 respondentů stresuje kontakt s pacienty. U 26 lidí vyvolává stres nedostatek času a 16 tázaných má stres z dlouhodobého napětí. 12 lidí zvolilo možnost jiný. Mezi jinými faktory vyvolávající stres bylo uváděno např. vysoké nároky a apatie vedení k řešení problémů, kontakt s narkomany a alkoholiky, konflikty s pacienty a rodinnými příslušníky, konflikty s NLZP na emergency, nepravidelné směny a hovory na tísňové lince.

Tabulka 25. Způsoby zvládnání stresu

| | n_i |
|---------------------------------------|-------|
| Nedělám nic | 1 |
| Kouřením | 36 |
| Alkoholem | 7 |
| Užíváním drog | 0 |
| Užíváním léků na uklidnění | 3 |
| Sportuji, cvičím | 38 |
| Jídlem | 19 |
| Relaxuji, odpočívám | 71 |
| Vyhledávám odbornou pomoc | 6 |
| Vyhledávám pomoc u přátel nebo rodiny | 27 |
| Celkem odpovědí | 208 |

Tabulka 25 a graf 15 ukazují, že 71 NLZP stres řeší relaxováním a odpočinkem. Sportem a cvičením se vyrovnává se stresem 38 respondentů. 36 lidí uvedlo, že stres zahání kouřením. Pomoc u přátel nebo rodiny vyhledává 27 NLZP a 6 lidí využívá odbornou pomoc. 19 tázaných zahání stres jídlem. 7 lidí sáhne při stresu po alkoholu a 3 lidi řeší stres léky na uklidnění. Kolonku užívání drog nezvolil žádný z respondentů.



Graf 15. Způsoby zvládnání stresu

4.2 Statistická analýza výsledků

V této kapitole byly ověřovány statistické hypotézy a následně bylo rozhodnuto, kterou z uvedených hypotéz je možné vyloučit či potvrdit. K tomu byla použita statistická metoda chí-kvadrát, test nezávislosti.

Statistické vyhodnocení hypotézy č. 1

H_{10} : Četnost NLZP, kteří kouří, nemá souvislost s výkonem povolání ve zdravotnictví.

H_{1A} : Četnost NLZP, kteří kouří, má souvislost s výkonem povolání ve zdravotnictví.

Tabulka 26. Pozorované četnosti 1

| Kouření | Pozorované četnosti | | |
|---------------------------|-------------------------|--------------------------|--------|
| | Kouření s nástupem (ne) | Kouření s nástupem (Ano) | Celkem |
| Ne | 84 | 0 | 84 |
| Řádková relativní četnost | 100,00 % | 0,00 % | 100 % |
| Ano | 43 | 21 | 64 |
| Řádková relativní četnost | 67,19 % | 32,81 % | 100 % |
| Celkem | 127 | 21 | 148 |

V kontingenční tabulce pozorovaných četností vidíme, že 32,81 % kuřáků začalo kouřit s nástupem do zdravotnictví a 67,19 % kuřáků nezačalo kouřit s nástupem do zdravotnictví.

Tabulka 27. Očekávané četnosti 1

| Kouření | Očekávané četnosti | | |
|---------|-------------------------|--------------------------|--------|
| | Kouření s nástupem (Ne) | Kouření s nástupem (ano) | Celkem |
| Ne | 72,1 | 11,9 | 84,0 |
| Ano | 54,9 | 9,1 | 64,0 |
| Celkem | 127,0 | 21,0 | 148,0 |

V tabulce 27 očekávaných četností vidíme, že podmínky pro test jsou splněny.

Tabulka 28. Statistika H1

| Statistika | Statistika.: Kouření (2) x Kouření s nástupem (2) | | |
|----------------------|---|------|--------|
| | Chí-kvadr. | sv | p |
| Pearsonův chí-kv. | 32,120 | df=1 | p=,000 |
| Fí pro tabulky 2 x 2 | 0,466 | | |

Jelikož je p-hodnota testu nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, zamítáme nulovou hypotézu. **Podařilo se nám tedy prokázat, že nástup do zdravotnictví souvisí s kuřáctvím. Síla závislosti měřená koeficientem Fí značí středně silnou závislost.**

Statistické vyhodnocení hypotézy č. 2

H₂₀: Četnosti prožívaného stresu v důsledku výkonu povolání nemají souvislost s pracovním zařazením NLZP.

H_{2A}: Četnosti prožívaného stresu v důsledku výkonu povolání mají souvislost s pracovním zařazením NLZP.

Tabulka 29. Pozorované četnosti 2

| Pracovní zařazení | Pozorované četnosti | | |
|---------------------------|---------------------|------------|--------|
| | Stres (Ano) | Stres (Ne) | Celkem |
| Zdravotnický záchranář | 51 | 20 | 71 |
| Řádková relativní četnost | 71,83 % | 28,17 % | 100 % |
| Sanitář | 11 | 5 | 16 |
| Řádková relativní četnost | 68,75 % | 31,25 % | 100 % |
| Zdravotnický asistent | 4 | 2 | 6 |
| Řádková relativní četnost | 66,67 % | 33,33 % | 100 % |
| Všeobecná sestra | 32 | 7 | 39 |
| Řádková relativní četnost | 82,05 % | 17,95 % | 100 % |
| Řidič | 10 | 6 | 16 |
| Řádková relativní četnost | 62,50 % | 37,50 % | 100 % |
| Celkem | 108 | 40 | 148 |

V kontingenční tabulce pozorovaných četností vidíme, že většina respondentů vybraných profesí prožívá v zaměstnání stres. Největší podíl je mezi všeobecnými sestrami. 82 % z nich tvrdí, že v zaměstnání prožívá stres.

Tabulka 30. Očekávané četnosti 2

| Pracovní zařazení | Očekávané četnosti | | |
|------------------------|--------------------|------------|--------|
| | Stres (Ano) | Stres (Ne) | Celkem |
| Zdravotnický záchranář | 51,8 | 19,2 | 71,0 |
| Sanitář | 11,7 | 4,3 | 16,0 |
| Zdravotnický asistent | 4,4 | 1,6 | 6,0 |
| Všeobecná sestra | 28,5 | 10,5 | 39,0 |
| Řidič | 11,7 | 4,3 | 16,0 |
| Celkem | 108,0 | 40,0 | 148,0 |

V tabulce 30 očekávaných četností vidíme, že podmínky pro test jsou splněny.

Tabulka 31. Statistika 2

| Statistika | Statistika: Pracovní zařazení (5) x Stres (2) | | |
|-------------------|---|------|---------------|
| | Chí-kvadr. | sv | p |
| Pearsonův chí-kv. | 2,832 | df=4 | p=,586 |

Jelikož je p-hodnota testu vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, nezamítáme nulovou hypotézu. **Nepodařilo se nám tedy prokázat, že stres prožívaný v důsledku výkonu povolání má souvislost s pracovním zařazením NLZP.**

Statistické vyhodnocení hypotézy č. 3

H₃₀: Četnosti pravidelnosti stravování NLZP nemají souvislost s pracovním zařazením

H_{3A}: Četnosti pravidelnosti stravování NLZP mají souvislost s pracovním zařazením.

