



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Problematika životního stylu všeobecných sester
v nepřetržitém provozu**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Zuzana Stará

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „Problematika životního stylu všeobecných sester v nepřetržitém provozu“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 18.8.2017

Zuzana Stará

Poděkování

Děkuji své vedoucí diplomové práce paní PhDr. Andree Hudáčkové, Ph.D. za cenné rady, podněty a připomínky. Dále děkuji Ing. et Ing. Janu Starému za gramatickou korekci a podporu při studiu, Ing. Jitce Vávrové a Ing. Ester Suchanové za statistické zpracování dat. V neposlední řadě děkuji všem, kteří se zúčastnili mého výzkumu, za jejich čas a ochotu spolupracovat,

Problematika životního stylu všeobecných sester v nepřetržitém provozu

Abstrakt

Tematickou náplní předložené diplomové práce je problematika životního stylu všeobecných sester, které z hlediska pracovního právního vztahu pracují v pravidelně či nepravidelně plánovaných směnách v různou denní dobu. Povaha takového zaměstnání s sebou přináší omezené možnosti dodržování zdravé životosprávy. Tato skutečnost je právě předmětem zkoumání diplomové práce.

První, teoretická část diplomové práce podává teoretický výklad o tom, jak nejlépe dodržovat zásady zdravého životního stylu, jak si nejlépe rozvrhnout stravování, spánek či volný čas a jakými prostředky lze přispět k dobré fyzické i psychické kondici. Druhá, empirická, část pracuje s konkrétními informacemi, získanými prostřednictvím dotazníkového výzkumu a zpracovanými metodou kvantitativní s využitím statistických metod. Diskuze a závěr diplomové práce vyhodnocují dotazníkem získané informace a porovnávají je se zahraničními výzkumy.

Klíčová slova

všeobecná sestra; životní styl; nepřetržitý provoz; stres; výživa; spánek; sebekpěče

Lifestyle issues of nurses in non stop shift operation

Abstract

The thematic content of the presented diploma thesis is the issue of the lifestyle of general nurses working in regularly or irregularly planned shifts at different times of the day. The disposition of such employment entails limited opportunities for adherence to healthy living. This fact is the subject of exploration mentioned and solved in this diploma thesis.

The first theoretical part of the diploma thesis provides a theoretical explanation on how best to adhere to the principles of healthy lifestyle, how best to lay out diet, sleep, or leisure, and how to contribute to good physical and mental fitness. The second, empirical part works with specific information obtained through questionnaire research and quantitative methods using statistical methods. Discussion and conclusion of the diploma thesis evaluate questionnaire obtained information and compare it with foreign research.

Key words

nurse; lifestyle; continuous traffic; stress; nutrition; sleep; self-care

Obsah

1. Teoretická část	9
1.1. Vymezení pojmů	9
1.1.1. Všeobecná sestra	9
1.1.2. Nepřetržitý provoz	10
1.2. Životní styl	13
1.2.1. Životní podmínky	14
1.2.2. Variantnost životního stylu	15
1.2.3. Zdravý životní styl	15
1.3. Výživa a pitný režim	16
1.3.1. Příjem potravy	17
1.3.2. Chuť	18
1.3.3. Racionální strava	18
1.3.4. Význam jednotlivých živin potravy	19
1.3.5. Jak, kdy a kde jíst	25
1.3.6. Pitný režim	25
1.3.7. Stravování při směnném provozu	26
1.4. Spánek	28
1.4.1. Kvalita spánku	29
1.4.2. Nespavost	29
1.4.3. Spánkový deficit	30
1.4.4. Biorytmus	30
1.4.5. Směnný provoz a spánek	31
1.5. Sebepéče	33
1.5.1. Syndrom druhé směny	33
1.5.2. Stres	34
1.5.3. Příznaky stresu	35
1.5.4. Zvládání stresu	35
1.5.5. Syndrom vyhoření	36
1.5.6. Návykové látky	38
1.5.7. Relaxace	40
1.6. Rodinné vztahy a rodinný život	41

2.	Cíle práce a hypotézy	43
2.1.	Cíle práce.....	43
2.2.	Hypotézy	43
2.3.	Operacionalizace pojmů.....	43
3.	Metodika	45
3.1.	Technika sběru dat.....	45
3.2.	Charakteristika výzkumného vzorku	46
3.3.	Statistické zpracování dat	46
4.	Výsledky	47
4.1.	Výsledky třídění 1. stupně.....	47
4.2.	Statistické vyhodnocení hypotéz	89
5.	Diskuze	99
6.	Závěr.....	106
7.	Seznam použitých zdrojů	108
8.	Přílohy	115
9.	Seznam zkratk	123

Úvod

Slovní spojení životní styl lze zřejmě nejstručněji a nejnvýstižněji vyjádřit jako možnost rozhodnout si, jak naložit se svým životem, se všemi predispozicemi, které byly lidem dány do vínku. Tento úsudek je východiskem a současně motivací k tomu, aby na téma životního stylu sester v nepřetržitém provozu byla zpracována diplomová práce. Ve vztahu k nepřetržitému třísměnnému provozu se cítíme být současně osobně zainteresováni a to s ohledem téměř pětiletou praxí na očním lůžkovém oddělení Krajské nemocnice v Liberci. V dnešní neustále se zrychlující moderní době, kdy jsou na každého kladeny stále větší požadavky a všeobecné sestry nevyjímaje, získává problematika uváženého životního stylu na důležitosti. Je naprosto klíčové osvojit si určité zásady stravování, pitného režimu, odpočinku a pohybu co nejdříve, neboť je nutné mít stále na paměti jejich úzkou provázanost s lidským zdravím.

Předkládaná diplomová práce si klade za cíl podat na základě zjištění z provedeného dotazníkového průzkumu u skupiny zaměstnanců vybraných zdravotnických zařízení podrobný a souhrnný přehled o jejich postoji právě k životnímu stylu. Pro uvedení do problematiky jsou v první kapitole teoretické části vymezeny základní pojmy, související s obsahem diplomové práce, na kterou navazuje samostatná část s popisem životního stylu jako takového. Na tyto nadřazené pojmy pak navazuje pojednání o jednotlivých pojmech, které jsou součástí životního stylu, kdy se jedná o životní podmínky, výživu a pitný režim, spánek, biorytmus a sebepěči. Taktéž bude v teoretické části věnována pozornost tématu návykových látek, jakožto domnělých prostředků při řešení stresu a závěr teoretické části potom zdůrazňuje důležitost rodinného života pro zdravý životní styl.

Praktická část poté obsahuje konkrétní informace o vztahu všeobecných sester k jednotlivým entitám životního stylu, o nichž deskriptivně hovoří část teoretická. Ke sběru informací bude využita metoda dotazníkového průzkumu. Po sběru informací budou data statisticky zpracována a podrobně analyzována.

Zaměstnání všeobecné sestry považuje i široká veřejnost za velmi namáhavé, a to jak z duševního, tak i z fyzického hlediska. I my jsme si vědomi některých svých počinání, neslučujících se se zdravým životním stylem, proto bychom si přáli, aby nám tato diplomová práce posloužila i v soukromém životě, neboť je to také příležitost uvědomit si, co děláme špatně a jak to napravit.

1. Teoretická část

1.1. Vymezení pojmů

První kapitola diplomové práce bude východiskem pro části následující, neboť jsou v ní vymezeny základní pojmy, související s problematikou životního stylu, a to jak obecně, tak i z pohledu platné legislativy. Povolání všeobecné sestry, které lze současně považovat i za poslání, ovlivňuje životní styl mnohem významněji, než v případě spousty jiných profesí. (Závodná, 2002) Jde zejména o pracovní dobu, jejíž délka přesahuje standartní osmihodinový rámec, a pro níž bude v diplomové práci používán pojem nepřetržitý provoz. Šrajbrová (2016) uvádí, že tato skutečnost je jedním z důvodů, že se v České republice dlouhodobě potýkáme s problémem nedostatku kvalifikovaných pracovních sil ve zdravotnických oborech. Pro zajímavost můžeme uvést, že v zahraničí je na tom podobně například americký stát Georgia – viz. článek v časopise Zdravotnický deník (2017).

1.1.1. Všeobecná sestra

Povolání všeobecné sestry patří do skupiny nelékařských zdravotnických profesí, zajišťující způsobilost k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, který se získává po absolvování příslušného studijního oboru. Stupeň odbornosti všeobecné sestry odpovídá ukončenému vysokoškolskému vzdělání v bakalářském studijním programu, popř. vzdělání na vyšší odborné škole, zakončenému titulem diplomovaný specialista. Požadavky na vzdělání všeobecných sester upravuje konkrétně zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). V ust. § 5 jsou zde stanoveny požadavky na odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry.

V současné době je schválena novela zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, která upravuje vzdělávání sester a která nabyde účinnosti dne 1. 9. 2017. Dle znění novely by nemělo být pro výkon povolání všeobecné sestry vyžadováno vysokoškolské vzdělání a praktickou sestrou tak bude možné se stát po vystudování čtyřleté střední zdravotnické školy, v oboru zdravotnický asistent, nově nazvaný obor

od 1. 9. 2017 praktická sestra. Poslanecká sněmovna parlamentu ČR (2017). Aby se z praktické sestry stala sestra všeobecná, musí vystudovat buď vysokou školu v oboru všeobecná sestra, nebo na vyšší odborné škole 1 rok v modelu tzv. 4 + 1. Tento model znamená, že 4 roky bude sestra studovat na střední zdravotnické škole v oboru praktická sestra a 1 rok následně na vyšší odborné škole, pravděpodobně kombinovanou formou, aby dosáhla potřebných hodin praxe nutných pro získání odbornosti všeobecné sestry. S novelou zákona je zrušena povinná registrace sester a kreditový systém celoživotního vzdělávání. Poslanecká sněmovna parlamentu ČR (2017)

1.1.2. Nepřetržitý provoz

Tento pojem je vymezen v aktuálně platném zákoníku práce – zák. č. 262/2006 Sb., v ust. § 78 odst. 1 písm. f) a g), následujícím způsobem: „f) *nepřetržitým pracovním režimem režim práce, v němž se zaměstnanci vzájemně pravidelně střídají ve směnách v nepřetržitém provozu zaměstnavatele v rámci 24 hodin po sobě jdoucích, g) nepřetržitým provozem provoz, který vyžaduje výkon práce 24 hodin denně po 7 dnů v týdnu*“.

Nepřetržitou (směnnou) práci lze chápat jako výkon určitého zaměstnání, navržený tak, aby poskytování služby, která je podstatou výkonu tohoto zaměstnání, probíhala celých 24 hodin, každý den v týdnu. V praxi je nejčastěji běžný den rozložený do směn dle nastavených časových úseků (8 nebo 12 hodinové směny), během nichž různé skupiny pracovníků plní své povinnosti. Termín "práce na směny" zahrnuje jak dlouhodobé noční směny, tak pracovní dobu, ve které se mění zaměstnanci nebo vystřídají jednotlivé směny. (Iskra-Golec and col. 2016)

Ve zdravotnických profesích, pokud jde o nepřetržitý provoz, je nutné vycházet z ust. § 79 zák. č. 262/2006 Sb., zákoník práce (dále jen „zákon“), podle něhož činí týdenní fond pracovní doby 37,5 hodiny a dále nelze opominout ust. § 83 zákona, které mimo jiné stanoví, že „*délka směny nesmí přesáhnout 12 hodin*“. Za problematické z hlediska jeho uplatňování, resp. dodržování v praxi se jeví ust. § 84 zákona: „*Zaměstnavatel je povinen vypracovat písemný rozvrh týdenní pracovní doby a seznámit s ním nebo s jeho změnou zaměstnance nejpozději 2 týdny a v případě konta pracovní doby 1 týden před*

začátkem období, na něž je pracovní doba rozvržena, pokud se nedohodne se zaměstnancem na jiné době seznámení.“

Z hlediska pracovně právních vztahů je rovněž nezbytné uvést krátkou poznámku o práci přesčas. Institutu práce přesčas se zákon věnuje obecně v ust. § 93 zákona, kde je tato problematika upravena následovně: *„Práci přesčas je možné konat jen výjimečně. Práci přesčas může zaměstnavatel zaměstnanci nařídit jen z vážných provozních důvodů, a to i na dobu nepřetržitého odpočinku mezi dvěma směnami, popřípadě za podmínek uvedených v § 91 odst. 2 až 4 i na dny pracovního klidu. Nařízená práce přesčas nesmí u zaměstnance činit více než 8 hodin v jednotlivých týdnech a 150 hodin v kalendářním roce. Celkový rozsah práce přesčas nesmí činit v průměru více než 8 hodin týdně v období, které může činit nejvýše 26 týdnů po sobě jdoucích. Jen kolektivní smlouva může vymezit toto období nejvýše na 52 týdnů po sobě jdoucích.“*

Ust. § 93a zákona upravuje práci přesčas ve vztahu ke konkrétním podmínkám oboru zdravotnictví, kdy v tomto případě platí, že zaměstnanec, který nesouhlasí s prací přes čas, nemůže být nijak nucen ani vystaven jakémukoli nátlaku či hrozbě újmy ze strany zaměstnavatele. U zaměstnanců ve zdravotnictví nesmí dohodnutá práce přesčas překročit 8 hodin týdně. U pracovníků záchranné služby jde potom v součtu o 12 hodin týdně a to v období, které činí 26 po sobě jdoucích týdnů, neupravuje-li to kolektivní smlouva odlišně. Toto období může trvat nanejvýše 52 týdnů po sobě jdoucích, bez náhradního volna. Dohoda o další práci přesčas musí být uzavřena písemně, k čemuž lze opět poznamenat, že uplatňování zmíněné podmínky v praxi bývá rovněž komplikované, neboť ji zaměstnavatelé často zanedbávají (východiskem k této tézi je vlastní empirická zkušenost).

Pro úplnost lze ještě níže odcitovat ust. § 98 zákona. *„(1) Práce přesčas při uplatnění pružného rozvržení pracovní doby se zjišťuje vždy jako práce nad stanovenou týdenní pracovní dobu a nad základní pracovní dobu. (2) Práci přesčas při uplatnění konta pracovní doby je práce konaná nad stanovenou týdenní pracovní dobu, která je násobkem stanovené týdenní pracovní doby a počtu týdnů vyrovnávacího období podle § 86 odst. 3 nebo podle § 87 odst. 3.“*

Ust. § 114 zákona hovoří o mzdě nebo náhradním volnu za práci přesčas. *„(1) Za dobu práce přesčas přísluší zaměstnanci mzda, na kterou mu vzniklo za tuto dobu právo (dále jen "dosazená mzda"), a příplatek nejméně ve výši 25 % průměrného výdělku, pokud se*

zaměstnavatel se zaměstnancem nedohodli na poskytnutí náhradního volna v rozsahu práce konané přesčas místo příplatku. (2) Neposkytne-li zaměstnavatel zaměstnanci náhradní volno v době 3 kalendářních měsíců po výkonu práce přesčas nebo v jinak dohodnuté době, přísluší zaměstnanci k dosažené mzdě příplatek podle odstavce 1.“

Noční práci upravuje zákoník práce v § 94, kde je stanoveno, že zaměstnavatel je povinen poskytnout zaměstnanci přiměřené podmínky pro práci v nočních hodinách, zejména pokud jde o možnost občerstvení v noci, vyšetření provozovatelem pracovně lékařských služeb na základy zaměstnavatele apod.

V následujícím odstavci bude pro porovnání uvedena německá legislativa. Pracovní dobu upravuje Zákon o pracovní době §3 Arbeitszeitgesetz (ArbZG). Zde platí, že pracovní doba činí 8 hodin denně a může být prodloužena na 10 hodin v případě, že během 6 kalendářních měsíců nebo během 24 hodin v průměru nebude překročeno 8 hodin denně. V Německu platí, že týdenní pracovní doba činí 48 hodin, od pondělí do soboty, maximálně však 60 hodin, zde ale je nutné si uvědomit, že je nutné dodržet průměr hodin, jak již bylo psáno výše. Do pracovní doby není započtena pauza § 4 ArbZG říká, že pro pracovní dobu nad 6 hodin do 9 hodin má zaměstnanec nárok na 30 minutovou pauzu, pokud však pracovní doba trvá déle než 9 hodin vcelku, nárok na pauzu činí 45 minut. V zásadě platí, že zaměstnanec nesmí pracovat déle než 6 hodin bez pauzy. V případě práce přesčas zde záleží na tom, co je sepsáno v pracovní smlouvě, a musí vždy zaměstnancovi být proplaceny nebo musí dojít k vyvážení volného času. Nárok na proplacení přesčasů vzniká tehdy, pokud zaměstnavatel nařídí, schválí, toleruje, či bylo nezbytné k dokončení úkolu.

Podle Dvořákové (2007) je pro zaměstnavatele v určitém ohledu práce ve směnném a nepřetržitém provozu ekonomicky přínosnější, a to z důvodu, že nemusí vytvářet více pracovních míst, čímž mu zároveň odpadají investiční náklady na jejich vytvoření, zvyšuje se velikost zisku na jednotku produkce (tedy na jednotlivé pracovníky) a zaměstnavatel může rovněž optimalizovat poměr mezi režijními a jedincovými náklady. Dále Dvořáková (2007) uvádí, že povinnosti zaměstnavatele, které se váží s prací v nepřetržitém provozu, lze na tomto místě především uvést, že zaměstnavatel je povinen zajistit pravidelné preventivní lékařské prohlídky pro své zaměstnance, kteří pracují v noci, a to nejméně jedenkrát ročně. Za noční práci náleží zaměstnanci finanční příplatek. (Dvořáková, 2007)

Práce v nepřetržitém provozu a střídání zaměstnanců na směnách v různou denní dobu má pochopitelně celou řadu stinných stránek. Náročnost takové pracovní aktivity, lhostejno, zdali se jedná o činnost duševní či manuální, spočívá především v jejích negativních důsledcích na přirozený biorytmus člověka. Vždyť jaký jiný vliv by na životní pochody v těle mohly mít například nedostatek spánku či nepravidelný spánek nebo zanedbaný výživový režim. Nelze opomenout rovněž ani možnosti sociálního vyžití, kdy například různé společenské akce (případně akce rodinné) je dosti problematické naplánovat v předstihu. (Dvořáková, 2007)

1.2. Životní styl

Kubátová (2010) uvádí, že životní styl, životní způsob, „lifestyle“ chápe každý jedinec svým vlastním, subjektivním způsobem, pročež nelze stanovit univerzální definici, která by tento termín beze zbytku vysvětlila a bylo by ji tak možné považovat za jedinou správnou. V knize „Sociologie životního způsobu“ (Kubátová, 2010) můžeme například najít informaci o tom, že termín „životní styl“ lze ztotožnit s termínem jako je kvalita života, či životní úroveň, neboť neexistuje jedna teorie, která by popisovala a interpretovala celou společnost. Ve „Velkém sociologickém slovníku“ (1996) nalezneme definici, jak chápat termín životní styl: „*strukturovaný souhrn životních zvyků, obyčejů, resp. akceptovaných norem, nalézajících svůj výraz v interakci, v hmotném, věcném prostředí, v prostorovém chování a v celkové stylizaci. Předpokládá se, že s.ž. nějakým způsobem vyjadřuje i hodnoty a zájmy jedince, skupiny či společnosti vůbec*“ (Maříková, Petrušek, Vodáková. a kol., 1996, s. 1246).

