

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Životní styl sester dle vybraných sociálních determinant zdraví (v oblasti
stravování, sportovní aktivity, zvládnání stresu, závislostí)**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Ing. Iva Brabcová

Autor práce:
Nikola Mašková

2011

Lifestyle nurses from selected social determinants of health (in the diet, physical activity, stress management, addictions)

Healthy lifestyle is one of the most important factors the quality of our health depends on. Lifestyle means our eating habits, exercise regimen, the way we face stress, and the amount of toxic substances, alcohol, cigarettes or drugs we voluntarily take in.

The main aim of the research was to survey the lifestyle of nurses according to selected social health determinants with the focus on alimentation, sport activities, stress management and addictive drug abuse. In accordance with the research subject the following objectives were established. The first objective was to determine the nutritional intake of nurses. The second objective was to find out the frequency of addictive substances use. The third goal was to assess symptoms of depression in nurses. The fourth goal was to map the level of physical activity in nurses. Based on these goals nine hypotheses were established. H1 Nurses' energy intake is excessive compared to the reference values set by the PRI EU. H2 Nurses lipid intake is excessive compared to the reference values set by the PRI EU. H3 Nurses' carbohydrate intake is excessive compared to the reference values set by the PRI EU. Nurses' fibre intake is excessive compared to the reference values set by the PRI EU. H5 Nurses comply with the advisable fluid intake according to the reference values set by the PRI EU. H6 Nurses' alcohol consumption is moderate (0-10 units of alcohol per week). H7 Nurses are moderate smokers, smoking 1-9 cigarettes a day. H8 Nurses show depression symptoms in the depression screening carried out with the Zung Self-Rating Depression Scale. H9 Physical activity of nurses is sufficient. The quantitative survey was conducted by interviewing, using the questionnaire technique. The research respondents were nurses in the Strakonice Hospital, a.s. Nutritional intake was assessed using the NUTRIDAN program and recommended doses were specified in the European Union's reference doses in the form of the PRI EU. The level of physical activity and the frequency of addictive substance use were assessed using the NUTRIFIA program. The objectives of the thesis were met, hypotheses H1, H2, H5, H6 were confirmed and

hypothesis H3, H4, H7, H8 and H9 were disproved. The results will be offered to the Strakonice Hospital, a.s. in order to improve nurses' healthy lifestyle.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma, „Životní styl sester dle vybraných sociálních determinant zdraví (v oblasti stravování, sportovní aktivity, zvládnutí stresu, závislostí)“, jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/ v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

.....
Nikola Mašková

Poděkování

Děkuji Ing. Ivě Brabcové za odborné vedení bakalářské práce, za ochotu, užitečné rady a čas, který mi věnovala při zpracovávání mé práce. Dále bych chtěla poděkovat všem sestrám, které se do výzkumného šetření zapojily. A v neposlední řadě děkuji své rodině, především mamince, za podporu a trpělivost při psaní bakalářské práce.

OBSAH

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Životní styl sester.....	4
1.1.1 <i>Zdraví a jeho definice</i>	4
1.1.2 <i>Životní styl</i>	5
1.2 Vybrané sociální determinanty zdraví.....	6
1.3 Oblast stravování a výživy.....	7
1.3.1 <i>Zdravá výživa</i>	7
1.3.2 <i>Složky stravy a jejich význam</i>	8
1.3.3 <i>Pitný režim</i>	14
1.3.4 <i>Stravovací návyky a strava sester</i>	15
1.4 Sportovní aktivity sester.....	17
1.4.1 <i>Sport a pohybové aktivity</i>	17
1.4.2 <i>Relaxace a odpočinek</i>	18
1.4.3 <i>Sestry a spánek</i>	19
1.5 Stres a jeho zvládnutí.....	20
1.5.1 <i>Stres</i>	21
1.5.2 <i>Deprese a Zungova sebesuzovací stupnice deprese</i>	23
1.5.3 <i>Zátěž v profesi sestry</i>	24
1.5.4 <i>Syndrom vyhoření</i>	26
1.6 Závislosti u sester.....	28
1.6.1 <i>Návykové látky</i>	28
1.6.2 <i>Kouření</i>	29
1.6.3 <i>Alkohol</i>	30
2. Cíle práce a hypotézy.....	32
2.1 <i>Cíle výzkumu</i>	32
2.2 <i>Hypotézy</i>	32
3. Metodika.....	33
3.1 <i>Metodika práce</i>	33
3.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	35
4. Výsledky.....	36
4.1 <i>Identifikační údaje výzkumného souboru</i>	36

4.2 Stravování a stravovací návyky	38
4.3. Analýza jídelníčků programem NUTRIDAN.....	41
4.4 Analýza údajů programem NUTRIFIA	43
4.5 Stres a jeho zvládnání	46
4.6 Konzumace návykových látek	50
5. Diskuze.....	54
6. Závěr a doporučení pro praxi.....	61
7. Seznam použitých zdrojů	64
8. Klíčová slova	69
9. Přílohy	70

Úvod

Zdravý životní styl, tento pojem na nás v poslední době útočí ze všech stran a je mu věnována nemalá pozornost. Je považován za nejdůležitější faktor, na kterém závisí kvalita našeho života. Za moderního je dnes považován ten, kdo dbá na dodržování zdravé životosprávy a udržování tělesné kondice. Návodů a doporučení jak „správně žít“ najdeme mnoho, ovšem je jen na nás, převezmeme-li zodpovědnost za své zdraví a budeme-li se jimi řídit.

Cíle této práce se vztahují k životnímu stylu sester se zaměřením na oblast stravování, sportovní aktivity, zvládání stresu a užívání návykových látek. Správné stravování, dostatek pohybové aktivity, relaxace, to vše by mělo být nedílnou součástí života každého z nás.

Životní styl sester je ovlivňován charakterem jejich povolání. Práce na směny včetně víkendů, nepravidelný režim stravování a spánku, nedostatek času k volnočasovým aktivitám a mnoho dalších aspektů ovlivňuje jejich životní styl.

Sestry při poskytování ošetrovatelské péče často řeší problémy spojené s bolestí, nemocí, utrpením a smrtí klientů, což pro ně představuje stres a velkou psychickou zátěž. Proto je velmi důležité, aby uměly správně čelit stresu a dokázaly zvládat psychickou zátěž. Sestry denně pečují o zdraví klientů a paradoxně svůj zdravotní a duševní stav bagatelizují. Tento přístup je nutné změnit, neboť pevnější zdraví a psychická pohoda je cestou k lepším pracovním výsledkům a tím i větší spokojenosti klientů.

Toto téma jsem si zvolila důvodu, že životní styl z velké části ovlivňuje naše zdraví a ráda bych touto bakalářskou prací zviditelnila důležitost kvalitního životního stylu u sester, které by měly být vzorem pro ostatní členy společnosti v péči o zdraví. Zpracované výsledky budou nabídnuty Nemocnici Strakonice a.s. s cílem zlepšit životní styl sester v praxi.

1. Současný stav

1.1 Životní styl sester

Profese sestry s sebou nese určité změny v životním stylu, na které se musí adaptovat. Práce na směny včetně víkendů, noční směny, riziko alergií, riziko vzniku infekce, pracovní přetížení, nepravidelné stravování a mnoho dalších aspektů. S tím vším musí počítat každý, kdo chce tuto náročnou profesi vykonávat (10).

1.1.1 Zdraví a jeho definice

Zdraví je pojem, ke kterému je možno vztahovat řadu úrovní různých obsahů, od zcela abstraktních po zcela konkrétní. Ve všech kulturách lidstva bylo a je zdraví kladeno na přední místo v hierarchii zastávaných hodnot, protože umožňuje naplnění života, dosažení a udržení stavu spokojenosti a štěstí a také plnohodnotné uplatnění ve společnosti. Vnímání a hodnocení zdraví se liší v různých populačních skupinách, neboť závisí na řadě okolností, jako je věk, pohlaví, vzdělání. Ke zdraví nelze přistupovat jako k jednotlivému, izolovanému jevu. Jeho stav je pokaždé výsledkem interakce člověka s prostředím, ve kterém žije. Významnou roli v této interakci sehrává životní styl, který patří mezi klíčovou determinantu zdraví, která zásadně ovlivňuje zdravotní stav (16).

Slovo zdraví používáme každý den. Zdravíme-li někoho, přejeme mu vlastně zdraví, neboť kořen slov zdravit a pozdrav je odvozen od zdraví (25).

Definovat pojem zdraví není vůbec jednoduché. Zdraví má mnoho aspektů, jejichž důležitost se mění s vývojem společnosti, ale i v průběhu ontogenetického vývoje jedince. Závisí na kultuře, sociálních podmínkách, ekonomice a rozvoji lékařské vědy (25).

Velice rozšířenou a používanou definicí zdraví je ta, kterou vytvořila Světová zdravotnická organizace v roce 1948 a která uvádí: „Zdraví je stav úplné tělesné, sociální a duševní pohody nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ (25, s. 9)

Pojem „zdraví“ má tedy tři odlišné dimenze, které jsou spolu propojené. Nejedná se pouze o dimenzi tělesného zdraví, ale i zdraví duševního a sociálního. Definice ovšem nevysvětluje, co se myslí pojmem pohoda. Pocit pohody ve vztahu ke zdraví prožívá každý jedinec jinak, a proto je zdraví velice subjektivní a jeho podoba je u každého z nás jedinečná a relativní (25).

Další definice, která je dnes velmi rozšířená, definuje zdraví jako schopnost dobrého fungování (fitness). V literatuře toto pojetí nejlépe vyjádřil T. Parson, který uvádí: *„Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován.“* (21, s. 35)

Mezi další definice zdraví, můžeme zařadit definici podle J. Křivohlavého, která uvádí: *„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“* (21, s. 40)

Zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám lidského života a péče o něj patří k základním lidským právům. Když jsme zdraví, můžeme pracovat, uskutečňovat svá přání a realizovat své životní plány. Zdraví představuje jednu z podmínek smysluplného života (25).

1.1.2 Životní styl

Životní styl je nejdůležitějším faktorem, na kterém závisí kvalita našeho zdraví. Životním stylem se myslí naše stravovací návyky, pohybový režim, způsob, jak čelíme stresu, a množství toxických látek- alkoholu, cigaret nebo drog, které dobrovolně přijímáme (37).

Dále můžeme životní styl definovat takto: *„Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z mnoha možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, které zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností)“* (25, s. 16).

Rozhodování člověka o jeho chování není až tak úplně svobodné. Je totiž v souladu s rodinnými zvyklostmi, tradicemi společnosti, ekonomickou situací a také se sociální pozicí ve společnosti. Záleží tedy především na věku, temperamentu, vzdělání, zaměstnání, příjmu financí, příslušnosti k rase, pohlaví a hodnotách a postojích každého člověka. Člověk se může rozhodnout správně pouze tehdy, má-li dostatek znalostí o tom, co jeho zdraví podporuje, upevňuje, ale také o tom, co mu škodí. Životní styl má pro zdraví zásadní význam. Každý jedinec by měl být již od dětství veden k odpovědnosti za své zdraví, měl ho ctít a vážit si ho (5, 25).

1.2 Vybrané sociální determinanty zdraví

Zdraví člověka je podmíněno kladnými i zápornými faktory, které se nazývají determinanty zdraví. Tyto faktory působí na zdraví člověka buď přímo, nebo zprostředkovaně, ale pokaždé se vzájemně ovlivňují. Některé z nich patří do výbavy osobnosti, (dědičné či získané výchovou), jiné jsou součástí životního prostředí. Působení faktorů na naše zdraví může být v konečném důsledku, biopozitivní (chrání a posiluje naše zdraví), nebo bionegativní (vyvolává nemoci). Determinanty zdraví můžeme dělit na vnitřní a zevní (5, 25).

Determinanty vnitřní jsou dědičné a získává je každý jedinec na počátku svého ontogenetického vývoje. Jedná se tedy o genetický balíček, který každý jedinec zdědí po svých předcích. Do genetického základu se promítají vlivy přírodního a společenského prostředí a také určitý způsob života (25).

Mezi zevní determinanty můžeme zařadit souhrn všech vnějších činitelů a podmínek, které označujeme jako zevní prostředí. Rozeznáváme prostředí přírodní, sociální, životní a pracovní. Přírodní prostředí představuje faktory fyzikální, chemické a biologické. S životním prostředím je člověk velmi těsně spjatý. Rozlišujeme čtyři sféry životního prostředí - regionální, komunální, pracovní a individuální. Sociální prostředí se vytváří v procesu společenského vývoje především lidskou činností. Ze sociálních faktorů jsou pro naše zdraví nejdůležitější socioekonomické faktory, do kterých patří životní úroveň a životní jistota. Pracovní prostředí a práce formuje člověka jako

biopsychosociální bytost. Pracovní potenciál zdraví ovlivňuje možnost pracovního uplatnění jedince. Do zevních faktorů těchto prostředí můžeme zařadit na prvním místě životní styl, dále kvalitu životního a pracovního prostředí a v neposlední řadě systém zdravotnictví, kvalitu ošetrovatelské péče a zdravotnických služeb (5, 25, 37).

Wilkinson a Marmot (2005) se ve své publikaci zabývají deseti oblastmi sociálních determinant zdraví. Zahrnují v nich celoživotní význam zdravotních determinant již od raného dětství, důsledky chudoby, užívání návykových látek, pracovní podmínky, sociální oporu, zdravou výživu a dopravní politiku (42).

1.3 Oblast stravování a výživy

Stravování a výživa jsou velice významným faktorem životního stylu. To co jíme, ovlivňuje nejen naše zdraví, ale i kvalitu života a jeho délku. Strava, kterou přijímáme, by měla splňovat tři základní kritéria. Měla by být naším spojencem proti chorobám, měla by přispívat k ochraně zdraví a hlavně by měla být výživná a chutná. Výživa pokrývá základní potřeby energie a jednotlivé živiny nezbytné k životu, ale je také spojena s emocemi a pocitem uspokojení. Výživa, fyzická aktivita a genetické předpoklady se podílí na výsledném výživovém stavu jedince (28, 30).

1.3.1 Zdravá výživa

Zdravá výživa zajišťuje energetické a výživové potřeby organismu a příznivě ovlivňuje zdraví každého jedince. Teorie zdravé výživy je triviální záležitostí, ale její uvedení do praxe však vážne. Hlavní překážkou bývá zdánlivý nedostatek času, což u většiny lidí znamená špatnou organizaci a využití času. Dále pak souvisí s nevhodnými stravovacími návyky, které je málokdo ochoten změnit. Mnoho lidí včetně sester má pocit, že má na práci tolik důležitějších věcí, než se postarat sám o sebe. Platí však a především u sester, že pomoci druhým mohou pouze, jsem-li sám v dobrém stavu (9).

Prototypem zdravé výživy je podle Grofové středomořská strava. Ta obsahuje méně tuků, méně polynenasycených mastných kyselin (PUFA) omega-6, více zeleniny

a ovoce, více mononenasyčených mastných kyselin (MUFA), například olivový olej, omega-3 mastné kyseliny z mořských ryb a plodů moře a také malé množství červeného vína, které zvyšuje HDL cholesterol a má antioxidační účinky. Zdravá strava má být pestrá, individuálně zaměřená. Potraviny by měly být voleny podle fyzické zátěže, věku, konstituce a chuti každého člověka (9).

1.3.2 Složky stravy a jejich význam

Strava se skládá ze tří základních složek výživy, které se označují jako živiny (nutriety). Rozdělují se na makronutrienty, mikronutrienty a seminuutrienty.

Do makronutrientů řadíme cukry, tuky, bílkoviny. Z hlediska procentuálního zastoupení je doporučený poměr pro dospělého člověka - sacharidy 55 – 60 %, tuky 25 – 30 % a proteiny 10 – 15 %. Důležitou složkou stravy jsou i mikronutrienty, které jsou součástí všech důležitých procesů v organismu. Dělíme je na vitamíny, minerální látky a stopové prvky. Nesmíme opomenout seminuutrienty, což jsou látky nenutriční povahy, ale s příznivými účinky na organismus (nestravitelná vláknina, prebiotika, probiotika, symbiotika, a fytochemické látky) (17, 28).

Proteiny (bílkoviny) jsou pro výživu člověka naprosto nutné a nenahraditelné. Jsou nezbytné pro tvorbu a obnovu tkání v organismu, zajišťují transport látek a kyslíku v organismu a především jsou zdrojem energie. Skládají se z aminokyselin. Aminokyseliny, které si náš organismus nedokáže sám vyrobit a musíme je přijímat potravou, nazýváme esenciální. Bílkoviny ve stravě přijímáme ve formě živočišné a rostlinné. Živočišné (plnohodnotné) bílkoviny obsahují všechny esenciální aminokyseliny, zatímco rostlinné (neplnohodnotné), některé aminokyseliny postrádají. Zdroje bílkovin jsou ve více než 60% živočišného původu (maso z jatečných zvířat, drůbež, zvěřina, mléko, vejce, ryby). Rostlinné bílkoviny zaujímají v naší stravě 20% a najdeme je především v obilninách, luštěninách, těstovinách a zelenině včetně brambor. Optimální stav je, když dokážeme kombinovat oba druhy bílkovin, které se lépe navzájem doplňují, než když je přijímáme odděleně. Výše příjmu bílkovin se řídí několika hledisky: kvalitou bílkovin, energetickou potřebou organismu a fyzickou aktivitou. Nedostatek bílkovin vede k malnutrici, oproti tomu nadbytek bílkovin může

zvyšovat riziko nádorových onemocnění, kardiovaskulárních onemocnění, nebo obezitu abdominálního typu. Denní potřeba bílkovin by se měla pohybovat okolo 0,8 až 1,5 g na kilogram ideální hmotnosti (17, 24, 28, 32).

Sacharidy (cukry) jsou hlavním zdrojem energie pro náš organismus. Cukry, které jsou pro tělo využitelné, dělíme na monosacharidy, oligosacharidy, polysacharidy a rozpustnou vlákninu. Do nevyužitelných cukrů řadíme nerozpustnou vlákninu, do které patří například celulóza. Rozpustná vláknina má schopnost vázat vodu a tím navozovat pocit větší sytosti. Typický příklad rozpustné vlákniny je pektin a psyllium (32, 41).

Monosacharidy, které se také nazývají tzv. rychlé cukry, jsou zdrojem okamžité energie. Hlavními monosacharidy potravy jsou glukóza (hroznový cukr či škrob) a fruktóza (ovocný cukr). V relativně velkém množství jsou tyto rychlé cukry zastoupeny v ovoci, v medu, ve vínech, zelenině, luštěninách a vaječném bílku. Glukóza slouží jako nepostradatelný zdroj energie pro červené krvinky, ledviny, kosterní svaly a především pro nervový systém a mozek. Nadměrné požívání těchto tzv. rychlých cukrů má za důsledek vznik obezity (32).

Další skupinou cukrů jsou oligosacharidy. Jejich nejvýznamnějšími zástupci jsou sacharóza (řepný a třtinový cukr), laktóza (mléčný cukr) a maltóza, která vzniká při štěpení škrobu v obilovinách. Třetí skupinou cukrů jsou polysacharidy, které dělíme na využitelné, částečně využitelné a nevyužitelné. Nejdůležitějším zástupcem využitelných polysacharidů je škrob, který je obsažen hlavně v obilovinách, dále také v bramborách a luštěninách. Škrob se v organismu štěpí na glukózu, která je využívána jako zdroj energie (28, 32, 36).

Polysacharidy částečně využitelné a nevyužitelné řadíme k vláknině. Minimální denní dávka sacharidů je 50 g a maximální 500 g, ale většina lidí má příjem cukrů v rozmezí 100 – 300 g za den. Sacharidy zvyšují hladinu cukru v krvi (glykémii), rychlost vzestupu se u různých sacharidů liší. Nejrychleji zvyšují hladinu cukru monosacharidy glukóza, sacharóza a potraviny, ve kterých je částečně rozštěpený škrob. Tyto cukry mají také nejvyšší glykemický index, což znamená, že po jejich konzumaci hladina glukózy prudce stoupne, ale stejně tak i prudce klesne (rýže, brambory, bílé

pečivo, cornflakes, rýžové nudle). Glykemický index je veličina, která udává rychlost využití glukózy tělem z určité potraviny. Proto bychom měli preferovat sacharidy, které mají nízký glykemický index a zvyšují hladinu cukru v krvi zpozděně a díky kterým se budeme cítit sytí po delší dobu (těstoviny, luštěniny, celozrnné pečivo) a to jsou především polysacharidy (28, 32, 36).

Vláknina je část stravy, která se nerozkládá pomocí trávicích enzymů. Její hlavní funkcí je ochrana organismu. Velmi pozitivně působí v prevenci řady onemocnění například rakoviny tlustého střeva, onemocnění srdce, cukrovky, obezity a chronické zácpy. Vlákninu dělíme na rozpustnou a nerozpustnou. Do rozpustné vlákniny řadíme pektin, inulin, rezistentní škroby a fruktooligosacharidy, které jsou obsaženy v ovoci, luštěninách, bramborách. Rozpustná vláknina zpomaluje pasáž gastrointestinálním traktem, v tenkém střevě omezuje absorpci některých živin a zpomaluje rychlost resorpce glukózy. Také má hypocholesterolemický účinek. Nerozpustná vláknina jako například lignin, celulóza a některé hemicelulózy, které jsou obsaženy v zelenině, otrubách a celozrnných výrobcích, se podílí na zvyšování objemu stolice, čímž zředí koncentraci toxických látek a zkracuje tranzitní čas stolice tlustým střevem. Nerozpustná vláknina má do jisté míry i mechanickou čistící funkci ve střevě. Negativní vlastnost vlákniny je horší vstřebatelnost železa, vápníku a některých vitamínů, proto malé děti do 2 let a starší lidé by ji neměli konzumovat ve velkém množství. Doporučená dávka vlákniny by se měla pohybovat okolo 30 gramů za den. Vláknina je dobrý pomocník při jakékoliv dietě, potlačí pocit hladu tím, že nabobtná v žaludku a k tomu ještě blahodárně působí na náš organismus (28, 32, 36, 39).

Tuky (lipidy) jsou díky své energetické vydatnosti zcela nezbytnou složkou potravy, nelze je zcela nahradit jinými složkami. Nejdůležitější složkou a stavební jednotkou jsou pro náš organismus mastné kyseliny. Tuky jsou pro naše tělo především zdrojem energie, mají zhruba dvojnásobnou energetickou hodnotu na jednotku váhy oproti bílkovinám a sacharidům. Jsou nositelem řady důležitých látek pro náš organismus, například vitamínů rozpustných v tucích (A, D, E, K). Při tepelné úpravě potravin z tuků vzniká řada látek, které dodávají pokrmu charakteristickou chuť a vůni. Vyvolávají u nás po požití pocit sytosti, ale nejdříve však za půl hodiny po konzumaci.

Tuky dělíme na živočišné a rostlinné. Mezi živočišné tuky patří mléčný tuk, sádlo, lůj a také rybí tuk. Ve stravě tyto tuky přijímáme především v mase, másle, sýrech. Při pokojové teplotě nejsou v tekuté formě. Rostlinné tuky jsou oleje a stolní tuky, které oproti živočišným tukům jsou obvykle při pokojové teplotě v tekutém stavu. Jedná se především o olivový olej, rybí olej obsažený v rybách a mořských plodech, sójový olej, či oleje obsažené v různých margarínech a ořechách (9, 32).

Mastné kyseliny dělíme na nasycené a nenasycené. Nasycené mastné kyseliny nacházíme především v tucích živočišného původu, ale najdeme je i v rostlinných tucích, a to zejména v kokosovém, který se téměř vždy používá na výrobu zmrzlin. Dále třeba v tukových polevách nebo listovém těstě. Tyto mastné kyseliny jsou pro náš organismus rizikové především z důvodu srdečně- cévních onemocnění. Nenasycené mastné kyseliny dělíme na monoenoové. Zástupcem této skupiny je hlavně kyselina olejová, která se nachází především v olivovém oleji. Dále polyenoové, které obsahují mastné kyseliny řady n-6 (kyselina linolová) a n-3 (kyselina linoleová). Polyenoové kyseliny si náš organismus nedokáže vyrobit, a proto je nezbytné přijímat je potravou. Nazýváme je esenciální – nezbytné kyseliny. A nesmíme opomenout trans- nenasycené mastné kyseliny. Ty přestože patří do skupiny nenasycených, jsou pro naše tělo rizikové, hlavně pro vznik kardiovaskulárních onemocnění, diabetu a obezity. Nacházejí se v některých ztužených tucích (1).

Fosfolipidy jsou tuky, které ještě navíc kromě mastných kyselin obsahují další složky. Jsou nezbytné pro životně důležité funkce. Preventivně působí proti některým onemocněním a také zpomalují stárnutí. Ve stravě jsou nejvíce obsaženy v mozečku, vaječném žloutku a v panenských olejích. Denní příjem tuků by měl být 25 - 30 % z celkové energie, což představuje asi 80 - 100 g za den. S každodenní konzumací tuků souvisí také cholesterol a jeho hladina v krvi (32).