Tabulka 32. Pozorované četnosti 3

| Pracovní zařazení | Pozorované četnosti | | |
|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------|
| | Pravidelné stravování (Ano) | Pravidelné stravování (Ne) | Celkem |
| Zdravotnický záchranář | 11 | 60 | 71 |
| Řádková relativní četnost | 15,49 % | 84,51 % | 100 % |
| Sanitář | 3 | 13 | 16 |
| Řádková relativní četnost | 18,75 % | 81,25 % | 100 % |
| Zdravotnický asistent | 1 | 5 | 6 |
| Řádková relativní četnost | 16,67 % | 83,33 % | 100 % |
| Všeobecná sestra | 15 | 24 | 39 |
| Řádková relativní četnost | 38,46 % | 61,54 % | 100 % |
| Řidič | 0 | 16 | 16 |
| Řádková relativní četnost | 0,00 % | 100,00 % | 100 % |
| Celkem | 30 | 118 | 148 |

V kontingenční tabulce pozorovaných četností vidíme, že většina respondentů vybraných profesí se nestravuje pravidelně. Největší podíl je mezi řidiči. 100 % z nich tvrdí, že se pravidelně nestravují. Nejmenší podíl je mezi všeobecnými zdravotními sestrami. Mezi nimi se nepravidelně stravuje „pouze“ 61,54 %.

Tabulka 33. Očekávané četnosti 3

| Pracovní zařazení | Očekávané četnosti | | |
|------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------|
| | Pravidelné stravování (Ano) | Pravidelné stravování (Ne) | Celkem |
| Zdravotnický záchranář | 14,4 | 56,6 | 71,0 |
| Sanitář | 3,2 | 12,8 | 16,0 |
| Zdravotnický asistent | 1,2 | 4,8 | 6,0 |
| Všeobecná sestra | 7,9 | 31,1 | 39,0 |
| Řidič | 3,2 | 12,8 | 16,0 |
| Celkem | 30,0 | 118,0 | 148,0 |

V tabulce 33 očekávaných četností vidíme, že podmínky pro test jsou splněny.

Tabulka 34. Statistika 3

| Statistika | Statistika: Pracovní zařazení (5) x Pravidelné stravování (2) | | |
|-------------------|---|------|----------------|
| | Chí-kvadr. | sv | P |
| Pearsonův chí-kv. | 13,127 | df=4 | p=,0107 |
| Cramér. V | 0,298 | | |

Jelikož je p-hodnota testu nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, zamítáme nulovou hypotézu. **Podářilo se nám tedy prokázat, že pravidelné stravování souvisí s pracovním zařazením.** Všeobecné sestry se statisticky významně častěji pravidelně stravují než ostatní povolání a řidiči se statisticky významně častěji pravidelně nestravují než ostatní povolání. **Síla závislosti měřená Cramérovým koeficientem značí slabou závislost.**

Statistické vyhodnocení hypotézy č. 4

H4₀: Četnosti fyzické únavy z výkonu povolání NLZP nemají souvislost s aktivním pohybem ve volném čase.

H4_A: Četnosti fyzické únavy z výkonu povolání NLZP mají souvislost s aktivním pohybem ve volném čase.

Tabulka 35. Pozorované četnosti 4

| Pohybová aktivita | Pozorované četnosti | | | | |
|---------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------------|------------|--------|
| | Únava (ano, psychickou) | Únava (ano, fyzickou) | Únava (ano, psychickou i fyzickou) | Únava (ne) | Celkem |
| Vůbec | 4 | 4 | 10 | 1 | 19 |
| Řádková relativní četnost | 21,05 % | 21,05 % | 52,63 % | 5,26 % | 100 % |
| 1x týdně | 13 | 12 | 20 | 3 | 48 |
| Řádková relativní četnost | 27,08 % | 25,00 % | 41,67 % | 6,25 % | 100 % |
| 2 -3x týdně | 16 | 9 | 24 | 6 | 55 |
| Řádková relativní četnost | 29,09 % | 16,36 % | 43,64 % | 10,91 % | 100 % |
| 4 - 6x týdně | 8 | 7 | 5 | 6 | 26 |
| Řádková relativní četnost | 30,77 % | 26,92 % | 19,23 % | 23,08 % | 100 % |
| Celkem | 41 | 32 | 59 | 16 | 148 |

V kontingenční tabulce pozorovaných četností vidíme, že ti, co nesportují vůbec nebo maximálně 3x týdně, trpí nejčastěji jak psychickou, tak fyzickou únavou. Ti, co sportují více než 4x týdně trpí převážně psychickou únavou.

Tabulka 36. Očekávané četnosti 4

| Pohybová aktivita | Očekávané četnosti | | | | |
|-------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------------|------------|--------|
| | Únava (ano, psychickou) | Únava (ano, fyzickou) | Únava (ano, psychickou i fyzickou) | Únava (ne) | Celkem |
| Vůbec | 5,3 | 4,1 | 7,6 | 2,1 | 19,0 |
| 1x týdně | 13,3 | 10,4 | 19,1 | 5,2 | 48,0 |
| 2 -3x týdně | 15,2 | 11,9 | 21,9 | 5,9 | 55,0 |
| 4 - 6x týdně | 7,2 | 5,6 | 10,4 | 2,8 | 26,0 |
| Celkem | 41,0 | 32,0 | 59,0 | 16,0 | 148,0 |

V tabulce 36 očekávaných četností vidíme, že podmínky pro test jsou splněny.

Tabulka 37. Statistika 4

| Statistika | Statistika: Pohybová aktivita (4) x Únava (4) | | |
|-------------------|---|------|---------------|
| | Chí-kvadr. | sv | p |
| Pearsonův chí-kv. | 10,604 | df=9 | p=,304 |

Jelikož je p-hodnota testu vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05, nezamítáme nulovou hypotézu. **Nepodařilo se nám tedy prokázat, že má pohybová aktivita souvislost s únavou.**

Statistické vyhodnocení hypotézy č. 5

H₅₀: Četnosti délek spánku nemají souvislost s věkem NLZP.

H_{5A}: Četnosti délek spánku mají souvislost s věkem NLZP.

Tabulka 38. Pozorované četnosti 5

| Věk | Pozorované četnosti | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------------|--------|
| | Délka spánku (méně než 6 h) | Délka spánku (6 - 8 h) | Délka spánku (8 - 10 h) | Délka spánku (více než 10 h) | Celkem |
| 18-25 | 4 | 10 | 5 | 1 | 20 |
| Řádková relativní četnost | 20,00 % | 50,00 % | 25,00 % | 5,00 % | 100 % |
| 26-40 | 21 | 56 | 3 | 0 | 80 |
| Řádková relativní četnost | 26,25 % | 70,00 % | 3,75 % | 0,00 % | 100 % |
| 41-55 | 11 | 29 | 2 | 1 | 43 |
| Řádková relativní četnost | 25,58 % | 67,44 % | 4,65 % | 2,33 % | 100 % |
| 56+ | 3 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| Řádková relativní četnost | 60,00 % | 20,00 % | 20,00 % | 0,00 % | 100 % |
| Celkem | 39 | 96 | 11 | 2 | 148 |

V kontingenční tabulce pozorovaných četností vidíme, že více než 10 hodin nespí téměř nikdo. Většina respondentů spí 6 – 8 hod denně.

Pro splnění podmínek dobré aproximace musely být spojeny varianty věku i délky spánku.

Tabulka 39. Pozorování četností 5 - spojení dat

| Věk | Pozorování četností | | | |
|------------------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|--------|
| | Délka spánku (méně než 6 h) | Délka spánku (6 - 8 h) | Délka spánku (více než 8 h) | Celkem |
| 18-25 | 4 | 10 | 6 | 20 |
| Řádková relativní četnost | 20,00 % | 50,00 % | 30,00 % | 100 % |
| 26-40 | 21 | 56 | 3 | 80 |
| Řádková relativní četnost | 26,25 % | 70,00 % | 3,75 % | 100 % |
| 41+ | 14 | 30 | 4 | 48 |
| Řádková relativní četnost | 29,17 % | 62,50 % | 8,33 % | 100 % |
| Celkem | 39 | 96 | 13 | 148 |

Tabulka 40. Očekávané četnosti 5

| Věk | Očekávané četnosti | | | |
|--------|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------|--------|
| | Délka spánku (méně než 6 h) | Délka spánku (6 - 8 h) | Délka spánku (více než 8 h) | Celkem |
| 18-25 | 5,3 | 13,0 | 1,8 | 20,0 |
| 26-40 | 21,1 | 51,9 | 7,0 | 80,0 |
| 41+ | 12,6 | 31,1 | 4,2 | 48,0 |
| Celkem | 39,0 | 96,0 | 13,0 | 148,0 |

V tabulce 40 očekávaných četností vidíme, že podmínky pro test jsou splněny.