Dufková (2008) uvádí, že životní styl (způsob, jakým člověk přistupuje k vlastnímu životu) lze chápat kupříkladu jako postoj k bydlení, oblékání či trávení volného času. Každý člověk si jej určuje podle svobodné vůle sám, čímž také nese odpovědnost za své zdraví či nemoci z toho plynoucí. (Dufková, 2008) Čevela, Čeledová (2010) dodávají, že je také podstatné si uvědomit rozdílnost mezi pojetím životního stylu jednoho člověka a životního stylu určité skupiny lidí. Životní styl jednotlivce je pevný a stálý způsob života a jednotlivé jeho prolínající se části vycházejí ze společného jádra. Laicky řečeno, to jakým způsobem se dotyčný bude oblékat, co bude jíst, jestli bude pravidelně sportovat nebo jaké si nalezne zaměstnání, vychází z jeho názoru a přesvědčení. O všech výše vyjmenovaných komponentech životního stylu si rozhodne

sám na základě svojí vlastní svobodné vůle. (Čevela, Čeledová, 2010) Dufková (2008) říká, že pro životní styl skupiny jsou typickými společenskými znaky životního způsobu ty, které jsou příznačné pro většinu členů určité skupiny, kdy se například může jednat o znaky profesní. Tedy určitý způsob života může být spojen s určitou profesí a podobně. (Dufková, 2008) Čevela, Čeledová (2010) dodávají, že životní styl spolu s genetickou zátěží člověka může být významným rizikovým faktorem pro vznik nemocí. Změna životního stylu, související především s kvalitou života, pak pochopitelně snižuje pravděpodobnost výskytu různých nemocí. Konkrétně se může jednat o změnu v jídelníčku, spočívající v zařazení většího množství ovoce a zeleniny, zvýšení sportovní aktivity, omezení konzumace kávy či kouření cigaret, jak uvádí ve své publikaci Čeledová, Čevela (2010).

1.2.1. Životní podmínky

Dufková (2008) říká, že životní podmínky jsou ovlivňovány dvěma faktory – vnitřními což znamená potenciál dřímající uvnitř každého jedince; a vnějšími za ně je možno považovat veškeré vlivy působící na jedince v jeho okolí. Dále Dufková (2008) pokračuje vysvětlením, že životní podmínky jsou pro jedince hranicemi, v nichž se život lidí pohybuje, určuje jejich vymezení, limity pro činnosti, chování. Všechny životní podmínky mají roli určitého východiska životního stylu jedince. Kubátová (2010) si myslí, že každý jedinec na tyto podmínky reaguje svými postoji, hodnotí je (zda odpovídají jeho vnitřním hodnotám či nikoliv). Životní podmínky lze zařadit do několika kategorií (Kubátová, 2010):

„Geografické a ekologické; biologické; demografické; sociálně – politické a politické; sociálně – ekonomické a ekonomické; kulturní a obecně ideové; technologické.“ (Kubátová, 2010, s. 70)

Kubátová (2010) dovysvětluje, že první dvě kategorie se týkají přírody, jako i člověk jedinec je součástí přírodních podmínek, zákonitostí, přestože je může a mnohdy mění. Poslední čtyři kategorie podmínek souvisí se sociální zařazením jedince ve společnosti – sociální existencí. Demografická kategorie je na pomezí dvou skupin přírodních a sociálních. Přírodní základ je doplňován nebo měněn společenským zaměřením života. (Kubátová, 2010)

1.2.2. Variantnost životního stylu

Podle Kubátové (2010) je každý člověk výjimečnou individualitou a jako takový si v průběhu svého života osvojuje svůj vlastní životní styl. Jinými slovy, žádní dva jedinci neupřednostňují identický životní styl, byť si jejich preference mohou být v mnoha oblastech podobné, kdy se může například jednat o například morální hodnoty, způsob chování a jednání, zapojení ve společenské skupině, způsob trávení volného času; zkrátka každou činnost vykonává dle svého uvážení, svým osobitým způsobem. (Kubátová, 2010) Čevela, Čeledová (2010) dodávají, že je zcela logické, že každý jedinec v určité situaci reaguje odlišně, neboť vnímá, cítí a vyhodnocuje situace jinak, ovšem vždy se přitom snaží docílit svých přání a potřeb, případně vylepšit svůj aktuální stav. Podle Kubátové (2010) jedinec na vzniklé situace reaguje několika možnými způsoby. Prvním z nich je únik, neochota řešit určitý problém a jeho odsouvání na neurčito (podle okolností se například může jednat o rozvod, výpověď ze zaměstnání, apod.). Dalším způsobem je potom aktivní snaha o změnu vnějších podmínek života (ve vztahu ke své osobě), kdy jde o to, přesvědčit okolí o změně způsobu chování k jedinci, dále o snahu změnit sebe samotného, směřující ke zlepšení sociální interakce, popřípadě o snahu o kompromis. Další rozdíly v životním stylu jedince podle Kubátová (2010) můžeme dělit do dvou skupin, a to jako: diference, která je založená na faktických životních podmínkách jedince, u nichž není velká možnost je ovlivnit a jednotlivé rozdíly životních stylů pozorujeme v rámci větších sociologických skupin (například pohlaví, věk, bydliště, vzdělání, zaměstnání, profese, rodinný stav) nebo alternativnost, která souvisí se svobodou volby způsobu života, což má nepochybně dopad na zdravotní kondici. Zde lze jako příklad uvést různé filozofie ve stravování (vegetariánství, veganství), společenský statut a tím pádem standard bydlení (např. squatteři), ale třeba i způsob péče o děti (používání šátků místo kočárku). Obecně jsou tím myšleny vyhraněné skupiny společnosti, jednající podle svého specifického přesvědčení. (Kubátová, 2010)

1.2.3. Zdravý životní styl

Podle Adámkové (2010) v současné době ovlivňují kvalitu života a věk dožívání především tzv. civilizační choroby, což je podstatný rozdíl od předchozích epochálních období, kdy se tyto skutečnosti přičítaly na vrub infekčním chorobám a hladu. Nárůst

počtu civilizačních chorob souvisí zejména s převážnou povahou zaměstnání dnešní generace; pracovní trh nabízí takovou strukturu pracovních pozic, kdy se ve značné části jedná o sedavé zaměstnání, a to je podstatný rozdíl od stavu před několika lety. (Adámková, 2010) K tomu Kraus (2008) doplňuje, že k tomu se pochopitelně připisuje i nedostatek pohybu, přejídání se a v neposlední řadě stres z okolního prostředí, jakožto příčina neustále se zrychlující doby, která klade stále vyšší a vyšší požadavky ve vztahu k jedinci. (Kraus, 2008) Zdravý životní styl dnes vyžaduje nemalé množství času a peněz, což může, i s ohledem na výše uvedené, představovat určitý problém. (Šanderová, 2000) Jiný pohled na zdravý životní styl (Čeledová, Čevela, 2010) má svoji podstatu ve vztahu jedince k návykovým látkám – kouření, alkohol, užívání omamných látek. Autoři této myšlenky spojují zdravý životní styl i s množstvím pohybových aktivit a kvalitou mezilidských vztahů.

Nejvýznamnější vliv na zdraví má nepochybně způsob života, což je zásadní činitel ovlivňující zdraví, jak uvádí Sak, Kolárová (2004). Podle nich také životní styl zahrnuje způsoby dobrovolného chování v určitých životních podmínkách, resp. v určitém prostředí. Člověk si může z nabízených možností vybrat pro něho zdravou variantu a nepřijímat ty, které zdraví neprospívají či dokonce zdraví poškozují. (Sak, Kolesárová, 2004) Čevela, Čeledová (2010) chápou zdravý životní styl jako výběr chování z různých životních možností. Způsob, jakým si člověk bude vytvářet vlastní životní styl, potom podmiňuje rodinné prostředí, zvyky, výchova; a zároveň jej omezuje finanční stránka, tedy sociální pozice ve společnosti. Proto by každý jedinec měl být vychováván tak, aby měl dostatek informací a správných návyků, aby si mohl vybrat z mnoha možností a zároveň si byl vědom, že jeho chování má přímý vztah k jeho zdraví, za které je sám odpovědný. (Čeledová, Čevela, 2010) Současný životní styl lidí je velmi ovlivněn sdělovacími prostředky, ať už jde o internet, televizi nebo tisk. Poslední pohled na danou problematiku, úzce souvisí se všudypřítomnou komercí, bez níž si v 21. století asi jen těžko dovedeme představit fungování světa. (Sak, Kolesárová, 2004).

1.3. Výživa a pitný režim

Zoumbaris (2009) uvádí definici o výživě jako vědě o tom, jak lidské tělo zachází s jídlem. V dnešní době je ale také jídlo součástí velkého byznysu, ale i přesto zůstává

výživa nezbytnou součástí lidského přežití. Výživa jako věda nám objasňuje vzájemné působení živin a dalších látek v potravinách ve vztahu k udržování, růstu, reprodukci, zdraví a nemoci organismu. (Zoumbaris, 2009) Látky tělu potřebné získávají lidé z potravy, která musí obsahovat látky jako bílkoviny, sacharidy, tuky, vitamíny, minerály, vlákninu a vodu. Tyto výživové látky jsou nezbytné pro správné fungování lidského organismu, tedy k získání energie, k růstu, k obnově buněk, tkání a orgánů. (Rokyta, 2016) Energetická hodnota potravin se uvádí v kilokaloriích nebo kilojoulech. (Pitřha, Poledne, 2009) Pavlíčková (2010), dodává, že vše, co jíme, ovlivňuje nejen naše zdraví, délku života a jeho kvalitu, ale také může ovlivnit naši obranyschopnost vůči chorobám, či jejich potlačení.

1.3.1. Příjem potravy

Podle Mourka (2012) příjem potravy koordinují řídicí centra v mozku, která se aktivují při hladu nebo naopak utlumují při sytosti. Hlad je subjektivní pocit, při kterém jsou přítomny různé fyziologické jevy jako například hladové kontrakce žaludku, chladové podněty (naopak v horku pociťuje člověk spíše žízeň, než hlad), či pokles hladiny krevního cukru. (Mourek, 2012) Liberson (2014) dodává, že obecně platí, že lidský organismus teoreticky nemusí přijímat žádnou potravu až po dobu 40 dní, nicméně vše závisí na množství spotřebované vody, uložení tělesného tuku, množství svalové hmoty a na genetických faktorech. Mourek (2012) pokračuje, lidé potravu přijímají v syrovém, nebo upraveném stavu a pomineme-li nemocné po lékařském zákroku, u nichž je to z léčebných důvodů vyloučeno, přijímáme potravu ústy. Podle původu můžeme potravu dělit na živočišnou a rostlinou. Další kategorii tvoří speciální potravinové doplňky, případně zvláštní výživa. (Mourek, 2012) Podle Pavlíčkové (2010) neexistuje dělení potravin na vhodné a nevhodné, nýbrž existují pouze špatné a dobré stravovací návyky. Potrava, kterou přijímáme, by podle Pavlíčkové (2010) měla splňovat tři kritéria: prvním z nich je obrana proti chorobám, druhým je podpora zdraví (potrava obsahuje tělu prospěšné látky) a třetím chutnost, lákavost a výživnost stravy.

1.3.2. Chut'

Jak uvádí Mourek (2012), chuť je jedním z pěti základních smyslů člověka. Chuťové receptory (čidla) jsou umístěné na chuťových pohárech, rozmístěných na povrchu jazyka. Samotné chuťové čidlo tvoří chuťové buňky, které sestávají z mikrokloků, přes něž chuťové látky (tedy to, co člověk pociťuje jako chuť potravy) rozpuštěné ve vodě či slinách pronikají k chuťovým pórům. Dále podle Mourka (2012) může člověk vnímat čtyři různé chuti - sladkou, slanou, kyselou a hořkou. Někteří autoři uvádí pátou chuť, tzv. umami. (Mourek, 2012) Chuť spolu s vůní (vnímanou čichem) a stimulací trojklanného nervu (vnímání tvaru sousta, bolesti, horka) zprostředkovávají mozku detailní smyslový požitek z přijímané potravy. (Chiras, 2012)

1.3.3. Racionální strava

„Pod pojmem racionální výživa rozumíme soubor znalostí a návodů (technologických postupů), týkajících se kvality a kvantity přijímané potravy a dalších komponent, a to vše vzhledem k dané populaci a jejímu rozvrstvení. Jde o otevřený soubor znalostí: to znamená, že se neustále upravuje, upřesňuje a rozšiřuje.“ (Mourek, 2012, s. 81)

Racionální stravování, jak uvádí Klimešová, Stelzer (2013), vychází z latinského překladu rozumné stravování, znázorňuje nejlepší množství a poměr přijímaných základních živin, vitamínů a minerálů. Racionální strava si klade za úkol uspokojit individuální potřeby člověka s přihlédnutím ke klíčovým faktorům, jako jsou zejména věk, pohlaví, průměrná denní fyzická aktivita, aktuální zdravotní stav a podobně. (Klimešová, Stelzer, 2013) Podle Pastuchy (2014) je základem racionální stravy strava co nejvíce rozmanitá, smíšená, jejíž filozofií je, laicky řečeno, jíst vše a nepřiklánět se žádnému alternativnímu směru stravování v podobě vegetariánství, veganství či makrobiotické stravy. Racionální strava by měla být co nejpestřejší, střídá a především plnohodnotná. (Pastucha, 2014) Celkové množství přijaté energie by mělo být rozloženo následovně: snídaně 30 %, svačina 10 %, oběd 30 %, svačina 10 % a večeře 20 %. (Klimešová, Stelzer, 2013) Pastucha (2014) souhlasí a dodává, že z toho by mělo být zhruba 50-70 % sacharidů (a maximálně 10 % jednoduchých), 15 – 20 % bílkovin, 20 – 30 % tuků. Podle Klimešové a Stelzera (2013) významná a dlouhodobě

trvající nevyrovnanost těchto jednotlivých výživových látek taktéž přispívá ke vzniku civilizačních různých chorob.

1.3.4. Význam jednotlivých živin potravy

Jak již bylo psáno výše, strava by měla být vyvážená a měla by obsahovat nejen základní složky potravy – cukry, tuky a bílkoviny, ale i další složky v podobě vitamínů, minerálů, stopových prvků atd. Následujícím podkapitolám je věnován podrobný popis jednotlivých výživových látek, povšechně obsažených ve standartním jídelníčku v našich zeměpisných šířkách. (Mourek, 2012)

1.3.4.1. Sacharidy

Sacharidy, látky označované též jako glycidy (někdy nepřesně jako cukry) slouží jako hlavní zdroje energie v těle. (Piňha, Poledne, 2009). Sacharidy jsou v hojné míře zastoupeny v méně kvalitních, „levnějších potravinách“, neboť náklady na výrobu takových potravin, kde je absence přirozené chuti nahrazována sacharidy, jsou pochopitelně nižší. Mourek (2010) předkládá tezi o tom, že existuje jistá korelace mezi sociálně ekonomickým postavením lidí (především v souvislosti s jejich příjmy) a obsahem sacharidů v jejich stravě. Podle Piňhy a Poledne (2009) se sacharidy řadí mezi nejzákladnější a nejvýznamnější látky jak v živočišných, tak i v rostlinných organismech, protože jsou nezbytné pro jejich existenci. Mourek (2012) dodává, že toto tvrzení se netýká rostlin. Mourek (2012) pokračuje, jediným zdrojem příjmu sacharidů do těla je potravou, k čemuž je nutné doplnit, že při krátkodobém nedostatku příjmu sacharidů, se mohou, pochopitelně v omezeném množství, vytvářet samy v těle tak, že se štěpí z aminokyselin či glycerolu. (Mourek, 2012) Jak již bylo popisováno výše, v racionální stravě by měly být sacharidy zastoupeny v 50 – 70 %. (Pastucha, 2014) Podle Mourka (2012) je dále nezbytné, aby podíl škrobu byl vyšší a řepný cukr nižší. Rokyta (2016) doplňuje, doporučená denní dávka sacharidů se pohybuje mezi 300 – 420 g, přičemž energetická hodnota 1 g sacharidu činí cca 17kJ. Podle Piňhy a Poledne (2009) takzvané sacharidy s nízkou molekulou jsou snadno rozpustné ve vodě a mají sladkou chuť, jedná se tedy o látky, běžně laicky nazývané jako cukry. Naproti tomu makromolekulární polysacharidy jsou zpravidla bez chuti a ve vodě jsou nerozpustné

nebo téměř nerozpustné. (Pitřha, Poledne, 2009) Pro organismus mají sacharidy zásadní význam jako zdroj krátkodobé energie, stavební materiál jednotlivých buněk (v podobě celulózy), zásobní látky (škrob), přičemž jsou také složkami jiných látek v těle – hormonů a nukleových kyselin. (Machová, Kubátová, 2016)

Následovat bude přehled pro tělo využitelných sacharidů. Monosacharidy jsou chemicky nejjednodušší forma sacharidů a obsahují pouze 1 cukernou jednotku – hlavními zástupci jsou cukr hroznový (glukóza) a cukr ovocný (fruktóza). (Machová, Kubátová, 2016) Pitřha, Poledne (2009) souhlasí a dodávají, že oligosacharidy obsahují 2-10 různých monosacharidů; zástupce nalezneme v podobě maltózy (slad), sacharózy (cukrová třtina a řepa), laktózy (mléčný cukr) a sacharidy obsažené v luštěninách. Polysacharidy jsou složeny z více než 10 monosacharidů a nalezneme je především ve formě škrobu (brambory, zelenina). Dále sem můžeme zařadit i rozpustnou vlákninu, jejímž zástupcem je pektin a inulín (Pitřha, Poledne, 2009)

1.3.4.2. Proteiny

Podle Machové, Kubátové (2016) jsou bílkoviny nepostradatelnou stavební složkou jednotlivých buněk organismu, stejně jako krve, hormonů a enzymů. Jako zdroj energie jsou v organismu zastoupené v menším množství oproti sacharidům a dalo by se říci, že jsou i méně důležité z hlediska energetické významnosti. Nicméně v případě poruch při přijímání potravy (mentální anorexie), kdy člověk nedostává do těla dostatečné množství sacharidů, jsou bílkoviny odbourávány (spotřebovávány) a stávají se zdrojem energie. (Machová, Kubátová, 2016) Podle Mourka (2012) by měly být bílkoviny v potravě zastoupené zhruba jednou pětinou. Machová, Kubátová (2016) dodávají, že funkční hranice doplňovaného množství bílkovin do těla při běžné, každodenní fyzické aktivitě odpovídá 0,8 – 1,0 g/kg tělesné hmotnosti. (Machová, Kubátová, 2016) Mourek (2012) souhlasí a doplňuje tvrzení, že i proteiny rozlišujeme je dle jejich původu na živočišné (maso) a rostlinné (například luštěniny, sója, ořechy). (Mourek, 2012)

Z celkového pohledu nejvýznamnějšími zdroji bílkovin jsou maso, vejce, mléko, mouka, luštěniny. Bílkoviny je nutné přijímat v potravě, neboť si je tělo samo vytvořit neumí, v omezeném rozsahu je opět může pouze přeměnit z lipidů či sacharidů. (Machová, Kubátová, 2016) Potravou přijaté bílkoviny se vlivem trávicích šťáv začnou