Cholesterol je druh tuku, který se nachází v živočišných potravinách. Naše tělo si ho umí vyrobit v játrech. Je to důležitý stavební kámen ve stěnách našich buněk, patří k základním substancím různých hormonů a také je základní substancí vitamínu D. Potřebný je ovšem i k produkci žlučových kyselin. Doporučený příjem cholesterolu se uvádí 300mg/denně. V našem organismu, existují dvě hlavní transportní formy

cholesterolu, které se od sebe odlišují hustotou. HDL lipoprotein (high density lipoprotein), který obsahuje lipoproteiny s vysokou hustotou a je laicky nazýván jako „dobrý“ cholesterol, a LDL lipoprotein (low density lipoprotein), který obsahuje lipoproteiny s nízkou hustotou a laicky je mu přezdíváno „špatný“ cholesterol. HDL cholesterol má antioxidační účinky. Velká koncentrace LDL způsobuje vysokou hladinu cholesterolu v krvi a urychluje aterosklerózu. Celkový obsah cholesterolu v krvi by neměl být vyšší než 5 mmol/l, kdy LDL by měl být nižší než 3 mmol/l a HDL vyšší než 1 mmol/l (6, 23, 28, 32).

Triglyceridy patří stejně jako cholesterol mezi krevní tuky. Oba tyto tuky patří obecně mezi rizikové faktory aterosklerózy a kardiovaskulárních chorob. Triglyceridy představují pro tělo zásobárnu tuků. Poskytují tělu energii, ale při velkém přísunu tuků se ukládají do tukové tkáně (36).

Vitamíny jsou nepostradatelnou součástí stravy a řadíme je mezi mikronutrienty. Mikronutrienty rozdělujeme na dvě základní podskupiny - vitamíny a stopové prvky. Organismus téměř většinu z nich nedokáže sám vytvářet, výjimkou je pouze vitamín D a K. Proto je musíme neustále doplňovat pestrou stravou. Jsou obsaženy v rostlinách, potravinách rostlinného původu, v mléce, mase, vnitřnostech, vejcích. Módním trendem dnešní doby je přijímat vitamíny ve formě doplňkových látek, které se dají koupit jako tablety, kapsle nebo třeba injekce. Vitamíny se účastní metabolických pochodů v organismu, kde působí jako katalyzátory a antioxidanty. Jejich základní dělení je na vitamíny, které jsou rozpustné v tucích (A, D, E, K) a rozpustné ve vodě (skupina vitamínů B, C, PP, kyselina listová, kyselina pantotenová a biotin). Vitamíny rozpustné v tucích, si naše tělo dokáže uložit a uschovat na delší dobu. Oproti tomu vitamíny rozpustné ve vodě vylučujeme močí a naše tělo si je nedokáže uložit na později. Nedostatek vitamínů (hypovitaminóza) může zapříčinit poruchy různého druhu, a to i velice závažné. Nadbytek vitamínů je ovšem také velmi rizikový a to především u vitamínů rozpustných v tucích, které se ukládají v játrech. Například příliš vysoké a dlouhodobé dávky vitamínu C můžou způsobit ledvinové kameny. Vitamín D vyplavuje vápník z kostí, dojde-li k jeho předávkování. Zvýšený příjem vitamínů je doporučován především v těhotenství, protože vitamíny působí příznivě na

vývoj plodu a také na tvorbu mléka. Vyšší potřeba vitamínů je také zapotřebí po nemoci, oslabeném imunitním systému nebo při větší psychické či fyzické námaze. Vyšší příjem vitamínů by měl být konzultován s lékařem nebo nutričním terapeutem (28, 40).

Minerální látky stejně jako vitamíny jsou pro náš organismus nezbytné a životně důležité a to i přesto, že nemají žádnou energetickou hodnotu. Jejich význam je důležitý pro tvorbu a růst tkání. Aktivují a kontrolují látkovou výměnu v organismu a podílí se na vedení nervových vzruchů. Rozdělujeme je podle množství na makroelementy, mikroelementy a stopové prvky. K nejdůležitějším makroelementům patří vápník, fosfor, hořčík, sodík, chlór a síra. Potřeba mikroelementů se udává v gramech. Mikroelementy se udávají v miligramech, řadíme k nim železo, jód, zinek, měď, mangan a selen. Stopové prvky se udávají v mikrogramech, mezi jejich zástupce patří křemík, vanad, nikl a další (32, 40).

Důležité je, v jakém poměru se minerální látky vyskytují v těle, protože jejich nadbytek může zapříčinit toxický stav (selen, hliník). Častěji se však setkáváme s nedostatkem než nadbytkem minerálních látek. Nejčastěji vápníku, který se uplatňuje především jako stavební hmota pro zuby, kosti a dále se podílí na srážlivosti krve. Jeho nedostatek je jedním z rizikových faktorů vzniku osteoporózy. Získáváme ho především z mléčných výrobků, ale i luštěnin, ořechů a různých semínek. Při nedostatku železa může vzniknout chudokrevnost, kterou mohou doprovázet bolesti hlavy a únava. Největšími zdroji železa jsou vnitřnosti, maso a meruňky. Příčinou nervozity, zácpy či naopak průjmu, křečí ve svalch může být nedostatek hořčíku, který je velmi důležitý pro metabolismus enzymů, má dobrý vliv na srdeční funkce, napomáhá správnému vzniku estrogenů, podporuje činnost žaludku, močového měchýře a také je výborným antioxidantem. Ve stravě ho můžeme najít především v zelenině, luštěninách, jablkách. Zinek, který se podílí hlavně na tvorbě inzulínu a je nezbytný pro dobrý zrak, působí preventivně proti rakovině. Pokud ho máme v těle nedostatek, projeví se to kožními problémy, či problémy spojenými s pohlavními žlázami. Zinek lze dobře získávat z cibule, luštěnin, ústřic nebo dýňových semínek. Dalším minerálem, kterého bývá v těle častěji nedostatek je jód, který se podílí hlavně na tvorbě hormonů štítné žlázy.

Pokud chceme mít krásné vlasy a nehty, měli bychom užívat jód v dostatečném množství. Je obsažen v jodizované soli, rybách nebo třešních. Posledními minerály, které stojí zmínit v souvislosti s jejich nedostatkem, jsou selen a chrom. Selen působí v těle jako antioxidant, chrání srdce, ovlivňuje krevní tlak, působí proti kornatění tepen a celkově zvyšuje imunitu. Najít ho můžeme ve vejcích, semínkách, cibuli nebo v mořských plodech. Chrom velice dobře ovlivňuje obranyschopnost našeho organismu a je významný pro metabolismus cukrů a správné funkce inzulínu. Ve stravě ho najdeme v pivu, lesních plodech nebo ořechách. Celkový přehled všech minerálních látek a vitamínů je uveden v příloze 2. (32, 35, 40).

1.3.3 Pitný režim

Náš život je neoddělitelně spjat s vodou, která je nejdůležitějším rozpouštědlem v těle a umožňuje biochemické reakce, rozvádí teplo, živiny a kyslík. Voda je v buňkách obsažena v podobě intracelulární a extracelulární (krev a lymfa). Některé orgány v těle obsahují až 70 – 75 % vody, jsou to například játra a mozek. Celkový obsah vody v těle je u mužů 65 – 54 % a u žen 53 – 46 %. Rozložení tekutin v těle je řízeno osmotickým tlakem (23).

Základem pitného režimu každého člověka by měla být neperlivá voda. Voda se nachází v každé buňce našeho organismu a tvoří největší část lidského těla. U dospělého člověka tvoří asi 60% tělesné hmotnosti u kojenců je to až 75%. Náš organismus dokáže žít několik týdnů bez potravy, ale bez vody vydrží maximálně 7 – 10 dní. Pokud je v našem těle vody málo, dochází k zahušťování tělesných tekutin a mozek tuto skutečnost ohlašuje pocitem žízně. Nedostatek tekutin vede k poklesu svalové výkonnosti, dochází k snížení psychické funkce, která může vést k apatii nebo naopak předrážděnosti. U mnoha lidí způsobuje nedostatek tekutin ukládání tuku. Dochází také k vysychání sliznic dýchacího systému a ty se stávají citlivější ke škodlivinám. Mezi další projevy nedostatku tekutin můžeme zařadit malátnost, ospalost, suchou kůži, lesklé oči a kruhy pod očima, slabé močení a sytě žlutou barvu moči. Denní potřeba vhodných tekutin je u každého individuální, ale měla by být 2 – 3 litry. Pro každodenní konzumaci jsou optimální nízcce mineralizované pramenité a minerální

vody s celkovou mineralizací v rozmezí 150 – 400 mg/l, protože nezatěžují organismus vysokým obsahem minerálů. Mezi doplňkové nápoje řadíme přírodní ovocné a zeleninové šťávy, dále také čaje (ovocné, zelené, bylinkové). Někteří lidé se domnívají, že pitný režim lze řešit kávou, černým čajem, slazenými limonádami či mlékem. To je ale velký omyl. Černá káva a čaj snižují zavodnění a způsobují dehydrataci organismu, navíc ještě obsahují kofein, který může způsobovat neklid, nepozornost nebo hyperaktivitu. Tyto nápoje bychom měli konzumovat pouze občas a nejlépe se sklenicí vody, která je dvojnásobně velká než šálek černého čaje nebo kávy. Zpravidla tyto tekutiny přijímají více ženy, než muži, a to v podobě 2 – 3 šálek kávy denně a k tomu 2 – 3 sklenice vody či džusu. Mléko je považováno za tekutou stravu, proto by nemělo být počítáno do příjmu tekutin. Také alkohol bychom měli konzumovat jen příležitostně, výjimku tvoří červené víno, které v malém množství (1 - 2dcl denně) našemu tělu prospívá. Organismus potřebuje zvýšený příjem tekutin v horku, při větší tělesné námaze, při průjmových, hořčnatých onemocněních a při zvracení. Velice důležité je dodržování pitného režimu u seniorů, u kterých často dochází k vyhasnutí pocitu žízně. U pacientů v nemocnici zahrnujeme do příjmu tekutin infuzní terapii a enterální výživu (13, 28, 32, 33).

1.3.4 Stravovací návyky a strava sester

Stravovací návyky získává každý člověk již od útlého dětství. V prvních měsících života je odkázán převážně na péči matky a od ní také základy stravovacích zvyklostí přejímá. Další změny ve stravování nastávají v mateřské škole a dalších školských zařízeních. Velký vliv na stravování mají také přátelé, média, životní styl, finanční prostředky, dostupnost potravin, ale i úroveň dosaženého vzdělání. Ke zdravé výživě patří také správný režim stravování (25).

Strava by se měla podávat v 3 – 4hodinových intervalech. Tak předejdeme velkému hladu a tím i zbytečně velkému přísunu energie, která se ukládá ve formě zásobního tuku, pokud není řádně využita. Poslední jídlo bychom měli jíst minimálně 3 hodiny před spaním. Hlavní přísun energie 35 % by měl pokrývat oběd. Večeře by měla tvořit 30% z celkového přísunu energie, snídaně 20 % a svačiny 5 - 10 % energie.

Množství a energetická hodnota celodenní stravy je závislá na věku, pohlaví a fyzické aktivitě jedince. Příjem energie by měl odpovídat jejímu výdeji. Stravování patří mezi nejpříjemnější zážitky, proto bychom měli dodržovat jeho kulturu. Vkusně naservírované jídlo chutná lépe, než „něco“ snědeného za pochodu z papíru (14, 32).

Špatné stravovací návyky jsou stejně škodlivé jako nezdravá strava. Nevhodná skladba výživy a její nadměrná energetická hodnota souvisí především s některými tradičními zvyklostmi v českém stravování, s konzumním přístupem k životu, s nevhodnou reklamou a sklonem k přejídání. Také nedostatek finančních prostředků někdy vede ke konzumaci lacinější, méně kvalitní stravy. Doporučuje se do každodenního stravování zařadit dostatek zeleniny a ovoce, mléčný výrobek, libové maso, vhodné obiloviny a nezapomínat na pitný režim. Je důležité nepodceňovat fyzickou aktivitu a snížit množství soli (14, 25).

Nejedna sestra řeší problém životosprávy při směnném provozu. Strava sester by měla být stejná jako u každého z nás, to znamená jíst 5 – 6 krát denně po 2 -3 hodinách v menších porcích s dostatečným přísunem zeleniny a ovoce. Stejně tak dodržovat pitný režim. Režim jídla u sester závisí především na tom, na jakou směnu se sestra chystá. Při 8 či 12hodinovém směnném provozu není dodržování pravidelného režimu stravování až tak problematické. Ve všech směnách je důležité, aby sestra dbala na svůj režim stravování. Pokud se sestra chystá na ranní směnu, měla by ji začínat snídaní okolo 6 hodiny, kolem 9 – 10 hodiny by si měla vyhradit čas na dopolední svačinu, která by měla být lehká. Oběd by měl být mezi 12 – 13 hodinou a měl by být vždy teplý. Sestra si může oběd vybírat z nabídky závodního nebo restauračního stravování, nebo by měla mít možnost nákupu vhodných potravin v kantýně, popřípadě si oběd nechat přivést rozvázkovou službou. Odpolední svačina kolem 15 hodiny by měla obsahovat ovoce nebo zeleninu. Chystá-li se sestra na směnu odpolední, její jídelníček je téměř totožný, jen je potřeba přihlížet k časovému posunu. Zásadní změna ve stravě sester se odehrává, jde-li sestra na směnu noční. Před odchodem na noční směnu je vhodné se navečeřet. Večeře by měla být kolem 17 – 19 hodiny před odchodem do práce, a to buď teplá, nebo studená. Kolem 22 hodiny by měla následovat menší svačina, například zeleninový salát se sýrem a celozrnné pečivo, stejně tak kolem

2 hodiny ranní. Nejideálnější je, když se sestra z noční směny stihne před odchodem domů nasnídat, ušetří si tak čas a má nakročeno k lepšímu usínání. Pokud sestra netrpí nadváhou a je zcela zdravá, může jíst během své noční směny téměř všechno, s výjimkou smažených a vysoce kalorických jídel (34).

1.4 Sportovní aktivity sester

1.4.1 Sport a pohybové aktivity

Pohyb je základním projevem života. Pro náš organismus je nezbytný, zaručuje funkčnost orgánů, pomáhá vyrovnávat energii a stabilizuje dobrou náladu. Měl by být nedílnou součástí zdravého životního stylu každého z nás, nevyjímaje sester. Každý z nás si vytváří své vlastní pohybové návyky již od narození (25).

Pohybový režim je souhrn všech motorických aktivit, které jsou vykonávány víceméně pravidelně a jsou začleněny do způsobu života. Pohybová aktivita člověka dnes závisí především na jeho motivaci a vůli. Motivací se může stát snaha o udržení přiměřené hmotnosti, zlepšení fyzické kondice, ale i uspokojení v oblasti psychické či sociální. Vzhledem k charakteru dnešních pracovních činností může být tento požadavek realizován pouze v oblasti volného času. Nedostatek času a nechuť k pohybovým aktivitám je v dnešní době stále více pozorována. Na vině jsou dopravní prostředky, výtahy, modernizace domácností, mnohahodinové vysedávání u televize, počítačů a další technické vymoženosti způsobující fyzickou nečinnost. Z hlediska podpory zdraví a prevence nemocí je důležité vrátit aktivní pohyb do životního stylu dnešního člověka, tak aby se stal nezbytnou součástí jeho denního režimu. Je velmi důležité zvolit si takovou pohybovou aktivitu, která nás bude bavit a vyhovovat nám a především bude odpovídat našemu zdravotnímu stavu. Velmi dobré je si cvičení dopředu naplánovat. Nejsme-li na pohyb až tak zvyklí, musíme začínat opatrně. Důležité je naplánovat si intenzitu a frekvenci cvičení. Doporučovaná frekvence je 3 krát týdně po dobu 30 – 50 minut. Zároveň je dobré podotknout, že již jedna hodina sportování či jakékoliv intenzivní fyzické aktivity týdně, snižuje riziko onemocnění

srdce o 30 %, bez ohledu na to, kolik vážíte, a také bez ohledu na to, zdali se vám podaří touto aktivitou shodit přebytečná kila. Pravidelné cvičení a přirozená pohybová aktivita jsou spolu s přiměřeným příjmem energie nejlepším, nejbezpečnějším a ekonomicky nejméně náročným preventivním a léčebným prostředkem skoro všech civilizačních onemocnění (3, 25, 26, 41).

1.4.2 Relaxace a odpočinek

Relaxace a odpočinek jsou přirozené schopnosti organismu, které máme společné se všemi živočichy. Až na ten rozdíl, že ti je většinou umějí využívat mnohem lépe než my sami. Relaxace i odpočinek jsou předpokladem udržení dobrého zdravotního stavu, protože oslabená psychika může být zdrojem oslabení i různých nemocí. Relaxace je metoda, která podporuje fyzický a duševní klid, udržuje optimální hladinu klidu nebo napětí z hlediska efektivity. Přirozené funkce relaxace nám umožňují šetřit energií a po námaze snadněji nabývat ztracených sil. Mimo jiné nám umožňuje každý den lépe odpočívat a vydávat co nejméně energie na všechno, s výjimkou efektivního jednání a myšlení (4, 23).

Obvykle se relaxace dělí do dvou skupin. Do první skupiny řadíme spontánní (samovolnou) relaxaci, ke které dochází bez nějakého našeho chtění, snah a úsilí, například při spánku nebo odpočinku. Odpočinek však musí předcházet spánku, pokud není člověk dostatečně odpočínutý, dochází u něj ve spánku k různým samovolným pohybům – škube sebou, převaluje se apod. Do druhé skupiny řadíme diferenciovanou (záměrnou) relaxaci. Od spontánní se liší tím, že si ji člověk navozuje vlastní vůlí. Může k ní docházet kdykoli v době bdění v každodenním životě. Záměrnou relaxaci může být například procházka, často stačí jen 30 minut a cítíme se osvěženi a odpočinuti (22).

Relaxovat a odpočívat může každý, protože k tomu má odpovídající fyziologickou výbavu. Pokud si nikdy neodpočineme nebo si odpočineme málo, je to proto, že jsme pozapomněli jak se uvolnit. Uvolnění můžeme dosáhnout čtyřmi způsoby. Ovládnutím dechu, dýchání je jediná neurovegetativní funkce, kterou můžeme ovládat. Snížením svalového napětí, které můžeme snížit naší vůlí a zklidnit celý náš

organismus. Dále pomocí smyslového vnímání a uvolněním myšlenek. Soustředění pozornosti na určitý předmět snižuje mozkovou aktivitu a nechá duševno odpočinout (4).

1.4.3 Sestry a spánek

Spánek je základní fyziologickou potřebou organismu, stejně jako jídlo a tekutiny. Je důležitý pro správnou funkci našeho mozku. Jeho význam tkví především v regeneraci centrální nervové soustavy, což v praxi znamená, že nedostatek spánku nebo nekvalitní spánek se může projevit zhoršením myšlení, snížením pozornosti a pocitem únavy. Za zdravý, biologicky plnohodnotný se považuje spánek, po kterém se člověk probudí svěží, bez pocitu únavy a v požadované době bez násilného buzení. Kvalita spánku ovlivňuje náš každodenní režim, pokud jsme dobře vyspalí, lépe řešíme problémy, platí to i naopak. Když jsme spokojeni s prožitým dnem, lépe se nám večer usíná. Délka spánku je u každého z nás individuální. Obecně se uvádí 7 -8 hodin spánku denně, ale jak již bylo zmíněno, každý má jinou potřebu spánku. Spánek nám zabere přibližně třetinu našeho života. Odpolední spánek není projevem lenosti, ale jeho potřeba je fyziologicky zdůvodněna. K určitému útlumu dochází v odpoledních hodinách u každého z nás, i bez pozření těžkého oběda. Krátký spánek (20-30 minut) nám pomáhá překonat krizové období. Následně nám zvyšuje kreativní myšlení, produktivitu, zlepšuje paměť a bdělost během další části dne. Životní styl se rychle mění a dnes spíme v průměru o dvě hodiny méně než lidé na začátku 20. století. Spánek je to první v životosprávě, co bez výčitek svědomí ošídíme, a aniž si uvědomíme, že jde o základní lidskou potřebu. Nedostatek spánku se časem projeví, a to nejen únavou, ale i následky na zdraví. Nejčastějším viníkem spánkového deficitu u sester je práce na směny. Spánek po noční směně bývá zpravidla kratší, proto může po větším počtu směn dojít k vyčerpání organismu. Spánek ve dne není plnohodnotný. Je rušen více podněty z okolí. Časné nástupy na směnu znamenají nefyziologické vstávání a nejsou zárukou toho, že odpolední volno člověk využije k odpočinku. To platí hlavně pro ženy a matky, které volný čas využijí doma k druhé směně v péči o rodinu. Také dojíždění do práce je „zlodějem spánku“ a znamená prodloužení pracovní doby. České ženy, tím pádem i sestry, stráví v zaměstnání o devět hodin více času než ženy v EU.

Přidáme-li k tomu domácí povinnosti je jasné, že lze ošdit pouze spánek. Nedostatek spánku může způsobit špatný zdravotní stav ve středních letech a dřívější smrt. Negativně ovlivňuje cévní systém, krevní tlak a imunitní systém. Přináší psychický stres a zvyšuje náchylnost k depresím. Nedostatek spánku může vyvolávat bolesti hlavy, zhoršuje potíže zažívacího traktu, zvyšuje riziko závislosti na alkoholu, podrážděnost. Přináší ztrátu pozornosti, těžkou únavu a mikrospánek, který může být příčinou dopravních nehod. Chronický nedostatek spánku bude stále více problémem naší doby i v povolání sestry, které není vstřícné k pravidelnému rytmu střídání bdění a odpočinku, ale spánek není možné dlouhodobě přelstít ani ničím nahradit. Pro kvalitní spánek a prevenci nespavosti se doporučuje odpolední procházka a pobyt na čerstvém vzduchu. Naopak nedoporučuje se pít pozdě odpoledne kávu, čaj ani další nápoje obsahující thein. Večere by měla být nejpozději dvě hodiny před spaním a neměla by obsahovat masitá a tučná jídla. Zdraví jedinci si mohou dopřát sklenku vína, ale určitě by neměli před spaním kouřit. Před ulehnutím do postele v ložnici řádně vyvětrejte, v teplém období se doporučuje spát s otevřeným oknem. Pro kvalitní spánek se doporučuje nemyslet před spaním na příliš mnoho věcí. Lidé, kteří nemají se spánkem problémy, jsou mnohem spokojenější se svým životem. Spánek se řadí mezi tři nejdůležitější podmínky dobrého zdraví. Dalšími faktory jsou vhodná strava a zvládání stresu (23, 43).

1.5 Stres a jeho zvládání

Povolání sestry klade velmi vysoké nároky na její osobnost. Každodenní kontakt s lidským utrpením vyžaduje obrovskou psychickou odolnost a vyrovnanost a právě stres a zátěž v profesi sestry narušuje její vztah s okolím a často se stává jednou z hlavních příčin závažných onemocnění (38).

1.5.1 Stres

Stres je každodenní součástí našeho života. Každá naše činnost, hlavně duševní tvořivá práce, vyžaduje určité napětí, které nám umožňuje vyřešit úkoly a zvládat i ty nejtěžší problémy. Pokud člověk žije v trvalém napětí a nemá možnost se uvolnit, stává se pro něj stres nebezpečný. Především pro jeho zdraví (38).

Slovo stres pochází z angličtiny (stress) a znamená zátěž. Dnes existuje celá řada definic stresu. Podle Bartošíkové (2006) můžeme stres chápat jako psychický a somatický stav, který znamená v určitém okamžiku nebo časovém úseku déletrvajícím anebo silnějším odchytkou od běžné úrovně excitace (2).

Stres probíhá ve třech fázích. První fáze by nás měla varovat, proto se jí říká varovná, druhá fáze je charakterizována rezistencí a třetí fáze vyčerpáním. Stres lze rozdělit na negativní, který pokud se stane setrvalým jevem, je pro naše zdraví nebezpečný, oproti tomu stres pozitivní není nebezpečný, je dokonce životu prospěšný. Pomáhá nám, abychom pracovali lépe, byli kreativnější a více vnímaví (2, 8).

Na vzniku stresu se může podílet mnoho faktorů například naše osobnost, chování, životní styl, nezdravý způsob stravování, velká životní změna, úzkost a strach. Tyto faktory se označují stresory, stávají škodlivými až tehdy, ztrácíme-li kontrolu nad svými reakcemi na stres. Stresory můžeme dělit do mnoha kategorií. Například podle Kraska-Lüdecke (2007) je můžeme rozdělit do tří kategorií na stresory psychické, sociální a fyziologické. Odlišné rozdělení používá Praško (2003), který rozděluje každodenní stresory do čtyř skupin. Vztahové stresory, které často souvisí s problémy v soukromém životě. Pracovní stresory, do kterých spadá například ztráta zaměstnání, konfliktní vztahy na pracovišti nebo dluhy a splátky. Třetí skupinou jsou stresory související se životním stylem a poslední skupinou stresorů jsou nemoci, závislosti a handicap. Stresory jsou schopny za určitých podmínek vytvořit stresovou situaci, tato situace je vždy spojena s prožíváním nějaké emoce (23).