Tabulka 41. Statistika 5

| Statistika | Statistika: Věk (3) x Délka spánku (3) | | |
|-------------------|--|------|---------------|
| | Chí-kvadr. | Sv | P |
| Pearsonův chí-kv. | 14,067 | df=4 | p=,007 |
| Cramér. V | 0,218 | | |

Jelikož je p-hodnota testu nižší než zvolená hladina významnosti 0,05, zamítáme nulovou hypotézu. **Podářilo se nám tedy prokázat, že délka spánku souvisí s věkem. Lidé ve věku 18 – 25 let spí statisticky významně častěji déle než 8 hodin než starší lidé. Síla závislosti měřená Cramérovým koeficientem značí slabou závislost.**

5 DISKUZE

Diplomová práce se zabývá životním stylem nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v urgentní medicíně. Bylo provedeno dotazníkové šetření týkající se zkoumané problematiky v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem na Emergency a na Zdravotnické záchranné službě v Ústeckém kraji.

V empirické části diplomové práce jsem se zaměřila na analýzu právě získaných výsledků z dotazníkového šetření a na vyhodnocení stanovených hypotéz. Celkem bylo stanoveno pět hypotéz. Pomocí chí-kvadrátu, testu nezávislosti, bylo zjištěno, zda je hypotéza potvrzena či nikoliv. Potvrzeny byly 3 hypotézy. Podařilo se nám prokázat, že nástup do zdravotnictví souvisí s kuřáctvím. Dále bylo prokázáno, že pravidelné stravování souvisí s pracovním zařazením, a že délka spánku souvisí s věkem NLZP. Naopak nebylo potvrzeno, že stres prožívaný v důsledku výkonu povolání má souvislost s pracovním zařazením NLZP, a že pohybová aktivita ve volném čase má souvislost s fyzickou únavou v důsledku výkonu povolání. Výsledky jsou podrobněji popsány ve statistickém zpracování výsledků a hypotéz. Závěrečná diskuze je organizována podle jednotlivých zkoumaných oblastí, tedy dle dílčích úkolů práce a hypotéz, které se zaměřovaly na posouzení jednotlivých oblastí životního stylu. Výsledná data jsou porovnávána s ostatními výzkumy.

V prvním dílčím cíli jsme zjišťovali, jaké jsou stravovací návyky a pravidelnost stravování u NLZP pracujících v urgentní medicíně. Výsledky výzkumu ukázaly, že 66 (45 %) respondentů se stravuje 3x v průběhu 12 hodinové směny. 33 (22 %) NLZP jí během směny 4x, 26 (18 %) se stravuje 2x, 19 (13 %) jí 5x a více během dne a pouze 4 (3 %) lidí se stravují 1x během směny. Dostálová (2016) doporučuje jíst pestrou stravu rozdělenou do 4-5 denních jídel a nevynechávat snídani. Toto doporučení splňuje 52 (35%) dotázaných. 118 (80 %) respondentů se stravuje nepravidelně a 125 (84 %) odbíhá v pracovní době od jídla. U NLZP pracujících v urgentní medicíně je to dané především nárazovou prací.

Dále jsme zjišťovali, jak NLZP dodržují pitný režim a jaké nápoje upřednostňují. Blahůtková (2009) uvádí, že optimální množství tekutin na den se pohybuje okolo 2 litrů (u dospělého člověka přibližně 40 ml/kg). Analýzou dat bylo zjištěno, že 1-1,5 l a 1,5 – 2,5 l vypije stejný počet NLZP, a to 53 (36 %). 18 (12 %) lidí uvedlo svůj denní příjem tekutin 2,5 l a více. Za velmi znepokojivý stav lze považovat,

že 0,5 – 1 l tekutin přijímá během dne 24 (16 %) dotázaných. Kožíšek (2006) doporučuje pro běžné pití během celého dne pitnou vodu přímo z vodovodního kohoutku nebo vodu balenou (přírodní minerální, pramenitou, kojeneckou a pitnou). Výzkum ukázal, že vodu a minerální vodu preferuje 50 (34 %) NLZP. Mezi nevhodné nápoje patří především různé „soft drinky“: limonády, kolové nápoje, ochucené a slazené minerální vody, energetické nápoje apod. Ochucenou minerální vodu pije 51 (34 %) lidí. 20 (14 %) dotázaných upřednostňuje čaj a 10 (7 %) nejčastěji pije džus a ovocné šťávy. Pouhých 9 (6 %) NLZP preferuje sladké nápoje, 6 (4 %) kávu. Jeden (1 %) respondent uvedl jako hlavní pití energetický nápoj a jeden (1 %) respondent uvedl alkoholický nápoj.

Třetí dílčí cíl posuzoval to, jak NLZP tráví volný čas a zda se pravidelně věnují nějaké pohybové aktivitě. Respondenti nejčastěji uváděli, že svůj volný čas tráví s rodinou, 85. 57krát označili respondenti, že svůj volný čas tráví sportováním. 45 NLZP chodí ve svém volném čase na procházku a 44 dotázaných je jen doma. 36 NLZP tráví čas s přáteli a 33 NLZP navštěvuje kulturní akce. Sledování televize preferuje 28 tázaných a 24 čte ve svém volném čase knihu. 24 respondentů zvolilo kolonku jiné. Mezi jinými aktivitami se nejčastěji objevovala práce na zahradě a na domě, venčení psa či vedlejší práce. Janoušková (2012) uvádí ve své diplomové práci, že NLZP tráví svůj čas nejčastěji sledováním televize, 97 (15,28 %), což nelze ztotožnit s výsledky mé práce. Sledování televize bylo až na 7. místě. Co se týče pohybové aktivity, 19 (13 %) dotázaných uvedlo, že pohybovou aktivitu vůbec nevykonávají. Nejčastějšími uváděnými důvody, proč lidé nesportují, byla lenost, zdravotní důvody a nedostatek času. NLZP, kteří uvedli, že sportují 1x týdně bylo 48 (32%), 2-3x týdně sportuje 55 (37 %) respondentů a 4-6x týdně provádí pohybovou aktivitu 26 (18 %) dotázaných. V souladu s dokumenty Světové zdravotnické organizace doporučuje Evropská unie a její členské státy dospělým a seniorům nejméně 30 minut středně zatěžující pohybové aktivity 5x týdně. Toto doporučení dodržuje pouze 18 % respondentů.

Čtvrtý dílčí cíl zkoumal, zda NLZP kouří cigarety a v jakém množství, zda začali s nástupem do zdravotnictví a jestli by chtěli s kouřením přestat. Výzkum prokázal, že 64 (43 %) NLZP kouří cigarety. Z 64 kuřáků začalo kouřit s nástupem do zdravotnictví 21 (33 %). 43 (67 %) respondentů uvedlo, že nástup do zdravotnictví neměl vliv na jejich užívání tabáku. 24 (39 %) kuřáku by chtělo s kouřením tabáku přestat. 39 (61 %) NLZP se vyjádřilo, že s kouřením tabáku přestat nechťejí. 8 (13 %) respondentů kouří 5 a méně

cigaret denně. 20 (31 %) NLZP uvedlo, že vykouří během dne 5-10 cigaret. 11-20 cigaret denně kouří 17 (27 %) lidí a nad 20 cigaret denně vykouří 19 (30 %) respondentů.