štěpit na vlastní složky – aminokyseliny, které obsahují dusík a které se vstřebávají v tenkém střevě. (Mourek, 2012) Část aminokyselin se transportuje do jater a velmi malá část se dostane do krve. Konečnou podobou přeměny bílkovin je močovina, tvořená v játrech a odstraněná ledvinami. (Machová, Kubátová, 2016) Pokud jde o aminokyseliny, ty se dělí na esenciální (nezbytné pro organismus, ovšem nedokáže si je sám vyrobit) a neesenciální (pro organismus postradatelné). (Mourek, 2012) Funkce bílkovin se dají rozdělit do několika kategorií: strukturní (kolagen), transportní a skladovací (hemoglobin), zásobní (ferrin), pohybové (aktin a myosin), katalytické (enzymy, hormony), ochranné a obranné (imunoglobulin, fibrin), senzorické (rhodopsin), výživové. (Pastucha, 2014)

1.3.4.3. Lipidy

Lipidy, neboli tuky, jsou součástí buněčných membrán v našem těle, přičemž je nutné mít vždy na paměti, že jsou pro tělo nepostradatelné, neboť tvoří jedinou energetickou rezervu v našem těle. (Mourek, 2012) Jsou uloženy v podkožním vazivu buněk a dále rovněž obalují jednotlivé vnitřní orgány. Ve stravě by měly být lipidy zastoupeny jednou čtvrtinou až třetinou z celkového doporučeného denního množství potravy, což odpovídá 70 – 100g. (Rokyta, 2016) Mourek (2012) udává, že jejich význam spočívá ve schopnosti izolovat teplo a dále v mechanické ochraně, protože velmi dobře umí měnit svůj tvar. Podle Machové, Kubátové (2016) další nepostradatelnou funkcí lipidů je rozpouštění vitamínů konkrétně A, D, E a K, které tvoří nejen základ pro pohlavní hormony, ale navozují například i lepší chuť k jídlu. Machová, Kubátová (2016) pokračují, v lidském těle jsou přítomny především triglyceridy (jednoduché tuky), které tvoří zásobu hmoty v tukové tkáni. Podle Rokyty (2016) tuk přijímaný ve stravě je jak živočišného, tak i rostlinného původu a tvoří jej zejména zmíněné triglyceridy. V gastrointestinálním traktu se vlivem enzymů triglyceridy štěpí na glycerol a mastné kyseliny. Podle Rokyty (2016) lze mastné kyseliny tuků chemicky rozdělit na nenasycené mastné kyseliny, bez dvojnásobné vazby mezi atomy uhlíku (živočišné tuky, palmový olej) a nenasycené mastné kyseliny s jednou nebo více dvojnásobnými vazbami mezi uhlíky (olivový olej). Piťha, Poledne (2009) na závěr je podotýkají, že zvýšená, či dokonce vysoká konzumace tuků vede k onemocnění srdce a cév. (Piťha, Poledne, 2009)

1.3.4.4. Minerály a stopové prvky

Minerály a stopové prvky nejsou zdrojem energie člověka, nicméně to na jejich důležitosti pro lidský organismus neubírá. Minerály jsou zastoupené zhruba sedmi desetinami tělesné hmotnosti a stopové prvky jednou setinou. (Mourek, 2012) Piřha, Poledne (2009) dodávají, že minerální látky jsou nezbytné pro tvorbu tkání, látkovou výměnu a podílí se na vedení vzruchů. Podle Machové, Kubátové (2016) se v lidském organismu minerální látky i stopové prvky současně vyskytují ve třech formách: vázané na organické látky (bílkoviny, tuky, hormony), elektrolyty v tělních tekutinách, nerozpustné soli (zuby, kosti).

Podle Piřhy, Poledne (2009) na základě náročnosti se velikost denní potřeby dělí minerály na makroelementy – nutná denní spotřeba v gramech (sodík, draslík, vápník, fosfor), mikroelementy (selen, železo, jód, zinek) a stopové prvky (křemík, nikl). Dále Piřha, Poledne (2009) zdůrazňují důležitost jednotlivých minerálů a stopových prvků pro organismus: vápník zajišťuje stavbu a obnovu buněk kostí, železo pak krvetvorbu. (Piřha, Poledne, 2009) Dále se Piřha, Poledne (2016) a Machová, Kubátová (2016) shodují na následujícím textu. Jód je nezbytný pro vývoj centrální nervové soustavy plodu. Sodík udržuje homeostázu, osmotický tlak, vodní hospodářství v těle – nadbytek sodíku (přijímání nadbytku soli) způsobuje vysoký krevní tlak. Draslík společně se sodíkem se podílí na acidobazické rovnováze tekutin, zajišťuje správnou funkci svalů včetně srdečního. Fosfor reguluje vápník, udržuje pravidelný srdeční tep, je také důležitý pro energetický organismus. A v neposlední řadě hořčík: udržuje normální funkci svalů a nervů, stabilizuje srdeční rytmus.

1.3.4.5. Vitaminy

Vitaminy a jejich účinky jsou poměrně dobře známy, a to i mezi neodbornou veřejností. U vitaminů je snad nejdůležitější vlastností to, že nejsou zdrojem energie, ale zastávají důležitou roli jako jedna ze složek potravy; tvoří díly různých enzymů, mají antioxidační účinky, jsou nezbytné pro mnoho metabolických pochodů a mnohdy mají i významný vliv na buněčné struktury, tak jako například vitamin A na funkčnost oční sítnice. (Mourek, 2012) Chrpová (2010) souhlasí a dodává, že vitaminy patří mezi takzvané esenciální látky, organismus si je tedy sám nedokáže vytvořit, a tak je člověk

musí do těla přijmout v potravě. Podle Machové, Kubátové (2016) je přirozeným zdrojem vitaminů pro tělo v největší míře rostlinná strava, a to především ovoce a zelenina. Dále Machová, Kubátová (2016) dodávají, že při nedostatku vitaminů vzniká porucha látkové přeměny a jejich úplná absence se nazývá avitaminóza. Při hojném příjmu se mohou vitaminy ukládat v těle do zásoby jen ve velmi omezeném množství, přebytečná část se vyloučí močí, stolicí nebo potem. K předávkování vitaminy může dojít pouze při konzumaci substitučních preparátů (doplňků stravy), při běžném stravování je to prakticky nemožné. (Machová, Kubátová, 2016) Chrpová (2010) dělí vitaminy na dvě skupiny a to: vitaminy jsou rozpustné buď v tucích, nebo ve vodě.

Mezi vitaminy rozpustné v tucích řadíme čtyři základní vitaminy a to: A (retinol), který se vyskytuje v živočišné formě potravy, v rostlinné části jej lze najít pouze jako provitamin, který musí tělo následně přeměnit; jeho funkcí je podpora zrakové purpury, nezbytné pro správnou funkci tyčinek na sítnici. Mimo to, podle Machové, Kubátové (2016), nelze opominout ani jeho význam pro tvorbu spermií. Mourek (2012) ještě dodává, že vitamin A se řadí mezi antioxidanty, udržuje epitel a jeho nedostatek vede k šerosleposti a suché kůži. Vitamin D (cholecalciferol), jak uvádí ve své knize Machová, Kubátová (2016), se v potravě vyskytuje pouze v malém množství a lze jej prakticky přijmout ve formě provitaminů, které se usazují v kožní tkáni a následně prostřednictvím UV paprsků se mění na tělu prospěšný vitamin, díky němuž dochází ke vstřebávání vápníku a fosforu ze střev a také k ukládání vápníku do kostí a zubů. Podle Mourka (2012) dochází k onemocněním rachitis nebo osteoporóze, pokud je vitamínu D v organismu nedostatek. Vitamin E (tokoferol), jak uvádí Kunová (2011) je významným antioxidantem a Machová, Kubátová, 2016 dodávají, že při jeho nedostatku může docházet k neplodnosti, svalové dystrofii a poruchám růstu. Posledním ze čtveřice vitaminů rozpustných v tucích je vitamin K (fytochinin), který se podílí na tvorbě koagulačních faktorů, z čehož vyplývá, že při nedostatku vitamínu D v těle dochází k poruchám hemokoagulace a krvácení (Mourek, 2012).

Další skupinu tvoří vitaminy rozpustné ve vodě, mezi které patří vitamin C a vitaminy skupiny B. Vitamin C, jinak řečeno kyselina askorbová, je považována za nejdůležitější vitamin pro lidský organismus a současně vitamin, který je z hlediska denní spotřeby na prvním místě. (Mourek, 2012) Jak uvádí Machová, Kubátová (2016) vitamínem C se nelze předávkovat, jelikož jeho nadbytek se vyloučí v moči. Lze jej nárazově užívat

ve vysokých dávkách při virovém onemocnění. Evers (2012) doplňuje, že dokonce v současné době probíhají výzkumy při nitrožilním podávání vysokých dávek vitamin C u pacientů, podstupujících léčbu rakoviny (na rozdíl od perorálního podání se vitamin C nevyloučí močí z organismu tak rychle). Machová, Kubátová (2016) dále uvádí, že tento vitamin plní mnoho funkcí, a to například jako významný antioxidant, který napomáhá vstřebávání železa a podílí se na krve tvorbě. Vyjma mnoha dalších funkcí, vitamin C taktéž ovlivňuje syntézu steroidních hormonů v nadledvinách a má vliv na pojivové tkáně. Mourek (2012) dodává, že při jeho nedostatku jsou lidé mimo jiné náchylnější k virovým onemocněním, krvácení dásní (snížená odolnost kapilár) a ke zhoršenému hojení ran. Hlavní funkce Thiaminu, neboli vitamin B₁, spočívá ve všech fázích zpracování sacharidů. Koenzymy vitaminu B₁ se uplatňují i při zpracování energie ze sacharidů, a to především u nervové soustavy a svalstva, včetně svalů srdečních. (Machová, Kubátová, 2016) Jak doplňuje Mourek (2012), pokud se tělu nedostává adekvátní množství vitaminu B₁, může člověk pociťovat únavu; závažnější problém pak představuje onemocnění nervového systému beri-beri, popřípadě neuritida (zánět motorických a senzitivních nervů). Dalším vitaminem skupiny B je riboflavin (vitamin B₂), který napomáhá buňkám při přeměně živin a zároveň sloužící k jejich oxidaci. Riboflavin má antiseptické účinky a podporuje tělesný růst (Machová, Kubátová, 2016). Při jeho nedostatku v těle vznikají záněty kůže (Mourek, 2012) Vitamin B₅ (kyselina pantotenová) je nepostradatelným prvkem při přeměně tuků a syntéze bílkovin (Machová, Kubátová, 2012). Mourek (2012) souhlasí a doplňuje: nedostatek vitaminu B₅ se projevuje průjmami, poruchami spánku či záněty kůže a sliznic. Pyridoxin, vitamin B₆, má klíčovou funkci při tvorbě krvinek, rovněž plní úlohu pro správnou činnost mozku. Je koenzymem při metabolismu aminokyselin (Machová, Kubátová, 2016). Kauzálně, s ohledem na výše uvedené, při jeho nedostatku v těle dochází k anemii, depresím či nervovým poruchám. (Mourek, 2012) Kobaltamin (B₁₂), ježto součást enzymů při zrání krvinek, podporuje tvorbu bílkovin (Machová, Kubátová, 2016). Také nedostatek vitaminu B₁₂ může představovat různé zdravotní komplikace, v tomto případě v podobě perniciózní anemie, slabosti a poruch nervového systému – zhoršení zraku, poruchy kognitivních funkcí, deprese apod. (Mourek, 2012) Podle Mourka (2012) kyselina listová ovlivňuje tvorbu nukleových kyselin; při nedostatku vznikají poruchy krve tvorbě a Machová, Kubátová (2016) dodávají, v neposlední řadě vitamin H (biotin) má nezastupitelnou roli při metabolismu cholesterolu, mastných kyselin a také bílkovin, který podporuje dělení

buněk. Snížená jeho hladina v těle, může u člověka vyvolat pocity únavy, slabosti, deprese, nebo projevy zánětů kůže. (Machová, Kubátová, 2016)

1.3.5. Jak, kdy a kde jíst

Podle Pavlíčkové (2010) by lidé měli dodržovat celoživotně určitá pravidla při stravování. Základem jsou tři hlavní jídla denně – snídaně, oběd a večeře. Tato jídla by měla být dostatečně energeticky vyvážená v závislosti na denní době, přičemž polovinu talíře by měla vždy tvořit zelenina. Mezi hlavními třemi jídly je možné jíst formou svačiny ovoce, zeleninu nebo šťávy z nich. Müllerová (2014) doporučuje denní energetické rozložení stravy následovně (podíly z celkového energetického denního příjmu): snídaně 20 %, přesnídávka 15 %, oběd 30 %, svačina 15 % a večeře 20 %, s poznámkou, že děti ve vývinu by měli mít druhou večeři kolem deváté hodiny večerní. Hainer (2011) ve své knize Základy klinické obezitologie uvádí, že lidé, kteří se stravují mimo svůj domov, častěji trpí obezitou než lidé, kteří se stravují převážně doma, protože lidé, kteří jsou často na služebních cestách a stravují se v restauračních zařízeních, nejsou schopni příliš kontrolovat svůj denní příjem kalorií.

1.3.6. Pitný režim

Voda představuje nezbytnou potřebu pro lidský organismus, neboť plní mnoho naprosto nepostradatelných funkcí, jako například rozpouštědlo a transportní médium látek po těle, jak uvádí Čevela, Čeledová (2010) a dále pokračují. Voda pomáhá udržovat tělesnou teplotu v těle, vstřebávání a přesun látek z krve do tkání, dále slouží jako prostředek pro vylučování odpadních látek z těla. (Čevela, Čeledová, 2010) Voda, jakožto základní plnivo buněk všech živých organismů hraje zásadní roli v celém procesu látkové přeměny. (Mourek, 2012)

Pro život neexistuje důležitější substance než právě voda, vždyť dlouhodobá absence příjmu vody má podle Machové, Kubátové (2016) pro organismus fatální účinky. Již po dvou až třech dnech bez vody nastává v těle těžká dehydratace a s ní spojené poruchy, zpravidla po týdnu dochází ke smrti. (Machová, Kubátová, 2016) Pokud jde o samotný pitný režim, dospělý člověk by měl denně vypít 2 – 3 litry vody, respektive

kilogramu váhy by mělo v denním pitném režimu odpovídat 20 – 30 mililitrů vody. Čevela, Čeledová (2010) dodávají, že nejlepší variantou je samozřejmě voda čistá, pramenitá, bez sladidel, barviv a dalších přídatných látek. Kromě jiného lze do pitného režimu zařadit také, v poslední době velmi oblíbené zeleninové a ovocné šťávy – tzv. smoothies, neboť kromě tekutin jsou pro tělo současně zdrojem dalších prospěšných (výživových) látek. (Čeledová, Čevela, 2010) S tím souvisí i ta skutečnost, že vodu přijímají lidé jak v tekutém stavu, tak i v potravinách. Voda se vstřebává z tenkého střeva do portální žíly, odtud následně do jater a zbytku těla, aby se v konečné fázi vyloučila ledvinami. (Machová, Kubátová, 2016)

Denní spotřeba vody se mění v závislosti na věku, fyzické aktivitě a teplotě prostředí. (Machová, Kubátová, 2016) Podle Čeledové, Čevely (2010) nedostatečnou hydrataci tělních buněk člověk pocítuje jako žízeň. K tomu je nezbytné dodat, že pocit žízně se s věkem snižuje, protože nej někteří postarší lidé nemusí pocítovat vůbec. Naopak nadměrný či zvýšený pocit žízně může být příznakem různých chorob jako je diabetes mellitus nebo insipidus. Nedostatek vody v těle se projevuje suchostí v dutině ústní, bolestí hlavy, malátností, suchou kůží a sytě žlutou barvou moči. (Čeledová, Čevela, 2010)

Mezi zásady pitného režimu podle Čeledové, Čevely (2010) patří vhodný je příjem tekutin po menších dávkách, rozložených, pokud možno rovnoměrně, do celého dne, oproti nárazovému příjmu většího množství v kratším intervalu; důležité je nejen samotné množství přijímaných tekutin, ale i jejich složení, podobně jako tomu je u složení stravy; uspokojení pitných potřeb organismu v závislosti na míře aktuální fyzické aktivity (sport, zvýšená fyzická námaha); preference čisté, pramenité vody (viz. výše) oproti sladkým nápojům, zvyšujícím naopak pocit žízně; sportovcům je doporučeno zařadit i iontové a energetické nápoje pro doplnění ztracených minerálů během výkonu. Pití iontových nápojů bez pravidelného pohybu (déle trávající tréninky) v podstatě nemá význam. (Čeledová, Čevela, 2010)

1.3.7. Stravování při směnném provozu

Stravování je při směnném provozu velmi problematická záležitost, neboť podle současného trendu, kdy se všeobecným sestrám častěji střídají denní a noční služby, jim

nezbývá dostatek volného času na přípravu kvalitní stravy. (Radvanová, Bauerová, 2006)

Jak si při směnném provozu udržet normální BMI (index tělesné hmotnosti) radí Radvanová, Bauerová (2006). Základem je pitný režim, kdy by se měly do těla přijmout alespoň dva až tři litry neslazených tekutin. Na tělesnou hmotnost má rovněž nezanedbatelný vliv množství spánku, kdy se za ideální délku odpočinku ve spánku považuje interval mezi 7 – 8 hodinami. Pět a méně hodin spánku může u zdravotních sester vést k obezitě. Kromě délky spánku by se při stravování měly dodržovat určité zásady, týkající se skladby jídla. (Radvanová, Bauerová, 2006) Dle odborné literatury (Iskra-Golec, et col., 2016) by zdravé stravování mělo splňovat podmínku alespoň dvou porcí ovoce a tři porcí zeleniny k hlavním jídlům denně. Nutné je taktéž nepodcenit příjem dostatečného množství mléčných výrobků; strava by obecně měla být pestrá a co je důležité, člověk by si měl dávkovat menší porce jídla v častějších a pravidelnějších intervalech. Podle Čepelíkové, Havlíčka (2014) půst během noční směny rozhodně není řešením z hlediska prevence obezity. Naopak, lidé pracující při noční směně by měli mít dvě menší svačiny (ovoce, zelenina, mléčné výrobky) a jedno hlavní (velké) jídlo, které jim dodá energii na práci. Dále Čepelíková, Havlíček (2014) doporučuje po noční směně lehkou snídani (s minimem sacharidů) a poté spánek, nikoliv tedy odpočinek s prázdným žaludkem. Po dostatečném spánku by na řadu měl přijít lehký sendvič a s odstupem několika hodin potom také klasická večeře.

Doporučené časy stravování během střídání směn (Radvanová, Bauerová, 2006) jsou následovné: při denní směně v 6 hodin snídaně, okolo 9. hodiny přesnídávka, v poledne by měl být oběd, v 15 hodin svačina, šestá večerní hodina je určena večeři a osmá večerní druhé večeři. Před první noční směnou bychom měli začínat snídání v osm hodin, pokračovat mezi 10:00 – 10:30 přesnídávku, 12:00 – 13:00 obědem, půl čtvrtá odpolední je čas vhodný pro svačinu a v šest večer by měla být večeře před odchodem do zaměstnání. Během noční směny v deset večer lehká svačina. Podle Čepelíkové, Havlíčka (2014), viz. výše - mléčné výrobky, ovoce, ve dvě hodiny ráno bychom měli konzumovat větší jídlo a k ránu, nejlépe mezi pátou a šestou hodinou opět snídaně. Následně po spánku po noční směně by měl ve 14 hodin následovat oběd.