Mezi nejčastější stresory řadíme především neúměrné pracovní tempo, stresující termíny, konflikty na pracovišti nebo v rodině, obavy z nedostatku financí, ztráty zaměstnání a onemocnění. V dnešní době můžeme k významným stresorům řadit také mobbing a bossing na pracovišti. Velké riziko stresu je především v tom, že může

přejít do chronického stádia a vyrovnat se s ním je velmi těžké. Stres, který nebudeme řešit, vede postupně až k tzv. syndromu vyhoření (22, 23).

Příznaky stresu můžeme rozdělit na tři druhy. Fyziologické, psychologické a behaviorální. Jako první se objevují behaviorální příznaky. Mezi ně patří nerozhodnost a nejistota v situacích, kde je více možností volby, což se projevuje dlouhým rozvažováním, zda zvolit to či ono. Problémy s usínáním a spaním, časté buzení v noci a pozdní vstávání spojené s pocitem únavy. Změny ve vztahu k potravě se projevují buď ztrátou chuti k jídlu, nebo naopak přejídáním. Zvyšuje se příjem alkoholu, a to nejen u alkoholiků, a stoupá počet vykouřených cigaret. V nejhorším případě se člověk ve stresu může dostat až k drogám všeho druhu. Psychologické příznaky zahrnují prudké a výrazné změny nálady, zvýšenou podrážděnost a úzkost, nadměrný pocit únavy a zvýšené starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický zjev. Dále člověk není schopen projevit emocionální náklonnost a sympatie a omezuje kontakt s druhými lidmi. Fyziologické příznaky stresu se projevují bušením srdce, úpornými bolestmi hlavy, migrénami, zvýšeným svalovým napětím v krční oblasti páteře, pocity svírání za hrudní kostí. Může se objevit nechutenství, plynatost, křečovitě bolesti břicha i výskyt průjmů a časté nucení na močení. Problémy mohou nastat i v oblasti sexu a mohou vést až k úplné impotenci. U žen může dojít k výrazným změnám v menstruačním cyklu (22, 23).

Projevy stresu můžeme rozdělit do dvou základních skupin. Mezi somatické projevy patří rozšíření zornic, nadměrné pocení, kterým se reguluje zvýšení tělesné teploty způsobené zrychleným metabolismem. Zrychluje se činnost srdce, puls, stoupá krevní tlak. Také dochází ke zrychlení dýchání – hyperventilaci. Objevuje se pocit sucha v ústech, zpomaluje se střevní peristaltika – výsledkem může být zácpa. Zvyšuje se napětí svalů a hladina cukru v krvi. Mezi psychické projevy patří úzkost, hněv. Verbální a motorické projevy bývají prvními příznaky stresu, patří mezi ně pláč, křik, fyzické napadení (38).

Prevence stresu je stejně důležitá jako u většiny chorob. Lidem tzv. pomáhajících profesí se doporučuje se zaměřit na duševní hygienu. Duševní hygienou rozumíme systém pravidel a rad k udržení, prohloubení a znovunavrácení duševní

rovnováhy. Jejím úkolem je stanovit si cíle, u kterých je kladen důraz na sebevýchovu, sebepoznání a umění relaxace jedince. Prevence stresu je stále aktuální, zejména u sester, jejíž povolání je vnímáno jako náročné a stresující. V profesi sestry je důležité naučit se vytvořit si odstup od pacientů a jejich zdravotních problémů. Sestavit si žebříček hodnot a vědět, co je důležité a co je možné oželeť. Každý z nás by měl mít konkrétní a dosažitelný cíl a měl by usilovat především o to, co mu dává sílu a radost ze života (11).

1.5.2 Deprese a Zungova sebezposuzovací stupnice deprese

Deprese je dnes všeobecně velmi známým termínem. Je to patologický stav, který se nejčastěji projevuje změnou nálady směrem ke smutku a melancholii. Deprese je považována za chorobu mysli a těla. Většina lidí trpí jak tělesnými, tak duševními příznaky, ale jejich povaha se mění od člověka k člověku. Duševní příznaky deprese mohou sahát od pocitu smutku nebo úzkosti až k těžkým bludům. Mezi další duševní příznaky patří například špatná nálada, citová vyprahlost, tísnivé myšlenky, nesoustředěnost a špatná paměť, vidiny a sebevražedné pohnutky. Tělesné příznaky se mohou projevovat jak nespavost, pomalost v myšlení a jednání, růst nebo ztráta chuti k jídlu, ztráta zájmu o sex, únava, zácpa, menstruační obtíže. U některých lidí probíhá pod obrazem podrážděnosti, vztahovačnosti. Člověk prožívá v depresi mnoho nepříjemných pocitů. Cítí se opuštěný, smutný, vyčerpaný a zdá se mu, že mu nikdo nerozumí. Příznaky deprese může vyvolávat nízká hladina některých látek v mozku. Deprese úzce souvisí se změnami v množství a funkci neurotransmiterů, což jsou látky, které přenášejí nervové vzruchy. Neurotransmiterů je spousta, ale pro depresi jsou nejdůležitější serotonin a dopamin. Pokud je jejich hladina v mozku nízká, člověk snadněji upadá do deprese. Deprese patří do řady nemocí, které nemají jednu jedinou příčinu, ale vznikají z mnoha příčin. Každý máme svoje přednosti a nedostatky. Někdo je více vystaven riziku, že upadne do depresi, než druhý, ale za určitých okolností může depresi propadnout každý z nás. Mezi faktory způsobující sklony k depresím můžeme zařadit geny, ale pro přímou dědičnost u většiny forem depresí chybí důkazní jistota. Pravděpodobnost depresí mohou zvyšovat některé traumatické události z dětství, jako

například ztráta jednoho z rodičů, tělesné nebo pohlavní zneužívání. Deprese je spíše doménou žen, a proto je spojena s dalšími specifickými faktory. Mezi ně patří například menstruační cyklus a těhotenství. K zážitkům, které obvykle spouští deprese, patří ztráty nejrůznějšího druhu, jako jsou ztráta práce, smrt někoho blízkého, ztráta partnera následkem rozvodu stejně tak jako tělesná choroba. Také stres může vést k depresi, když nás překvapí jako náhlá zdrcující událost, nebo když působí dlouhodobě. Depresi mohou vyvolávat i některé předepisované léky, ke kterým patří například antiepileptika, antihypertonika, antiparkinsonika a diuretika, ale jejich vysazení může být ještě nebezpečnější než sama deprese. Lidé trpící depresí často trpí dalšími onemocněními či psychickými stavy. Podle předpokladů Světové zdravotnické organizace deprese do roku 2020 zaujme druhé místo v nemocnosti mezi lidmi, po kardiovaskulárních onemocněních, které zaujímají první příčku. Deprese je závažné onemocnění, které by mělo být léčeno odborníkem. Pokud má člověk dlouhotrvající problémy spojené s depresí, měl by se co nejdříve obrátit na svého lékaře, který dovede rozlišit mnoho typů deprese podle jejich příčiny, příznaků a trvání. Deprese lze rozdělit do tří hlavních kategorií. Slabá či lehká, u které obvykle stačí změnit styl života. Mírná deprese, u které změna životního stylu nestačí, projevují se i tělesné příznaky a je nutná lékařská péče. Těžká deprese je životu nebezpečné onemocnění. Pacient trpí tělesnými symptomy, bludy a vidinami a je proto důležité co nejdříve navštívit lékaře. Ke zjišťování a hodnocení deprese se využívá řada dotazníků, jedním z nich je i Zungova sebesuzovací stupnice deprese, ta byla použita v dotazníku mé bakalářské práce (15, 20, 27, 43).

1.5.3 Zátěž v profesi sestry

Definice zátěže je obecná, týká se všech druhů vlivů, které na člověka působí jako bio-psycho-sociální systém. Podle charakteru působících podnětů a primárních reakcí lze odlišit druhy zátěže (12).

Fyzická zátěž je v odborné literatuře charakterizována jako pracovní zátěž pohybového systému, srdečně-cévního a dýchacího systému s odrazem v metabolismu a termoregulaci. Profese sestry se stále řadí mezi povolání, při kterém je fyzická zátěž

stále značná. Zatížení sester při práci se liší typem oddělení, zdravotním stavem nemocných, počtem sester a pomocného personálu ve směně. Důležitá je organizace práce a dostupnost pomůcek snižujících fyzickou zátěž. Zvýšené fyzické zátěži je vystaven nejvíce pohybový aparát dolních končetin, protože většinu směny sestry stojí nebo chodí. Dále je zatížena páteř a horní končetiny a to zejména při manipulaci s imobilními klienty například při jejich polohování. Polohovat by neměla pouze jedna sestra sama, kromě toho, že ničí zdraví sobě, může být z hlediska vzniku proleženin takové polohování nebezpečné i pro samotného klienta. Při dlouhotrvající fyzické zátěži může dojít k přepracování a vyčerpání organismu, což se může projevit podrážděností, sníženou pozorností a schopností se soustředit. V této době je organismus sestry vnímavější k infekcím. Překonávání únavy bývá často spojováno s nadměrnou konzumací kávy, cigaret, léků. Mezi další důsledky fyzické zátěže sester patří bolesti nohou, páteře, poruchy kloubů, výjimkou nejsou ani křečové žíly. Pokud dojde k poškození zdraví v souvislosti s pracovním výkonem, jedná se o pracovní úraz, popřípadě nemoc z povolání. Veškerá snaha o rozvoj co největší mechanizace nedokáže nahradit pohlazení, úsměv, podání ruky, tedy projevy, které jsou typické pouze pro lidskou bytost (10, 12).

Psychická zátěž je charakterizována jako proces primárně psychického zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky životních a pracovních situací. Tělesné reakce jsou ovlivňovány psychikou. Můžeme rozlišit tři druhy psychické zátěže. Senzorická zátěž je dána požadavky na činnost periferních smyslových orgánů a odpovídajícím struktur centrálního nervového systému. Mentální zátěž vyplývá z požadavků na zpracování informací. Klade nároky na pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování. Emoční zátěž vyplývá ze situací a požadavků, které vyvolávají citovou odezvu (12).

Sestra v každodenní praxi řeší a prožívá problémy spojené s bolestí, nemocí, utrpením a smrtí klientů, což pro ni představuje velkou psychickou zátěž. Je oporou rodině, které pomáhá řešit těžké životní situace. A především je odpovědná za svoje rozhodnutí, která denně provádí, a nese za ně důsledky. S postupem času by sestra měla získat zručnost a schopnost efektivně zvládat tyto zátěžové situace a měla by je dokázat

lépe hodnotit. Zvládání psychické zátěže pomáhá sestře nacházet správnou rovnováhu (18).

1.5.4 Syndrom vyhoření

První zmínky o syndromu vyhoření, který je znám také pod anglickým názvem burnout, byly publikované v USA v letech 1974 – 1975, kdy pojem burnout poprvé použil H. J. Freudensberg. Postupem času se vyhoření stalo jednou z nejkoumanějších oblastí při studiu dopadu pracovního stresu na psychiku člověka (2).

Syndrom vyhoření vzniká, pokud se dlouhodobě zabýváme situacemi, které jsou emocionálně náročné. Objevuje se v profesích, které jsou charakterizovány vysokou pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a mnohdy neadekvátním ohodnocením. Profese sestry mezi ně bezesporu patří. Souvisí se zátěží organismu a je důsledkem selhání osobních mechanismů (mechanismů zvládání nároků). Při jeho vzniku dochází ke kombinování velkého očekávání pracovníka (subjektivní příčiny) a zátěže, které plynou z vysokých nároků (objektivní podmínky). Opakovaný zážitek pracovníka, že vložené úsilí je naprosto neadekvátní nízkému výsledku nebo ohodnocení, vede k vyhoření. Syndrom vyhoření není nemoc, je charakterizován jako proces, který se objevuje v průběhu kariéry pomáhajícího, často velmi brzy. Způsobuje škody osobní, také zhoršuje kvalitu poskytovaných služeb. Syndrom vyhoření vede v mnoha případech k fyzickému, psychickému a emocionálnímu vyčerpání organismu (2).

Příznaky syndromu vyhoření můžeme rozdělit na dvě skupiny- psychické a fyzické symptomy. Do psychických příznaků můžeme zařadit celou škálu příznaků od sklíčenosti, popudlivosti až k bezmocnosti. Změny v postojích člověka jako je nechuť k práci, cynismus, zapomínání a nesoustředěnost. Velké změny nastávají v mezilidských vztazích, které se projevují například sníženou ochotou pracovat s lidmi, stažením se do soukromí, omezováním kontaktu s kolegy až lhostejným přístupem ke klientům. Velkou daň si syndrom vyhoření vybírá také v tělesné rovině. Velice časté jsou potíže se spánkem, únavou, nechutí k jídlu nebo nepravidelným stravováním. Člověk může mít potíže s vysokým krevním tlakem, s častými bolestmi hlavy nebo

svalovým napětím. Syndrom vyhoření většinou postihuje ty, kteří se pouštějí do práce s velkým nadšením, ideálem něco změnit, zlepšit. Jsou ochotni práci obětovat i sami sebe, tyto lidi můžeme nazývat „workoholiky“. Syndrom vyhoření souvisí se sníženou fyzickou aktivitou a nezdravým způsobem života, se kterým se bohužel u sester setkáváme velice často. Velkým podílem na vyhoření mají také nefungující vztahy na pracovišti a v rodině (2, 31).

Syndrom vyhoření jen tak nikoho nepřepadne, jedná se až o výsledné stadium pozvolného, několik měsíců až let, trvajícího procesu. Syndrom vyhoření probíhá podle Edelwiche a Brodskyho v pěti fázích. První fáze je charakterizována nadšením, začínající pracovník srší elánem, má mnoho plánů a očekávání. Dobrovolně pracuje přesčas, jelikož práce ho zcela naplňuje. Zanedbává všechny své volnočasové aktivity, protože práce je pro něj zásadně na prvním místě. Postupně se přesouvá do druhé fáze tzv. stagnace, kdy počáteční nadšení upadá. Zjišťuje, že ne všechny jeho plány a ideály půjdou splnit. Rovněž bere v potaz i jiné aktivity než jenom práci. Jako třetí fáze se dá označit frustrace, člověk začíná přemýšlet nad efektivitou a smyslem jeho práce, jelikož se opakovaně setkal s nespokojenými klienty či jinými překážkami a ptá se sám sebe, zda má vůbec ještě cenu pomáhat, snažit se být ochotný. Mohou se vyskytnout spory s nadřízenými a současně i fyzické příznaky jako nechutenství, rychlejší unavitelnost a poruchy spánku. Další fází je apatie, ta nastupuje po dlouhodobější frustraci. Mnoho lidí se v této fázi potýká s tzv. HH – syndromem, který je charakterizovaný bezmocností a beznadějí („HH“ z anglického slova helpness a hopelessness). Pracující vnímá svoji profesi pouze jako zdroj obživy, dělá pouze to, co musí. Odmítá jakékoliv změny, novinky, práci přesčas. Často pociťuje, že ho klienti obtěžují a stresují. Jako poslední pátá fáze se uvádí vyhoření, kdy nastává období emocionálního vyčerpání a pocit ztráty sebe, pocit ztráty smyslu své práce. Jednotlivé fáze přecházejí do dalších tak hladce, že si to dotyčný uvědomí, až když je po všem. Často opouštíme své zaměstnání nebo jsme dlouhodobě v pracovní neschopnosti, takzvaně prostě vyhoříme. Ve všech těchto fázích vyhoření se dá zakročit vhodnou prevencí a syndrom vyhoření řešit a vyřešit. Abyste věděli jak se bránit, je potřeba mít dostatek informací. Důležité je umět příjemně využívat a trávit svůj volný čas,

relaxovat. Dalším podstatným bodem je naučit se nenosit si práci domů, je potřeba tzv. vypnout a naučit se v určitých situacích říkat „NE“. U sester je nejdůležitější prevencí vyhoření fungující kolektiv na pracovišti, dobré pracovní ohodnocení, dostatečné personální obsazení, obměňování pracovních postupů, udržování vzdálenosti, odstupu od klientů, pěstování vlastních zájmů a odměňování se za úspěchy (2, 29, 31).

1.6 Závislosti u sester

1.6.1 Návykové látky

Mezi nejčastěji používané návykové látky řadíme alkohol, tabák a kofein. Dále pak opiáty, ke kterým patří například heroin. Kanabinoidy, jejichž nejznámějším zástupcem je marihuana. Mezi další návykové látky patří různá sedativa, hypnotika, stimulantia typu pervitinu a halucinogeny (LSD) (23).

Kofein je purinový alkaloid, který se nachází v různých rostlinách, jako jsou kávové boby, ořechy, kola, maté, plody rostliny guarana a další. Kofein je kromě kávy obsažen i v různých kofeinových nápojích, jako je coca-cola a energetické nápoje. Průměrný obsah kofeinu v šálku kávy se pohybuje do 100 mg. Kofein se do krve dostává v průběhu 30 - 45 minut a průměrný poločas kofeinu v organismu jsou 4 hodiny. Kofein zvyšuje pozornost, podporuje jasnější a rychlejší myšlení. Mezi další fyziologické efekty patří podpora uvolňování kortizolu a adrenalinu, což vede ke zvýšení tlaku krve a zrychlení srdeční činnosti. Vyšší dávky kofeinu mohou způsobovat nervozitu, neklid, poruchy spánku a nesoustředěnost (23).

Heroin je derivát alkaloidu morfinu, působí převážně na mozek. Požití heroinu ať nitrožilně nebo šňupnutím, přináší člověku pocit uvolnění a uklidnění. Závislost na heroinu vzniká již po několika aplikacích a projevuje se silnými abstinenciálními příznaky (23).

Marihuana je označována jako droga, která je složena z usušených listů konopí. Patří stejně jako LSD k halucinogenům. Je stejně škodlivá jako obyčejná cigareta. Následky v podobě kuřáckých obtíží jsou podobné jako u běžných cigaret.

Marihuana navíc na rozdíl od cigaret zhoršuje paměť, koordinaci pohybů a reakce na podněty. Kouření marihuany si zájem veřejnosti získalo především díky schopnosti navodit euforii, pocity uvolněnosti a zvýšené sexuální aktivity (21, 23).

Sedativa jsou látky, které navozují v malých dávkách uvolnění. Analgetické léky jsou zbraní proti bolesti, ale také jsou pro člověka životu nebezpečné, pokud dojde k jejich předávkování. Ve velkém množství působí negativně na činnost mozku, svalovou činnost i metabolické aktivity. Mezi sedativa patří například opiáty a barbituráty, což jsou léky, které byly vyvinuty k posílení spánku (21, 23).

Stimulanty jsou látky, které v malé míře zvyšují duševní činnost, pozornost a psychickou aktivitu. K jejich zástupcům patří pervitin, který patří do skupiny amfetaminových drog (21, 23).

1.6.2 Kouření

Kouření tabáku je jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu, protože působí téměř na veškeré funkce organismu. Škodlivé součásti tabákového kouře jsou nikotin, dehet, oxid uhelnatý, amoniak, nitrosaminy, formaldehyd, kyanid a mnoho dalších. Nikotin je návyková látka a vzniká na ní závislost. Velmi rychle se vstřebává do krve a již několik sekund po vdechnutí se dostává do mozku. Obecně lze říci, že na nikotinu je závislý kuřák, který denně vykouří nejméně 10 – 15 cigaret a první cigaretu si zapálí do jedné hodiny po probuzení. Pokles hladiny nikotinu u kuřáka vyvolává abstinenci příznaky, k nimž patří nutkavá touha po cigaretě, špatná nálada, podrážděnost, nervozita nebo zvýšená chuť k jídlu. Nikotin také zvyšuje krevní tlak, zrychluje srdeční akci a způsobuje stažení cév. Všechny tyto účinky jsou rizikovými faktory pro vznik onemocnění srdce a mozku. Dehet z tabákového kouře se usazuje v plicích a je příčinou vzniku rakoviny plic. Cigaretový kouř je však komplexním kancerogenem a je rizikovým faktorem pro vznik rakoviny i jiných orgánů. K dalším zdravotním problémům u kuřáků patří nadměrná sekrece hlenu v průduškách, což vede k jejich hypertrofii. Poškozuje také pohyblivost epitelových řasinek, tím dochází k zadržování hlenu v dýchacích cestách a následným zánětlivým změnám sliznice průdušek. Pasivní kouření, nebo-li nedobrovolné vystavení osoby cigaretovému kouři,

je velmi škodlivé. Uvádí se, že nekuřák, který stráví jednu hodinu v prostředí, kde se kouří, vdechne takové množství škodlivin, jakoby vykouřil 15 cigaret. Pasivnímu kouření je vystavena značná část populace, nejvíce jsou ohroženy děti (21, 23, 25).

Závislost na tabáku není zlozvyk, ani banalita, ale opravdová nemoc. V Mezinárodní klasifikaci nemocí Světové zdravotnické organizace má kouření číslo diagnózy F 17. Kouření je u nás příčinou každého šestého úmrtí, každoročně mu podlehe v průměru 18 000 lidí, kteří ztratí kouřením až 15 let života. Závislosti na tabáku je velmi obtížné se zbavit, o čemž svědčí dosavadní úspěšnost léčby. Proto je nejlepším řešením s kouřením vůbec nezačít. Při odvykání kouření je výhodné pokud chce sám kuřák přestat. Lékař by s ním měl probrat jeho nejčastější situace a přimět ho, aby si dopředu naplánoval náhradní řešení, jak se cigaretě vyhnout. Je dobré stanovit si přesné datum, odkdy přestane kouřit a přestat s kouřením naráz a úplně. Jediná znovu vykouřená cigareta způsobí často návrat do pravidelného kuřáctví. Setrvat v úmyslu nekouřit, vám pomůže odstranění popelníků, zapalovačů a cigaret z nejbližšího okolí. Pro kuřáky se závislosti na nikotinu existuje léčba, podáním nikotinu jinou cestou například nikotinovou žvýkačkou nebo náplastí (19, 23, 25).

Sestra by měla být pro pacienta autoritou, a proto je velmi důležité aby, z ní nebyl cítit cigaretový kouř. Měla by být nekuřáckým vzorem jak pro pacienty, tak pro své okolí. V současné době tomu, ale tak bohužel není. U nás kouří víc sester než celkově žen v populaci. Mezi sestrami je v průměru 35 % kuřáček, zatímco mezi ženami v populaci jen kolem 23%. Existují specializovaná centra léčby závislosti na tabáku, které jsou určeny i sestřám. Společnost léčby závislosti na tabáku má na svých webových stránkách www.slzt.cz i sekci pro sestry. Zde se mohou dozvědět spoustu informací a zúčastňovat se různých kurzů léčby závislosti na tabáku a získávat za ně kredity (19).

1.6.3 Alkohol

Alkohol je tekutina, která vzniká kvašením sacharidů, chemickým složením je to etanol. Používá v různých oblastech, v lékařství pro antiseptické vlastnosti, v potravinářském průmyslu je aktivní složkou alkoholických nápojů, kde je obsažen

v různé koncentraci. Alkohol je běžně používán pro jeho působení na nervovou soustavu jako příjemný, snadný a rychlý způsob jak se cítit dobře. Pozitivní účinky má k povzbuzení chuti k jídlu, zahnání nudy nebo stresu a odbourává ostych při navazování společenských kontaktů. Účinek alkoholu ovšem závisí na vypitém množství, na fyzickém a psychickém stavu konzumenta, na jeho náladě a mnoha dalších faktorech. Při koncentraci alkoholu v krvi kolem 0,5 promile se snižuje napětí, strach, úzkost a zvyšuje se sebedůvěra. Při 1,5 promile nastává ztráta zábran, nastupuje rozjařenost, mnohmluvnost a narušení svalové koordinace. Koncentrace 2- 3 promile alkoholu v krvi působí již těžkou poruchu hybnosti, vnímání a poruchu soudnosti, zpravidla je doprovázené agresivním chováním v citech nastává obrat ke smutku. Při koncentraci alkoholu v krvi nad 3 promile může dojít k bezvědomí a nad 4 – 5 promile alkoholu v krvi dochází k zástavě dechu a krevního oběhu a může nastat smrt. Příjem většího množství alkoholu může člověka negativně ovlivňovat jak přímo, tak nepřímo. Příkladem přímého negativního vlivu alkoholu je cirhóza jater. Nepřímo alkohol negativně ovlivňuje například dopravní nehody, jejichž výskyt se pod vlivem alkoholu mnohonásobně zvyšuje. Nepřímé důsledky alkoholu jsou však mnohem širšího rozsahu. Mění se přesnost koordinace, správnost percepce a uvažování, pozornost a schopnost rozhodování. Tyto defekty nás mohou negativně ovlivnit v různých činnostech pracovních i mimopracovních. V malých dávkách má ale alkohol i pozitivní vliv na lidský organismus. Příznivý účinek má například střídme pití piva (1-2 piva denně) a vína (2 dcl vína denně) v závislosti na pohlaví a hmotnosti. Toto množství přispívá ke zvýšení HDL cholesterolu, který chrání tepny před kornatěním. Jedna jednotka alkoholu je 10g/lihu. Pivo také pozitivně ovlivňuje krevní oběh, snižuje riziko srdečních příhod, působí proti vysokému krevnímu tlaku a posiluje kosti. Pozitivní vliv na zdraví má popíjení červeného i bílého vína, která obsahují důležité antioxidanty (7, 22, 24, 26).