Dále jsme posuzovali, jestli NLZP pijí kofeinové nápoje, které upřednostňují a kolikrát denně je pijí. Prostřednictvím dotazníkového šetření bylo zjišťováno, kolik respondentů pije kofeinové přípravky. Výsledky daného šetření uvádí, že 133 (90 %) NLZP pije kofeinové nápoje. Pouhých 15 (10 %) respondentů uvedlo, že nepije žádné přípravky s obsahem kofeinu. 113 (53 %) NLZP pije kávu. 55 (26 %) tázaných pije černý nebo zelený čaj, 29 (14 %) pije kolu a 16 (8 %) lidí upřednostňuje energetický nápoj. Dalším záměrem bylo zjistit, kolikrát denně NLZP pijí kofeinové přípravky. Ze 133 (100%) respondentů pije 71 (53 %) tázaných kofeinové nápoje 1-2x denně. 49 (37 %) tázaných pije kofeinové nápoje 3-4x denně a 13 (10 %) respondentů 5x i vícekrát za den. Kožíšek (2006) uvádí, že kofeinové nápoje nejsou součástí pitného režimu (nelze je počítat do potřebného denního objemu tekutin), mohou být pouze chuťovým doplňkem stravy. Rozhodně by se měly užívat s mírou a káva by se měla pít vždy se sklenicí čisté vody.

Šestý dílčí cíl mapuje kvalitu a kvantitu spánku u NLZP. Ze sledovaného souboru, 121 (82 %) NLZP nemá žádné problémy se spánkem. 27 (18 %) trpí nějakými poruchami spánku. Výzkumné šetření také zjišťovalo, jakými poruchami spánku NLZP trpí. Nejčastěji byla uváděna nespavost, dále respondenti uvedli, že špatně usínají nebo se často budí během noci. Co se týče kvantity, z výzkumu vyplývá, že 96 (65 %) NLZP spí průměrně 6-8 hodin. 39 (26 %) respondentů uvedlo, že spí méně jak 6 hodin. 8-10 hodin spí 11 (7 %) lidí a pouze dva respondenti uvedli, že spí průměrně 10 hodin i více. Borzová (2009) doporučuje průměrnou dobu spánku u dospělého člověka okolo osmi hodin. Doporučení splňuje 72 % NLZP.

Sedmý dílčí cíl zjišťuje, jestli NLZP pocítují únavu v důsledku výkonu povolání. 132 (89,2 %) NLZP odpovědělo, že pocítují únavu v důsledku výkonu povolání. 59 (39,9 %) pocítuje fyzickou i psychickou únavu, 41 (27,7 %) pocítuje psychickou únavu a 32 (21,6 %) tázaných prožívají fyzickou únavu. 16 (10,8 %) zdravotníků nepocítuje fyzickou ani psychickou únavu.

Poslední dílčí cíl hodnotí, zda NLZP prožívají stres v souvislosti s výkonem povolání. 108 (73 %) NLZP odpovědělo, že stres prožívají. 40 (27 %) se vyjádřilo, že stres v souvislosti s výkonem povolání neprožívají. Na otázku: „Který z faktorů ve vás vyvolává největší stres“ odpovídali pouze respondenti, kteří prožívají stres v důsledku výkonu

povolání. Respondenti mohli zvolit jednu i více možností. U 53 respondentů vyvolává největší stres příliš mnoho práce. 40 tázaných ovlivňuje závažnost práce, 36 lidí prožívá stres z nedostatku spánku, 29 NLZP trápí nepravidelné stravování, 29 respondentů stresuje kontakt s pacienty. U 26 lidí vyvolává stres nedostatek času a 16 tázaných má stres z dlouhodobého napětí. 12 lidí zvolilo možnost jiný. Mezi jinými faktory vyvolávající stres bylo uváděno např. vysoké nároky a apatie vedení k řešení problémů, kontakt s narkomany a alkoholiky, konflikty s pacienty a rodinnými příslušníky, konflikty s NLZP na emergency, nepravidelné směny a hovory na tísňové lince. 71 NLZP stres řeší relaxováním a odpočinkem. Sportem a cvičením se vyrovnává se stresem 38 respondentů. 36 lidí uvedlo, že stres zahání kouřením. Pomoc u přátel nebo rodiny vyhledává 27 NLZP a 6 lidí využívá odbornou pomoc. 19 tázaných zahání stres jídlem. 7 lidí sáhne při stresu po alkoholu a 3 lidi řeší stres léky na uklidnění.

První diskuze k výzkumné otázce a hypotéze (H1)

První výzkumná otázka se ptala, zda existuje závislost mezi kouřením a výkonem povolání ve zdravotnictví, při čemž v první hypotéze jsme předpokládali, že četnost NLZP, kteří kouří, má souvislost s výkonem povolání ve zdravotnictví. Výsledky potvrdily alternativní hypotézu, že kouření má souvislost s výkonem povolání ve zdravotnictví a vyvrátily nulovou hypotézu.

Bylo zjištěno, že 64 (43 %) NLZP kouří cigarety, oproti tomu větší část, tedy 84 (57 %) cigarety nekouří. Z 64 kuřáků začalo kouřit s nástupem do zdravotnictví 21 (33 %) NLZP. 43 (67 %) respondentů uvedlo, že nástup do zdravotnictví neměl vliv na jejich kouření cigaret. 36 zdravotníků uvedlo, že se se stresem prožívajícím v důsledku výkonu povolání vyrovnávají kouřením.

Janoušková (2012) uvádí ve své diplomové práci, že z celkového počtu 215 (100 %) NLZP kouří pravidelně, příležitostně nebo kouřilo a kouřit přestalo 106 (50,30 %). 109 (50,30 %) respondentů uvedlo, že nikdy nekouřilo. Ze 106 NLZP začalo 44 (41,51 %) kouřit s nástupem do zdravotnictví.

Státní zdravotní ústav (2016) uvádí, že současných kuřáků tabáku v ČR v roce 2015 bylo celkem 24,1 % populace, což představuje oproti roku 2014 (31,3 %) statisticky významný pokles o 6,2 %. Více než tři čtvrtiny představovali denní kuřáci.

Druhá diskuze k výzkumné otázce a hypotéze (H2)

Druhá výzkumná otázka se tázala, zda existuje závislost mezi pracovním zařazením NLZP a prožívaným stresem v důsledku výkonu povolání. Alternativní hypotéza předpokládala, že četnosti prožívaného stresu v důsledku výkonu povolání mají souvislost s pracovním zařazením NLZP. Výsledky zamítly alternativní hypotézu a potvrdily hypotézu nulovou. Nebyla tedy zaznamenána souvislost mezi pracovním zařazením NLZP a prožívaným stresem v důsledku výkonu povolání.

108 (73 %) NLZP odpovědělo, že prožívají stres v důsledku výkonu povolání. 40 (27 %) se vyjádřilo, že stres v povolání nepocítují. Ze 108 respondentů prožívá stres 51 zdravotnických záchranářů, 32 všeobecných sester, 11 sanitářů, 10 řidičů a 4 zdravotničtí asistenti. 53 respondentů uvedlo, že největší stres v nich vyvolává příliš mnoho práce, 40 tázaných je ovlivněno závažností práce, 36 lidí prožívá stres z nedostatku spánku, 29 NLZP trápí nepravidelné stravování, 29 respondentů stresuje kontakt s pacienty. U 26 lidí vyvolává stres nedostatek času a 16 tázaných má stres z dlouhodobého napětí. 12 lidí zvolilo možnost jiný.