Výše uvedené časy lze považovat za ideální stravovací plán, jehož dodržení v praxi však, s ohledem na vytíženost všeobecných sester během jednotlivých směn, může

představovat značný problém. Nežřídka kdy mívají všeobecné sestry problém, i pokud jde o dostatečný příjem tekutin, přičemž není rozhodné, zdali se jedná o denní nebo noční směnu.

1.4. Spánek

„Spánek je nehomogenní (heterogenní) funkční stav organismu s typickými rytmickými cykly, rozdělený do různých stádií a přechodů, charakterizovaný specifickými formami chování, změnami elektrofyziologickými, vegetativními i hormonálními.“ (Mourek, 2012)

Dále Mourek (2012) zdůrazňuje nezbytnost spánku nepostradatelnou součástí každodenního režimu člověka. Má význam nejen pro psychickou pohodu, ale obecně i pro život jako takový, neboť je-li spánek nedostatečný, vede k vážným poruchám centrálního nervového systému, ale taktéž i k problémům somatickým. (Mourek, 2012) Důsledky spánkového deficitu pociťuje člověk stavy slabosti dolních končetin, žaludečním dyskomfortem, potížemi s rovnováhou či zhoršeným soustředěním. Ve spánku se cyklicky střídají dvě fáze (Borzová, 2009), které Seidel (2008) dále podrobněji rozebírá. První z nich je REM (rapid eye movements) = paradoxní fáze: pro tuto fázi spánku, jak ostatně i z názvu vyplývá, jsou typické rychlé pohyby očí. Ze somatického hlediska dochází ke kolísání tělesné teploty, krevního tlaku a srdeční frekvence. Zcela přirozené jsou pro tuto spánkovou fázi svalové záškuby a disharmonie dechové aktivity. V paradoxní fázi spánku dochází ke snění. Seidel (2008) pokračuje druhou fází NREM (non – rapid eye movements) = synchronní fáze: tato spánková fáze je, pokud jde o somatické projevy, opakem fáze REM. Oční bulvy jsou toho času klidné a zároveň (analogicky) nedochází ke změnám tělesné teploty, krevního tlaku, ani srdeční frekvence; neprojevují se žádné svalové záškuby, člověk nezažívá snění. (Seidl, 2008)

Ambler (2006) dodává porovnání dospělých s dětmi, kdy u novorozenců je ve spánku fáze REM převládající, platí v dospělosti pravý opak, neboť tehdy je fáze NREM zhruba čtyřikrát delší. Odborná literatura (Ambler, 2006) uvádí, že synchronní spánek slouží k obnovení somatických funkcí (tělesný odpočinek a odbourání únavy) a paradoxní fáze k obnovení mozkových funkcí (duševní odpočinek po čase stráveném

v bdělém stavu). (Ambler, 2006) Seidel (2008) udávají, že dospělý člověk by měl spát ideálně 7 – 8 hodin denně, přičemž v oblastech méně zalidněných, ergo při nejmenším mimo oblast velkých měst, má údajně postačovat 6,5 hodiny denně. K tomu je nutné doplnit, že potřeba spánku je u každého člověka individuální, a proto ji z objektivního hlediska nelze vyjádřit jinak, než v širokém rozmezí 4 až 12 hodin denně. (Seidl, 2008)

1.4.1. Kvalita spánku

Zdravé spánkové návyky (spánková hygiena), mohou výrazně zlepšit podle Borzové (2009) kvalitu života, proto je nezbytné udržovat spánkovou hygienu na stále stejných základech, tedy držet se stále stejných principů. Jedním z těchto principů je například ulehání a vstávání ve stejnou hodinu každý den, včetně dnů pracovního klidu. Svůj význam před spaním mají taktéž různé relaxační techniky, a to zejména při poruchách spánku. (Borzová, 2009) Kvalita spánku pochopitelně souvisí s podmínkami prostředí, z nichž nejvýznamnější roli hraje světlo, hluk a teplota. Je tudíž zcela nepochybné, že spánek v nočních hodinách bude pro člověka hodnotnější, než v případě spánku kupříkladu v odpoledních hodinách. (Healthy sleep tips, ©2016)

Kvalita spánku se v průběhu života každého člověka mění. Dle výzkumů uvedených v knize Borzové (2009) až třetina populace, včetně dětí, trpí různými formami poruch spánku, ať už jde o noční pocení, předčasné probouzení nebo přerušovaný spánek. V raném dětství je kvalita spánku ovlivněna výchovou, potažmo rodinným prostředím. Malé děti si totiž od útlého věku vytvářejí nevhodné spánkové návyky (pozdní ulehání, odpor jít spát), což pak později může představovat mnohem závažnější problém. (Borzová, 2009)

1.4.2. Nespavost

„Nespavost je stav, kdy nekvalitní, neuspokojující a neosvěžující spánek v noci narušuje kvalitu denního fungování.“ (Borzová, 2009, s. 32) Nespavostí (insomnie) lze označit poruchu spánku, spočívající v jeho nedostatku. Příčinou nespavosti bývá často psychické vypětí a obecně životní styl jako takový, v méně frekventovaných případech souvisí s nemocí. (Štefánek, ©2011) Orel (2012) dodává, že nespavost je taktéž (kromě dalších faktorů) důsledkem stresu, nedostatku pohybu a nevhodného užívání léků.

Borzová (2009) hovoří o poruše spánku v momentě, kdy nespavost trvá minimálně dva týdny, při frekvenci tří dnů v týdnu, což lze prokázat potvrzením od druhé osoby nebo vyšetřením ve spánkové laboratoři. Dále Borzová (2009) dělí nespavost na několik forem a má pro ně použitou terminologii: časná nespavost – nemožnost usnout po ulehnutí; střední nespavost – probouzení se během noci; pozdní nespavost – brzké ranní probouzení.

1.4.3. Spánkový deficit

Podle Borzové (2009) způsobuje dlouhodobý nedostatek spánku v našem těle změny podobné stárnutí, a je to proto, že se v hlubokém spánku se regenerují buňky a tkáně. V žádném případě jej nelze podceňovat; klinické testy totiž prokázaly příčinnou souvislost mezi spánkovou deprivací a předčasným propuknutím některých závažných chronických nemocí jako je diabetes mellitus, hypertenze, demence. (Borzová, 2009) Podle Redfearna (2005) přerušovaný spánek potom může souviset s dlouhodobě trvajícím únavou, poruchami soustředění a dalšími psychickými poruchami jako například poruchy nálad a deprese. Na závěr lze dodat, že spánkový deficit má vliv i na koncentraci a ryzost myšlení (bystrou mysl), takže se u některých aktivit (činností) zvyšuje pravděpodobnost pochybení – například vyšší riziko způsobení dopravní nehody, pracovního úrazu v zaměstnání apod. (Redfearn, 2005)

1.4.4. Biorytmus

Biorytmem můžeme označit jakýkoliv opakující se děj, v širším slova smyslu, související s živým organismem. (Hall, 2016) „*Biorytmy jsou rytmicky se opakující biologické děje, které odvozujeme od otáčení Země kolem Slunce, a tím od střídání dne a noci (cirkadiánní rytmus).*“ (Mourek, 2012, s. 193) Podle Mourka (2012) plynutí času vnímá člověk dvěma způsoby. Za první z nich lze považovat chronologické pojetí času, jakožto řetězce na sebe navazujících událostí, možno objektivně měřitelných technickými prostředky (povědomí o plynutí hodin, dnů, minut atd.). Druhý způsob lze pak označit jako biologické pojetí času, které již není uvědomělé a navenek se projevuje stárnutím. (Mourek, 2012) S cirkadiánním rytmem, který má periodu 20 – 28 hodin souvisí bdění a spánek, což se pak projevuje při fázování a synchronizaci tělesných

funkcí: rytmus tělesné teploty, funkce ledvin, úroveň aktivity látkové přeměny, uvolňování hormonů, změny krevního tlaku. (Hall, 2016) Mourek (2012) souhlasí a doplňuje tvrzení, že cirkadiánní rytmus se přizpůsobuje harmonogramu stravování, což má pak vliv na činnost, resp. sekreci žláz gastrointestinálního traktu, včetně sekrece hormonů. (Mourek, 2012)

Jak uvádí ve své publikaci Kassin (2007), pro lidské tělo, resp. pro epifýzu (šišinku mozkovou), představuje úbytek denního světla (množství tmy) produkci hormonu melatoninu, kdy s ohledem na skutečnost, že melatonin ovlivňuje řadu fyziologických funkcí (krevní oběh, krevní tlak, tělesnou teplotu, metabolismus cukrů, tuků a bílkovin), usnadňuje tak ve svém důsledku spánek. Proto se také lidem spí lépe v temné místnosti s minimem světla. Kassin (2007) pokračuje vysvětlením, že cirkadiánní rytmy jsou výlučně individuální záležitostí – viz. obecně známé rozdělení na skřivany, nejvíce aktivní v brzkých ranních a dopoledních hodinách, a sovy, nejproduktivnější v pokročilých částech dne, tj. odpoledne a v noci. (Kassin, 2007) Role cirkadiánních rytmů pro lidské zdraví je i s ohledem k empirickým zkušenostem (výsledky zdravotní péče v globalizovaném světě 21. století) velmi významná. (Lignelli, 2007) Ospalost a touha po spánku se v průběhu dne neustále zvyšuje v kontextu cirkadiánních hodin; schopnost usnout je tak ovlivněna nejen délkou bdělosti, ale i vnitřními cirkadiánními rytmy. Není proto divu, že se lidské tělo podmaňuje spánku a bdění v relativně identických časech každý den. (Olds, 2014)

Olds (2014) o poruše cirkadiánního rytmu hovoří v případě, pokud se tělo nedokáže přizpůsobit každodenním provozním potřebám, zaměstnání, škole, sociálním potřebám a pochopitelně „rozumnému“ harmonogramu usínání a probouzení. Člověk je schopen mít dostatečný spánek, pokud jsou jeho cirkadiánní rytmy řízeny biologickými vnitřními hodinami. Kvalita spánku může být zachována, pokud člověk neonemocní spánkovou poruchou. (Olds, 2014)

1.4.5. Směnný provoz a spánek

Pokud člověk pracuje v nepřetržitém provozu, kdy je nucen v nepravidelných cyklech absolvovat noční směny, měl by při nakládání se svým volným časem vzít do úvahy i čas potřebný pro aktivní odpočinek ve spánku. Nahodilé střídání denních a nočních

směn narušuje správný spánkový režim, což se pak zákonitě projeví na celkovém zdravotním stavu. S ohledem na výše uvedené je tedy žádoucí si spánek (dobu ulehnutí do postele) naplánovat v pravidelných, tj. podobných denních hodinách, pochopitelně podle reálných možností. (Nespavost, ©2013) Závěry o vlivu spánkového režimu na lidské zdraví potvrzuje například americký výzkum s názvem „Sleep-related problems in the US working population: prevalence and association with shiftwork status“ z roku 2016, publikovaný v *Occupational and Environmental Medicine*, provedený u 6338 účastníků. U reprezentativní skupiny lidí v širokém spektru věkových skupin a vzdělání bylo v rámci předmětného výzkumu zjištěno, že až 95% z nich trpí v souvislosti se střídáním směn nespavostí, problémy s přijímáním potravy (přejídání nebo naopak nechutenství k jídlu), depresi, popřípadě střídáním nálad.

Podle webové stránky Nespavost (©2013) je především negativní vnější okolností pro usínání přes den nadměrné množství světla (nedostatek tmy), proto usnutí za těchto vnějších podmínek není snadné, resp. přirozené, přičemž spánek není tak dokonalý jako v noci, byť v takovém případě můžeme mít pocit únavy. Spánek při větší světelné zátěži svědčí častějšímu probouzení a při jeho četném přerušování se tělo, ani mysl nestačí dostatečně zregenerovat. Jako další nepříznivý faktor pro spánek lze pak uvést i zvýšenou hlukovou zátěž (nedostatek ticha), přičemž úroveň rušivé hladiny se může u každého člověka významně lišit v závislosti na jeho spánkových zvyklostech. Jednoduše řečeno, za „normálních okolností“ většina lidí aktivně odpočívá ve spánku během nočních hodin (cca od 22:00 h do 6:00 h), protože k tomu jsou všeobecně příznivější podmínky. (Nespavost, ©2013) Možnou alternativou, jak se vyrovnat s odpočinkem mimo tento interval je rozdělit si spánek na dvě části, jednu část ihned po směně a tu druhou těsně před směnou. (Iskra-Golec, et. al., 2016)

Juha et. al. (2014) se zabývá primárními příznaky poruchy spánku, ty vznikají v důsledku nepravidelných nočních směn. Nespavostí nebo naopak nadměrnou spavostí si tak tělo vynahrazuje předchozí „předržení únavy“. Poruchy spánku se také projevují usínáním v době pracovní směny, když už je únava neúnosná do té míry, že se nedá ignorovat. Práce v nepřetržitém provozu, zahrnující mimo jiné i noční služby, je tak zákonitě spojena s celkovou kratší dobou aktivního odpočinku ve spánku, na rozdíl od podmínek ve standardním pracovním režimu takzvaně „přes den“. (Juha, et al., 2014)

Juha et al.(2014) definuje ve své publikaci i ospalost. Ta se projevuje pocitem touhy po spánku (potřebou spánku), provázeným nechtěným podřimováním, poruchami soustředění, podrážděností a z pohledu pracovního výkonu nemůže člověk podávat zdaleka takové výsledky, jako když je odpočinutý. Dle autorů Ker, Edwards, et al. (2010) této teze je skutečnost, že se výše uvedené příznaky pojí s prací v nepřetržitém provozu, přijímána jako obecně platná, stejně jako odeznění těchto příznaků v souvislosti s přijetím obvyklého spánku v noci a bděním přes den. K tomu je nutné pro úplnost dodat, že mezi nepříznivou reakcí organismu na práci v nočních hodinách a diagnostikovanou chronickou poruchou spánku existuje prakticky nezřetelná hranice. (Ker, Edwards, et al., 2010)

1.5. Sebepéče

Sebepéče, neboli, jak již sám název napovídá, péče o sebe sama, zahrnuje nejen péči o své tělo jako o fyzickou podstatu osobnosti, ale zároveň péči o stránku duševní, jak uvádí Halmo (2014). Nelze odhlédnout od toho, že člověk zažívá každý den různé sociální interakce se svým okolím, pročez jako jedinec obdařený vlastním vědomím, je zodpovědný za své chování. Při tomto vědomí, lze tedy mít důvodně za to, že jakási „sekundární sebepéče“ (nejedná se o oficiální termín z odborné literatury) může být chápána jako starost o druhé, neboť sebepéče ovlivňuje i to, jak navenek působíme na druhé. (Halmo, 2014)

Křivohlavý (2010) popisuje, že konkrétní pojetí sebepéče může být chápáno velmi rozličně, od zkrášlování zevnějšku, přes kulturní vyžití, kontakt se společnostmi, až po mentální relaxaci a psychohygienu. Pro zdravotnický personál má sebepéče významnou hodnotu, neboť taktéž díky ní je možné se vyrovnat s veškerými negativními důsledky, vyplývajícími z povahy zdravotnické profese a udržovat se tak ve zdravé fyzické kondici a duševní pohodě. (Křivohlavý, 2010)

1.5.1. Syndrom druhé směny

Důležitou výzvou, které musí všeobecné sestry při své práci čelit, kterou popisuje Scholar (2010), je dodržování, resp. udržování zásad zdravého životního stylu i při práci na směny, potažmo při dlouhotrvající práci. Práce na směny může mít negativní vliv, co

se týče návyků sebepéče a to zejména v důsledku časové náročnosti a nadbytku stresu z toho pramenících, které sestřím ubírají prostor a energii k uspokojení svých vlastních potřeb. Neustále se střídající směny může být velmi obtížné zahrnout do pravidelné denní péče o sebe. Noční směny si mohou často vybírat vysokou daň na zdravotním stavu všeobecných sester, zejména se jedná o narušení cirkadiálních rytmů (kolísání aktivity a bdělosti s různou časovou periodou), kdy se jedná zejména o poruchy spánku a s tím související změny zdravých stravovacích návyků, jakož i pravidelného denního tělesného pohybu. Tématu syndromu druhé směny se věnovaly sestry z organizace „Empowering Nurses“, které na základě svých zjištění ilustrovaly, že obrovská zodpovědnost, související s jejich povoláním z všeobecných sester jen neopadne odchodem z pracoviště. Právě tuto situaci lze označit jako „Syndrom druhé směny“. (Scholar, 2010)

1.5.2. Stres

„*Stres je nespecifickou reakcí organismu na zátěžové vlivy.*“ (Mourek, 2012, s. 127) Původ pojmu a jeho významové přenesení lze hledat v anglickém jazyce, kde termín „stress“ znamená tláčit, mačkat. Situace, které lidský organismus vnímá jako stres, zažívá člověk v podstatě každý den a nazývají se stresory. Podle Mourka (2012) mají na každého jednotlivce stresové situace jiný dopad, mezi konkrétní projevy patří například nízká hladina glykémie v krvi, pocit tepla nebo naopak chladu, oslabení imunity organismu. Při nekomfortních situacích jako je stres, je dost snadné ztratit (respektive si neuvědomit) vědomý pocit hladu. Protože jsou svaly v neustálém napětí, mohou po něm přicházet pocity únavy a někdy až vyčerpání. (Mourek, 2012) Jiný názor prezentuje Bartůňková (2010) která zmiňuje, že stres je možné chápat v několika možných souvislostech, významech, jakož i hloubce. Tak předně, význam slova stres chápe laik a zcela odlišně pak erudovaný specialista - profesionál. Fyziolog na stres nahlíží jako na „*soubor fylogeneticky zakódovaných nervově-humorálních a funkčně-metabolických reakcí na vnější a vnitřní změny, vedoucí k narušení normálního chodu organismu;*“ (Bartůňková, 2010, s. 11) a pro změnu psycholog má z profesního hlediska stres spojen se „*stavem vědomého či nevědomého ohrožení integrity, ve kterém jedinec reaguje úzkostí, napětím a dalšími obrannými mechanismy.*“ (Bartůňková, 2010, s. 11)

Pracovním stresem označuje Semmer (2007) stres související s prací. Ten je reakcí, jež mohou lidé pociťovat při nepřiměřenými požadavky na práci a tlaky, které neodpovídají jejich znalostem a schopnostem a které zpochybňují jejich schopnost zvládnout dané zaměstnání. Podle Semmera (2007) se stres často zhoršuje v případě, že zaměstnanci nabývají pocit, že mají nedostatečnou podporu ze strany supervizorů a kolegů, a malou kontrolu nad pracovními procesy.