2. Cíle práce a hypotézy

Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo zmapovat životní styl sester dle vybraných sociálních determinant zdraví se zaměřením na oblast stravování, sportovní aktivity, zvládání stresu a užívání návykových látek. Na základě předmětu výzkumu jsme zvolili tyto dílčí cíle:

2.1 Cíle výzkumu

Cíl 1: Zmapovat nutriční příjem sester

Cíl 2: Zjistit četnost užívání návykových látek u sester

Cíl 3: Vyhodnotit příznaky deprese u sester

Cíl 4: Zmapovat úroveň pohybových aktivit u sester

2.2 Hypotézy

H1 Sestry překračují doporučený energetický příjem dle referenčních hodnot PRI EU

H2 Sestry překračují doporučený příjem lipidů dle referenčních hodnot PRI EU

H3 Sestry překračují doporučený příjem sacharidů dle referenčních hodnot PRI EU

H4 Sestry překračují doporučený příjem vlákniny dle referenčních hodnot PRI EU

H5 Sestry dosahují doporučeného příjmu tekutin dle referenčních hodnot PRI EU

H6 Spotřeba alkoholu u sester je mírná (0 – 10 jednotek alkoholu týdně)

H7 Sestry jsou slabé kuřačky, kouří 1- 9 cigaret denně

H8 Sestry dle Zungovy sebesuzovací stupnice deprese jeví známky deprese

H9 Pohybová aktivita u sester je dostatečná

3. Metodika

3.1 Metodika práce

V rámci této bakalářské práce bylo realizováno kvantitativní šetření metodou dotazování, technikou dotazníku. Obsahem dotazníku bylo 37 otázek vztahujících se k problematice životního stylu sester, viz příloha 1. Stravování bylo vyhodnocováno pomocí programu NUTRIDAN, který vyvinula MUDr. Dana Müllerová Ph.D. ve spolupráci se společností Danone. Je to počítačový software, který pomáhá hodnotit úroveň stravovacích návyků. Doporučené dávky odpovídají věku, pohlaví, BMI a fyzické námaze respondenta. Tyto dávky byly specifikovány v referenčních dávkách Evropské Unie ve formě PRI EU (referenční hodnota populačního příjmu mikronutrientů stanovená EU). NUTRIDAN obsahuje velké množství potravin a jejich nutriční hodnoty, ty se do databáze zadávají formou jídelníčku, který respondenti v dotazníku vyplňovali. Nutriety převádí na skutečný příjem a pracuje s nimi v procentuálním plnění. V bakalářské práci je norma brána jako 100 % ± 5 %. Úroveň pohybové aktivity a četnost užívání návykových látek bylo zpracováno a poté vyhodnoceno programem NUTRIFIA, jehož autorem je MUDr. Jindřich Fiala CSc. z Ústavu preventivního lékařství, Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně. NUTRIFIA orientačně hodnotí parametry zdravého životního stylu a nabádá v prevenci proti nemoci a podpoře zdraví. Příznaky deprese byly vyhodnoceny pomocí Zungovy sebesposuzovací stupnice deprese. Tento zdroj mi byl poskytnut Ambulancí bolesti v Nemocnici České Budějovice a.s. Sběr dat probíhal v Nemocnici Strakonice a.s., po předchozí domluvě s hlavní sestrou nemocnice.

Sledované parametry - hodnoceno programem NUTRIFIA

Tabulka 1 Posouzení hmotnosti podle indexu

Podváha	BMI < 18,5
Přiměřená váha	BMI 18,5 - 24,9
Nadváha	BMI 25 - 29,9
Obezita 1. stupně	BMI 30 - 34
Obezita 2. stupně	BMI 35 - 39,9
Obezita 3. stupně	BMI > 40

Zdroj: NUTRIFIA

Tabulka 2 Hodnoty krevního tlaku

Hypotenze	< 100/< 60 mmHg
Optimální TK	< 120/ < 80 mmHg
Normální TK	< 130/ < 85 mmHg
Zvýšený TK	130 - 139/85 - 89 mmHg
Hypertenze	≥ 140 / ≥ 90 mmHg

Zdroj: NUTRIFIA

Tabulka 3 Hodnoty celkového cholesterolu

Žádoucí hodnota	3,0 - 4,9 mmol / l
Střední hladina cholesterolu v krvi	5,0 - 6,0 mmol / l
Vysoké hladina cholesterolu v krvi	7,0 - 12,0 mmol / l

Zdroj: NUTRIFIA

Tabulka 4 Frekvence intenzivní chůze za týden

Nízká frekvence chůze	< 30 min / den nebo < 3 hod / týden
Žádoucí frekvence chůze	> 30 min / den nebo < 3 hod / týden

Zdroj: NUTRIFIA

Tabulka 5 Sport index (= násobek týdenní frekvence, délky cvičení a intenzity)

Nízký index	< 400
Hraniční index	400 - 700
Dostačující index	> 700 < 1400
Vysoký index	> 1400 < 2100
Velmi vysoký index	2100 a více

Zdroj: NUTRIFIA

Tabulka 6 Vyhodnocení kouření

Nekuřák	0 cigaret / den
Slabý kuřák	1 - 9 cigaret / den
Středně silný kuřák	10 - 19 cigaret / den
Silný kuřák	20 a více / den

Zdroj: NUTRIFIA

Tabulka 7 Vyhodnocení konzumace alkoholu (jednotka alkoholu = množství obsahující přibližně 10g čistého alkoholu)

Mírná konzumace	0 - 10 jednotek alkoholu / týden
Vyšší konzumace	11 - 20 jednotek alkoholu / týden
Velmi vysoká konzumace	21 - 35 jednotek alkoholu /týden

Zdroj: NUTRIFIA

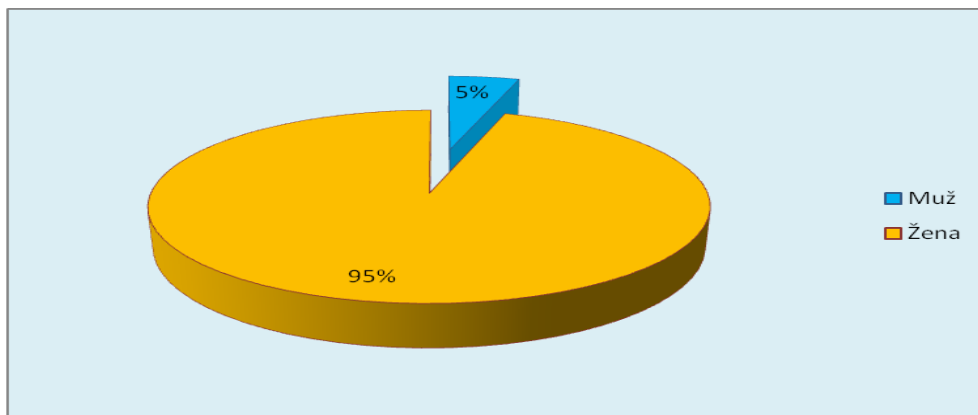
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Kvantitativní šetření probíhalo v nemocnici Strakonice a.s., respondenty byly sestry osmi typů oddělení (chirurgické odd., interní odd., ARO, gynekologické odd., neurologické odd., dětské odd., odd. následné péče a hemodialyzační odd.). Pro tento kvantitativní výzkum bylo rozdáno 120 dotazníků. Po kontrole správnosti bylo 18 dotazníků vyřazeno, protože byly vyplněny jen částečně. Návratnost dotazníků byla 85%. Do výzkumného vzorku bylo tedy zahrnuto celkem 102 řádně vyplněných dotazníků.

4. Výsledky

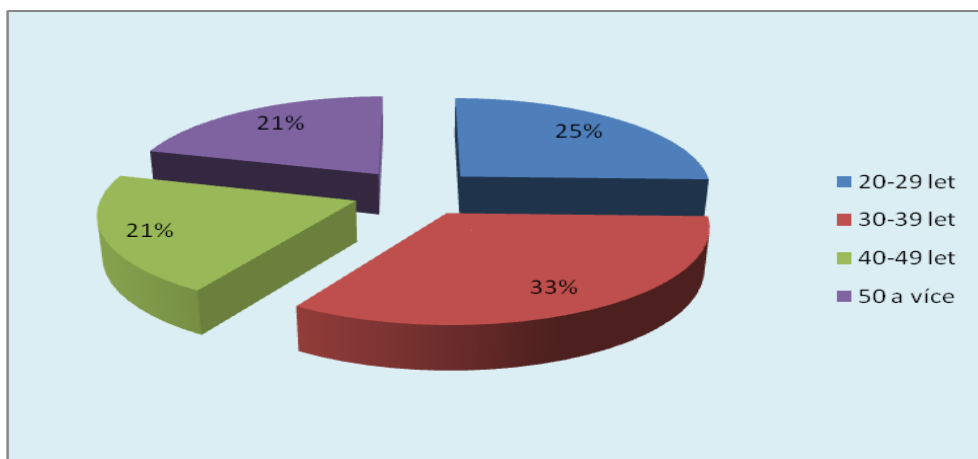
4.1. Identifikační údaje výzkumného souboru

Graf 1 Pohlaví respondentů



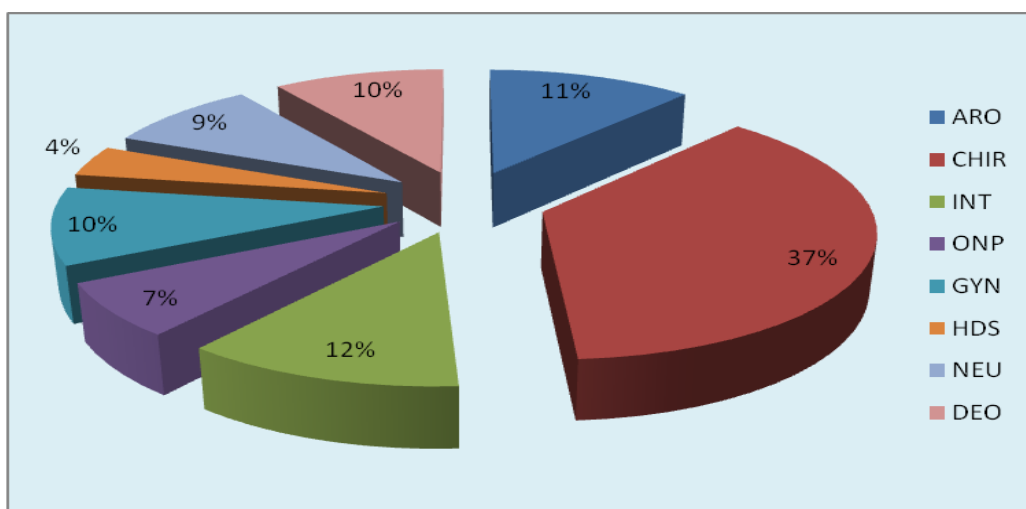
Graf 1 zobrazuje celkový počet dotázaných respondentů 102 (100%), z toho bylo 97 (95%) žen a 5 (5%) mužů.

Graf 2 Věk respondentů



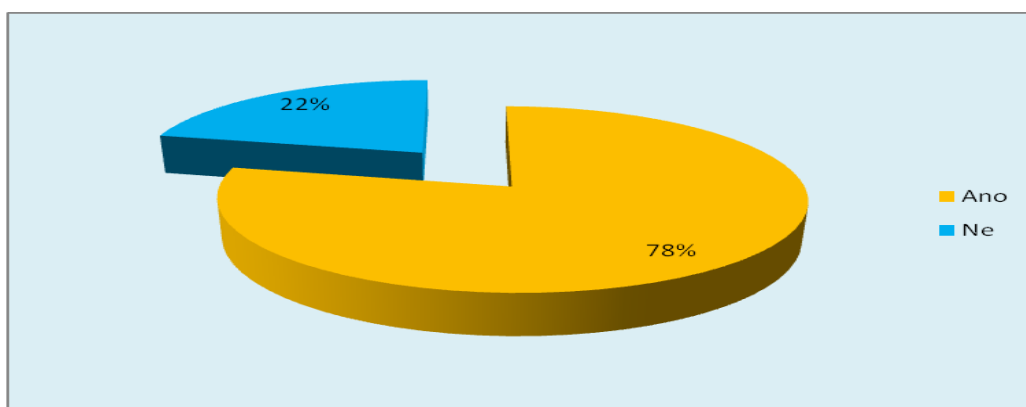
Graf 2 zobrazuje rozložení výzkumného souboru dle věku respondentů. Největší zastoupení měly sestry ve věku 30-39 let, kterých bylo 34 (33%), dále následovaly sestry ve věku 20-29 let, kterých bylo 26 (25%). Ve stejném počtu byly zastoupeny sestry ve věku 40-49 let, kterých bylo 21 (21%) a stejně tak sestry ve věku 50 a více 21 (21%).

Graf 3 Zastoupení sester podle typu oddělení



Graf 3 představuje zastoupení sester podle jednotlivých typů oddělení. První příčku zaujímaly sestry z chirurgického oddělení 38 (37%). Dále následovaly sestry z interního oddělení, kterých bylo 12 (12%), poté sestry z ARO oddělení, kterých bylo 12 (11%). Stejný počet zaujímaly sestry z gynekologického oddělení 10 tedy (10%) a sestry z dětského oddělení 10 tedy (10%). Poté následovaly sestry z neurologického oddělení, kterých bylo 9 (9%), dále sestry z oddělení ONP, kterých bylo 7 (7%) a na posledním místě sestry z oddělení hemodialýzy, které byly 4 tedy (4%).

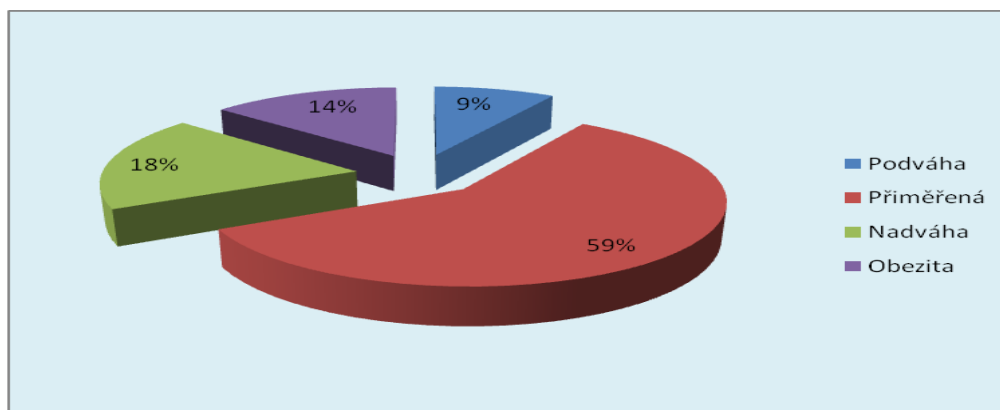
Graf 4 Směnný provoz



Graf 4 znázorňuje sestry pracující ve směnném provozu, kterých bylo 80, což činí (78%). Sester pracujících v jednosměnném provozu bylo tedy 36 (22%).

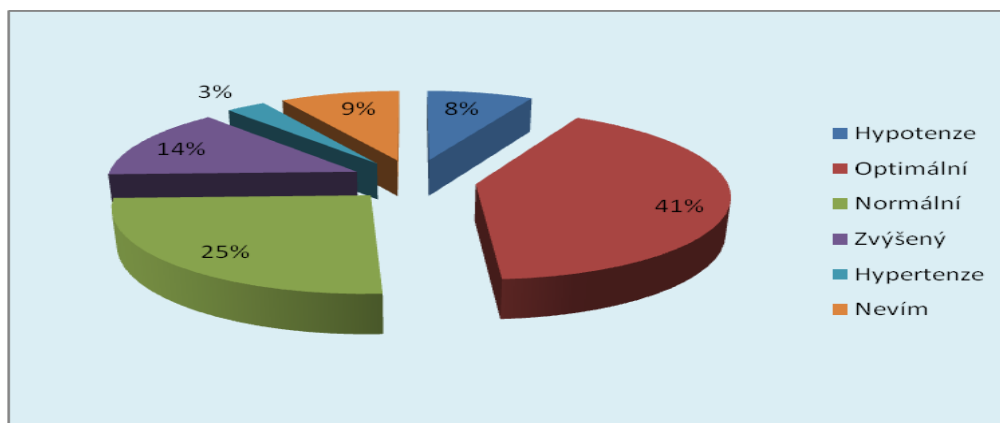
4.2 Stravování a stravovací návyky

Graf 5 Posouzení hmotnosti podle indexu – BMI



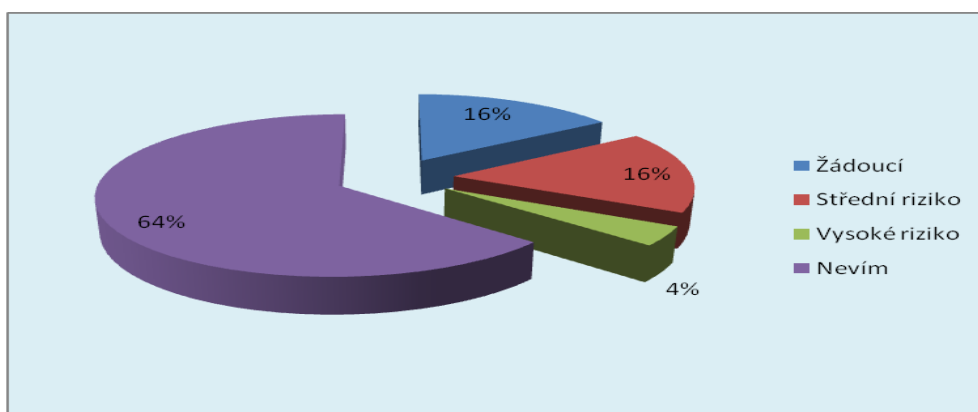
Graf 5 znázorňuje hmotnost sester podle indexu BMI. Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 102 sester (100%) mělo 60 sester (59%) váhu přiměřenou (BMI 18,5 – 24,9), 19 sester (18%) mělo nadváhu (BMI 25 – 29,9), 14 sester (14%) se potýkalo s obezitou. Z toho 11 sester mělo obezitu 1. stupně (BMI 30-34), 3 sestry se potýkaly s obezitou 2. stupně (BMI 35 – 39,9) a 9 sester (9%) bylo v pásmu podváhy (BMI < 18,5).

Graf 6 Hodnoty krevního tlaku u sester



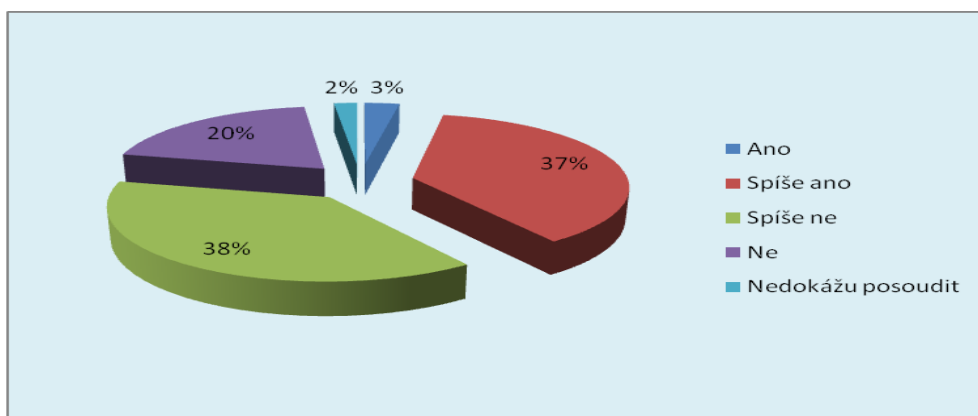
Graf 6 znázorňuje hodnoty krevního tlaku u sester. Z celkového počtu 102 sester (100%) mělo 42 sester (41%) tlak optimální (< 120/ < 80 mmHg), 26 sester (25%) mělo tlak normální (< 130/ < 85 mmHg), 14 sester (14%) uvedlo tlak zvýšený (130 – 139/ 85 -89 mmHg), 9 sester (9%) svůj krevní tlak neví, 8 sester (8%) uvedlo hypotenzi (< 100/ < 60 mmHg) a 3 sestry (3%) měly hypertenzi ($\geq 140/\geq 90$ – mmHg)

Graf 7 Hodnoty celkového cholesterolu v krvi u sester



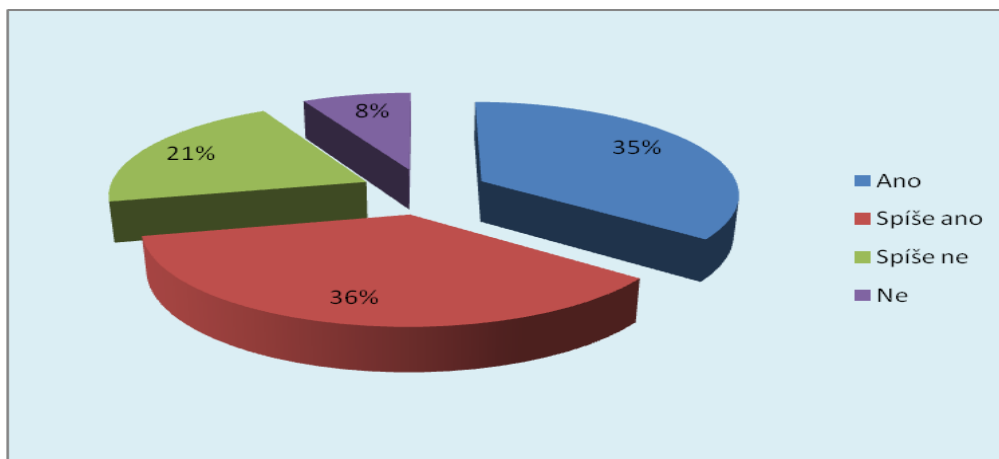
Graf 7 znázorňuje hodnoty celkového cholesterolu v krvi u sester. Z celkového počtu 102 sester (100%) 65 sester (64%) svoji hodnotu celkového cholesterolu nevědělo, 17 sester (16%) mělo střední hladinu celkového cholesterolu v krvi (5,0 - 6,0 mmol / l), 16 sester (16%) mělo hladinu cholesterolu žádoucí (3,0 – 4,9 mmol / l) a 4 sestry (4%) měly vysokou hladinu cholesterolu (7,0 – 12,0 mmol / l). Střední a vysoká hladina cholesterolu představuje riziko pro vznik aterosklerózy.

Graf 8 Stravování dle zásad zdravé výživy



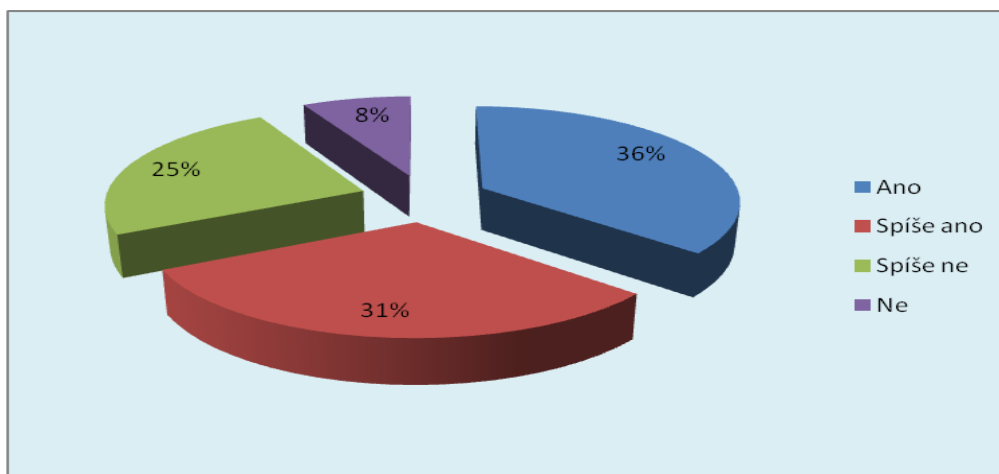
Graf 8 zobrazuje stravování sester dle zásad zdravé výživy. Z celkového počtu 102 sester (100%) vyplývá, že 39 sester (38%) se spíše zdravě nestravuje, 38 sester (37%) se spíše zdravě stravuje, 20 sester (20%) se zdravě nestravuje, 3 sestry (3%) se stravují podle zásad zdravé výživy a 2 sestry (2%) nevěděly, jaká jejich strava je.

Graf 9 Pravidelná konzumace zeleniny (alespoň 1 porce denně)



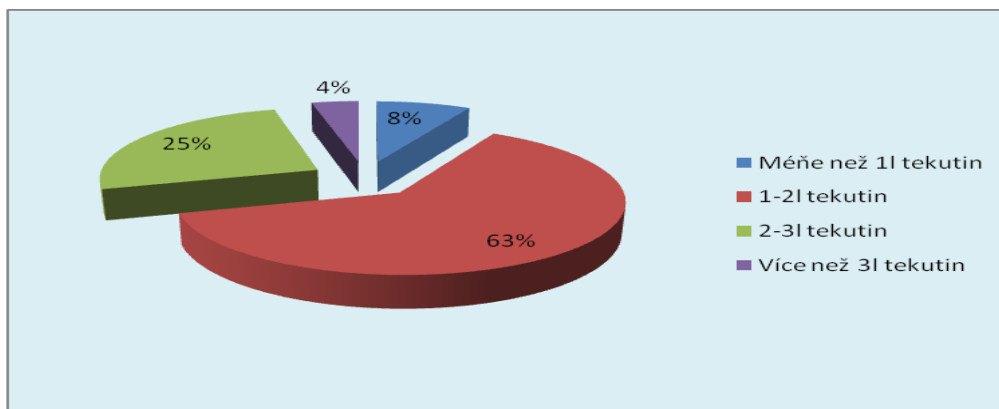
Graf 9 znázorňuje pravidelnou konzumaci zeleniny za den. Z celkového počtu 102 sester (100%) uvedlo 37 sester (36%), že konzumuje zeleninu spíše pravidelně, 36 sester (35%) konzumuje zeleninu pravidelně, 21 sester (21%), uvedlo, že spíše zeleninu do své stravy nezahrnuje a 8 sester (8%) zeleninu pravidelně nekonzumuje.