Šeblová (2005) uvádí, že jistá míra zátěže a stresu k práci na záchranné službě nedílně patří. Opakované vystavení zátěžové situaci s následným zvládnutím této zátěže vede většinou ke snížení náročnosti stresové reakce a stresové odpovědi a dochází tak k efektivnější adaptaci. Šeblová ve své studii zkoumala stresující faktory na zdravotnické záchranné službě. Nejčastěji je mezi stresory uvedeno „smrt a KPR dítěte nebo mladých lidí“, a to u 31 % souboru. Na druhém místě v četnosti je „hromadné a závažné dopravní nehody“, uvedlo 14,5 % respondentů. Pracovní přetížení a vztahy na pracovišti zaujímají shodně třetí příčku četnosti výskytu (12 %). Mezi stresory se dále vyskytovaly zneužití ZZS, finanční a společenské ohodnocení, řízení podniku, čekání na výjezd, zodpovědnost a neochota nemocnic přijmout pacienta.

Třetí diskuze k výzkumné otázce a hypotéze (H3)

Předmětem třetí výzkumné otázky bylo, zda existuje souvislost mezi pravidelností stravování NLZP a pracovním zařazením. Alternativní hypotéza předpokládala, že četnosti pravidelnosti stravování NLZP mají souvislost s pracovním zařazením. Výsledky potvrdily alternativní hypotézu, podařilo se nám prokázat, že pravidelné stravování souvisí s pracovním zařazením. Všeobecné sestry se statisticky významně častěji pravidelně

stravují než ostatní povolání a řidiči se statisticky významně častěji pravidelně nestravují než ostatní povolání.

Studie ukazuje, že v pravidelných intervalech se stravuje pouze 30 NLZP (20 %). Nepravidelně se stravuje 118 (80 %) dotázaných. 15 všeobecných sester uvedlo, že se stravuje pravidelně, naopak žádný řidič neuvedl, že by se stravoval pravidelně.

Janoušková (2012) ve své diplomové práci uvádí, že 108 (50,23 %) NLZP se v průběhu pracovní doby stravuje pravidelně pouze občas. Za znepokojivý stav se dá považovat, že téměř třetina - 69 (32,29 %) respondentů se pravidelně nestravuje nikdy. Pravidelně se v průběhu pracovní doby stravuje pouze 38 (17,67 %) dotázaných, což lze srovnat s naším výzkumem, kdy se v pravidelných intervalech stravuje pouze 20 %.

Čtvrtá diskuze k výzkumné otázce a hypotéze (H4)

Čtvrtá výzkumná otázka se zabývala tím, zda existuje souvislost mezi fyzickou únavou z výkonu povolání a aktivním pohybem ve volném čase. V alternativní hypotéze jsme předpokládali, že četnosti fyzické únavy z výkonu povolání NLZP mají souvislost s aktivním pohybem ve volném čase. Alternativní hypotéza byla zamítnuta, nepodařilo se nám tedy prokázat, že má pohybová aktivita souvislost s únavou.

Studie ukazuje, že 132 (89,2 %) NLZP pociťuje buď únavu fyzickou, psychickou nebo obě zároveň. 32 (21,6 %) zdravotníků pociťuje pouze fyzickou únavu, 41 (27,7 %) psychickou únavu a 59 (39,9 %) NLZP prožívá jak psychickou únavu, tak i fyzickou. Z 91 (100%) respondentů prožívajících fyzickou únavu, vůbec nebo 1x týdně vykonává pohybovou aktivitu 46 (51 %) NLZP, 2-3x týdně sportuje 33 (36 %) tázaných a pouze 12 (13 %) lidí vykonává pohyb 4-6x týdně. Psychicky unavených z výkonu povolání je 100 (100 %) respondentů. 47 (47 %) z nich vykonává pohybovou aktivitu 1x týdně nebo vůbec, 40 (40 %) 2-3x týdně a 13 (13 %) 4-6x týdně.

Pátá diskuze k výzkumné otázce a hypotéze (H5)

Pátá výzkumná otázka se tázala, zda existuje souvislost mezi délkou spánku a věkem NLZP. Alternativní hypotéza předpokládala, že četnosti délek spánku mají souvislost s věkem NLZP. Alternativní hypotézu se podařilo prokázat, délka spánku souvisí s věkem. Pracovníci ve věku 18 – 25 let spí statisticky významně častěji déle než 8 hodin a zároveň déle než jejich starší kolegové.

Výsledky výzkumu ukazují, že 39 (26 %) NLZP spí průměrně méně jak 6 hodin, 96 (65 %) spí průměrně 6-8 hodin, 11 (7 %) dotázaných spí průměrně 8-10 hodin a pouhý 2 (1 %) respondenti odpověděli, že spí 10 hodin a více.

Borzová (2009) uvádí, že průměrná doba spánku u dospělého člověka by se měla pohybovat okolo osmi hodin. Avšak potřeba spánku je individuální a je geneticky daná. Potřeba spánku je ovlivněna denní aktivitou, věkem a vnitřními změnami. Stárnutím se doba spánku zkracuje a současně přibývá spánkových poruch. Čím je člověk starší, tím je spánek lehčí a kratší a častěji a na delší dobu se v noci probouzí. Tato fakta byla potvrzena i naší studií, že lidé mladšího věku spí statisticky významně déle než starší lidé.

ZÁVĚR

Téma diplomové práce, které se zabývá životním stylem NLZP pracujících v urgentní medicíně, jsem zvolila, abych zjistila, jak profese ovlivňuje životní styl NLZP. Jaký životní styl si člověk zvolí, může do určité míry ovlivňovat jeho zdravotní stav.

Teoretická část práce objasňuje poznatky z oblasti výživy, pohybové aktivity, návykového chování a závislostí, stresu a spánku. Jednotlivé kapitoly a podkapitoly teoretické části korespondují s dílčími cíli práce. Empirická část se věnovala výzkumným otázkám a hypotézám.

Výzkum byl realizován na Emergency v Krajské zdravotní a.s. v Ústí nad Labem a na Zdravotnické záchranné službě Ústeckého kraje. K hodnocení dat byl zvolen kvantitativní výzkum, dotazníkové šetření. Do výzkumu bylo zahrnuto 67 NLZP z urgentního příjmu a 81 NLZP ze Zdravotnické záchranné služby. Vlastnímu výzkumu předcházelo pilotní šetření. Pro potřeby práce bylo zvoleno pět výzkumných problémů.

Samotná studie na podkladě hypotéz potvrdila, že nástup do zdravotnictví souvisí s kouřením tabáku. Dále, že pravidelné stravování během výkonu povolání souvisí s pracovním zařazením a spojitost se také prokázala mezi délkou spánku a věkem NLZP. Naopak se nepodařilo prokázat, že prožívaný stres v důsledku výkonu povolání má souvislost s pracovním zařazením NLZP. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že pohybová aktivita ve volném čase nemá souvislost s fyzickou únavou z výkonu povolání.

Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že zdravotníci mají v dodržování zdravého životního stylu jisté nedostatky. Hlavním problémem a nejrizikovějším faktorem životního stylu je kouření tabáku, které způsobuje zbytečná a předčasná onemocnění a úmrtí. U NLZP pracujících v urgentní medicíně kouří 43 % dotázaných. Dalším problémem je nízká pohybová aktivita, vůbec nebo pouze 1x týdně se pohybu věnuje 45 % respondentů.

Na závěr bych nelékařským zdravotnickým pracovníkům doporučila, aby zhodnotili svůj životní styl a zaměstnavatelům, aby podporovali zdravý životní styl svých zaměstnanců.