1.5.3. Příznaky stresu

Křivohlavý (2010) ve své knize uvádí přehled z prací mnoha různých odborníků, kteří se zabývali stresem, a je zde vytvořen seznam příznaků stresu rozdělených do tří kategorií. První kategorie zahrnuje příznaky fyziologické, do této oblasti patří kromě dalších například palpitace, bolesti hlavy, pocit svírání za hrudní kostí, téměř křečovitě bolesti v oblasti dolní části břicha, silné nutkání k močení, nechutenství k jídlu, u žen změny v menstruačním cyklu či ztráta libida. Druhou kategorií označuje Křivohlavý (2010) jako příznaky psychologické. Zde bychom mohli nalézt náhlé a výrazné změny nálad, podrážděnost, stavy úzkosti, nadměrný pocit únavy, větší potřeba spánku, nezáměr o kontakt s lidmi, přehnané zaujetí ve vlastním zdraví, snížení empatie a schopnosti projevit emoce. A poslední kategorií jsou příznaky spojené s chováním (behaviorální), mezi které řadíme: nerozhodnost, změny v každodenním režimu (hlavně bdění a spánek), změny chutí (ztráta chuti nebo přejídání), problémy s koncentrací, dočasně zvýšená konzumace návykových látek (alkohol, cigarety), snížení pracovního nasazení a s ním v příčinné souvislosti horší kvalita odváděné práce. (Křivohlavý, 2010)

1.5.4. Zvládání stresu

Podle Křivohlavého (2010) je prvním krokem pro zvládání stresu odhalení zátěžových faktorů, aby bylo posléze možné jednoznačně pojmenovat problém. Navazuje fáze plánování řešení daného problému, která by měla vyvrcholit zklidněním myšlenek, pocitem emocionálního klidu a odpočinku. Příčině stresu se lze postavit buď čelem, nebo si lze od něho udržovat odstup, což ve druhém jmenovaném případě samozřejmě neznamená pokrok v dané věci. Křivohlavý (2010) dále popisuje jak zvládat stresové situace. Ty je možné zvládat taktéž pozitivním přístupem k věci samé, pokud si na nich

člověk najde určitý přínos. Není bezpodmínečně nutné čelit stresu o samotě, proto není ostudou si v těchto případech vyhledat pomoci rodiny, přátel či erudovaného odborníka. (Křivohlavý, 2010)

1.5.5. Syndrom vyhoření

Termín syndrom vyhoření má své kořeny v anglickém slově burn out (vyhasnutí) a poprvé byl popsán roku 1974 Herbertem Freuderbergerem, americkým psychoanalytikem německého původu. (Baštecká, 2003) „Termín „burnout“ – syndrom vyhoření, vyprahlosti, vypálení popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky, ztrátu zájmů a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebehodnocení a negativní postoje k povolání.“ (Janáčková, 2008, s. 77)

Křivohlavý (2009) definuje syndrom vyhoření jako psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému a citovému vyčerpání organismu v reakci na dlouhotrvající a nadměrný stres. Nejčastěji jsou oběťmi syndromu vyhoření lidé, kteří se velmi intenzivně věnují určité činnosti a po čase jim ni vyprchá nadšení, taková činnost pak pro ně v podstatě postrádá smysl. Podle Venglářové (2011) u syndromu vyhoření je nezbytné striktně odlišovat jeho příznaky od standardní pracovní frustrace, pramenící z nedostatku kompetencí či vzdělání, emocionální zátěže (i mimo zaměstnání), eventuálně v důsledku psychiatrické poruchy. Syndrom vyhoření je v převážné míře provázán s profesemi, jejichž náplní je blízký kontakt s lidmi, čemuž zdravotnické obory odpovídají beze zbytku. Venglářová (2011) říká, že u člověka se postupně rozvíjí plíživým tempem, kdy nejprve zatíží psychickou stránku osobnosti, pročež se vnitřní duševní problémy časem promítnou i do viditelných projevů fyzických. (Venglářová, 2011) Podle Stock (2010) nelze syndrom vyhoření ztotožňovat se stresem, kdy však dlouhodobý (chronický) stres může být spouštěčem syndromu vyhoření, a to vlivem narušení rovnováhy mezi fázemi odpočinku a aktivitou.

Podle Kraska-Lüdeck (2007) nemusí být jednoduché syndrom vyhoření diagnostikovat jako poruchu, neboť je pro něj typická široká škála průvodních jevů, od známek vyčerpanosti, přes poruchy spánku, tinitus, potíže se srdcem a mnoho dalších. Kraska-Lüdeck (2007) zdůrazňuje, že diagnostikovat syndrom vyhoření je skutečně nezbytné,

protože se regulérně jedná o velmi závažné onemocnění, kvůli němuž se mnozí lidé mohou uchýlit ke konzumaci na alkoholu, popřípadě různých zklidňujících medikamentů, což se pak může následně rozvinout až v psychologickou závislost. V pozdějších stádiích syndromu vyhoření přichází těžké deprese, psychický kolaps, přičemž dokonce nelze vyloučit ani sklony k sebevraždě. (Kraska-Lüdeck, 2007)

Venglářová (2011) aplikuje varovné příznaky syndromu vyhoření přímo na zaměstnance zdravotnických profesí, jsou mimo jiné tyto: subjektivní pocit nezvládnání své vlastní práce a zpochybňování její důležitosti, podrážděnost projevující se především impulzivními reakcemi na vnější podněty, duševní nerovnováha a ztráta vnitřního klidu, problémy se spaním, bolesti hlavy a zad, kolísání tělesné hmotnosti. Podle Stock (2010) předchází samotnému syndromu vyhoření čtyři fáze, a to: subjektivně idealizované nadšení pro věc, stagnace, kdy se případné úspěchy stávají samozřejmostí a již nepřinášejí takovou radost, frustrace ze ztráty pocitu seberealizace a následná apatie. Venglářová (2011) souhlasí a dodává ještě pátou fázi a to vyhoření.

Venglářová (2011) pokračuje možnostmi obrany proti syndromu vyhoření. Je jím soubor následujících preventivních opatření, která může člověk ovlivnit buď sám, nebo se o ně může částečně postarat zaměstnavatel vytvořením „lepší“ pracovních podmínek: adaptační praxe – vědomostní základ (teoretická i praktická výuka ve škole), osobnostní předpoklady, zajímavá a kvalitní nástupní praxe, dobrý pracovní kolektiv, předurčující získávání zkušeností od služebně starších kolegů, supervize s následnou kontrolou. (Venglářová, 2011) Dále Venglářová (2011, str. 34) říká, že nedílnou součástí je péče o sebe, pro tyto účely si vypůjčila známé přikázání z Bible, převzaté v této knize jako motto: „*Miluj bližního svého jako sebe sama!*“. Dalším opatřením může být žádost o pomoc ve chvíli, kdy již tělo vysílá varovné příznaky, nebo utěšené mezilidské vztahy a nutnost mít „svého člověka“, kterému se můžeme vypovídat a dočkat se od něho povzbuzení. Neměla by chybět ani podpora ze strany zaměstnavatele – pochvala a ujištění o vlastních schopnostech, jeho podpora ve vzdělávání, kterou je možné si vyložit jako důvěru zaměstnavatele v intelektuální potenciál podřízeného. Mezi další opatření podle Venglářové (2011) mohou být sebepoznání, tj. sledování svého vlastního jednání a sebehodnocení, jakož i na něj navazující sebereflexe, jinými slovy uvědomit si proč, jak a co děláme, popřípadě jaké pocity to v nás vyvolává, atraktivní osobní život a spousta zájmů, abychom stále měli se na co těšit, s čímž pochopitelně souvisí dobré vztahy s rodinou, v soukromém čase se

zcela myšlenkově oprostít od pracovních záležitostí a povinností, protože patří do zaměstnání a nikoliv do osobního života, udržování si dobré tělesné kondice – pravidelná cvičení a dostatečný odpočinek podle hesla „ve zdravém těle, zdravý duch“. (Venglářová, 2011)

Pokud již člověk trpí syndromem vyhoření, jak již bylo výše zmíněno, jednou z možností řešení je vyhledání pomoci u nejbližších, a to ať již jde o blízké přátele či rodinu. Podpora při onemocnění může být projevena mnoha různými způsoby, jako jsou například vlídná slova, zájem o nemocného, jakož i o jeho pocity, v každém případě by jej blízcí neměli nevyžádaně poučovat a nutit k úspěchu. S tím souhlasí jak Křivohlavý (2010), tak i Venglářová (2011). Druhou možností je hledání pomoci u zaměstnavatele v podobě přiřazení na jiný druh práce, eventuálně méně náročné práce, což lze považovat za přínosné i z pohledu změny kolektivu. Samozřejmě se nabízí i klasická možnost vyhledání pomoci u odborníka, která by měla přicházet na řadu až jako poslední z vyjmenovaných alternativ. (Venglářová, 2011)

1.5.6. Návykové látky

Návykové látky je třeba v kontextu zadaného tématu diplomové práce zmínit proto, že i ve zdravotnických profesích pracují lidé, kteří se v důsledku pracovního stresu neubrání jejich moci, kdy je lhostejné, že mají širší znalosti o jejich negativních účincích pro lidský organismus. V následujících pasážích tedy bude uvedeno několik základních informací, týkajících se kouření a alkoholu.

1.5.6.1. Kouření

Podstatou kouření je vdechování spalovaných látek do plic, odkud se pak vstřebávají přes krevní vlásečnice do krevního oběhu. (Josephine, 2012) Tabákové výrobky jsou vyráběné zcela (to je v našich zeměpisných podmínkách spíše výjimečné), nebo jen částečně z tabákových listů, určených ke kouření, žvýkání či jinému způsobu konzumace. Všechny způsoby požívání a užívání tabákových výrobků jsou velmi návykové díky nikotinu, rostlinnému alkaloidu s relaxačními a stimulačními pro myšlení a pozornost. Ví se o něm jako o jedné z nejnávykovějších látek vůbec.

(WHO, ©2017) Jak je obecně známo, kouření cigaret s sebou po určitém čase nutně přináší závažné zdravotní problémy, kdybychom v této souvislosti mohli především zmínit různé druhy nemocí srdce, cév a plic, jakož i mnoho typů nádorových onemocnění. (SZÚ, 2007) Kouření je v klasifikaci MKN 10 (2008) dokonce zařazeno pod označení F17 - poruchy způsobené tabákem. Hrnčířiková (2013) udává, že závislost na cigaretách má dvě podoby a to psychickou a fyzickou. Psychická závislost vzniká ve velmi raném stádiu závislosti na kouření, v době kdy se z něho začíná stávat jeden z denních rituálů, a to brzy poté, co se tělo začne vyrovnávat s nepříjemnými prvotními účinky. Noční směna potom přímo sama vyzívá k tomu, aby se takové obřady odehrávaly s železnou pravidelností. U fyzické závislosti jde již o silnější kuřáctví, kde svoji roli začíná hrát právě návykový nikotin, jehož přítomnost tělo samotné vyžaduje. (Hrnčířiková, 2013) Rudyšová (2011) dodává, že pro závislého na cigaretách představuje samotný akt inhalace cigaretového kouře určitou formu obrany proti stresu, což díky tomu, že nikotin nabudí nervové buňky a zklidní mysl, opravdu funguje. Hladina nikotinu v těle ovšem pochopitelně časem klesá a člověk začne pociťovat abstinenci příznaky, čímž se dostává do soukolí závislosti stále hlouběji, je jí doslova ovládán. Receptory v lidském mozku si tak zvyknou na drogu, očekávají další přísun nikotinu, a pokud k němu nedojde, dostaví se pocity neklidu, podrážděnosti, únavy, deprese a touha po další cigaretě. (Rudyšová, 2011)

1.5.6.2. *Alkohol*

S návykovými účinky ethanolu, hlavního viníka alkoholové závislosti, má lidské pokolení zkušenosti již mnoho století, proto zde bude stručně zmíněn jako další alternativa při „řešení“ stresových situací. Ve velkém lékařském slovníku (Vokurka, Hugo, 2015) jsou uvedeny jako hlavní tři projevy působení alkoholu na nervový systém uvedeny: pocity euforie, zhoršená koordinace pohybů a zpomalení reakcí. Ve skutečnosti má podle Nedley (2007) však alkohol zcela odlišné účinky, než by bylo žádoucí, neboť naopak snižuje schopnost organismu zvládat stres a prohlubuje úzkost tím, že snižuje hladinu tří hormonů v mozku (serotoninu a GABA). Nedley (2007) dodává, že vysoký příjem alkoholu oslabuje schopnost hypotalamu snižovat hladinu hormonu CRH, aktivujícího stres. Lidé pijí alkohol také s vyhlídkou úlevy

od krátkodobého stresu, nicméně účinky alkoholu nesou negativní dopad pro tělo i bez ohledu na délku trvání stresu.

1.5.7. Relaxace

Vokurka, Hugo (2015) ve svém Velkém lékařském slovníku definují relaxaci jako jednu z forem odpočinku, při níž nastává celkové uvolnění. Všeobecně je relaxace pojímána v širším pojetí, jako výraz, který v sobě může zahrnovat více druhů oddechových aktivit, což znamená, že může být synonymem pro spánek, stejně jako například pro četbu. (Vokurka, Hugo, 2015) Podle Cungi, Limousin (2005) je relaxací soubor aktivit na podporu fyzického i duševního klidu, vedoucí k vnitřní vyrovnanosti a snížení napětí. Naproti tomu Křivohlavý (2010) vymezuje dvojí relaxaci dle vědomosti. A to spontánní relaxaci, při které dochází samovolně bez delšího plánování, popřípadě vytváření vhodných podmínek pro ni, což se děje například prostřednictvím spánku a diferencovanou relaxaci, která je relaxací subjektivně chtěnou, záměrně a plánovaně provedenou. Dále Křivohlavý (2010) ve své knize uvádí konkrétní formy relaxace, jako například procházku (nejlépe do klidného prostředí v přírodě, mimo městské aglomerace), hluboké dýchání (ovládané vůlí, tzv. prohloubené nebo brániční dýchání), kontrakce a uvolňování svalů (cvičení, kdy na určitý časový interval dojde ke svalovému tonu a po určité době se stahy zcela uvolní, jako například při sezení na židli cyklicky opakované zatínání pěstí s jejich následným uvolňováním, což lze s obměnou provádět nohama – propnutí špiček a uvolnění; přitom se doporučuje soustředit se na vlastní vnitřní klid), ventilace emocí (verbální a písemný projev, podrobný popis aktuálního rozpoložení) a na úplný závěr lze ještě uvést standartní relaxační cvičení (jóga, tai-chi). (Křivohlavý, 2010)

Podle Křivohlavého, Pečenkové (2004) fyzické cvičení představuje ve své podstatě i jakousi duševní očistu, protože se při něm tělo nachází ve zcela jiném režimu, než na který je běžně zvyklé. Tělesná aktivita způsobuje vyplavení endorfinů do těla, takže navozuje pocity radosti, štěstí, rovněž jako smysluplnosti tráveného času. U sedavého zaměstnání je svým způsobem prostředkem k udržení duševní rovnováhy a tělesného zdraví. Ukazuje se, že lidé si při sportovních aktivitách urovnají myšlenky, vypořádají se s problémy, popřípadě k nim zaujmou správný nadhled a taktéž je pravidelné sportování prostředkem k socializaci. (Křivohlavý, Pečenková, 2004) Podle Cungi,

Limousin (2005) nejen díky sportovním koníčkům, ale také aktivními formami odpočinku si může člověk najít nový smysl života, což je nejlepší prevence nebezpečného syndromu vyhoření, o němž již bylo psáno v předchozí kapitole. Žádoucím stavem je, aby si byl každý bezpečně vědom toho, jaký druh relaxace pro něj představuje „zdroj dobíjení energie“, díky němuž se udržuje ve fyzické i duševní kondici. Povšechně jsou však velmi pozitivně vnímány rituální relaxace, tj. aromatické masáže, neboť mají uklidňující účinky a jsou provázeny velmi příjemnými pocity. (Cungi, Limousin, 2005)

1.6. Rodinné vztahy a rodinný život

Podle Pakieser-Reed (2013) některé sestry volí noční práci s ohledem na požadavky rodinného života. Některé sestry jsou matkami malých dětí, jiné zase pečují o své rodiče. Záleží jim na rodinném uspořádání, díky nočním směnám je zajištěno, že o děti je postaráno ze strany jiných členů rodiny. Snižuje to potřeby externích pečovatelek o děti (au pair). Navíc k uspokojení rodinných požadavků, spousta sester, které pracují v noci a tudíž jsou přes den mimo své zaměstnání, jim umožňuje praktikovat jejich pravidelné denní či týdenní rituály jako je nakupování v méně přeplněných obchodech, mohou si plánovat osobní schůzky. Další výhodou je, že sestry pracující v noci mají příjemnější komunikaci, protože nezažívají při cestě do práce dopravní zácpy a nemají problémy s parkováním. Nevýhodou práce v noci jsou oddělený čas s rodinou, rodinné aktivity, návštěvy přátel. (Pakieser-Reed, 2013)

Podle Iskra-Golec, et al. (2016) lze obecně říci, že práce na směny má na rodinný život velmi negativní dopad. Mladým lidem znemožňuje navázat trvalejší vztahy a starší lidé tráví čas se svou rodinou jen velmi sporadicky. Nedostatek společného času může negativně působit na rodinné konflikty, výchovu dětí, může vyvolávat rodinné napětí. (Iskra-Golec, et al., 2016) Další negativní důsledek práce na směny má na společenský život v případě, že jeden, nebo oba partneři jsou zaměstnaní na směny či dokonce pracují v nepravidelných pracovních směnách, nemohou si koupit lístky do divadla, do kina, na koncert měsíc či dva dopředu, nemohou si plánovat setkání s přáteli a jiné. (Iskra-Golec, et al., 2016) Jak již bylo napsáno výše v kapitole o spánku. Jednou z možností, jak více trávit času s rodinou je rozdělení spánku na dvakrát, to znamená jít

spát ihned po směně, následovat by měl společný rodinný oběd, trávení společného času a před další směnou jít spát po druhé. (Iskra-Golec, Barnes-Farrell, Bohle, 2016)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat a vyhodnotit míru negativity jednotlivých faktorů práce sestry v nepřetržitém provozu.

Cíl 2: Vyhodnotit vliv věku ve vnímání negativity těchto faktorů.

Cíl 3: Analyzovat a vyhodnotit toleranci konkrétního střídání směn a na základě podkladů navrhnout nové směnové řešení.

2.2. Hypotézy

H1: Práci v nepřetržitém provozu hodnotí většina sester jako velmi náročnou.

H2: Více než polovina sester starší 40 let uvádí, že na práci v nepřetržitém provozu si nikdy nezvykly.

H3: Většina sester i přes náročnost nepřetržitého provozu dává přednost jeho ekonomickým výhodám před méně ohodnocenou prací v denních směnách.

H4: Vnímaná míra negativity jednotlivých faktorů se zvyšuje se zvyšujícím se věkem sestry.

H5: Sestry v nepřetržitém provozu vnímají v rozložení směn jako největší problém výrazné časové střídání směn v za sebou jdoucích dnech.

2.3. Operacionalizace pojmů

Kvantitativní výzkum: řadí se k tzv. „těžké vědě“. Shromažďuje a roztřídí data, přičemž se snaží z nich vyvodit (vydedukovat) závěry, kdy zároveň pracuje se statistickými údaji, jež následně rozřazuje. Pro kvantitativní výzkum je typický velký počet respondentů. (Kutnohorská, 2009). Všichni respondenti v rámci našeho průzkumu splňovali důležitou podmínku, kterou je výkon své profese v rámci nepřetržitého provozu.