Graf 10 Pravidelná konzumace ovoce (alespoň 1 porce denně)



Graf 10 znázorňuje pravidelnou konzumaci ovoce za den. Z celkového počtu 102 sester (100%) uvedlo 37 sester (36%), že konzumují ovoce pravidelně, 32 sester (31%) také spíše konzumuje ovoce pravidelně, 25 sester (25%) uvedlo, že jejich jídelníček ovoce spíše neobsahuje a 8 sester (8%) ovoce pravidelně nekonzumuje.

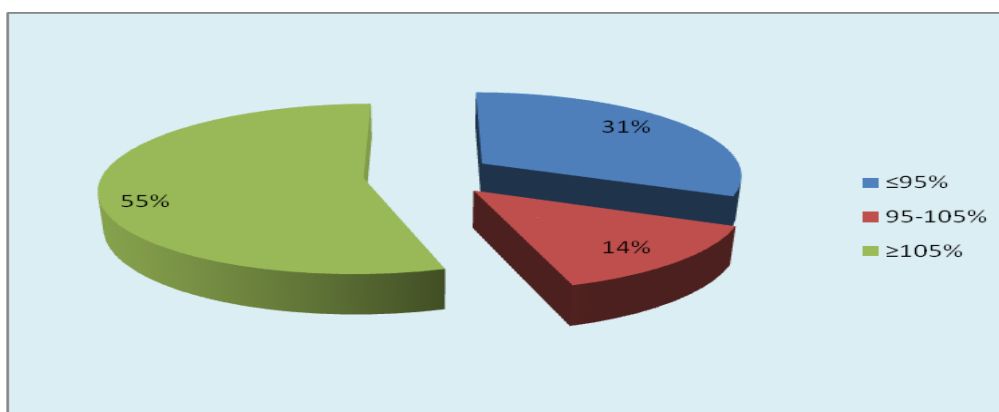
Graf 11 Tekutiny denně



Graf 12 znázorňuje příjem tekutin u sester. Z celkového počtu 102 sester (100%) je patrné, že u 64 sester (63%), se příjem tekutin pohybuje kolem 1-2 litrů za den, 26 sester (25%) uvedlo, příjem tekutin 2-3 litry za den, 8 sester (8%) mělo příjem tekutin pouze do 1 litru za den a 4 sestry (4%) přesahovaly příjem tekutin vyšší než 3 litry za den.

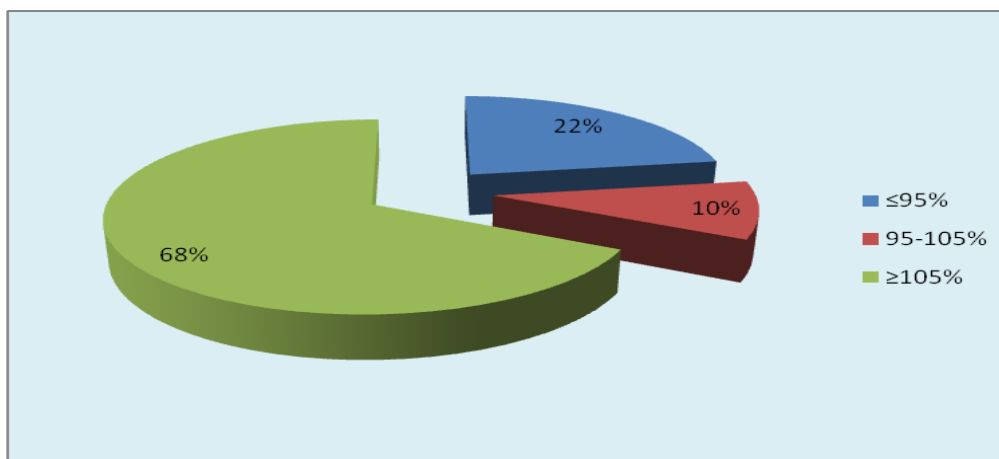
4.3. Analýza jídelníčků programem NUTRIDAN

Graf 12 Celkový příjem energie dle doporučeného příjmu referenčních hodnot PRI EU



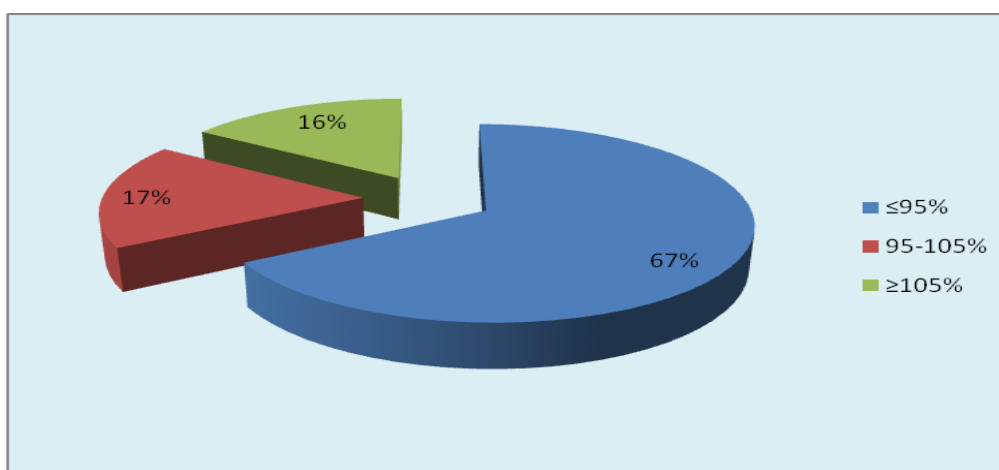
Graf 12 znázorňuje celkový denní příjem energie ve stravě dle referenčních hodnot PRI EU. Z celkového počtu sester 102 (100%) vyplývá, že 56 sester (55%) mělo příjem energie zvýšený ($\geq 105\%$) u 32 sester (31%) byl patrný snížený příjem energie ($\leq 95\%$) a u 14 sester (14%) byl v normě (95 – 105%).

Graf 13 Obsah lipidů ve stravě dle doporučeného příjmu referenčních hodnot PRI EU



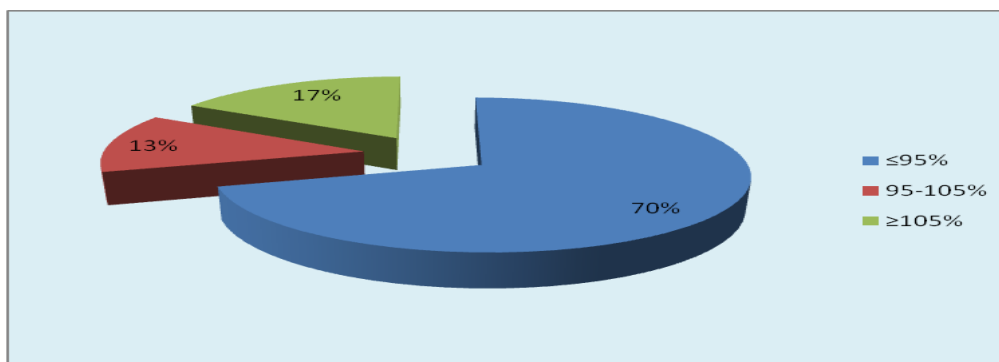
Graf 13 zobrazuje příjem lipidů ve stravě dle referenčních hodnot PRI EU. Z celkového počtu 102 sester (100%) mělo 69 sester (68%) příjem tuků zvýšený ($\geq 105\%$), 23 sester (22%) snížený ($\leq 95\%$) a pouze 10 sester (10%) mělo příjem tuků v normě (95 – 105%).

Graf 14 Obsah sacharidů ve stravě dle doporučeného příjmu referenčních hodnot PRI EU



Graf 14 znázorňuje příjem sacharidů ve stravě dle referenčních hodnot PRI EU. Z celkového počtu 102 sester (100%) mělo 68 sester (67%) příjem sacharidů snížený ($\leq 95\%$), 18 sester (17%) bylo v normě (95 – 105%) a 16 sester (16%) mělo příjem zvýšený ($\geq 105\%$).

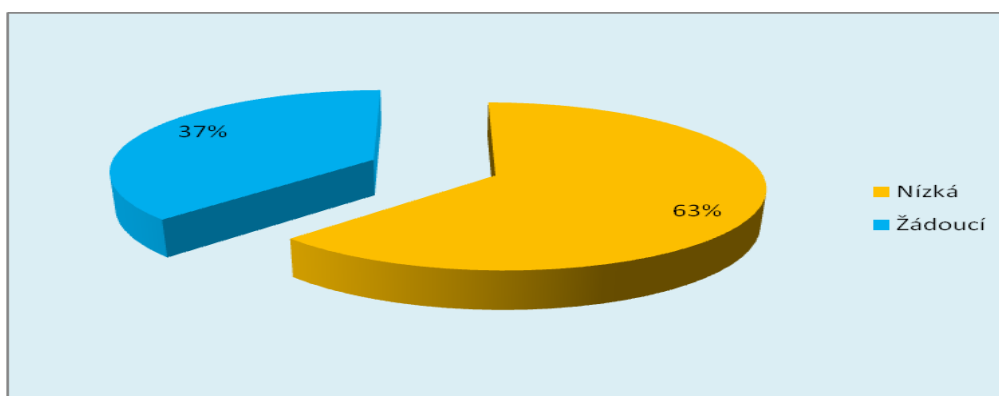
Graf 15 Obsah vlákniny ve stravě dle doporučeného příjmu referenčních hodnot PRI EU



Graf 15 zobrazuje příjem vlákniny ve stravě dle referenčních hodnot PRI EU. Z celkového počtu 102 sester (100%), 72 sester (70%) mělo příjem vlákniny snížený ($\leq 95\%$), 17 sester (17%) zvýšený (≥ 105) a pouze u 13 sester (13%) byl obsah vlákniny ve stravě v normě (95 – 105%).

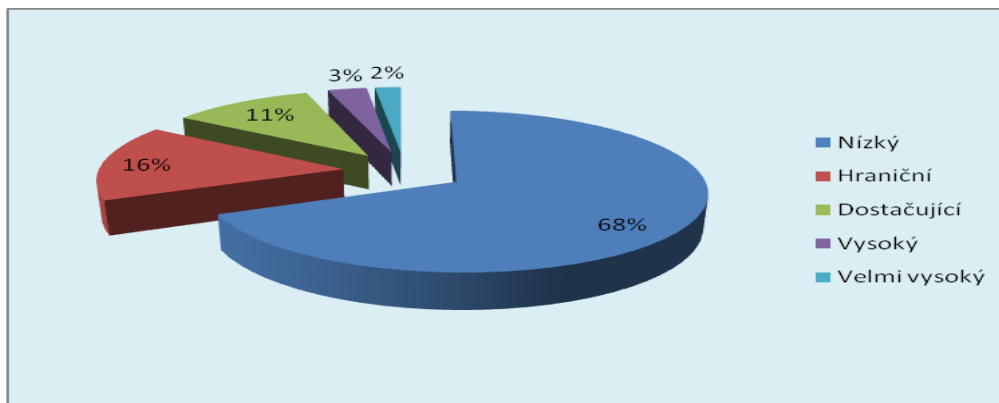
4.4 Analýza údajů programem NUTRIFIA

Graf 16 Frekvence intenzivní chůze za týden (nejméně 30 minut po většinu dní v týdnu, nebo alespoň 3 hodiny za celý týden (= žádoucí minimum))



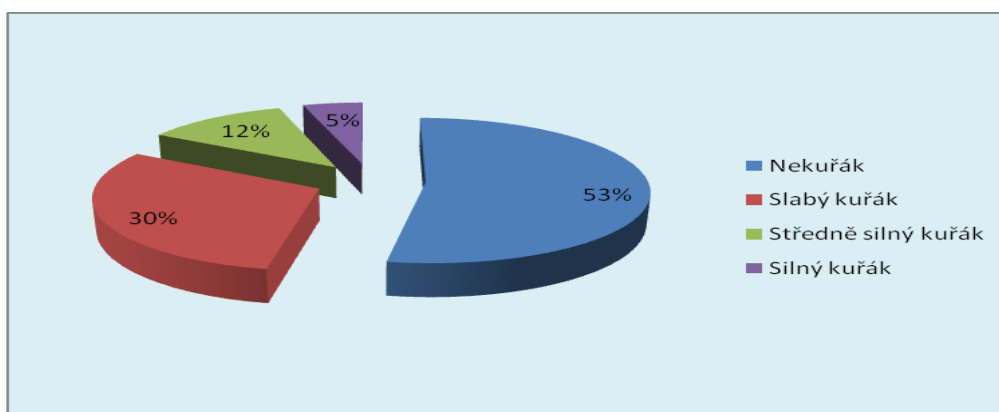
Graf 16 znázorňuje frekvenci intenzivní chůze u sester. Z celkového počtu 102 sester (100%) mělo 64 sester (63%) frekvenci chůze nízkou, z čehož vyplývá, že se aktivní chůzi věnují méně než 30 minut denně nebo méně než 3 hodiny týdně, zbylých 38 sester (37%) mělo frekvenci chůze žádoucí, což znamená, že splňují žádoucí minimum = 30 minut po většinu dní v týdnu nebo 3 hodiny za týden.

Graf 17 Sportovní index u sester



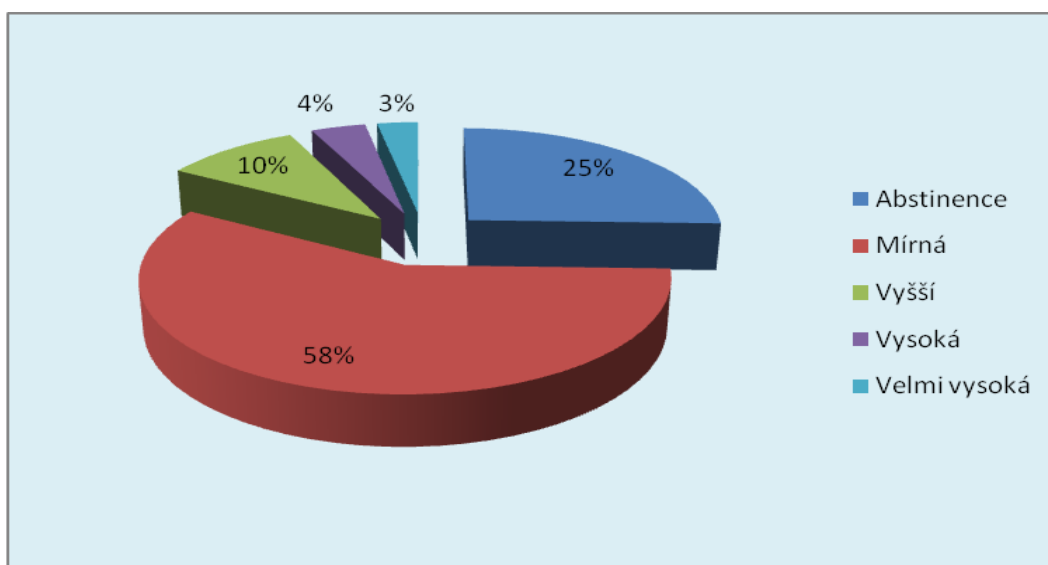
Graf 17 znázorňuje sport index, technicky se jedná o násobek zadaných parametrů, týdenní frekvence cvičení, obvyklá délka cvičení a intenzita. Za dostačující je považována hodnota > 700 , což odpovídá např. kombinaci 3krát týdně po 40 minutách sport o intenzitě 6. Z celkového počtu 102 (100%) je patrné, že u 70 sester (68%) byl sport index nízký (< 400), 16 sester (16%) mělo hraniční ($400 - 700$), 11 sester (11%) sportovalo dostatečně ($> 700 < 1400$), 3 sestry (3%) měly sportovní index vysoký ($> 1400 < 2100$) a pouze 2 sestry (2%) se sportu věnovaly na velmi vysoké úrovni (2100 a více).

Graf 18 Kouření u sester



Graf 18 zobrazuje počet kuřáků mezi sestrami. Z celkového počtu 102 sester (100%) bylo 54 (53%) nekuřáků, 31 sester (30%) slabých kuřáků (1 – 9 cigaret denně), 12 sester (12%) patřilo mezi středně silné kuřáky (10 – 19 cigaret denně) a 5 sester (5%) se řadilo k silným kuřákům (20 cigaret denně a více).

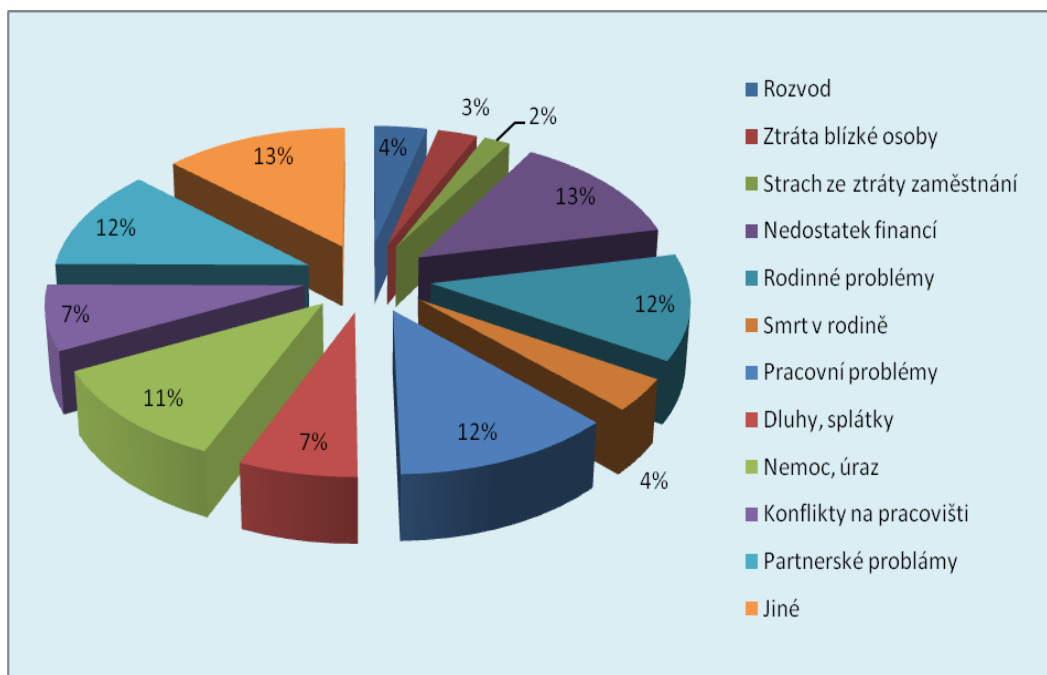
Graf 19 Konzumace alkoholu u sester



Graf 19 znázorňuje konzumaci alkoholu u sester. Z celkového počtu 102 sester (100%) byla konzumace u 59 sester (58%) mírná, což představuje (0 – 10 jednotek alkoholu týdně), 26 sester (25%) uvedlo, že alkohol vůbec nepije, tudíž se řadí k abstinentům. Dále vyplývá, že 10 sester (10%) má konzumaci alkoholu vyšší (11 – 20 jednotek alkoholu týdně), 4 sestry (4%) konzumují alkohol často, tudíž je jejich konzumace vysoká (21 – 35 jednotek alkoholu týdně) a u 3 sester (3%) je konzumace velmi vysoká, což je (36 jednotek alkoholu týdně a více). Za jednotku alkoholu považujeme takové množství alkoholického nápoje, které obsahuje přibližně 10g čistého alkoholu. Doporučené denní dávky alkoholu jsou 2 jednotky alkoholu pro muže a 1 jednotka pro ženy.

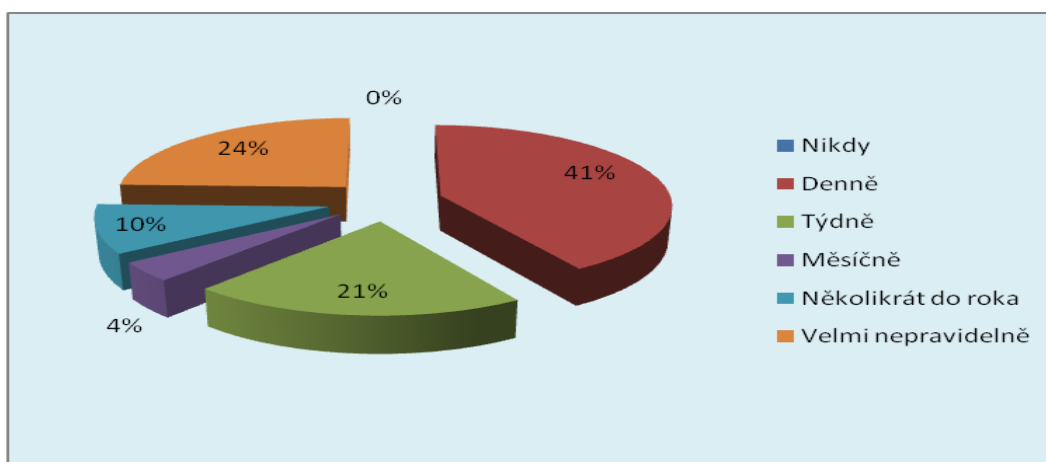
4.5 Stres a jeho zvládání

Graf 20 Stresové situace za uplynulý rok



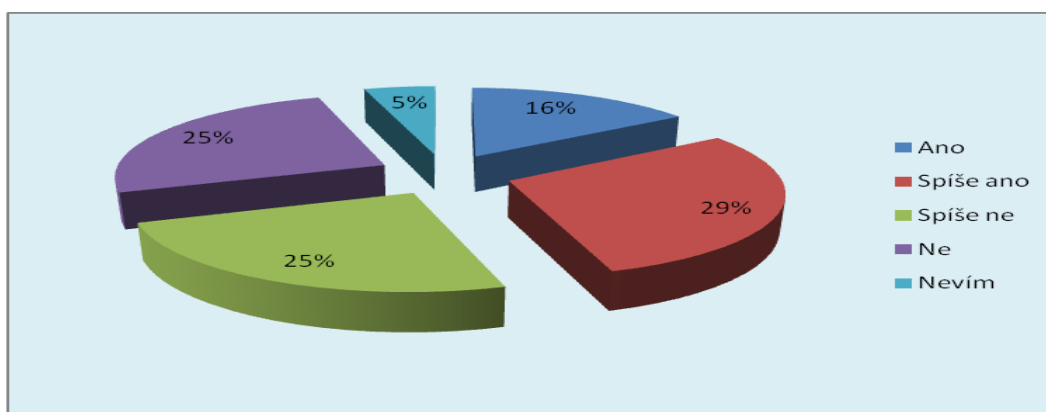
Graf 20 zobrazuje stresové situace, které se u sester vyskytly za uplynulý rok. Z celkového počtu odpovědí (bylo možno zaškrtnout více odpovědí) 213 (100%), sestry nejčastěji uváděly nedostatek financí, které byly označeny ve 28 (13%) případech, dále následovaly jiné stresové situace, než ty, které byly v nabídce, ty byly uvedeny ve 28 (13%) případech, 26krát (12%) byl uveden stres hlavně v podobě pracovních problémů, následovaly rodinné problémy, které byly uvedeny stejně jako pracovní, tedy 26krát (12%), hned za nimi se umístily problémy s partnerem, které byly uvedeny 25krát (12%), z dalších výsledků vyplývá, že 24 sester (11%) prožilo uplynulý rok nemoc nebo úraz, 16 sester (7%) se potýkalo s konflikty na pracovišti, 14 sester (7%) mělo v uplynulém roce dluhy nebo splátky, 9 sester (4%) se setkalo se smrtí v rodině, 8 sester (4%) si prožilo v uplynulém roce rozvod, 6 sester (3%) přišlo o blízkou osobu a 4 sestry (2%) prožily v uplynulém roce strach ze ztráty zaměstnání.