SOUHRN

FIBIGROVÁ, M. *Životní styl nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v urgentní medicíně*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta, katedra antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí práce Mgr. Jakub Fibigr. Olomouc. 2017. 109 s.

Diplomová práce se věnuje životnímu stylu nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP) pracujících v urgentní medicíně. Hlavním cílem práce je zhodnotit životní styl NLZP.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je poskytnut stručný náhled do problematiky zdraví a jednotlivých oblastí životního stylu jako je výživa, pitný režim, pohybová aktivita, návykové chování, stres a spánek. Empirická část se věnuje výsledkům samotného šetření, které jsme získali pomocí kvantitativního výzkumu, dotazníkovým šetřením. Výzkumným souborem byli NLZP pracující na urgentním příjmu a na zdravotnické záchranné službě. Celkem se výzkumu zúčastnilo 148 respondentů. Na základě výzkumu se nám podařilo prokázat, že nástup do zdravotnictví souvisí s kuřáctvím. Dále bylo zjištěno, že prožívaný stres v důsledku výkonu povolání nemá souvislost s pracovním zařazením NLZP. A naopak se podařilo prokázat, že pravidelné stravování během výkonu povolání s pracovním zařazením souvisí. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že pohybová aktivita ve volném čase nemá souvislost s fyzickou únavou z výkonu povolání. V neposlední řadě, se práce zabývala závislostí mezi délkou spánku a věkem NLZP, u kterých byla prokázána spojitost.

SUMMARY

FIBIGROVÁ, M. The lifestyle of paramedics working in the emergency department. Diploma thesis. Palacký University Olomouc. Faculty of Education, Department of Anthropology and Health Education. Supervisor Mgr. Jakub Fibigr. Olomouc. 2017. 109 s.

The diploma thesis is dedicated to the lifestyle of paramedical staff (PS) working in emergency medicine. The main objective is to evaluate the lifestyle of PS.

The work is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical section provides a brief insight into the health and lifestyle of the individual areas such as nutrition, fluid intake, physical activity, addictive behaviour, stress and sleep. The empirical part deals with the actual results of research that I gained through quantitative survey questionnaires. The research group of PS were working in the emergency department and the medical rescue service. A total of 148 respondents participated in the study. Based on the research we proved that taking up work in health care related to smoking. Furthermore, it was found that experiencing stress due to the profession is not related to job title of PS. Conversely, it can be proven that regular meals during the practice of the profession related with a job title. The research has found that physical activity in leisure time is not related to physical fatigue of the profession. Finally, the work dealt with relationship between sleep duration and age of PS. It was proved that there is a connection between both of them.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. ASTL, Jaromír, Eliška ASTLOVÁ a Eva MARKOVÁ. *Jak jíst a udržet si zdraví, aneb, Vyvážený zdravý životní styl pro každý den: příručka poradce*. Praha: Maxdorf, 2009. ISBN 978-80-7345-175-2.
3. BEDNÁŘOVÁ, Jana. Urgentní příjem Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem. *Urgentní medicína*. 2015, 18(2), 48-50. ISSN 1212-1924.
4. BLAHUTKOVÁ, Marie. *Pohybem proti civilizačním chorobám*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5110-2.
5. BORZOVÁ, Claudia. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2978-7.
6. BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5333-1.
7. BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
8. BYDŽOVSKÝ, Jan. *Akutní stavy v kontextu*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7254-815-6.
9. CORRAO, Giovanni, Vincenzo BAGNARDI, Antonella ZAMBON a Carlo LA VECCHIA. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*. 2004, 38, 613-619.
10. CSÉMY, Ladislav a Hana SOVINOVÁ. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-707-1230-9.

11. ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2860-5.
12. DOSTÁLOVÁ, Jana a Marie KUNEŠOVÁ. Společnost pro výživu. *Zdravá třináctka – stručná výživová doporučení pro širokou veřejnost* [online]. 2006 [cit. 2016-06-10]. Dostupné z: <http://www.vyzivaspol.cz/zdrava-trinactka-strucna-vyzivova-doporuceni-pro-sirokou-verejnost/>
13. HŘIVNOVÁ, Michaela. *Stěžejní aspekty výchovy ke zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2503-0.
14. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
15. IVERSEN, Leslie L. *Léky a drogy: průvodce pro každého*. Přeložil Ivan KMÍNEK. Praha: Dokořán, 2006. ISBN 80-7363-061-3.
16. JANOUŠKOVÁ, Kateřina. *Životní styl nelékařských zdravotnických pracovníků*. Olomouc, 2011. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Jana Majerová.
17. JOPP, Andreas. *Vitaminy a stopové prvky pro zdraví: optimalizace látkové výměny: význam pro imunitní a nervový systém: osobní program minerálních látek*. Praha: Eminent, 2014. ISBN 978-80-7281-489-3.
18. KOŽÍŠEK, František. *Pitný režim*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2006.
19. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8551-2.
20. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
21. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3433-0.

22. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5351-5.
23. MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3600-6.
24. MEGGIE, B. a M.D. COVINGTON. Omega-3 Fatty Acids. *American Family Physician*. 2004, 1, 133-140.
25. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
26. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3918-2.
27. MÜLLEROVÁ, Dana. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech: z pohledu jednotlivce i populačních skupin*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-421-7.
28. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
29. PELCLOVÁ, Jana. *Pohybová aktivita v životním stylu dospělé a seniorské populace České republiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4750-6.
30. PÍŤHA, Jan a Rudolf POLEDNE. *Zdravá výživa pro každý den*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2488-1.
31. Pomoc v závislosti. *Poruchy vyvolané požíváním alkoholu* [online]. 2011 [cit. 2016-09-12]. Dostupné z: <http://www.pomocvzavislosti.cz/cs/akt/zdravotni-dusledky-nadmerneho-piti-alkoholu>
32. REMEŠ, Roman a Silvia TRNOVSKÁ. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4530-5.
33. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.
34. SHEARER, MJ. Vitamin K. *The Lancet*. 1995, 345, 229-234.

35. SOVINOVÁ, Hana a Ladislav CSÉMY. *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014* [online]. Státní zdravotní ústav, 2015 [cit. 2016-07-10]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/MUDr._Kernova/Uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_CR_2014.pdf
36. SOVINOVÁ, Hana a Ladislav CSÉMY. *Užívání tabáku v České republice 2015* [online]. Státní zdravotní ústav, 2016 [cit. 2016-07-10]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/Uzivani_tabaku2015.pdf
37. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.
38. ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4434-6.
39. ŠEBLOVÁ, Jana a Vladimír KEBZA. Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb - výsledky první části studie. *Urgentní medicína*. 2005, **8**(1), 27-29. ISSN 1212-1924.
40. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
41. VĚVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.
42. *Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje* [online]. [cit. 2016-06-21]. Dostupné z: <http://www.zzsuk.cz/zdravotnicka-zachranna-sluzba-usteckeho-kraje/>