Práce v nepřetržitém provozu ve zdravotnické profesi: práce ve dvousměnném nebo třisměnném provozu na lůžkovém či ambulantním oddělení s pravidelným či nepravidelným střídáním směn. Péče je poskytována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, jinak řečeno nepřetržitě. (Zákoník práce, 2017)

3. Metodika

3.1. Technika sběru dat

V empirické části diplomové práce jsme se pokusili zjistit, které okolnosti mohou mít vliv na životní styl všeobecných sester zaměstnaných v nepřetržitém provozu. Pro tento účel byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Data pro výzkum se podařilo extrahovat prostřednictvím dotazníkového šetření. Dotazník je vytvořen dle vlastního návrhu a následně byl konzultován s vedoucí diplomové práce a rovněž konzultován s osobou se specializací na statistiku. Posléze byl dotazník vedoucí diplomové práce schválen. Snahou bylo, aby otázky v dotazníku položené, vyzněly srozumitelně, jednoduše a stručně, aby pro cílovou skupinu byly snadno pochopitelné a vyplnitelné. Před samotným začátkem výzkumu byl dotazník předán deseti vybraným všeobecným sestřím pro praktické ověření, zda jsou dle jejich názoru otázky správně položené a respondenti tak nebudou mít s vyplňováním problémy. Přípravné práce, provedené před samotným výzkumem, tj. hlavně pokud jde o vytváření dotazníku a jeho distribuce mezi respondenty, proběhly bez zásadních obtíží. Charakter dotazníku byl zcela anonymní a probíhal pochopitelně na dobrovolné bázi. Dotazník obsahoval celkem 46 otázek a 23 podotázek. Přičemž 4 otázky se týkaly přímo osobnosti konkrétního respondenta (věk, délka praxe a zařízení, v němž pracují), ovšem mimořádnou důležitost měla otázka č. 1, neboť se jednalo o otázku kontrolní pro případné vyřazení dotazníků z šetření. Zbýlé otázky byly zaměřené již na samotnou problematiku životního stylu. Dotazníkové šetření probíhalo elektronickou formou a byl distribuován prostřednictvím webové stránky [Ošetřovatelství.info](http://Osetřovatelství.info). Dotazník celkem otevřelo 437 respondentů, z toho jich 350 jich dotazník dokončilo a dále bylo vyřazeno 26 dotazníků od respondentů, kteří byli zaměstnání pouze na jednu směnu. Získané výsledky šetření byly zpracovány v programu MS Excel 2010 a jejich výsledky znázorňují níže předložené grafy.

3.2. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořili respondenti a respondentky, kteří byli v době výzkumu zaměstnáni jako na pozici všeobecné sestry v nepřetržitém provozu ve všech zdravotnických zařízeních v rámci České republiky. Vyplnění dotazníku nebylo časově omezeno, nicméně dle statistických údajů činila průměrná doba strávená respondenty nad dotazníkem 10 min. a 46 sek. Nutno podotknout, že dotazník byl zcela anonymní a jeho vyplňování probíhalo zcela na dobrovolné bázi. Celkem bylo otevřeno 437 dotazníků, z toho jich 350 (80,1 %) bylo dokončeno a následně 26 (5,9 %) vyřazeno. Vyřazené dotazníky se nestaly součástí souboru vstupních dat pro výzkum, neboť je vyplnily všeobecné sestry, pracující na jednu směnu, nikoliv v nepřetržitém provozu, což by bylo zcela v rozporu se smyslem a úmyslem této diplomové práce. Výzkum probíhal v období od dubna do června 2017.

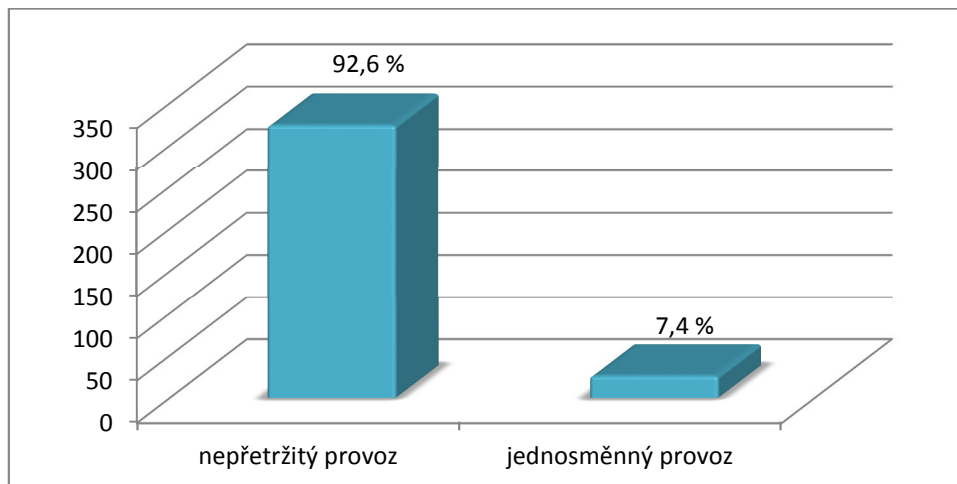
3.3. Statistické zpracování dat

Hypotézy byly vypočítány v programu Excel 2013 prostřednictvím funkce CHITEST. Následně byly vytvořeny tabulky a vypočítáno se kritérium pro porovnání pozorovaných a očekávaných hodnot. Testové kritérium, s nímž se porovnávalo, je ze statistických tabulek. Zvolená hladina významnosti α byla 5 %.

4. Výsledky

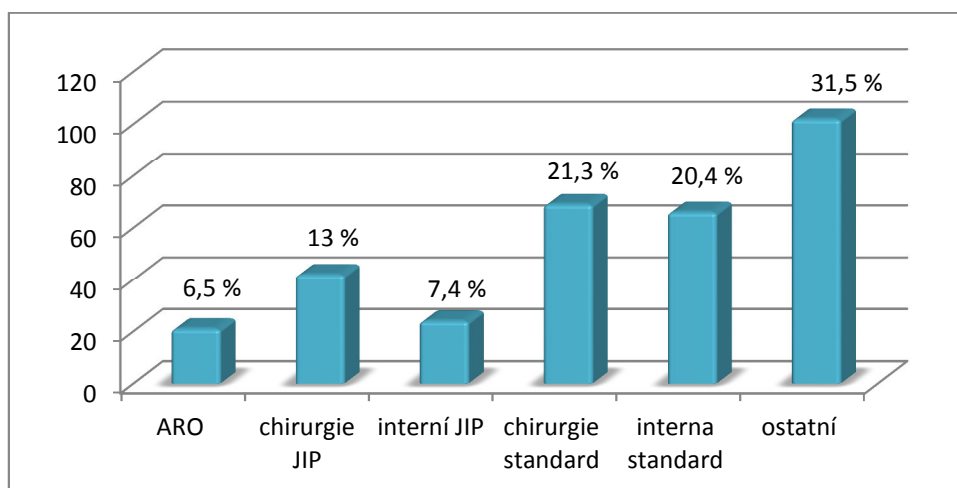
4.1. Výsledky třídění 1. stupně

Graf 1 Nepřetržitý provoz



Graf číslo 1 znázorňuje počet všeobecných sester, které jsou zaměstnané v nepřetržitém provozu 324 (92,6 %) respondentů a všeobecných sester, které jsou zaměstnané v provozu na jednu směnu 26 (7,4 %). Všeobecné sestry, které pracují v jednosměnném provozu, jak bylo již výše zmíněno, byly následně z dalšího dotazníkového šetření vyřazeny.

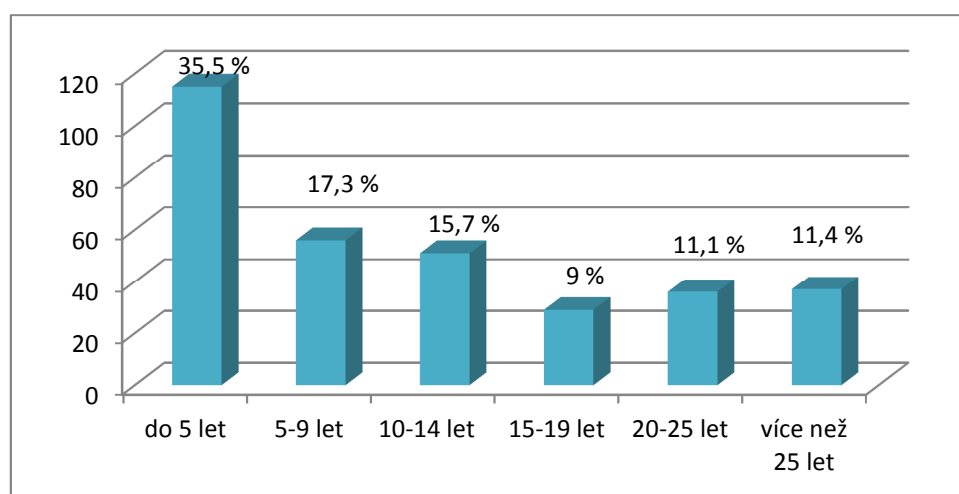
Graf 2 Pracoviště



Na grafu číslo dva můžeme vidět, na jakých pracovištích respondenti pracují, což poslouží k utvoření přesnější představy o zkoumané skupině. Na oddělení ARO 21 (6,5 %), na jednotce intenzivní péče chirurgické 42 (13 %), na jednotce intenzivní péče interní 24 (7,4 %), na chirurgickém standardním oddělení je zaměstnáno 69 dotázaných

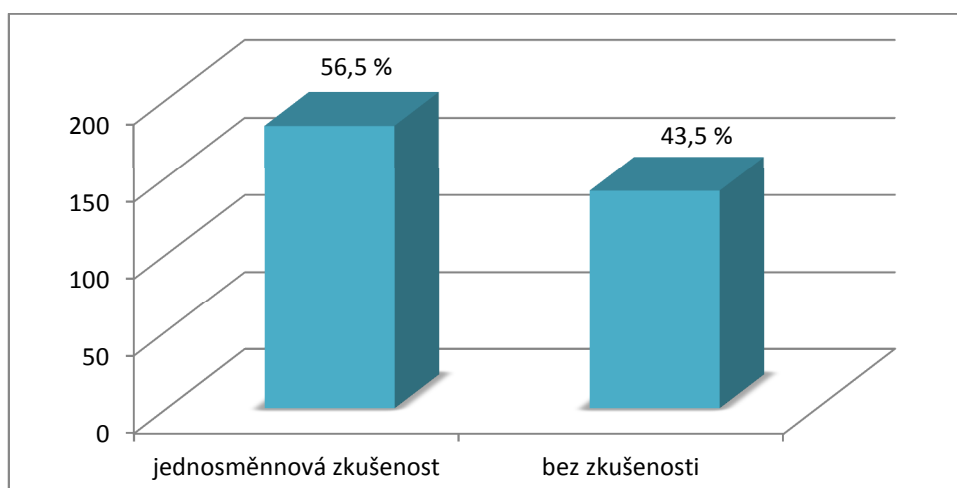
(21,3 %) a na standardním interním oddělení v době výzkumu bylo zaměstnáno 66 respondentů (20,4 %). 102 dotázaných (31,5 %) odpovědělo, možnost ostatní, k čemuž následně dostali možnost volné odpovědi. Zde se nejčastěji objevovala odpověď léčebna dlouhodobě nemocných 43 respondentů (42,2 %), potom dětské oddělení u 21 dotázaných (20,6 %), zdravotnická záchraná služba u 13 respondentů (12,7 %), k práci na urgentním příjmu se přihlásilo 10 dotázaných (9,8 %), na psychiatrii se nechává zaměstnat 9 respondentů (8,8 %) a nejméně bylo zastoupeno dotázaných pracujících na gynekologii a porodnici, celkem jich bylo 6 (5,9 %).

Graf 3 Délka dosažené praxe



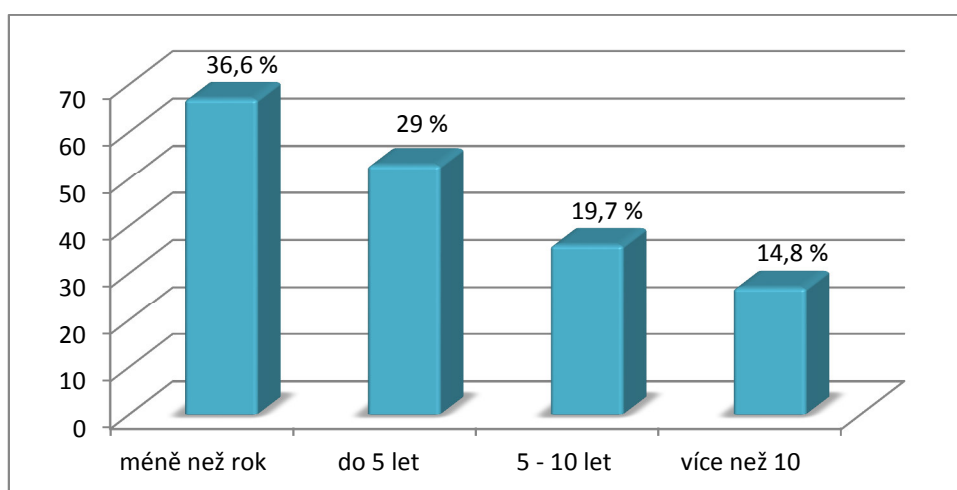
Z grafu číslo 3 můžeme odečíst několik zásadních informací, týkajících se respondentů, zaměstnaných v nepřetržitém provozu. Z celkového počtu platných dotazníků odpovědělo 115 respondentů (35,5 %), že jejich praxe v nepřetržitém provozu činí méně než 5 let. 5 – 9 let praxe dosáhlo 17,3 % z celkového počtu dotázaných (v absolutních číslech 56), u 51 účastníků výzkumu (15,7 %) odpovídala jejich praxe intervalu 10 – 14 let, nejméně 9 % (29) byla zastoupena kategorie lidí s délkou praxe 15 – 19 let, respondentů pracujících v nepřetržitém provozu 20– 25 let bylo 36 (11,1 %) a 37 dotázaných (11,4 %) je takto zaměstnáno více než 25 let.

Graf 4 Praxe v jednosměnném provozu



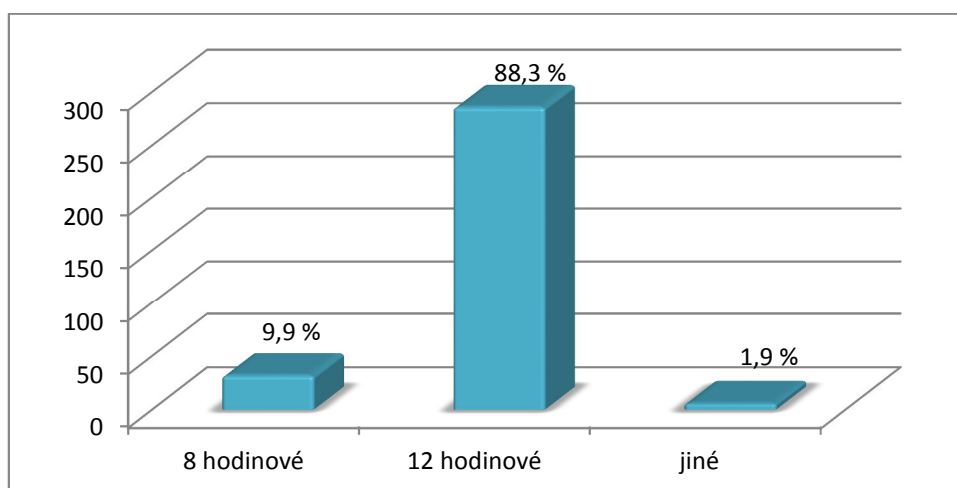
Jednosměnný provoz si již zkusilo 183 dotázaných (56,5 %) a bez zkušenosti na jednu směnu bylo dotázáno 141 respondentů (43,5 %), jak je patrné z grafu č. 4.

Graf 5 Délka praxe na jednu směnu



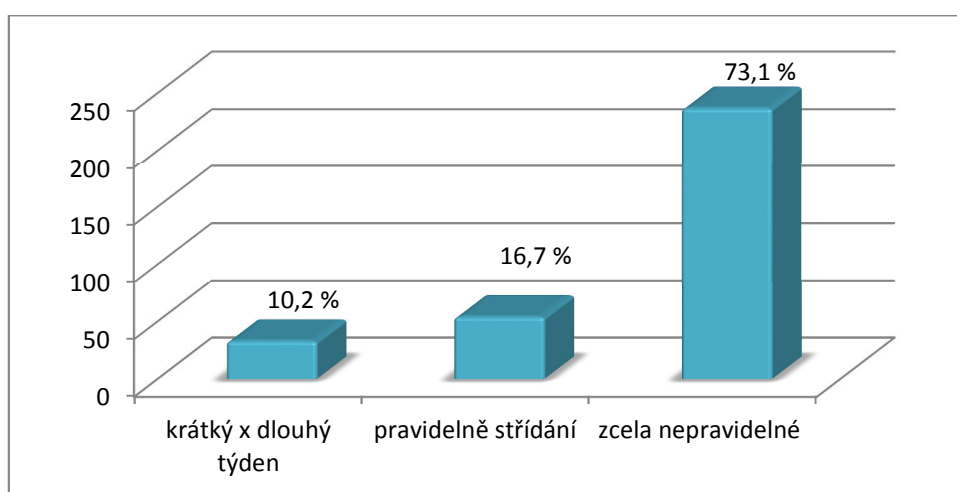
Na grafu č. 5 je patrná zkušenost respondentů s prací v jednosměnném provozu, přičemž odpověď méně než jeden rok zvolilo 67 dotázaných (36,6 %), do 5 let praxe udává praxi na jednu směnu 29 % (53) respondentů, 5 – 10 let si vyzkoušelo praxi na jednu směnu 36 dotázaných (19,7 %) a nejméně početná skupina dotázaných (14,8 %) pracovala na jednu směnu více než 10 let.

Graf 6 Délka směny



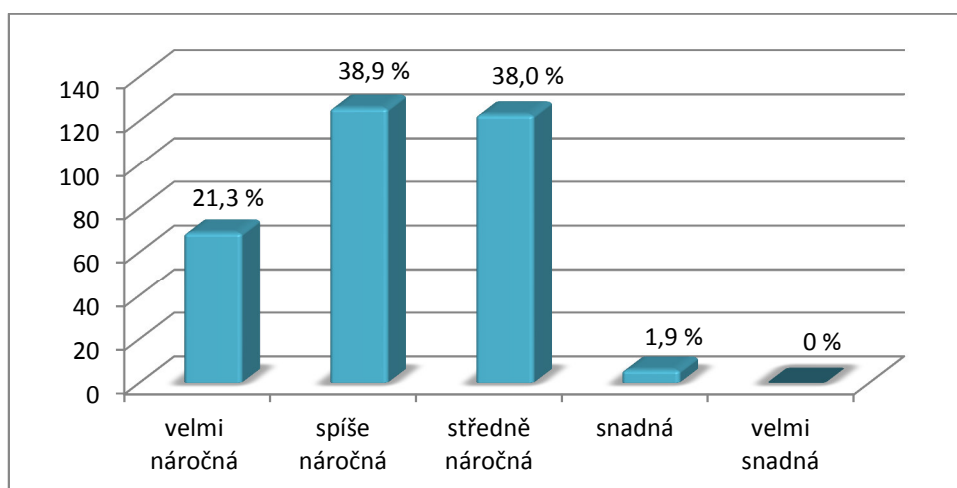
Na grafu č. 6 vidíme, že největší počet respondentů z řad všeobecných sester, konkrétně 286, pracuje v rámci 12 hodinových směn. Necelých deset procent, v absolutních číslech 32 pracovníků vykonává klasickou osmihodinovou zdravotnickou práci a zcela jinak pouze 6 dotázaných (1,9 %). Tato skupina do dotazníku uvedla odpověď, že jejich směna činí 6 nebo 10 hodin.