Graf 21 Frekvence stresových situací



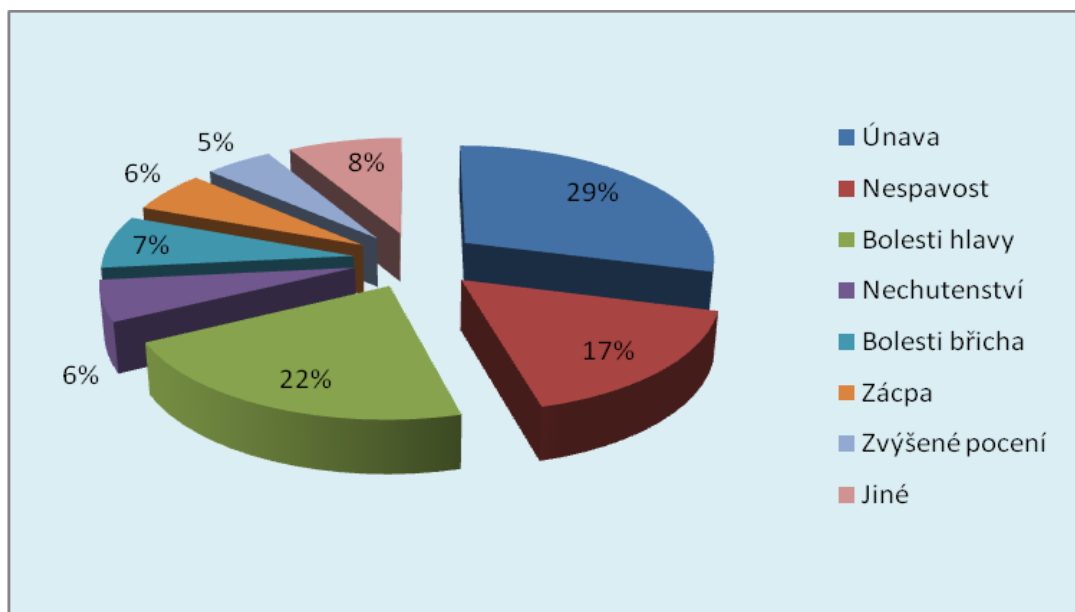
Graf 21 znázorňuje frekvenci stresových situací u sester. Z celkového počtu sester 102 (100%) je patrné, že 42 sester (41%) bylo vystavováno stresovým situacím denně, 25 sester (24%) uvedlo, že jsou stresu vystavovány velmi nepravidelně, 21 sester (21%) čelí stresu týdně, 10 sester (10%) uvedlo, že stres prožívá pouze několikrát do roka a 4 sestry (4%) jsou stresu vystavovány měsíčně.

Graf 22 Fyzické symptomy spojené se stresem



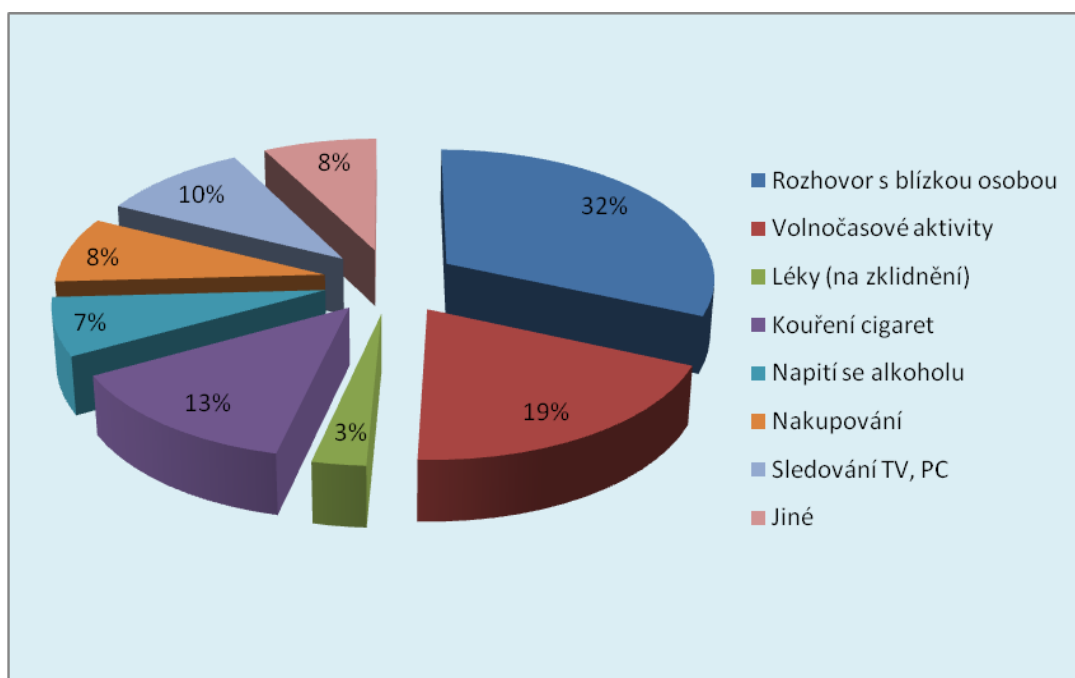
Graf 22 znázorňuje, zda sestry trpí fyzickými symptomy spojenými se stresem. Z celkového počtu 102 sester (100%), 30 sester (29%) uvedlo, že spíše pociťují fyzické symptomy, pokud jsou ve stresu, 26 sester (25%) fyzickými symptomy netrpí, 25 sester (25%) je spíše nepociťuje, 16 sester (16%) uvedlo, že trpí fyzickými symptomy spojenými se stresem a 5 sester (5%) nevědělo.

Graf 23 Fyzické symptomy



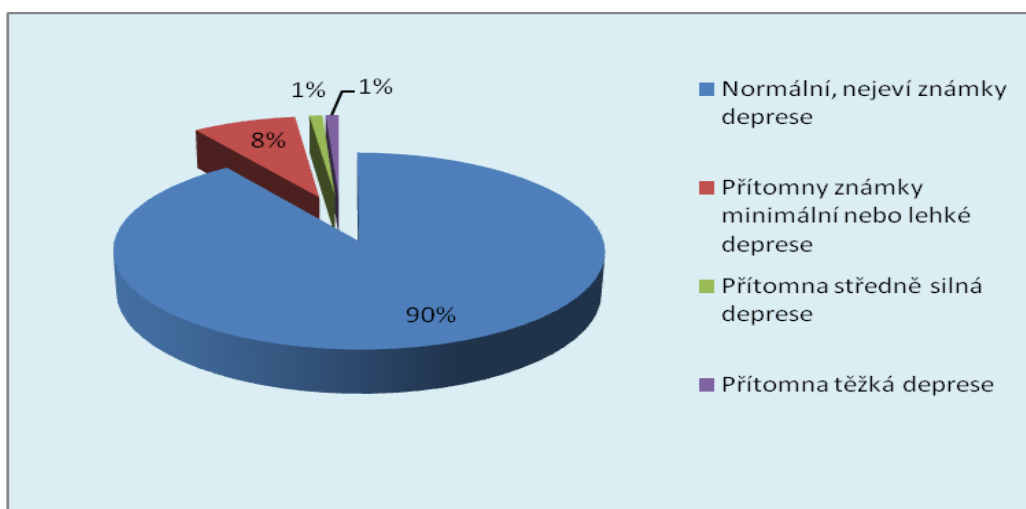
Graf 23 znázorňuje jednotlivé fyzické symptomy spojené se stresem, které se projevují u sester. Z celkového počtu odpovědí (možno bylo zaškrtnout více odpovědí) 120 (100%) byla nejčastějším fyzickým symptomem spojeným se stresem únava, která byla zaškrtnuta 35krát (29%), následovaly bolesti hlavy 26 (22%), nespavost 20 (17%), dále byly uváděny jiné symptomy 10krát (8%), které nebyly v nabídce, následovaly je bolesti břicha 9 (7%), nechutenství 7 (6%), zácpa 7 (6%) a v 6 případech (5%) bylo uvedeno zvýšené pocení.

Graf 24 Možnosti řešení stresových situací



Graf 24 zobrazuje možnosti, kterými sestry řeší stresové situace. Z celkového počtu odpovědí (bylo možno zaškrtnout více odpovědí) 209 (100%) sestry nejčastěji uváděly rozhovor s blízkou osobou 66 (32%), další řešení, kterým sestry řešily stres byly volnočasové aktivity 40 (19%), 28 sester (13%) propadá ve stresu kouření cigaret, 21 sester (10%) řešilo stres televizí nebo počítačem, 17 sester (8%) uvedlo jako odreagování od stresu nakupování, 16 sester (8%) řešilo stres jinak, než je uvedeno v nabídce, 15 sester (7%) stres řešilo alkoholickými nápoji a 6 sester (3%) uvedlo, že užívaly léky na zklidnění v období stresu.

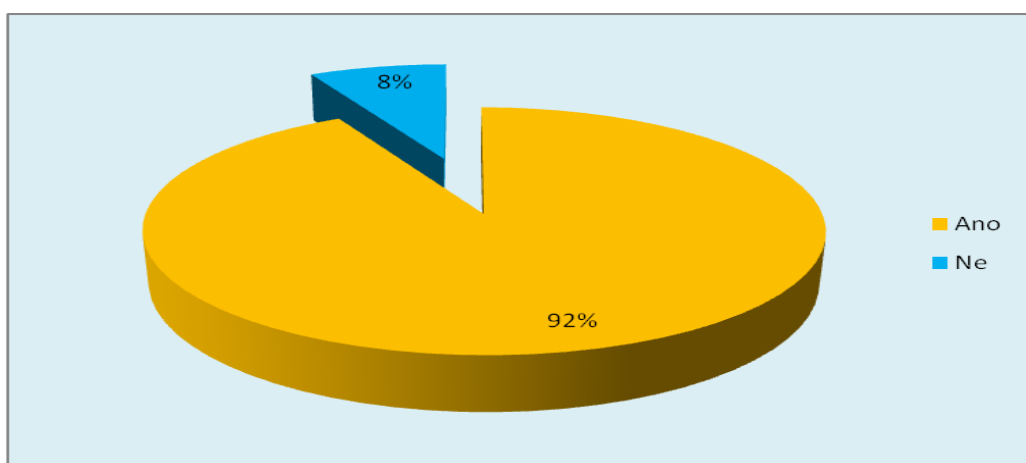
Graf 25 Zungova sebesuzovací stupnice deprese



Graf 25 znázorňuje stupeň deprese u sester podle Zungovy sebesuzovací stupnice. Z celkového počtu 102 sester (100%) je patrné, že 92 sester (90%) nejeví žádné známky deprese, u 8 sester (8%) byly přítomny lehké známky deprese, u 1 sestry (1%) byla přítomna středně silná deprese a u další 1 sestry (1%) byly přítomny známky těžké deprese.

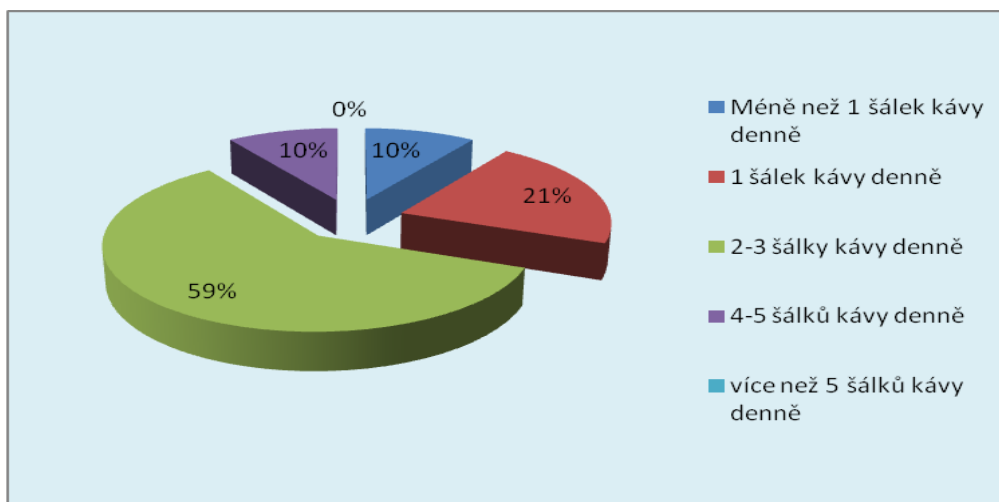
4.6 Konzumace návykových látek

Graf 26 Konzumace kávy u sester



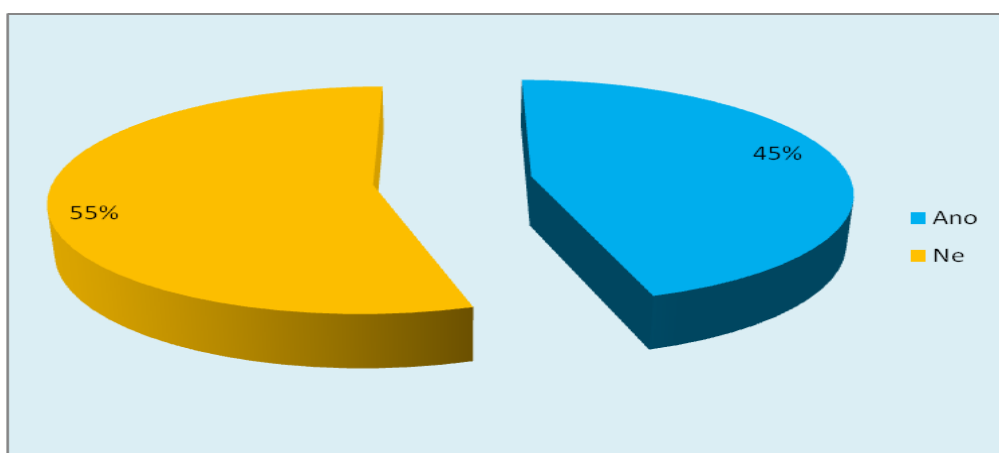
Graf 26 zobrazuje konzumaci kávy u sester. Z celkového počtu 102 sester (100%) je více než patrné, že 94 sester (92%) kávu konzumuje, zbylých 8 sester (8%) kávu nepije.

Graf 27 Počet vypitých šálků kávy denně



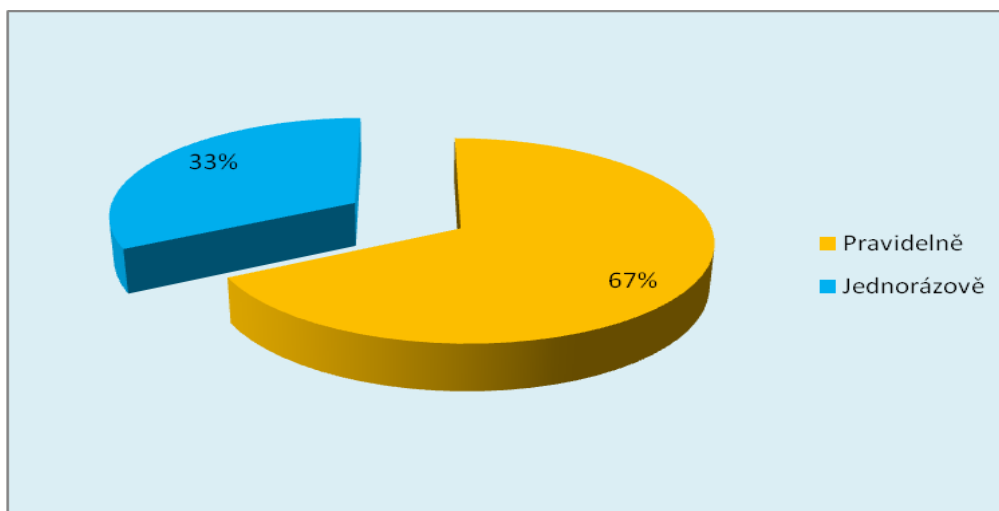
Graf 27 znázorňuje počet vypitých šálků kávy za den. Z celkového počtu 94 sester (100%) 56 sester (59%) uvedlo, že konzumují 2-3 šálky kávy denně, 20 sester (21%) si dopřeje denně pouze 1 šálek kávy, 9 sester (10%) konzumuje denně méně než 1 šálek kávy, stejný počet 9 sester (10%) konzumuje za den 4-5 šálků a více než 5 šálků kávy nekonzumuje žádná sestra.

Graf 28 Užívání léků



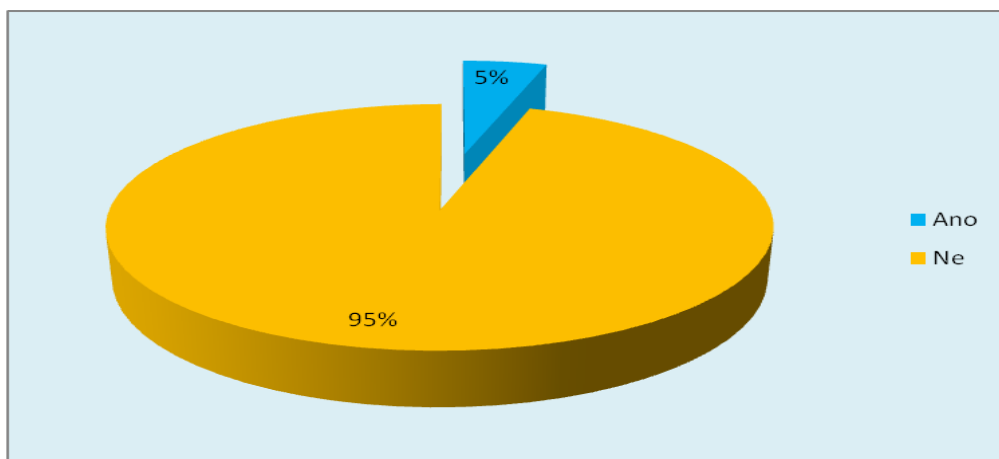
Graf 28 zobrazuje užívání léků u sester. Z celkového počtu 102 sester (100%) 56 sester (55%) žádné léky neužívá a 46 (45%) sester léky užívá.

Graf 29 Frekvence užívání léků



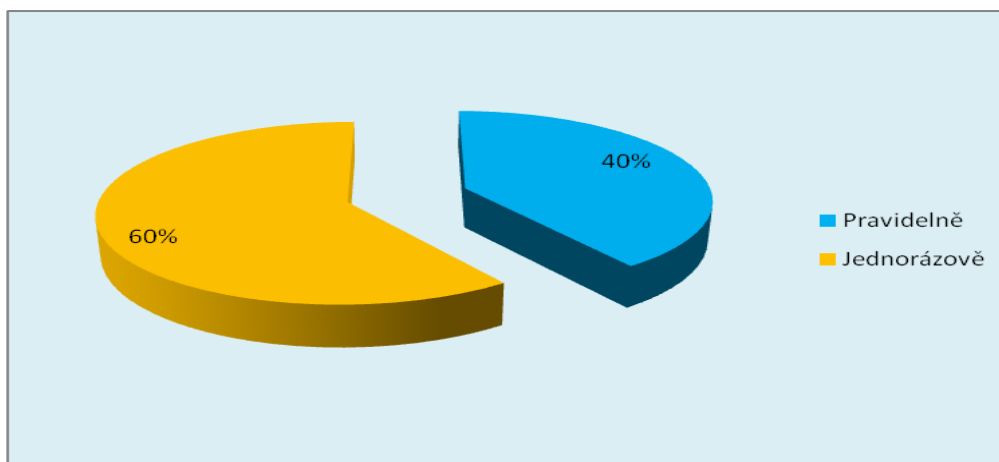
Z grafu 29 vyplývá, že z celkového počtu 46 sester (100%) 31 sester (67%) užívá léky pravidelně a 15 sester (33%) užívá léky pouze jednorázově.

Graf 30 Užívání jiných návykových látek



Graf 30 zobrazuje užívání jiných návykových látek u sester. Z celkového počtu 102 sester (100%) 97 sester (95%) jiné návykové látky neužívá a zbylých 5 sester (5%) uvedlo, že jiné návykové látky užívá.

Graf 31 Frekvence užívání jiných návykových látek



Z grafu 31 vyplývá, že z celkového počtu 5 sester (100%) 3 sestry (66%) užívají jiné návykové látky jednorázově a 2 sestry (40%) je užívá pravidelně.

5. Diskuze

Předmětem této bakalářské práce bylo zhodnotit životní styl sester dle vybraných sociálních determinant zdraví (v oblasti stravování, sportovní aktivity, zvládání stresu, závislosti). V souladu s předmětem výzkumného šetření byly stanoveny tyto čtyři cíle.

Zmapovat nutriční příjem sester

Zjistit četnost užívání návykových látek u sester

Vyhodnotit příznaky deprese u sester

Zmapovat úroveň pohybových aktivit u sester

Technikou sběru informací byl anonymní dotazník, který měl 41 otázek a skládal se ze šesti částí. Z části obecné, kde respondenti odpovídali na otázky týkající se identifikačních údajů- věk, pohlaví, typ oddělení, směnný provoz.

V další části vyplňovali respondenti otázky zaměřené na výšku, váhu, hodnoty krevního tlaku, celkového cholesterolu, zdravou stravu, konzumaci ovoce a zeleniny a denní příjem tekutin. Třetí část dotazníku obsahovala 24hodinový jídelníček, který byl analyzován nutričním programem NUTRIDAN, který vyvinula MUDr. Dana Müllerová Ph.D. ve spolupráci se společností Danone. Čtvrtá část dotazníku byla zpracována programem NUTRIFIA, který vypracoval MUDr. Jindřich Fiala CSc. z Ústavu preventivního lékařství, Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně, a týkala se oblasti pohybové a sportovní aktivity, kouření a konzumace alkoholu. Pátá oblast dotazníku se týkala stresu jeho zvládání a deprese, která byla vyhodnocena podle Zungovy sebesuzovací stupnice. Poslední část dotazníku vyhodnocovala závislosti u sester- konzumace kávy, užívání léků a jiných návykových látek.

Z celkového počtu respondentů 102 (100%) bylo 97 (95%) žen a 5 (5%) mužů (graf 1).

Nejčastější věkové zastoupení respondentů bylo v rozmezí 30-39 let, kterých bylo 34 (33%), dále následovaly sestry ve věku 20-29 let, kterých bylo 26 (25%). Sester ve věku 40-49let bylo 21 (21%), stejně tak bylo sester ve věku 50 a více let (graf 2).

Nejvíce dotazníků vyplnily sestry na chirurgickém oddělení 38 (37%), dále následovaly sestry z interního oddělení 12 (12%), sestry z ARO oddělení 12 (11%), sester z gynekologického oddělení bylo 10 (10%), stejně jako sester z oddělení

dětského, dále následovaly sestry z neurologického oddělení 9 (9%), sestry z ONP 7 (7%) a na posledním místě sestry z oddělení hemodialýzy, které byly 4 (4%) (graf 3).

Sester pracujících ve směnném provozu bylo 80 (78%) ostatní sestry 36 (22%) uvedly práci pouze na jednu směnu (graf 4).

Nejjednodušším ukazatelem posouzení hmotnosti je index BMI (Body Mass Index), který se odvozuje z tělesné výšky a váhy. Tyto ukazatele uváděli respondenti v otázce 5, výzkum ukázal, že více než polovina 60 sester (59%) mělo hmotnost přiměřenou tedy (BMI 18,5 – 24,9), v pásmu nadváhy bylo 19 sester (18%) (BMI 25 – 29,9), 14 sester (14%) se potýkalo s obezitou (30 – 39,9) 11 sester mělo obezitu 1. stupně (BMI 30 – 34) a 3 sestry se potýkaly s obezitou 2. stupně (BMI 35 – 39,9) 9 sester (9%) se dostalo do pásma podvýživy (<18,5) (graf 5). Jak uvádí Svačina (2008) hodnoty BMI vyšší než 25 mohou představovat zvýšené riziko nemocnosti a zhoršují životní prognózu (36).

Hypertenze patří mezi kardiovaskulární onemocnění, jejichž přesná příčina není známa, je spojena s řadou ovlivnitelných i neovlivnitelných rizikových faktorů (36). Dále nás tedy zajímaly hodnoty krevního tlaku u sester. Bylo zjištěno, že 42 sester (41%) mělo hodnoty tlaku optimální (< 120/ < 80 mmHg), 26 sester (25%) mělo krevní tlak normální (< 130/ < 85 mmHg), 14 sester (14%) uvedlo tlak zvýšený (130 – 139/ 85 – 89 mmHg), 9 sester (9%) svůj krevní tlak neznalo, 8 sester (8%) mělo hypotenzi (< 100/ < 60 mmHg) a 3 sestry (3%) hypertenzi ($\geq 140/ \geq 90$ mmHg) (graf 6). Hodnoty svého krevního tlaku by měl znát každý dospělý člověk, proto je alarmující, že mezi zdravotnickým personálem se našlo 9 respondentů, kteří svůj krevní tlak neznali.

Cholesterol se v krvi stanovuje jako celkový a dále se dělí na jednotlivé složky – LDL cholesterol, jehož vyšší hladina zvyšuje riziko rozvoje kardiovaskulárních onemocnění a naopak HDL cholesterol, který před rozvojem těchto onemocnění chrání (41). U hodnoty celkového cholesterolu v krvi platí, že čím nižší hodnota, tím lépe. Měla by být nižší než 5 mmol/l a u osob s dalšími rizikovými faktory pro vznik kardiovaskulárních onemocnění ještě nižší než 4,5 mmol/l (7).

Při zjišťování hodnoty celkového cholesterolu v krvi byla situace ještě více zneklidňující. 65 sester (64%) svoji hodnotu celkového cholesterolu nevědělo, 17 sester

(16%) mělo střední hladinu celkového cholesterolu v krvi (5,0 - 6,0 mmol / l), 16 sester (16%) mělo hladinu cholesterolu žádoucí (3,0 – 4,9 mmol / l) a 4 sestry (4%) měly vysokou hladinu cholesterolu (7,0 – 12,0 mmol /l) (graf 7).