SEZNAM SYMBOLŮ A ZKRATEK

AMK - Aminokyseliny

ARIP - Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče

ARO - Anesteziologicko-resuscitační oddělení

BMI - Body mass index

EEG - Elektroencefalogram

HDL – High density lipoproteins

JIP – Jednotka intenzivní péče

KAPIM - Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny

KPR – Kardiopulmonální resuscitace

LDL – Low density lipoproteins

LZS – Letecká záchranná služba

NLZP – Nelékařští zdravotničtí pracovníci

REM - Rapid eye movement

RLP – Rychlá lékařská pomoc

RZP – Rychlá zdravotnická pomoc

SZU – Státní zdravotní ústav

UPV – Umělá plicní ventilace

WHO – World health organization

ZOS – Zdravotnické operační středisko

ZS – Zdravotnická služba

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

ZSSÚK – Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka 1. Pohlaví | 46 |
| Tabulka 2. Věkové kategorie | 46 |
| Tabulka 3. Místo výkonu povolání | 47 |
| Tabulka 4. Pracovní zařazení | 48 |
| Tabulka 5. Vzdělání | 50 |
| Tabulka 6. Stravování v průběhu směny | 51 |
| Tabulka 7. Pravidelnost stravování | 52 |
| Tabulka 8. Odbíhání od jídla | 52 |
| Tabulka 9. Množství tekutin | 53 |
| Tabulka 10. Nápoje | 54 |
| Tabulka 11. Aktivity ve volném čase | 56 |
| Tabulka 12. Množství pohybové aktivity | 58 |
| Tabulka 13. Kouření cigaret | 59 |
| Tabulka 14. Kouření s nástupem do zdravotnictví | 59 |
| Tabulka 15. Chtěl byste přestat s kouřením? | 60 |
| Tabulka 16. Počet cigaret na den | 60 |
| Tabulka 17. Pití kofeinových přípravků | 61 |
| Tabulka 18. Kofeinové přípravky | 62 |
| Tabulka 19. Množství pití kofeinových přípravků | 63 |
| Tabulka 20. Průměrný počet hodin spánku | 64 |
| Tabulka 21. Poruchy spánku | 65 |
| Tabulka 22. Únava v důsledku výkonu povolání | 65 |
| Tabulka 23. Stres | 67 |
| Tabulka 24. Faktory vyvolávající stres | 67 |
| Tabulka 25. Způsoby zvládnání stresu | 69 |
| Tabulka 26. Pozorované četnosti 1 | 71 |
| Tabulka 27. Očekávané četnosti 1 | 72 |
| Tabulka 28. Statistika H1 | 72 |
| Tabulka 29. Pozorované četnosti 2 | 73 |
| Tabulka 30. Očekávané četnosti 2 | 74 |

| | |
|---|----|
| Tabulka 31. Statistika 2 | 74 |
| Tabulka 32. Pozorované četnosti 3 | 75 |
| Tabulka 33. Očekávané četnosti 3 | 76 |
| Tabulka 34. Statistika 3 | 76 |
| Tabulka 35. Pozorované četnosti 4 | 77 |
| Tabulka 36. Očekávané četnosti 4 | 78 |
| Tabulka 37. Statistika 4 | 78 |
| Tabulka 38. Pozorované četnosti 5 | 79 |
| Tabulka 39. Pozorování četností 5 - spojení dat | 80 |
| Tabulka 40. Očekávané četnosti 5 | 80 |
| Tabulka 41. Statistika 5 | 81 |

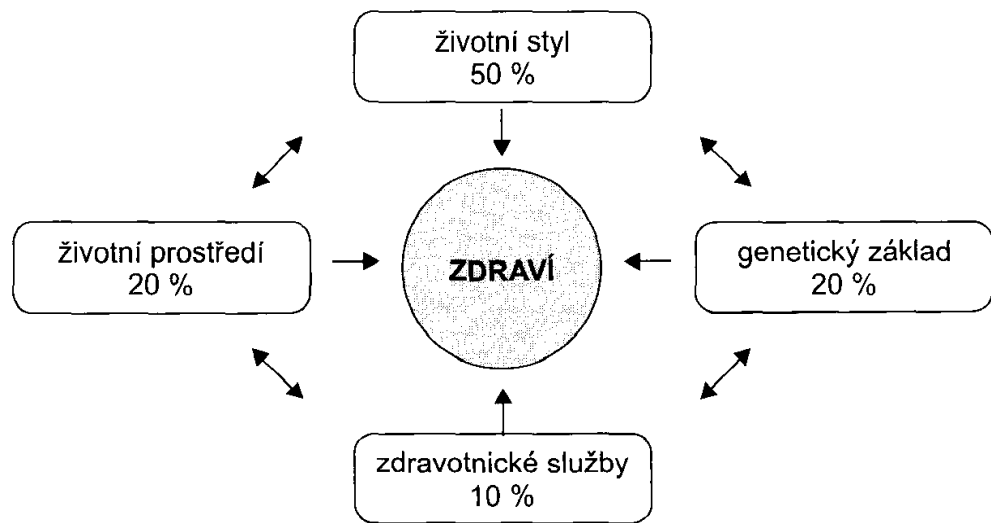
SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--|----|
| Graf 1. Věkové kategorie..... | 47 |
| Graf 2. Pracovní zařazení..... | 49 |
| Graf 3. Vzdělání..... | 50 |
| Graf 4. Stravování v průběhu směny | 51 |
| Graf 5. Množství tekutin..... | 53 |
| Graf 6. Nápoje..... | 55 |
| Graf 7. Aktivity ve volném čase | 57 |
| Graf 8. Množství pohybové aktivity | 58 |
| Graf 9. Počet cigaret na den..... | 61 |
| Graf 10. Kofeinové přípravky..... | 62 |
| Graf 11. Množství pití kofeinových přípravků | 63 |
| Graf 12. Průměrný počet hodin spánku | 64 |
| Graf 13. Únava v důsledku výkonu povolání | 66 |
| Graf 14. Faktory vyvolávající stres..... | 68 |
| Graf 15. Způsoby zvládnání stresu | 70 |

SEZNAM PŘÍLOH A PŘÍLOHY

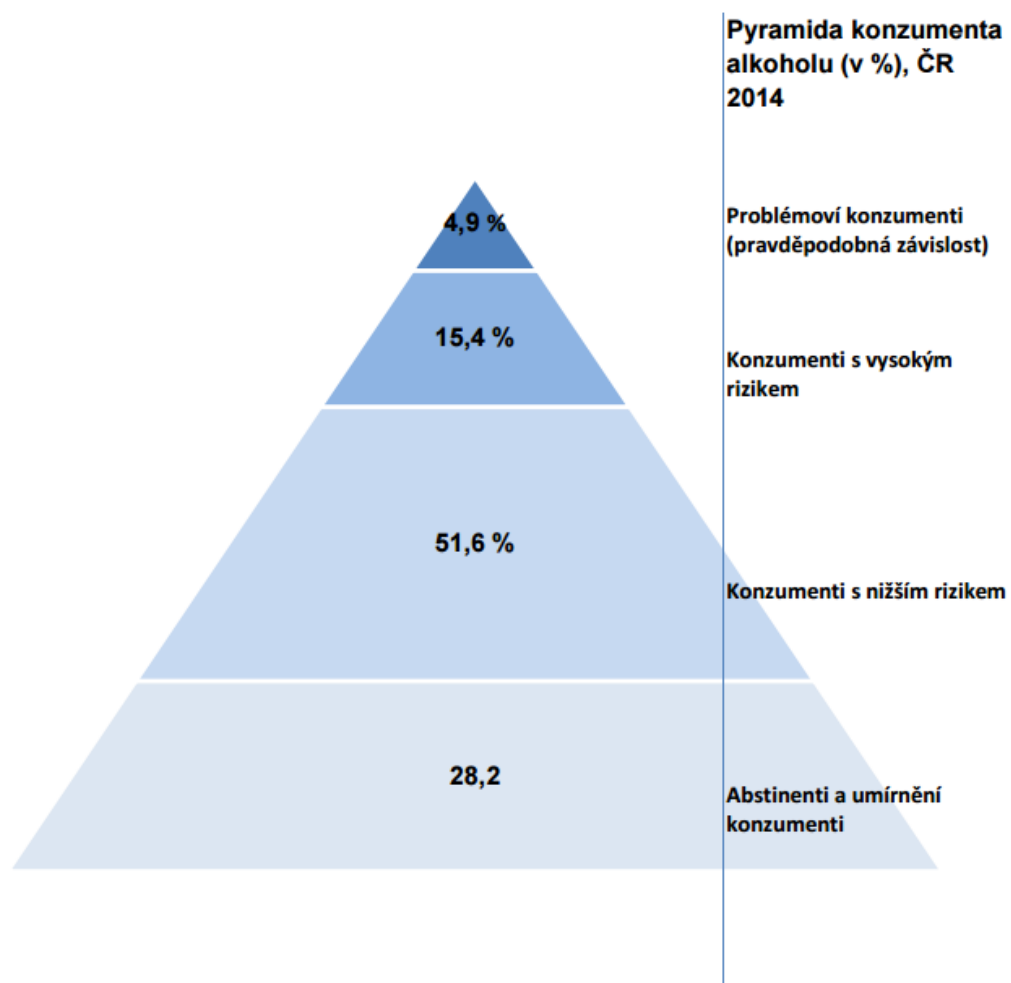
| | |
|--|-----|
| Příloha 1 Determinanty zdraví | 101 |
| Příloha 2 Pyramida konzumenta alkoholu | 102 |
| Příloha 3 Dotazník | 103 |