Graf 7 Střídání směn



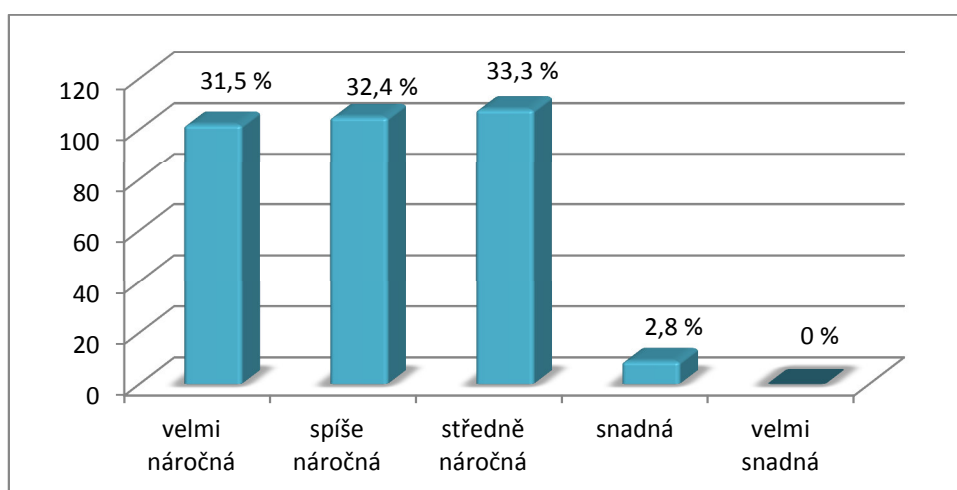
Na grafu č. 7 je patrné, že naprostá většina sester 73,1 % má směny rozepsané zcela nepravidelně, to znamená bez určitého klíče či algoritmu, na základě něhož by se daly pracovní směny odvodit pro následující měsíce. 54 dotázaným (16,7 %) se směny pravidelně střídají, nikoliv však v podobě krátkého a dlouhého týdne. Uvedenou třetí variantu vyšší a nižší zátěže v rámci jednotlivých týdnů označilo pouze 33 dotázaných (10,2 %).

Graf 8 Náročnost práce po fyzické stránce



Na tomto grafu je zřejmé, jak všeobecné sestry subjektivně vnímají náročnost svého povolání po fyzické stránce. Z celkového počtu dotázaných všeobecných sester jich 69 (21,3 %) uvedlo, že je pro ně jejich práce fyzicky velmi náročná. Svoji práci v nepřetržitém provozu jako spíše náročnou označilo 126 respondentů (38,9 %). Středně náročnou ji pak hodnotí 123 dotázaných (38 %) a snadnou 6 (1,9 %) respondentů. Žádný respondent, který se zúčastnil dotazníkového šetření, nezvolil možnost, že by svoji práci považoval za velmi snadnou.

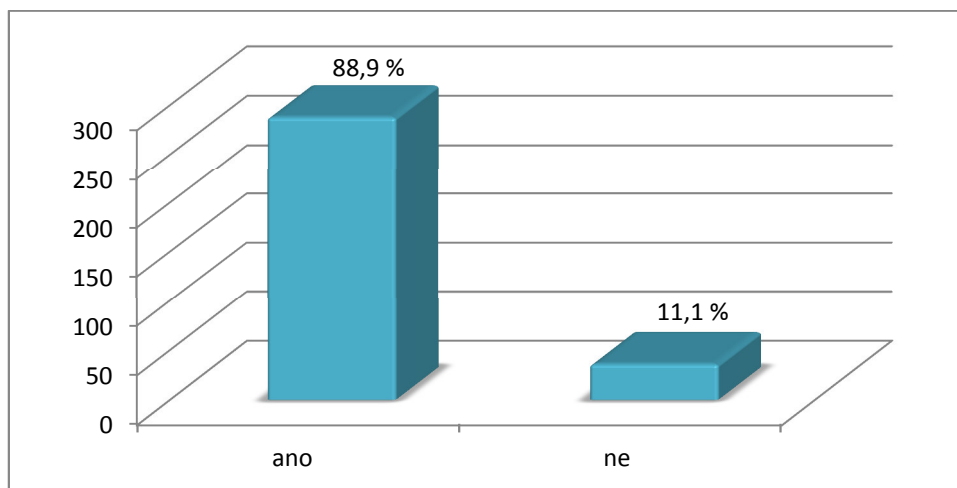
Graf 9 Náročnost práce po psychické stránce



Na tomto grafu je znázorněno, jak všeobecné sestry vnímají náročnost své profese z pohledu psychické zátěže. Jako velmi náročnou svoji práci hodnotí 102 účastníků šetření (31,5 %) respondentů, 105 z nich (32,4 %) ji považuje za spíše náročnou a 108 dotázaných (33,3 %) za středně náročnou. Podobně jako u předchozí otázky, i zde platí, že jen velmi malá část dotázaných hodnotí svoji práci jako snadnou, konkrétně tomu tak

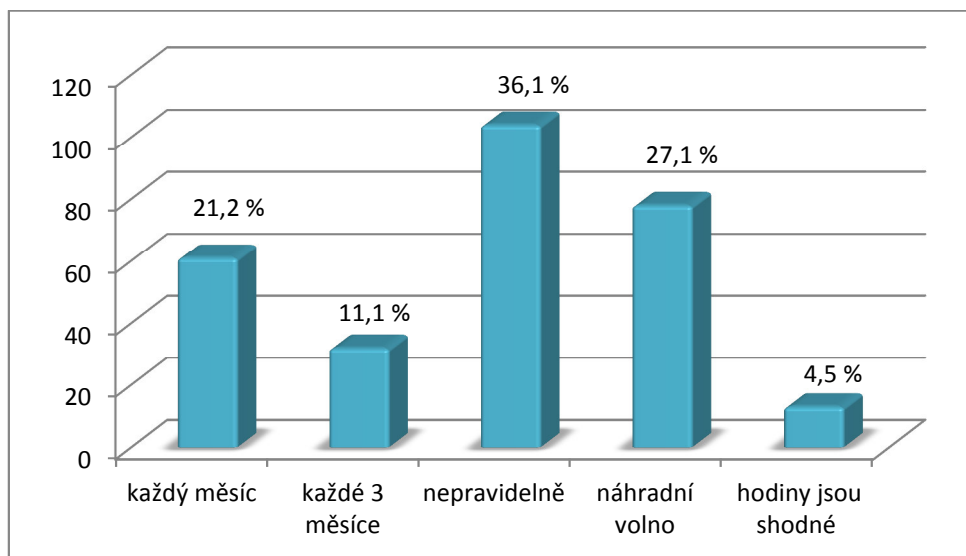
bylo u devíti z nich (2,8 %). Nikdo z dotázaných nepovažuje svoji práci za psychicky velmi snadnou.

Graf 10 Práce přesčas



Při rozboru životního stylu všeobecných sester zaměstnaných v nepřetržitém provozu taktéž nelze odhlédnout od práce jdoucí nad rámec sjednané pracovní doby. Graf č. 10 znázorňuje skutečnost, že naprostá většina všeobecných sester, tj. 288 (88,9 %) je nucena sloužit směny navíc. Pouze na 36 (11,1 %) oslovených všeobecných sester povinnost sloužit přesčasové služby či alespoň hodiny nedopadá.

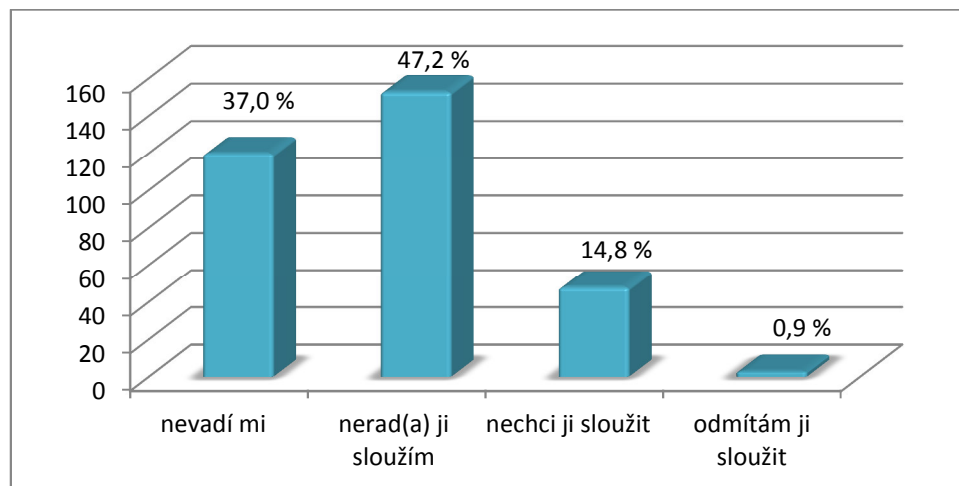
Graf 11 Proplácení přesčasů



Otázka č. 11 se týkala pouze respondentů, kteří v otázce výše uvedené uvedli, že jsou občas nuceni pracovat přesčas, zde šlo o to zjistit, jak to v takovém případě bývá s proplácením těchto hodin navíc. Z grafu je patrné, že 61 dotázaných (21,2 %) má všechny odpracované hodiny v daném měsíci proplaceny. 32 respondentů (11,1 %)

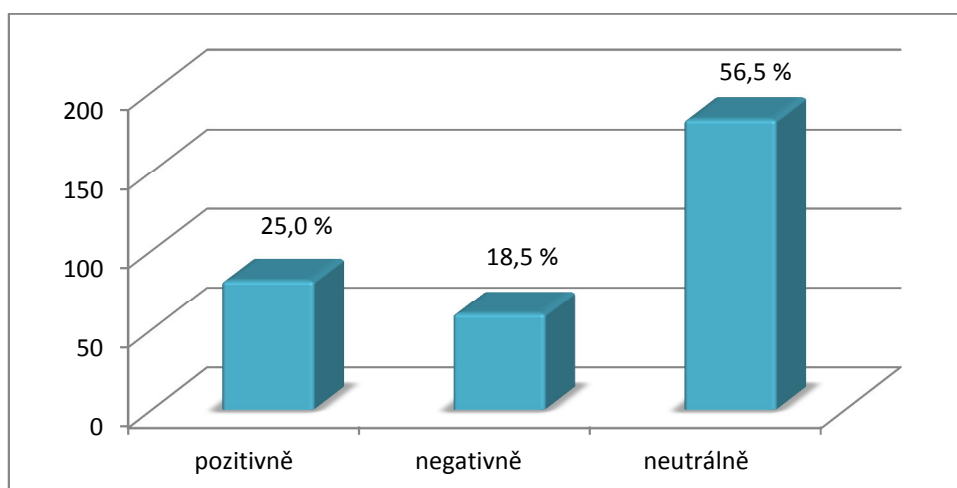
mívá přesčasové hodiny propláceny čtvrtletně. Nejvíce zastoupenou skupinu 36,1 % tvoří respondenti, kterým jsou služby navíc propláceny nepravidelně. V případě 78 dotázaných (27,1 %) nejsou přesčasové hodiny propláceny vůbec a vybírají si je v podobě náhradního volna. Nejméně, tj. 13 dotázaných (4,5 %) uvedlo, že jejich přesčasové hodiny/služby jsou v součtu na konci měsíce shodné s počtem hodin, které mají za daný měsíc odpracovat.

Graf 12 Vnímání práce přesčas



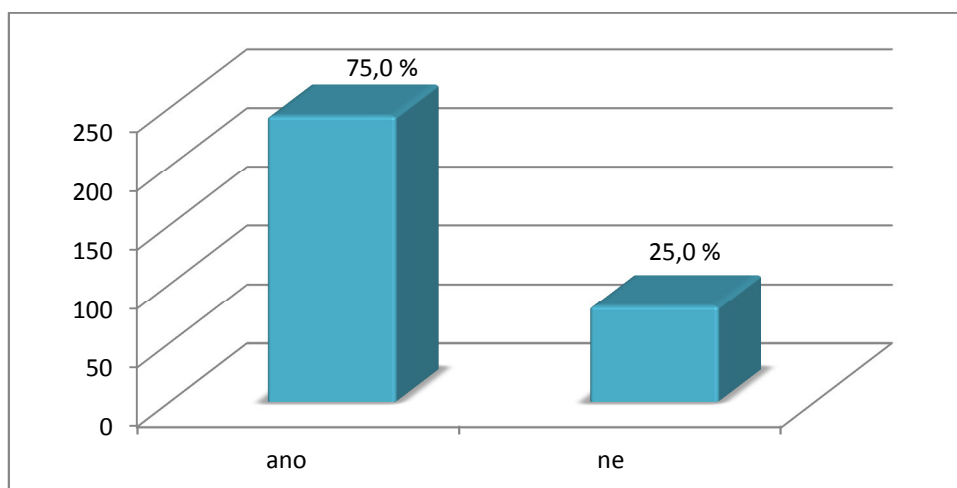
Na grafu č. 12 je znázorněné, jaký mají všeobecné sestry vztah k práci přesčas. V případě této otázky se nejčastěji, konkrétně ve 153 případech (47,2 %), objevovala odpověď „Nerad(a) sloužím služby přesčas“. Druhá nejčastější odpověď, vyzorovaná ve 120 případech (37 %), znamenající pozitivní, či spíše neutrální postoj dotázaných k práci přesčas zněla, že jim služby či hodiny navíc nevadí. Zásadně odmítavě se k práci přesčas staví 48 z dotázaných všeobecných sester (14,8 %) a 3 dotázané sestry (0,9 %) odpověděly, že služby navíc odmítají sloužit.

Graf 13 Vnímání práce v nepřetržitém provozu



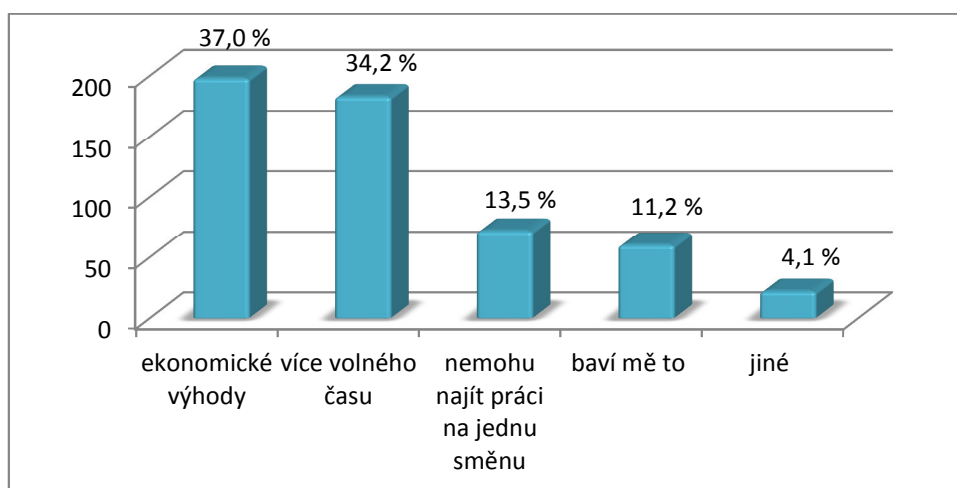
Graf zde prezentovaný symbolizuje četnost explicitně vyjádřeného vztahu všeobecných sester k práci v nepřetržitém provozu. Početně největší skupinu tvoří ty, které označily svůj vztah k ní jako neutrální, v procentuálním vyjádření se jedná o nadpoloviční většinu - 56,5 %. Přesně čtvrtina všeobecných sester spatřuje v práci přesčas spíše výhody, a proto svůj vztah k tomuto pracovnímu režimu označila za pozitivní. Opačný názor se podařilo zjistit z 60 odevzdaných dotazníků, což v procentuálním vyjádření představuje 18,5 %.

Graf 14 Zvyknutí si na střídání směn



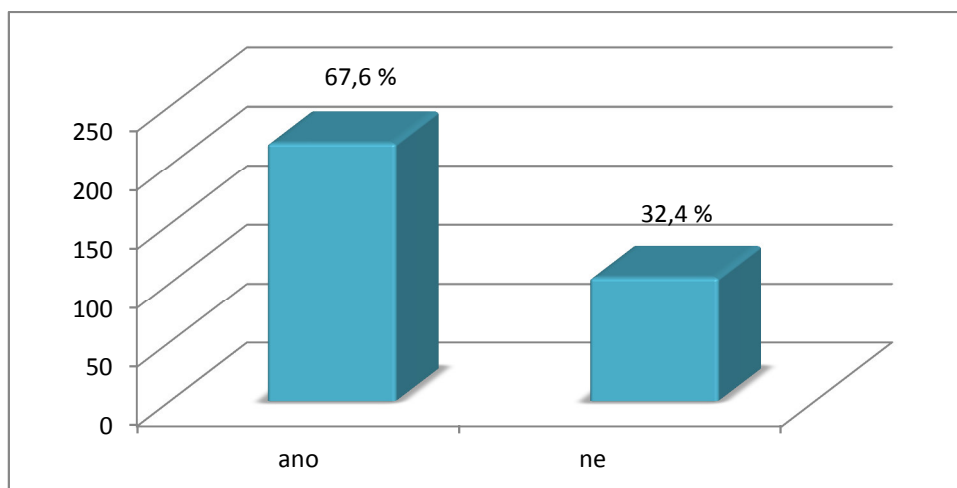
Četnost odpovědí ohledně možnosti (rychlosti) návyku na střídání směn znázorňuje graf č. 14, kde je vidět, že 243 respondentů (75 %) uvedlo, že toto je možné, zatímco zbylých 81 (25 %) si myslí, že nikoliv.