Další otázka se zabývala stravováním dle zásad zdravé výživy. Výzkum prokázal, že více jak polovina sester (58%) se nestravuje zdravě, (37%) sester se snaží dodržovat zásady správného stravování a pouze 3 sestry (3%) uvedly, že se stravují zdravě (graf 8). Jak uvádí Grofová (2007) nejdůležitější je co jíme, kolik toho jíme a jak si jídlo během dne rozložíme. I konzumace příliš velkého množství zdravých potravin může vést ke zdravotním potížím (9).

Pravidelný denní (alespoň 1 porce zeleniny denně) nebo spíše pravidelný příjem zeleniny uvedlo 73 sester (71%), 29 sester (29%) uvedlo, že zeleninu pravidelně nebo spíše pravidelně nekonzumuje (graf 9).

Denní příjem ovoce (alespoň 1 porce ovoce denně) je téměř totožný s konzumací zeleniny. 69 sester (67%) má ovoce ve svém jídelníčku zastoupeno pravidelně nebo spíše pravidelně, 33 sester (33%) ovoce do svého jídelníčku téměř nezařazuje (graf 10). Za jednu porci zeleniny považujeme například 1 rajče, 1 mrkev, malou misku zeleninového salátu. Za jednu porci ovoce lze považovat například 1 jablko nebo 1 banán (7). Jak uvádí Müllerová (2003) nedostatek ovoce a zeleniny se může projevit únavou, nedostatkem vitamínů a sníženou imunitou (28). Doporučený denní příjem zeleniny a ovoce by měl být 400 -500g (28).

Analýza příjmu energie byla vyhodnocena pomocí programu NUTRIDAN. Příjem energie podle tohoto programu je individuální, odhadnutý na základě energetického výdeje - fyzická námaha, věk, pohlaví, BMI respondentů. Zvýšený příjem energie (≥ 105 %) byl zjištěn u 56 sester (55%), snížený příjem (≤ 95) mělo 32 sester (31%), pouze u 14 sester (14%) byl příjem energie v normě (95 – 105%) (graf 12). **Podle zjištěných výsledků můžeme konstatovat, že hypotéza 1 „Sestry překračují doporučený energetický příjem dle referenčních hodnot PRI EU“ byla potvrzena.**

Dále byl pomocí programu NUTRIDAN analyzován příjem lipidů ve stravě. Požadovanou normu splnilo (95 – 105%) pouze 10 sester (10%), 23 sester (22%) mělo příjem tuků snížený (≤ 95) a 69 sester (68%) přesahovalo (≥ 105 %) denní příjem tuků

(graf 13). Zvýšený příjem tuků ve stravě představuje pro náš organismus možná rizika v podobě obezity, aterosklerózy či hypertenze. **Z výsledků vyplývá, že platnost hypotézy 2 „Sestry překračují doporučený příjem lipidů dle referenčních hodnot PRI EU“ je potvrzena.**

Dalším bodem analýzy programu NUTRIDAN byl příjem sacharidů ve stravě. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že 68 sester (67%) mělo příjem cukrů snížený (≤ 95), u 18 sester (17%) byl v normě (95 – 105%) a pouze 16 sester (16%) mělo příjem zvýšený (≥ 105 %) (graf 14). Minimální denní dávka sacharidů je 50 g a maximální 500 g, ale většina lidí má příjem cukrů v rozmezí 100 – 300 g za den (32). **Na základě zjištění lze konstatovat, že hypotéza 3 „Sestry překračují doporučený příjem sacharidů dle referenčních hodnot PRI EU“ byla nepotvrzena.**

Jak uvádí Müllerová (2003) vláknina velmi pozitivně působí v prevenci řady onemocnění například rakoviny tlustého střeva, obezity a chronické zácpy. Doporučený denní příjem vlákniny je u dospělého člověka 25 – 30 g v poměru rozpustná ku nerozpustné vláknině 1:3 (28). Z výsledků šetření vyplynulo, že pouze 13 sester (13%) mělo příjem vlákniny v normě (95 – 105%), u 17 sester (17%) byl příjem zvýšený (≥ 105 %), a u zbývajících 72 sester (70%) byl příjem snížený (≤ 95) (graf 15). **Z výše uvedeného můžeme konstatovat, že hypotéza 4 „Sestry překračují doporučený příjem vlákniny dle referenčních hodnot PRI EU“ byla nepotvrzena.**

Ke zdravému stravování patří neodmyslitelně dostatečný příjem množství tekutin. Dospělý člověk by měl vypít přibližně 20 – 40 ml tekutin na 1 kg tělesné hmotnosti denně, což představuje denní příjem okolo 2 litrů tekutin (33). Více než polovina sester (63%) vypije denně 1-2 litry nealkoholických nápojů, 26 sester (25%) uvedlo svůj denní příjem tekutin v rozmezí 2-3 litrů, u 8 sester (8%) se příjem tekutin pohyboval pouze do 1 litru a naopak více jak 3 litry vypijí pouze 4 sestry (4%) (graf 11). **Z výsledků lze potvrdit platnost hypotézy 5 „Sestry dosahují doporučeného příjmu tekutin dle referenčních hodnot PRI EU“.**

Cílem další části šetření bylo zmapovat četnost užívání návykových látek-kouření a konzumace alkoholu pomocí programu NUTRIFIA. Jak uvádí Fiala (2006) zvýšená konzumace alkoholu má nepříznivý vliv na riziko vzniku nádorových

onemocnění, ale v oblasti kardiovaskulárních onemocnění má mírná konzumace alkoholu ochranný vliv před vznikem aterosklerózy a ischemické choroby srdeční (7). Konzumace alkoholických nápojů byla u nadpoloviční většiny 59 sester (58%) mírná (0 – 10 jednotek alkoholu týdně). Mírná konzumace alkoholu je u zdravého jedince bez rizika. 26 sester (25%) uvedlo, že alkohol nekonzumuje vůbec, řadí se tudíž k abstinentům, 10 sester (10%) mělo konzumaci alkoholu vyšší (11 – 20 jednotek alkoholu týdně). 4 sestry (4%) konzumovaly alkohol často a u 3 sester (3%) byla konzumace velmi vysoká (21 – 35 jednotek alkoholu týdně). Za jednotku alkoholu považujeme takové množství alkoholického nápoje, které obsahuje přibližně 10g čistého alkoholu. Doporučené denní dávky alkoholu jsou 2 jednotky alkoholu pro muže a 1 jednotka pro ženy. **Podle zjištěných výsledků můžeme konstatovat potvrzení hypotézy 6 „Spotřeba alkoholu u sester je mírná (0-10 jednotek alkoholu týdně)“.**

Dle Králíkové (2007) je kouření tabáku jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu, protože působí téměř na veškeré funkce organismu. Závislost na tabáku není zlovyk, ani banalita, ale opravdová nemoc (19). Výzkum prokázal, že více než polovina sester (53%) jsou nekuřáci, 48 sester (47%) jsou kuřáci, z toho 31 sester (30%) jsou slabí kuřáci (1-9 cigaret denně), 12 sester (12%) středně silní kuřáci (10-19 cigaret denně) a 5 sester (5%) silní kuřáci (20 a více cigaret denně) (graf 19). **Podle výsledků výzkumu bylo zjištěno, že (47%) sester jsou kuřáčky, z toho slabé kuřáčky jsou mezi sestrami zastoupeny v (30%), na základě tohoto zjištění nelze potvrdit hypotézu 7 „Sestry jsou slabé kuřáčky, kouří 1-9 cigaret denně“.**

V další otázce sestry uváděly, jak jsou náchylné k depresím. Otázka byla vyhodnocena podle Zungovy sebeposuzovací stupnice deprese. Většina sester (90%) nejevila známky deprese, u 8 sester (8%) byly přítomny lehké známky deprese, 1 sestra vykazovala středně silnou depresi a 1 sestra depresi těžkou (graf 26). **Z výše uvedeného vyplývá, že se nepotvrdila hypotéza 8 „Sestry dle Zungovy sebeposuzovací stupnice deprese jeví známky deprese“.**

Dále byla pomocí programu NUTRIFIA vyhodnocena úroveň pohybové aktivity u sester. Nejprve byla vyhodnocena frekvence intenzivní chůze za týden. Zda se sestry věnují chůzi nejméně 30 minut za den po většinu dní v týdnu, respektive alespoň 3

hodiny za celý týden (7). Více jak polovina sester (63%) vykazovala nízkou frekvenci chůze, z čehož vyplývá, že se chůzi věnují méně než 30 minut po většinu dní v týdnu nebo méně než 3 hodiny za týden, pouze u (37%) byla frekvence žádoucí. (graf 17).

Dále byl analyzován sport index u sester. Sport index představuje náročnější sportovně – rekreační aktivity. Jde o násobek zadaných parametrů – týdenní frekvence x typická délka jednoho cvičení x intenzita. Odhad intenzity cvičení je založen na číselném hodnocení v rozsahu 2 – 10, čím je číslo větší, tím je intenzita cvičení vyšší. Viz dotazník příloha 1. Toto číslo vyjadřuje, kolikrát se při dané intenzitě pohybu zvýší úroveň metabolismu. Jak uvádí Fiala (2006) ve své publikaci za dostačující se považují hodnoty vyšší než 700, (7). U 70 sester (68%) byla sportovní aktivita nízká (< 400), 16 sester (16%) mělo sportovní aktivitu hraniční (400 – 700), 11 sester (11%) sportovalo dostatečně (> 700 < 1400), 3 sestry (3%) měly sportovní index vysoký (> 1400 < 2100) a pouze 2 sestry (2%) se sportu věnovaly na velmi vysoké úrovni (2100 a více). Z výzkumného šetření vyplývá, že v důsledku náročnosti svého povolání se sestry příliš nevěnují pohybovým aktivitám a sportu (graf 18). **Na základě těchto zjištění nelze potvrdit platnost hypotézy 9 „Pohybová aktivita u sester je dostatečná“.**

Dále nás ve výzkumu zajímalo, jakým stresovým situacím byly sestry za uplynulý rok vystaveny. Z celkového počtu odpovědí (bylo možno zaškrtnout více možností) 213 (100%), sestry nejčastěji uváděly jako stresovou situaci nedostatek financí 28 (13%), na druhém místě uváděly jiné stresové situace, než ty, které byly uvedeny v nabídce 28 (13%), stres hlavně v podobě rodinných problémů byl uveden 26krát (12%) a hned za ním se umístily problémy v partnerském životě 25krát (12%). Nemoc nebo úraz prožilo minulý rok 24 sester (11%), 16 sester (7%) se potýkalo s konflikty na pracovišti. 14 sester (7%) muselo bojovat s dluhy a splátkami, 9 sester (4%) postihlo úmrtí v rodině, 8 sester (4%) si prošlo za uplynulý rok rozvodovým řízením, 6 sester (3%) ztratilo blízkou osobu a 4 sestry (2%) prožívaly strach ze ztráty zaměstnání (graf 21).

Jak uvádí Šusterová (2009) stres je každodenní součástí našeho života. Povolání sestry klade velmi vysoké nároky na její osobnost. Každodenní kontakt s lidským utrpením vyžaduje obrovskou psychickou odolnost, vyrovnanost a právě stres a zátěž

v profesi sestry narušuje její vztah s okolím a často se stává jednou z hlavních příčin různých onemocnění. Pokud člověk žije v trvalém napětí a, nemá možnost se uvolnit, stává se pro něj stres nebezpečný (38). Z dalšího výzkumného šetření vyplývá, že 42 sester (41%) je vystavováno stresovým situacím denně, 25 sester (24%) je stresu vystaveno nepravidelně, 21 sester (21%) čelí stresu týdně, 10 sester (10%) prožívá stres pouze několikrát do roka a 4 sestry (4%) se potýká se stresem měsíčně (graf 22).. Se stresem úzce souvisí i fyzické problémy, které na sobě pocítuje 46 sester (45%). 51 sester (50%) spíše fyzické symptomy nepocítuje a 5 sester (5%) neví (graf 23). Velké riziko stresu je především v tom, že může přejít do chronického stádia a vyrovnat se s ním je velmi těžké. Stres, který nebudeme řešit, vede postupně až k tzv. syndromu vyhoření (22, 23).

Z dalšího výzkumu vyplynulo, že sestry trpící fyzickými symptomy spojenými se stresem nejčastěji pocítují únavu, která byla uvedena 35krát (29%), následovaly bolesti hlavy 26 (22%), nespavost 20 (16%). Dále byly uváděny symptomy, které nebyly v nabídce možností 10 (8%), následovaly bolesti břicha 9 (7%), nechutenství 7 (6%), zácpa 7 (6%) a v 6 případech (5%) bylo uvedeno zvýšené pocení jako fyzický projev stresu (graf 24). Důvodem těchto nepříznivých následků může být i skutečnost, kterou udává ve své publikaci Bartošiková: „*Náročnost ve zdravotnictví nelze zmírnit, ta dokonce narůstá, protože zdravotnictví klade stále větší požadavky na profesní úroveň i sociální dovednosti sestry*“ (2 s. 68).

Kdo a co pomáhá sestram řešit stres? Z odpovědí na tuto otázku vyplynula jednoznačně nutnost rozhovoru s blízkou osobou, jak označilo 66 sester (32%). Další možností řešení stresu jsou podle sester volnočasové aktivity 40 (19%), 28 sester (13%) v důsledku stresu propadá kouření, 21 sester (10%) se uklidňuje televizí nebo počítačem, 17 sester (8%) se od stresu odreaguje při nakupování, 16 sester (8%) řeší stres jinak, než bylo uvedeno v nabídce, 15 sester (7%) se uchyluje k alkoholickým nápojům a 6 sester (3%) používá na zklidnění léky (graf 25).

Zcela viditelným negativem v oblasti pití tekutin je nadměrná konzumace kávy, která může souviset s náročným směnným provozem. Z celkového počtu 102 sester (100%) jich pouze 8 (8%) kávu vůbec nepije (graf 27).

Více než polovina sester (59%) uvedla, že vypijí 2-3 šálky kávy denně, 20 sester (21%) si denně dopřeje 1 šálek kávy, 9 sester (10%) pije denně méně než 1 šálek kávy a stejný počet 9 sester (10%) konzumuje 4-5 šálků denně (graf 28).

Užívání léků přiznalo 46 sester (45%), 56 sester (55%) žádné léky neužívá (graf 29). Pravidelně užívá léky 31 sester (67%) a jednorázově 15 sester (33%) (graf 30).

Užívání jiných návykových látek uvedlo celkem 5 sester (5%), zbylých 97 sester (95%) popírá jakékoli užívání jiných návykových látek (graf 30).

Pravidelné užívání jiných návykových látek přiznaly 2 sestry (40%), zbylé 3 sestry (60%) uvedly jednorázové užití těchto látek (graf 31).

6. Závěr a doporučení pro praxi

Každý z nás žije osobitým životním stylem. Někdo buduje profesní kariéru, pro jiného je základem života rodina, někdo se seberealizuje v práci a jiný prostřednictvím svých koníčků a zálib ve volném čase. Naše životní styly jsou velmi rozmanité, ale mají společné rysy. Především najít recept jak být zdravý a cítit se příjemně.

Profese sestry, podle mého názoru, patří mezi povolání, které výrazně mění a ovlivňuje životní styl.

Proto mým prvním cílem bylo zmapování nutričního příjmu u sester, který byl naplněn pomocí pěti hypotéz. První hypotéza potvrdila, že sestry překračují denní příjem energie dle referenčních hodnot PRI EU. Druhá hypotéza potvrdila překračující denní příjem lipidů dle referenčních hodnot PRI EU. Třetí hypotéza musela být vzhledem k výzkumnému šetření nepotvrzena, protože sestry nedosahovaly doporučeného denního příjmu sacharidů dle referenčních hodnot PRI EU. Stejně tak na tom byla čtvrtá hypotéza, která prokázala nedostatečný příjem vlákniny dle referenčních hodnot PRI EU, a proto byla nepotvrzena. Výzkum prokázal pozitivní výsledky v příjmu tekutin, a proto byla pátá hypotéza, že sestry dosahují doporučeného denního příjmu tekutin dle referenčních hodnot PRI EU potvrzena.

Druhý cíl byl zaměřen na četnost užívání návykových látek. Tento cíl byl naplněn pomocí dvou hypotéz. První hypotéza spotřeba alkoholu u sester je mírná (0-10 jednotek týdně) byla potvrzena. Výzkum prokázal, že více než polovina sester nekouří vůbec, přesto je alarmující počet kuřáků mezi sestrami. Hypotézu sestry jsou slabé kuřačky, kouří 1-9 cigaret denně nebyla potvrzena. Kouření je naprosto neslučitelné se zdravým způsobem života, přitom závisí pouze na vůli jedince, začne-li kouřit. Pití kávy u sester podle výzkumu přetrvává, více než polovina sester si šálek kávy dopřeje 2- až 3krát za den.

Třetím cílem výzkumného šetření bylo vyhodnotit příznaky deprese u sester. Zde bylo zjištěno, že depresemi sestry netrpí, pouze minimální procento sester vykazovalo příznaky deprese. Hypotéza sestry dle Zungovy sebesposuzovací stupnice deprese jeví známky deprese, byla nepotvrzena.

Posledním čtvrtým cílem bylo zmapovat úroveň pohybových aktivit. Na základě výsledků z výzkumného šetření nešlo potvrdit hypotézu, že pohybová aktivita u sester je dostatečná.

Po vyhodnocení dat výzkum prokázal pozitivní výsledky v pravidelné konzumaci ovoce a zeleniny. Sestry se více snaží zařazovat ovoce a zeleninu do svého jídelníčku. Ovšem pořád je mezi sestrami větší procento těch, které se nestravují dle zásad zdravé výživy. Z výsledků této práce vyplývá, že by se sestry měly více obohacovat svůj jídelníček a snažit se jíst zdravě, měly by omezit konzumaci kávy, snažit se vyhýbat stresovým situacím a především by se měly více věnovat pohybovým aktivitám. Podle mého názoru by měl být zdravý životní styl vizitkou každého z nás a sester především. Ty by měly jít ostatním členům společnosti příkladem. Výsledky výzkumu budou nabídnuty Nemocnici Strakonice a.s. s cílem zlepšit životní styl sester v praxi.

Doporučení pro praxi

Dovoluji si navrhnout několik opatření, která by mohla vést ke zlepšení kvality životního stylu sester.

- zvýšit informovanost sester o nepříznivých důsledcích nezdravého životního stylu
- rozšířit sortiment výrobků zdravé výživy, ovoce a zeleniny v rámci stravování v zaměstnání (jídelna, bufet)
- umístit na všechna oddělení automaty s pitnou vodou
- upravit harmonogram práce a zajistit přestávku k jídlu nebo k odpočinku
- dodržovat zákaz kouření na pracovišti
- zvýšit spokojenost sester pomocí materiálních nebo finančních benefitů (formou příspěvků na doplňky stravy nebo na dovolenou)
- zřídit posilovnu a tělocvičnu v rámci nemocnice s bezplatným vstupem pro zaměstnance a tím zvýšit motivaci sester k pohybovým aktivitám

7. Seznam použitých zdrojů

1. ARNDT, T. Nenasycené mastné kyseliny. [on-line]. 2008 [cit. 2010 03 – 12]. Dostupný z: <<http://www.celostnimediceina.cz/nenasycene-mastne-kyseliny.htm>> .
2. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání, Brno: NCO NZO, 2006, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
3. CATHALA, H. *Wellness: Od vnějšího pohybu k vnitřnímu klidu*. 1. vydání, Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-2323-5.
4. CUNGI, CH., LIMOUSIN, S. *Relaxace v každodenním životě*. 1. vydání, Praha: Portál, 2005. 160 s. ISBN 80-7178-948-8.
5. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, 1. vydání, Praha: Grada, 2009. 108 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
6. ELMADFA, I. *European Nutrition and Health Report 2009*. 1. vyd. European Commission. 2009. 77 s. ISBN 978-3-8055-9297-0.
7. FIALA, J. *NUTRIFIA: nutriční software pro rychlé hodnocení*. Brno: Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, 2006
8. GEISSELHART, R., HOFMANN-BURKART, CH. *Zvítězte nad stresem*. 1. vydání, Praha: Grada, 2006, 112 s. ISBN 80-247-1518-X.
9. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vydání, Praha: Grada, 2007. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.

10. GUČKOVÁ, M. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404.
11. HALUZÍKOVÁ, J., ŘÍMOVSKÁ, Z. Zvládání stresu a prevence jeho následků. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 4, s. 26-27. ISSN 1210-0404.
12. HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. 1. vydání, Praha: Karolinum, 1999, 78 s. ISBN 80-71-84-890-5.
13. HORAN, P. Zdravá výživa a prohřešky proti ní. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 5 s. 42. ISSN 1210-0404.
14. CHRPOVÁ, D. *S výživou zdravě po celý rok*. 1. vydání, Praha: Grada, 2010. 136 s. ISBN 978-80-247-2512-3.
15. JONÁŠ, J. Deprese. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 3, s. 21. ISSN 1210-0404.
16. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vydání, Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
17. KILOGRAMY.CZ. Makronutrienty, Mikronutrienty. [on-line]. 2010 [cit. 2010-06- 9]. Dostupný z: <<http://www.kilogramy.cz/makronutrienty/>> .
18. KOMAČEKOVÁ, D. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče- prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č.7-8, s. 26-28. ISSN 1210-0404.
19. KRÁLÍKOVÁ, E., FELBROVÁ, V. Kouření: Výzva pro sestry. *Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č. 10, s. 412-413. ISSN 18-01-464X.

20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 1. vydání, Praha: Grada, 1997. 128 s. ISBN 80-7169-349-9.
21. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vydání, Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. 1. vydání, Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
23. KUKAČKA, V. *Zdravý životní styl*. 1. vydání, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zemědělská fakulta, 2008, 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.
24. KUNOVÁ, V. *Zdravá výživa*. 1. vydání, Praha: Grada, 2004. 136 s. ISBN 80-247-0736-5.
25. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. 1. vydání, Praha: Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
26. MATOULEK, M. *Základní zásady*. [on-line]. 2007 [cit. 2010 12-12]. Dostupný z: <http://www.zijzdrave.cz/nas-pohyb/zakladni-zasady.html> .
27. MCKENZIE, K. *Deprese – informace a rady lékaře*. 1. vydání, Praha: Grada, 2001, 96 s. ISBN 80-247-0093-X.
28. MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. 1. vydání, Praha: Triton, 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7.
29. ONDŘIOVÁ, I., SLANINKOVÁ, J. *Prevence syndromu vyhoření u zdravotníků při ošetřování terminálně nemocných*. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 10, s. 27 -28. ISSN 1210-0404.

30. PAVLÍČKOVÁ, J. Fakta o jídle a zdraví. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 4, s. 68. ISSN 1210-0404.
31. PETERKOVÁ, M. Příznaky vyhoření. [on – line]. 2009 [cit. 2011 01- 02]. Dostupný z: <<http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/priznaky-vyhoreni>> .
32. PÍTHA, J. POLEDNE, R. *Zdravá výživa pro každý den*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 143 s. ISBN 978-80-247-2488-1.
33. RAJEC. Pitný režim. [on-line]. 2010 [cit. 2010 06-12]. Dostupný z: <<http://www.rajec.com/cz/zdravi/pitny-rezim>> .
34. RANDOVÁ, A., BAUEROVÁ, M. Stravování v noční směně při třísměnném provozu. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č.6 s. 21. ISSN 1210-0404.
35. STŘEDA, L. *Univerzita hubnutí*. 2. vydání. www.euroinstitut.eu.spol. s.r.o. , 2009. 253 s. ISBN 978-80-97372-00-5.
36. SVAČINA, Š. a kol. *Klinická dietologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 384 s. ISBN 978-247-2256-6.
37. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent-Orion, 2003. 477s. ISBN 80-7172-841-1.
38. ŠUSTEROVÁ, D. Stres v práci sestry. *Sestra*. Praha: 2009, roč. 19, č. 11, s. 24. ISSN 1210-0404.
39. URBÁNEK, L., URBÁNKOVÁ P. *Klinická výživa v současné praxi*. 1. vydání, Brno: NCO NZO, 2008. 104 s. ISBN 978-80-70-13-473-3.

40. VITAMINY. Dělení vitamínů. [on-line]. 2008 [cit. 2010 22-10]. Dostupný z: <http://www.mojevitaminy.cz/deleni-vitaminu/>.
41. VÍTEK, L. *Jak ovlivnit nadváhu a obezitu*. 1. vydání, Praha: Grada, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2247-4.
42. WILKINSON, R., MARMOT, M. *Sociální determinanty zdraví Fakta & Souvislosti*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003. 52. s. ISBN 92-890-13-71-0.
43. ZIMOLA, P. Deprese, aneb když chybí serotonin. [on- line] 2009 [cit. 2010 11-12]. Dostupný z : <http://deprese.zdrave.cz/deprese-aneb-kdyz-chybi-serotonin/> .
44. ŽIDKOVÁ, Z. Sestry a spánek. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15. č. 10, s. 20-21. ISSN 1210-0404.

8. Klíčová slova

Zdraví

Životní styl

Sestra

Výživa

Sportovní aktivita

Stres

Návykové látky

Keywords

Health

Lifestyle

Nurse

Nutrition

Physical activity

Stress

Addictive drugs

9. Přílohy

Příloha 1. Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego

Jmenuji se Nikola Mašková, jsem studentkou Jihočeské Univerzity, Zdravotně sociální fakulty, katedry Ošetřovatelství, obor Všeobecná sestra.