Příloha 1 Determinanty zdraví



Zdroj: Machová, 2009, s. 8

Příloha 2 Pyramida konzumenta alkoholu



Zdroj: Sovinová, 2015, s. 26

Příloha 3 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Fibigrová a jsem studentka oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Univerzitě Palackého v Olomouci. Provádím výzkum, který se zabývá problematikou **životního stylu nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v urgentní medicíně**. Tento výzkum je součástí mé diplomové práce. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela dobrovolný a anonymní.

V dotazníku označte prosím pouze jednu možnost, není-li uvedeno jinak.

Děkuji **Michaela Fibigrová**

1. Vaše pohlaví

- Žena
- Muž

2. Váš věk

- 18 - 25 let
- 26 – 40 let
- 41 – 55 let
- 56 let a více

3. Kde vykonáváte vaše povolání?

- V Krajské zdravotní, a.s. na Emergency
- Na Zdravotnické záchranné službě Ústeckého kraje

4. Jaké je vaše pracovní zařazení?

- Sanitář
- Řidič
- Zdravotnický asistent
- Zdravotnický záchranář
- Všeobecná sestra
- Jiné _____

5. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- Základní
- Středoškolské bez maturity /vyučen
- Středoškolské s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

6. Kolikrát se stravujete v průběhu směny?

- 1x
- 2x
- 3x
- 4x
- 5x a více

7. Jíte v pravidelných intervalech?

- Ano
- Ne, proč _____

8. Odbíháte v pracovní době od jídla?

- Ano
- Ne

9. Jaké množství tekutin vypijete v průběhu pracovní doby?

- 0,5 – 1l
- 1 – 1,5l
- 1,5 – 2,5 l
- 2,5l a více

10. Jaký nápoj preferujete?

- Vodu a minerální vodu
- Ochucenou minerální vodu
- Sladké nápoje (např. kola, fanta)
- Džus, ovocné šťávy
- Čaj
- Kafe
- Energetické nápoje
- Alkohol
- Jiný _____

11. Ve svém volném čase nejčastěji:

(můžete zvolit více možností)

- Navštěvuji kulturní akce (koncerty, divadlo, kino)
- Jdu na procházku
- Jsem doma
- Sportuji
- Čtu knihu
- Sleduji TV
- Jsem s přáteli
- Jsem s rodinou
- Jiné _____

12. Jak často se věnujete pohybové aktivitě?

- 1x týdně
- 2x - 3x týdně
- 4 – 6x týdně
- Vůbec, uveďte proč _____

13. Kouříte cigarety? ANO NE

Pokud ano, začal jsem kouřit s nástupem do zdravotnictví? ANO NE

Pokud ano, chtěl bych přestat s kouřením? ANO NE

Pokud ano, denně prokouřím

- 5 a méně cigaret
- 5 – 10 cigaret
- 11 – 20 cigaret
- Nad 20 cigaret

14. Pijete kofeinové přípravky? ANO NE

Pokud ano, jaké?

- Kávu
- Kolu
- Energetický nápoj
- Černý nebo zelený čaj
- Jiné _____

Pokud ano, kolikrát denně

- Ano, 1x – 2x
- Ano, 3x-4x
- Ano, 5x a více

15. Kolik hodin průměrně denně spíte?

- Méně jak 6 hodin
- 6 – 8 hodin
- 8 – 10 hodin
- 10 hodin a více

16. Trpíte nějakými poruchami spánku?

- Ano, jakými _____
- Ne

17. Pociťujete únavu v důsledku výkonu povolání?

- Ano, fyzickou únavu
- Ano, psychickou únavu
- Ano, fyzickou i psychickou
- Ne

18. Prožíváte stres v souvislosti s výkonem vašeho povolání? ANO NE

Pokud ano, který z faktorů ve vás vyvolává největší stres?

(můžete zvolit více možností)

- Příliš mnoho práce
- Závažnost práce
- Nedostatek spánku
- Nepravidelné stravování
- Nedostatek času
- Dlouhodobé napětí (špatný kolektiv, neshody mezi kolegy)
- Kontakt s pacienty
- Jiný _____

Pokud ano, jaký způsobem se nejčastěji vyrovnáváte se stresem?

(můžete zvolit více možností)

- Nedělám nic
- Kouřením
- Alkoholem
- Užíváním drog
- Užíváním léků na uklidnění

- Sportuji, cvičím
- Jídlem
- Relaxuji, odpočívám
- Vyhledám odbornou pomoc
- Vyhledávám pomoc u přátel nebo rodiny

ANOTACE

| | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| Jméno a příjmení: | Bc. Michaela Fibigrová |
| Katedra: | Katedra antropologie a zdravotní vědy |
| Vedoucí práce: | Mgr. Jakub Fibigr |
| Rok obhajoby: | 2017 |

| | |
|------------------------------|--|
| Název práce: | Životní styl nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v urgentní medicíně |
| Název v angličtině: | The lifestyle of paramedics working in the emergency department |
| Anotace práce: | Diplomová práce se zabývá problematikou životního stylu nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v urgentní medicíně. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části je poskytnut náhled do problematiky zdraví, výživy, pohybové aktivity, návykového chování a závislostí, stresu a spánku. Empirická část je zaměřena na kvantitativní výzkum, který je orientován na nelékařské zdravotnické pracovníky působících na zdravotnické záchranné službě a urgentním příjmu. Hlavním cílem bylo zhodnotit životní styl NLZP. |
| Klíčová slova: | Nelékařský zdravotnický pracovník, urgentní medicína, životní styl, zdraví, výživa, pohybová aktivita, návykové chování, stres, spánek |
| Anotace v angličtině: | This diploma thesis deals with the lifestyle of paramedical staff working in emergency medicine. The work is divided into theoretical and practical sections. The theoretical part provides an insight into the health, nutrition, physical activity, addictive behaviour and addictions, stress and sleep. The empirical part focuses on quantitative research which is aimed on paramedical staff working in the medical rescue |

| | |
|------------------------------------|--|
| | service and the emergency department. The main objective of the thesis was to evaluate lifestyle of paramedics. |
| Klíčová slova v angličtině: | Paramedic, emergency department, lifestyle, health, nutrition, physical activity, addictive behaviour, stress, sleep |
| Přílohy vázané v práci: | Příloha 1 Determinanty zdraví Příloha 2 Pyramida konzumenta alkoholu Příloha 3 Dotazník |
| Rozsah práce: | 109 stran |
| Jazyk práce: | Český jazyk |