Dotazník, který se Vám dostal do ruky, je součástí mé bakalářské práce na téma: Životní styl sester dle vybraných sociálních determinant zdraví (v oblasti stravování, sportovní aktivity, zvládání stresu, závislostí). Dotazník je anonymní a poslouží jako důležitý podklad k vypracování mé bakalářské práce. Prosím Vás, o kompletní vyplnění dotazníku, odpovědi označte křížkem (pokud u otázky není označeno jinak). Děkuji mnohokrát za Váš čas strávený při vyplňování dotazníku.

Nikola Mašková

Identifikační údaje

1. Pohlaví

Muž Žena

2. Věk 20-29 let 30-39 let 40-49 let 50 let a více

3. Na jakém oddělení pracujete?

4. Pracujete ve směnném provozu?

Ano Ne

Stravování

5. Jaká je Vaše výška (v metrech) ?

6. Jaká je Vaše váha (v kilogramech) ?

7. Znáte hodnotu Vašeho krevního tlaku?

- Ano Ne

8. Pokud jste v otázce č. 7 odpověděli ano, prosím napište hodnotu Vašeho krevního tlaku.

Hodnota krevního tlaku (např. 120/80)

9. Znáte hodnotu Vašeho celkového cholesterolu?

- Ano Ne

10. Pokud jste v otázce č. 9 odpověděli ano, prosím napište hodnotu Vašeho celkového cholesterolu.

Hodnota cholesterolu (celkového)

11. Myslíte si, že jíte zdravě?

- Ano Spíše ano
 Spíše ne Ne Nedokážu posoudit

12. Jíte pravidelně zeleninu? (alespoň 1 porci denně, za jednu porci považujeme např. 1 rajče, 1 mrkev, malou misku zeleninového salátu)

- Ano Spíše ano Spíše ne Ne

13. Jíte pravidelně ovoce? (alespoň 1 porci denně, za jednu porci považujeme např. 1 jablko, 1 banán, 1 pomeranč apod.)

- Ano Spíše ano Spíše ne Ne

14. Kolik tekutin za den vypijete?

- méně než 1 litr tekutin 1 – 2 litry tekutin
 2 – 3 litry tekutin více než 3 litry tekutin

15. Doplňte prosím, Váš jídelníček za běžný pracovní den.

	Jídlo – porce / tekutiny – množství v ml
	Snídaně – druh potraviny / množství
jídlo g / porce	
tekutiny v ml	
	Svačina – druh potraviny / množství
jídlo g / porce	
tekutiny v ml	
	Oběd – druh potraviny / množství
polévka / porce	
hlavní jídlo g / porce	
tekutiny v ml	
	Svačina – druh potraviny / množství
jídlo g / porce	
tekutiny v ml	
	Večeře – druh potraviny / množství
jídlo g / porce	
tekutiny v ml	

Sportovní aktivita

16. Věnujete se chůzi alespoň 30 minut za den po většinu dní v týdnu, nebo alespoň 3 hodiny za celý týden?

- Ano
 Ne

17. Kolikrát týdně se věnujete intenzivní chůzi (nejméně 10 minut v kuse) ?

- méně než 1x 1 – 2x 3 – 4x
 7x (1x denně) více než 7x

18. Věnujete se pravidelně i nějakým pohybově náročnějším sportovně-rekreačním pohybovým aktivitám, kromě chůze?

- Ano Ne

19. Pokud jste na otázku č. 18 odpověděl/a ano, napište, kolikrát týdně se věnujete sportovním aktivitám.

- méně než 1x 1 – 2x 3 – 4x
 7x (1x denně) více než 7x

20. Kolik minut obvykle trvá jedno takové cvičení?

21. Jaká je obvykle intenzita, namáhavost takového cvičení?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

klid – velmi mírná – mírná – střední – vysoká – velmi vysoká

Stres

22. Jaké stresové situace jste v životě prožil/a za poslední rok?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> rozvod | <input type="checkbox"/> ztráta blízké osoby | <input type="checkbox"/> strach ze ztráty zaměstnání |
| <input type="checkbox"/> nedostatek financí | <input type="checkbox"/> rodinné problémy | <input type="checkbox"/> smrt v rodině |
| <input type="checkbox"/> pracovní problémy | <input type="checkbox"/> dluhy, splátky | <input type="checkbox"/> nemoc / úraz |
| <input type="checkbox"/> konflikty na pracovišti | <input type="checkbox"/> partnerské problémy | <input type="checkbox"/> jiné |

23. Jak často jste vystaven/a stresovým situacím?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nikdy | <input type="checkbox"/> denně |
| <input type="checkbox"/> týdně | <input type="checkbox"/> měsíčně |
| <input type="checkbox"/> několikrát do roka | <input type="checkbox"/> velmi nepravidelně |

24. Trpíte fyzickými symptomy spojenými se stresem?

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> Spíše Ano | <input type="checkbox"/> Ne |
| <input type="checkbox"/> Spíše ne | <input type="checkbox"/> Nevím | |

25. Pokud jste na otázku č. 24 odpověděl/a ano, o jaké fyzické symptomy se jedná? (je možno zaškrtnout více odpovědí)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> únava | <input type="checkbox"/> nespavost | <input type="checkbox"/> bolesti hlavy |
| <input type="checkbox"/> nechutenství | <input type="checkbox"/> bolesti břicha | <input type="checkbox"/> zácpa |
| <input type="checkbox"/> zvýšené pocení | <input type="checkbox"/> jiné | |

26. Jak stresové situace řešíte? (je možno zaškrtnout více odpovědí)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> rozhovor s blízkou osobou | <input type="checkbox"/> volnočasové aktivity |
| <input type="checkbox"/> léky (na zklidnění) | <input type="checkbox"/> kouření cigaret |
| <input type="checkbox"/> napítí se alkoholu | <input type="checkbox"/> nakupování |
| <input type="checkbox"/> sledování TV, PC | <input type="checkbox"/> jiné |

27. Zakroužkujte prosím v následující tabulce číslo, které odpovídá Vámi vybrané odpovědi:

Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z dvaceti položek.	Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dostí často	Velmi často nebo stále
Jsem smutný(a), skleslý(á) a zkroušený(á).	1	2	3	4
Ráno se cítím nejlépe.	4	3	2	1
Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.	1	2	3	4
V noci mám potíže se spaním.	1	2	3	4
Jím stejné množství jídla jako dříve.	4	3	2	1
Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.	4	3	2	1
Všiml(a) jsem si, že ubývám na váze.	1	2	3	4
Mám potíže ze zácpou.	1	2	3	4
Srdce mi buší rychleji než obvykle.	1	2	3	4
Unavím se i bez příčiny.	1	2	3	4
Mám v hlavě jasno jako obvykle.	4	3	2	1
Snadno zvládnou totéž co dříve.	4	3	2	1
Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.	1	2	3	4
Jsem plný(á) naděje do budoucna.	4	3	2	1
Jsem více podrážděný(á) než obvykle.	1	2	3	4
Snadno se rozhoduji.	4	3	2	1
Cítím, že jsem užitečný(á) a potřebný (á)	4	3	2	1
Žiji plným životem.	4	3	2	1
Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřel(a)	1	2	3	4
Těší mne stejné věci jako dříve	4	3	2	1

Zdroj: Ambulance bolesti, Nemocnice České Budějovice a.s.

Závislosti

28. Pijete kávu?

- Ano
- Ne

29. Pokud jste v otázce č. 28 odpověděl/a ano, kolik kávy za den vypijete?

- méně než 1 šálek kávy denně
- 1 šálek kávy denně
- 2 – 3 šálky kávy denně
- 4 – 5 šálků kávy denně
- více než 5 šálků kávy denně

30. Kouříte?

- Ne (alespoň 3 měsíce)
- Příležitostně (méně než jednu cigaretu denně)
- Ano, pravidelně/počet cigaret denně

31. Pobýváte často v prostředí, kde je cigaretový kouř?

- ne, vůbec
- jen zřídka
- často

32. Jaké množství alkoholu jste konzumoval/a v posledním týdnu (7 dní)

- Pivo 12° – uveďte, prosím množství alkoholu za poslední týden (l)
- Pivo 10° – uveďte, prosím množství alkoholu za poslední týden (l)
- Víno – uveďte, prosím množství alkoholu za poslední týden (ml).....
- Destiláty – uveďte, prosím množství alkoholu za poslední týden (25ml malý panák 50 ml velký panák).....

33. Jak často vypijete 4 nebo více dávek alkoholu najednou (v průběhu jednoho dne)?

4 jednotky piva 12° = 1 l

4 jednotky vína = 400ml

4 jednotky piva 10° = 1,3 l

4 jednotky destilátu = 100ml

- | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nepiji | <input type="checkbox"/> několikrát | <input type="checkbox"/> 1-2x měsíčně |
| <input type="checkbox"/> 3-4x měsíčně | <input type="checkbox"/> 1-2x týdně | <input type="checkbox"/> 3-4x týdně |
| <input type="checkbox"/> 5-6x týdně | <input type="checkbox"/> denně nebo téměř denně | |

34. Užíváte nějaké léky?

- Ano
- Ne

35. Jak léky užíváte?

- Pravidelně
- Jednorázově

36. Užíváte jiné návykové látky?

- Ano
- Ne

37. Pokud ano, jak?

- Pravidelně
- Jednorázově

Příloha 2. Přehled vitamínů a minerálních látek (28)

Vitamíny rozpustné ve vodě

průměrná denní potřeba u dospělých	funkce	projevy nedostatku	potravinové zdroje, poškozující faktory
B₁ (thiamin) 1,5–2,0 mg závisí na výdeji energie a příjmu sacharidů	enzymatické dekarboxylace α -ketokyseliny, kofaktor transketolázy, nutný pro intermediární metabolismus	– beri-beri v „mokrém formě“ s kardiálními příznaky a „suché formě“ s neurologickými projevy, – Wernicke-Korsakovův syndrom = encefalopatie, poruchy koordinace a zmatenost	– kvasnice, povrchové vrstvy obilovin, luštěniny, méně v mléce, maso, zelenině, – ničí se alkalickým prostředím či teplotami nad 100 °C
B₂ (riboflavin) 1,5–2,0 mg	oxidačně-redukční reakce jako součást (FAD, NAD,...) flavoproteinových enzymů, nutný pro intermediární metabolismus	– postižení kůže a sliznic (ragády ústních koutků), – neuropatie s parestéziemi dolních končetin a ataxie, zpomalení vývoje intelektu u dětí, pokles duševní výkonnosti u dospělých, poruchy imunity	– kvasnice, játra, povrchová vrstva obilovin, mléko, maso, – rozkládá se vlivem denního světla
niacin (B ₃ , PP, kyselina nikotinová) 16–22 mg	podílí se na oxidativní fosforylaci jako součást NAD, NADP	– pelagra: průjem, demence a dermatitida (zarudlá, hrubá kůže s puchýři a hnědou pigmentací na osvětlené části těla).	– kvasnice, otruby, tmavý chléb, maso, (málo v kukuřici), – provitaminem je tryptofan
B₆ (pyridoxamin, pyridoxol a pyridoxal) 1,4–2,0 mg, 15–20 μ g/g bílkoviny	v enzymech katalyzujících transaminace, racemizace a dekarboxylace AMK	– seboroická dermatitida v obličeji, záněty rtů, dutiny ústní, hypochromní anémie, periferní neuritidy, předrážděnost a zpomalení psychomotorického vývoje u dětí	kvasnice, pšeničné klíčky, sója, játra, vnitřnosti, maso
pantothénová kyselina 8–10 mg	součást koenzymu A, nosiče acylových skupin = nutná pro intermediární metabolismus a všechny základní živiny	– nedostatek je vzácný, projevy: – myelinová degenerace, anémie, únavnost, typické pálení chodidel, vypadávání vlasů, ztráta pigmentace	– játra, kvasnice, žloutek, maso, mléko, sója, mouka, – ničí se v silně kyselém či zásaditém prostředí, vlivem kyslíku a ultrafialových paprsků, rozmrazováním potravin, produkovan střevní flórou
biotin (H) 30–200 μ g	koenzym karboxyláz včetně acetyl-CoA karboxylázy a pyruvátkarboxylázy (intermediární metabolismus, syntéza lipidů, glukoneogeneze)	– hypercholesterolémie, porucha glukózové tolerance, – vypadávání vlasů, zažívací a neurologické poruchy při parenterální výživě	– mateří kašička, kvasnice, čokoláda, květák, hrášek, houby, játra, maso, tuky, vnitřnosti, ryby, žloutek, – odolný vůči zevním vlivům, tvořen střevní flórou, – antivitaminem je avidin
listová kyselina (N, folacin) 200–400 μ g	přenašeč jednovláknitých skupin (nutná pro dělicí se buňky – syntéza nukleových	– hyperhomocysteinémie a riziko aterosklerózy, – útlum krvetvorby, poru-	– listová zelenina, ořechy, luštěniny, obiloviny, játra, vnitřnosti, žloutek, mléko.

28. MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech.*

1. vydání, Praha: Triton, 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7.

	kyselin, metabolismus homocysteinu)	cha růstu, celková slabost, záněty v dutině ústní, - rozštěp neurální trubice plodu v graviditě	- citlivá na teplo, světlo (sušení), kyseliny, zásady
B₁₂ 1,5 µg	- v transmetylačních enzymech, syntéza hemu, AMK, nukleových kyselin, metabolismus MK, - slouží také k recyklaci folátových koenzymů	- makrocytární anémie, demyelinizace neuronů s postižením zadních provazců míšních a poruchou kognitivních funkcí, - hyperhomocysteinémie a riziko aterosklerózy	- živočišné zdroje, zejm. játra, zčásti je syntetizován střevními bakteriemi, - pro vstřebání v ileu nezbytný vnitřní faktor
C (kyselina askorbová a hydroaskorbová) 30–200 mg	- tvoří oxido-redukční systém s funkcí donoru elektronů, - kofaktor hydroxylačních reakcí (syntéza kolagenu, catecholaminů, karnitinu...), - antioxidant (obnovuje aktivní formu E vitamínu), - přeměna cholesterolu na žlučové kyseliny, - zvyšuje resorpci železa, - detoxikace cizorodých látek, - brání tvorbě karcinogenních nitrosaminů, - ovlivňuje permeabilitu buněčných membrán	- těžká karence = skorbut (krvácení z dásní, pod kůží, do svalů, vnitřních orgánů, u dětí krvácení do periostu dlouhých kostí, vypadávání zubů), terminálními symptomy jsou ikterus, edémy, teploty, křeče, šok, náhlá smrt, - epidemiologická data svědčí ve prospěch ochranného účinku stravy bohaté kyselinou askorbovou v prevenci kardiovaskulárních nemocí, katarakty a některých nádorů (karcinomu žaludku, jazyka, hltanu, jícnu, hrtanu, plic, pankreatu, děložního hrdla, prsu)	- čerstvé ovoce (jahody, citrusy, černý rybíz) a zelenina (zejména zelené části rostlin, brambory), játra, - snadno se ničí nesprávným zpracováním (oxidace kovy), sušením, zahříváním v neutrálním a alkalickém prostředí, - jeho maximální tělesné zásoby představují 5 g s 3% denním obratem

28. MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech.*

1. vydání, Praha: Triton, 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7.

Vitamíny rozpustné v tucích

Liposolubilní vitamíny (vitamín A, D, E, K) jsou deriváty isoprenů. Jejich účinné vstřebávání je podmíněno nenarušeným vstřebáváním tuků [11].

průměrná denní potřeba u dospělých	funkce	projevy nedostatku	potravinové zdroje
K 1 μg /1 kg tělesné hmotnosti	<ul style="list-style-type: none"> - kofaktor karboxylačních reakcí, - tvorba hemokoagulačních faktorů (faktor II, VII, IX, X), - kalcifikace kostí, - oxidativní fosforylace 	<ul style="list-style-type: none"> - poruchy krevní srážlivosti 	<ul style="list-style-type: none"> - syntetizován mikroflórou střeva, - zelená listová zelenina, játra, méně mléko, maso, vejce, obiloviny, ovoce a zelenina
E (tokoferoly, α -tokoferol) 8–10 mg α -TE	<ul style="list-style-type: none"> - hlavní lipofilní antioxidační látky, chrání buněčné membrány před oxidačním poškozením – lipo-peroxidací, snižují aterogenní agresivitu, - antiagregační účinky, - společně s vit. C blokuje endogenní vznik nitrosaminů 	<ul style="list-style-type: none"> - zkrácení doby přežívání erytrocytů (anémie), - poruchy reprodukce, neurologické poruchy, svalová dystrofie, - snížená antioxidační obrana organismu před volnými radikály (katarakta, Alzheimerova choroba, stárnutí, KVO) 	<ul style="list-style-type: none"> - obilné klíčky, rostlinné oleje, ořechy, tmavě zelená listová zelenina, vnitřnosti, vejce, mléko, - málo vitamínu E má maso, ryby, živočišný tuk, většina ovoce a zeleniny
A (retinol, retinal, retinová kyselina, karotenoidy s aktivitouvit. A) 0,8–1,2 mg RE	<ul style="list-style-type: none"> - ovlivňuje genetickou informaci, - nezbytný pro zrak, - ovlivňuje buněčnou proliferaci a diferenciaci, buněčnou signalizaci, reprodukci a integritu imunitního systému, - antioxidační vlastnosti při běžných hladinách 	<ul style="list-style-type: none"> - šeroslepost, xeroftalmie, keratomalacie, slepota, - zvýšená vnímavost k infekcím, - poruchy fertility, suchost kůže, nechutenství 	<ul style="list-style-type: none"> - retinol: potraviny živočišného původu – játra, žloutek, máslo, mléko, - β-karoten: rostlinné pigmenty v červené a žluté zelenině a ovoci a tmavě zelené listové zelenině
D (není typický vitamín, syntetizován v kůži za pomoci UV záření), ergokalciferol D2, cholekalciferol D3 0–10 μg	<ul style="list-style-type: none"> - metabolismus kalcia a fosforu: zvyšuje plazmatické hladiny prostřednictvím zvýšení jejich resorpce ve střevě, kostech a zpětného vychytávání ledvinami, - v osifikující části kostí stimuluje činnost osteoblastů a mineralizaci kostí, - má vliv na dělení a diferenciaci buněk včetně imunitního systému 	<ul style="list-style-type: none"> - osteomalacie (dospělost), - křivice (dětství): nervové poruchy, pocení v záhlaví, zuby opožděně prořezávané, caput quadratum, kraniotabes, pectus carinatum, rachitický růženec, Harrisonova rýha 	<ul style="list-style-type: none"> - rybí tuk, játra, mořské ryby, žloutek, máslo, - fortifikované výrobky: mléko, margaríny

28. MÜLLEROVÁ, D. Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech.

1. vydání, Praha: Triton, 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7.

Minerály – makroelementy

průměrná denní potřeba u dospělých	biochemické funkce	klinický deficit	markery nutričního stavu s referenčními hodnotami	potravinové zdroje
vápník 800–1200 mg	– součást kostí a zubů, nervosvalová dráždivost, svalová kontrakce, membránová integrita a transport, – krevní srážlivost	– osteomalacie, osteoporóza, tachykardie, nervosvalová dráždivost, – SD: kolorektální karcinom? (vazba žlučových kyselin)	p. Ca: 2,4–2,7 mmol/l	mléko a mléčné výrobky, obiloviny, luštěniny, listová zelená zelenina – brokolice, kapusta, mák, fortifikované potraviny, měkké kosti ryb – sardinky
fosfor 800–1200 mg	– součást kostí a zubů, – součást DNA, RNA, ATP, fosfolipidů...	těžká svalová slabost, parézy až respirační selhání	p. P: 0,7–1,6 mmol/l	prakticky všechny potraviny, nejvíce ve zdrojích bílkovin, aditivech
hořčík 300–400 mg	– intra-, extracelulární kationt, – kofaktor enzymů (buněčný metabolismus), udržení elektrického potenciálu nervových a svalových membrán, neuromuskulární přenos	– poškození a spasmy cévní stěny, porucha elasticity membrán, tetanie, – nauzea, svalová slabost, mentální poruchy	p. Mg: 0,65–1,00 mmol/l	– nezpracované potraviny: ořechy, luštěniny, nemleté obilí, zelenina (součást chlorofylu), brambory, – málo v mase, rybách, mléce, ovoci
sodík 500–2400 mg = 1,3–6 g soli	hlavní extracelulární kationt – udržuje objem extracelulární tekutiny, její osmolaritu, acidobazickou rovnováhu a membránový potenciál buněk	dehydratace organismu, pokles TK, apatie, křeče	p. Na: 132–145 mmol/l	kuchyňská sůl NaCl, při výrobě potravin (75 %), domácí příprava (15 %), 10 % spotřeby formou Na glutamátu a Na bikarbonátu
draslík 2500–4000 mg	hlavní intracelulární kationt, udržování osmotické rovnováhy	– slabost, anorexie, apatie, nauzea, – fatální kardiální arytmie	p. K: 3,8–5,2 mmol/l	zelenina, ovoce, luštěniny, ořechy
chlorid 750 mg a výše	– extracelulární aniont, udržuje objem extracelulární tekutiny a krve, udržuje osmotickou rovnováhu, – žaludeční šťáva	hypochloremická alkalóza	p. Cl: 96–106 mmol/l	– kuchyňská sůl, při výrobě potravin, – naturální vody
síra 500–1000 mg	součást AMK: cysteinu, methioninu, glutathionu, detoxikační pochody	–	–	bílkoviny mléka, vaječ

28. MÜLLEROVÁ, D. Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech.

1. vydání, Praha: Triton, 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7.

Minerály – mikroelementy a stopové prvky

průměrná denní potřeba u dospělých	biochemické funkce	klinický deficit	referenční hodnoty nutričního stavu	potravinové zdroje
železo ženy ve fertilním věku 15–18 mg, muži 10 mg	– elektronový transport, cytochromový systém, – hemoglobin, myoglobin, imunita	– anémie mikrocytární, porucha kognitivních funkcí, – SD: zřejmě nižší rezistence k infekcím	s. ferritin: > 12 µg/l, s. CRP: < 10 mg/l	játra, maso a masné výrobky s obsahem krve, žloutky, zelenina, ovoce
zinek 10–15 mg	– enzymy pro intermediární metabolismus a proteinovou syntézu, – superoxid-dismutáza, – kontrola genové transkripce skrze proteiny	– růstová retardace, kožní projevy, zhoršené hojení ran, poruchy imunity, únava, ztráta chuti k jídlu, – snížení anti-oxidační obrany	p. Zn s albuminem 35–55 g/l a C reaktivním proteinem < 10 mg/l	maso, sýry, vejce, obiloviny, luštěniny
mangan 2–5 mg	koenzym mitochondriální superoxid-dismutázy, arginázy, kofaktor pro hydrolázy, kinázy	– lipidové abnormality, – anémie	p. Mn: 7–27 nmol/l	ovesné vločky, čaj, kakao, celozrnný chléb
fluor 1,5–4 mg	mineralizace kostí a zubů jako kalcium-fluoroapatit	zubní kaz, porucha ukládání vápníku do kostí	–	fluoridovaná voda, mořské ryby
měď 2–2,5 mg	– koenzym cytochrom-oxidázy, superoxid-dismutázy, – neuroaktivní aminy	hypochromní anémie, neutropenie, poruchy imunity, růstu vlasů a nehtů, subperiostální krvácení, kardiální arytmie	p. Cu: 10–25 µmol/l, ceruloplazmin: 130–300 mg/l, s. CRP: < 10 mg/l	maso, vejce, luštěniny
molybden 150–350 µg	xantinoxidáza v DNA metabolismu, sulfioxidáza v S metabolismu	intolerance S-AMK, tachykardie, poruchy zraku	–	játra, ledvinky, ovesné vločky, rýže
chrom 50–200 µg	inzulínová aktivita, genová exprese, lipoproteinový metabolismus	– glukózová intolerance, – periferní neuropatie	p. Cr: 2–10 nmol/l	maso, pivovarské kvasnice, sýry, pšeničné klíčky, ořechy
jód 150 µg	trijodtyronin, tyroxin-celulární metabolismus	hypotyreoidismus v dospělosti, kretenismus u dětí, struma	s. T4: 70–155 nmol/l, s. T3: 1,4–3,2 nmol/l, s. TSH: 0,2–4 mIU/l	mořské ryby a produkty, vejce, mléko, jodidovaná sůl
selen 50–100 µg	koenzym glutathionperoxidázy, tyroxin-dejodidázy	– zhoršení antioxi-dační a imunitní obrany, – SD: zvýšené riziko novotvarů, – myopatie kost. svalu a srdce, makrocytóza	p. Se: 0,8–2,0 µmol/l	mořské produkty, v obilovinách závisí na obsahu Se v půdě
kobalt 5–10 µg	součást vitamínu B ₁₂	poruchy krvetvorby a neuropatie	–	zelenina, celozrnné výrobky

další stopové prvky: arsen, bor, cín, křemík, nikl, vanad

28. MÜLLEROVÁ, D. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech.*

1. vydání, Praha: Triton, 2003. 99 s. ISBN 80-7254-421-7.