Graf 15 Proč jsou zaměstnání v nepřetržitém provozu



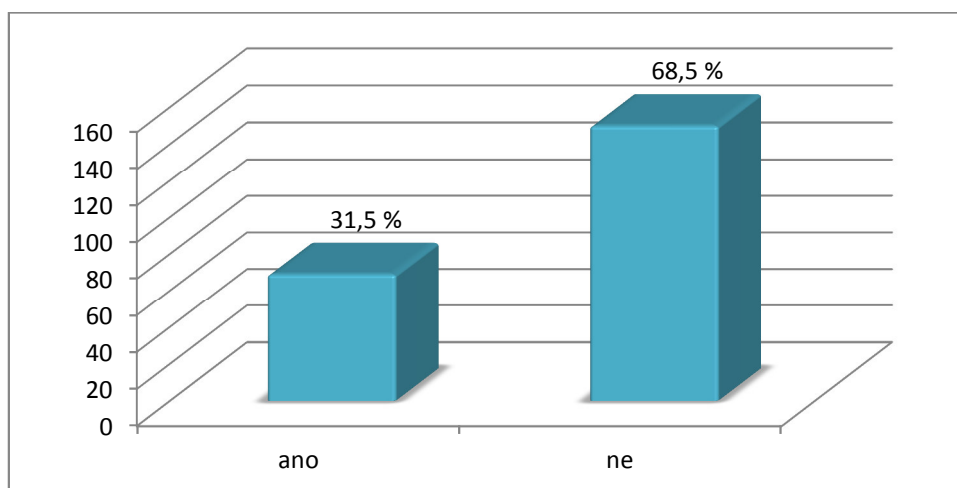
Otázka č. 15 se zabývala motivací k práci v nepřetržitém provozu, neboli nejčastějšími důvody, které oslovené vedly k tomu, nechat se zaměstnat v tomto pracovním režimu. Výsledky tohoto šetření dokladují, že práce v nepřetržitém provozu, související s lepším finančním ohodnocením a příplatky, byla z finančních důvodů také 198 krát uvedena jako argument práce v nepřetržitém provozu. Nezanedbatelná část 183 dotázaných (34,2 %) uvádí, že jejich volbu práce v nepřetržitém provozu zapříčinila vidina možnosti mít více volného času, byť tomu tak je nepravidelně či nárazově. Někdy (v konkrétním případě u 13,5 % části dotazované skupiny) dochází k tomu, že se lidé nechají v nepřetržitém provozu zaměstnat také proto, že jim zkrátka nezbývá jiná možnost. Nelze vyloučit ani možnost, že někoho práce v nepřetržitém provozu prostě baví, tak jak to uvedlo 60 dotázaných (11,2 %) a dále potom 22 respondentů (4,1 %) zvolilo možnost jiných, dále nespecifikovaných důvodů.

Graf 16 Jednosměnná práce stejné finanční podmínky



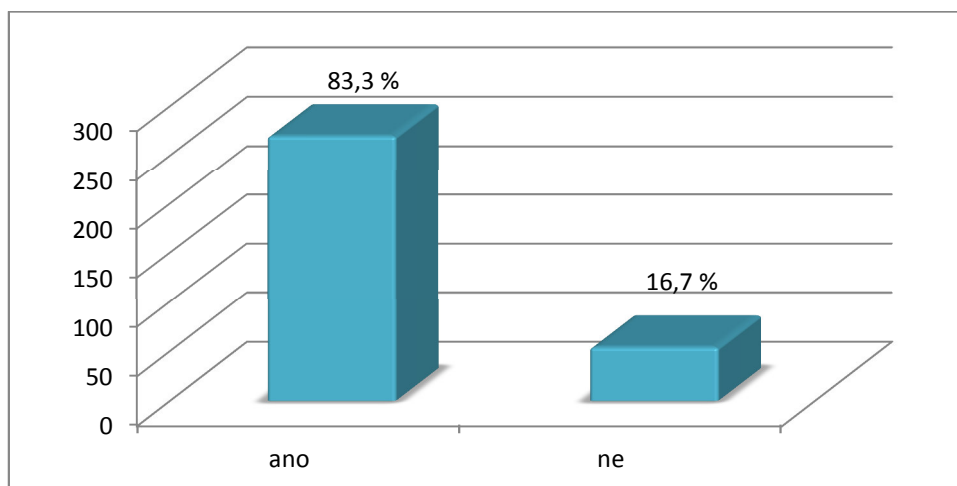
Graf č. 16 je výrazovým prostředkem ochoty dotázaných k přechodu z nepřetržitého do jednosměnného provozu za stejných finančních podmínek jako při práci v nepřetržitém provozu. Kladná odpověď ve dvou třetinách případů (67,6 %) jsou potvrzením zjištění z předchozího grafu o tom, že ekonomické důvody hrají primární roli při rozhodování o práci v nepřetržitém provozu.

Graf 17 Jednosměnná práce za nižší finanční ohodnocení



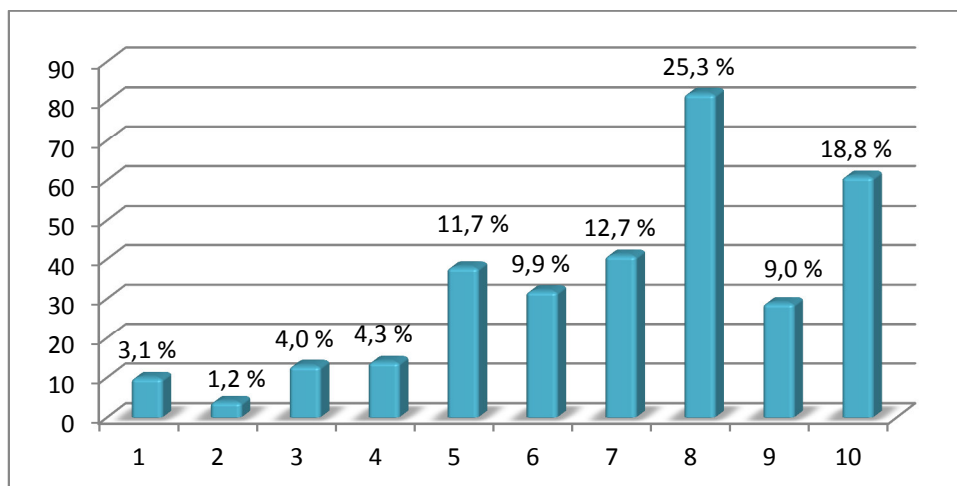
Odpovědi znázorněné grafem č. 17 dokazují skutečnosti výše zmíněné o finanční motivaci práce v nepřetržitém provozu, tentokrát však z odlišného úhlu pohledu. Výchozím stavem pro odpovědi na tuto otázku je reálné či hypotetické zaměstnání oslovených v nepřetržitém provozu a ochota přejít do provozu jednosměnného v závislosti na nižším platovém ohodnocení. Převažující neochotu (68,5 %) změny přechodu na odlišný pracovní režim za uvedených podmínek dokazují výsledky odpovědí na předmětnou otázku.

Graf 18 Psychická pohoda



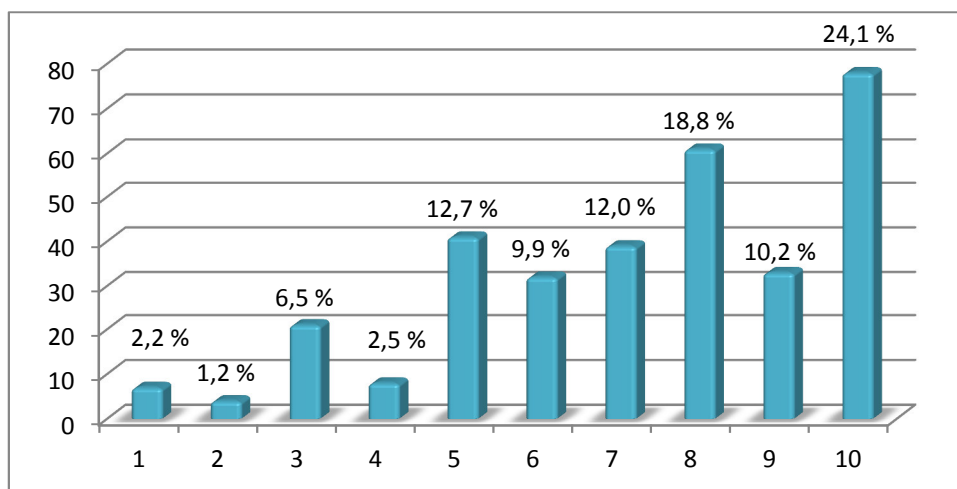
Ke zdravému životnímu stylu nepochybně patří i psychická pohoda, na kterou má podle větší části dotázaných (83,3 %) práce v nepřetržitém provozu jednoznačný vliv.

Graf 19 Únava



Na následujících 8 grafech vyjadřovali respondenti na stupni od 1 do 10 své pocity z práce při nepřetržitém provozu, přičemž číslo 1 znamená nejmenší intenzitu uvedeného pocitu a 10 jeho nejvyšší intenzitu. Na grafu č. 19 je vidět, že únavu v souvislosti se zaměstnáním velmi pociťuje 61 dotázaných (18,8 %), dále 29 (9,0 %) a 82 respondentům (25,3 %), kteří označili možnost 10, 9 a 8. Únavu pociťují a středně vadí dotázaným, kteří označili možnost 7, 6, 5 a 4. Celkem těchto osob bylo 125 (38,6 %), únava nejméně vadí nebo téměř nevadí respondentům, kteří označili možnost 3, 2 a 1. Dohromady jich bylo pouze 27 (8,3 %).

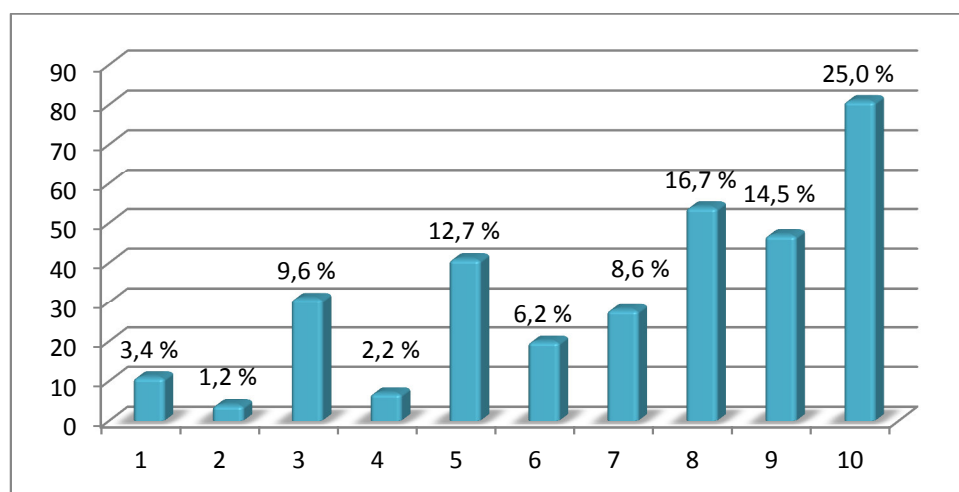
Graf 20 Stres



Na grafu č. 20 je znázorněno, jak respondenti vnímají stres v souvislosti se svým režimem povolání. Na stres má podle výsledků průzkumu práce v nepřetržitém provozu

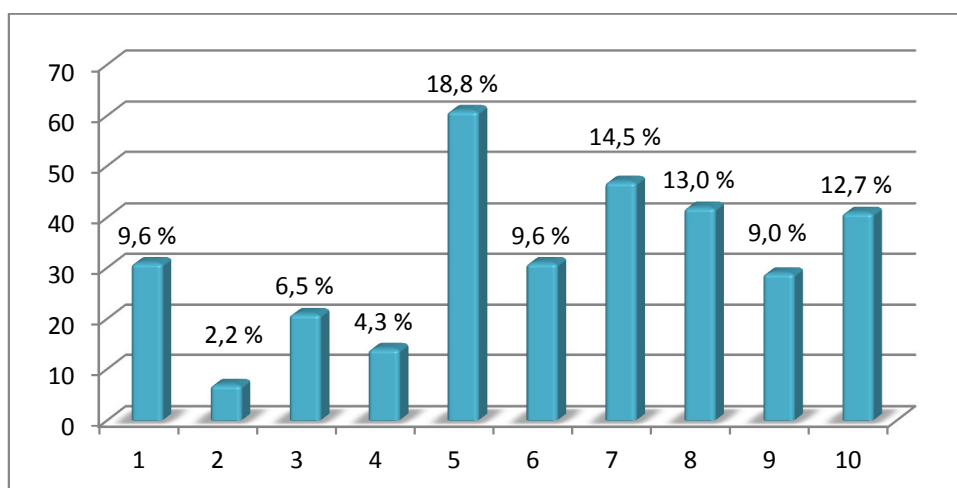
větší vliv, než jak tomu bylo v případě únavy. Stres velmi vadí a velmi jej pociťuje 78 dotázaných (24,1 %). Grafické vyjádření poskytuje celkový pohled na celou situaci a vzhledem k tomu, že se větší část častějších odpovědí nachází na pravé straně (ve vyšších hodnotách). 33 respondentů (10,2 %) označili na stupnici číslo 9 a velmi vadí stres 61 dotázaným (18,8 %). Nezanedbatelnou část, kterou lze zařadit do kategorie středně vadí, na stupnici označeno 7, 6, 5 a 4, zvolilo 120 dotázaných (37,1 %). Nevadí nebo téměř nevadí, zvolené možnosti 3, 2 a 1, vybralo 32 respondentů (9,9 %).

Graf 21 Čas na rodinu



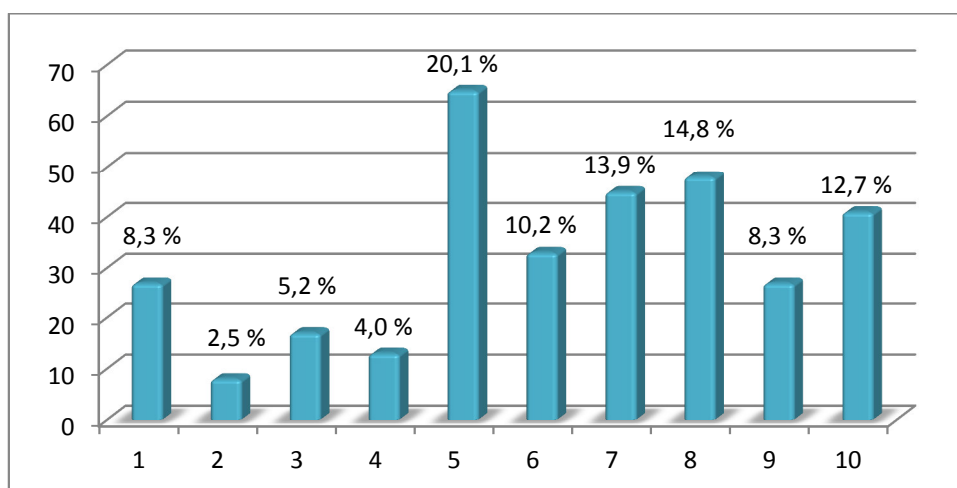
V tomto případě se opět jedná o pocitové vyjádření dopadu práce v nepřetržitém provozu, tentokrát na nedostatek času na rodinu, což velmi negativně vnímá 81 (25 %) dotázaných. Ostatní možnosti vyplývají taktéž z grafu a jejich jednotlivá zastoupení lze odečíst - 47 (14,5 %) a 54 (16,7 %), kteří zvolili možnost 9 a 8. Středně vadí nedostatek času pro rodinu 78 dotázaných (29,7 %), kteří zvolili možnosti 4, 5, 6 a 7. Relativně nejnižší nedostatek času nepociťuje pouze 46 respondentů (14,2 %).

Graf 22 Nedostatek času pro péči o domácnost



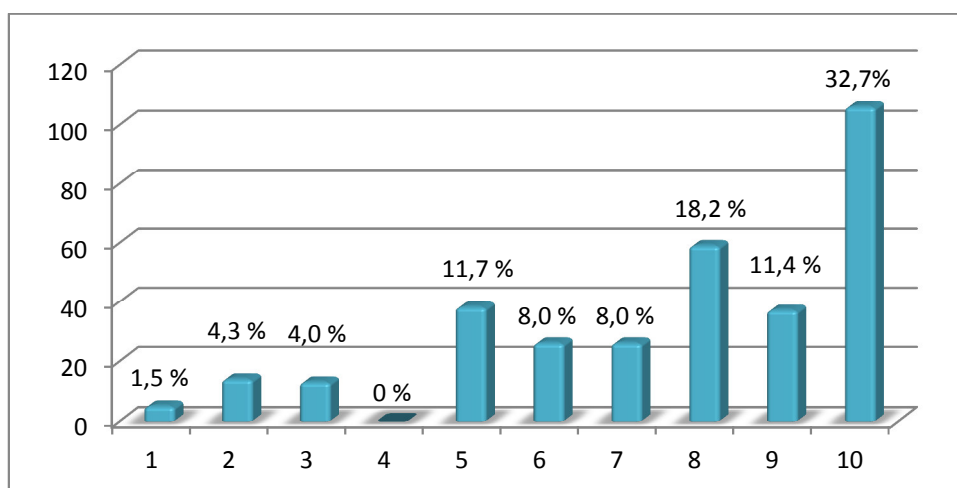
Graf č. 22 znázorňuje, jak respondenti v důsledku práce v nepřetržitém provozu vnímají nedostatek času v péči o domácnost. Podle četnosti odpovědí se v sestupném pořadí jedná o tyto hodnoty: 12,7 % (41), 9,0 % (29) a 13,0 % (42) respondentů označilo na škále možnosti 10, 9 a 8, tzn. velmi negativně, vnímají nedostatek času spojený s péčí o domácnost. Středně nedostatek času na domácnost vadí respondentům, kteří označili možnost 7 (14,5 %), 6 (9,6 %), 5 (18,8 %) a 4 (4,3 %). Dostatek času na domácnost pociťuje 59 respondentů (18,3 %).

Graf 23 Osobní čas pro sebe



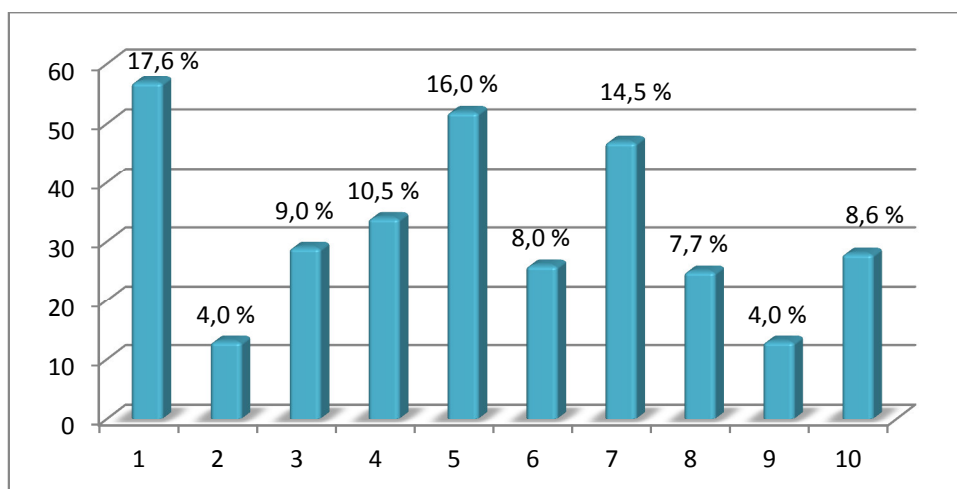
Na grafu č. 20 je znázorněná škála týkající se času pro sebe sama. Poměrně dost času mají respondenti, kteří uvedli možnost 1, 2 a 3. Celkem jich bylo 52 (16 %). Středně nedostatek času pro sebe sama vnímají respondenti, kteří označili možnosti 4, 5 a 6. Tyto možnosti dohromady označilo 156 respondentů (50 %). A nedostatek času pro sebe sama hodně vadí 116 respondentům (35,8 %), kteří označili na škále číslo 8, 9 a 10.

Graf 24 Nedostatečné finanční ohodnocení



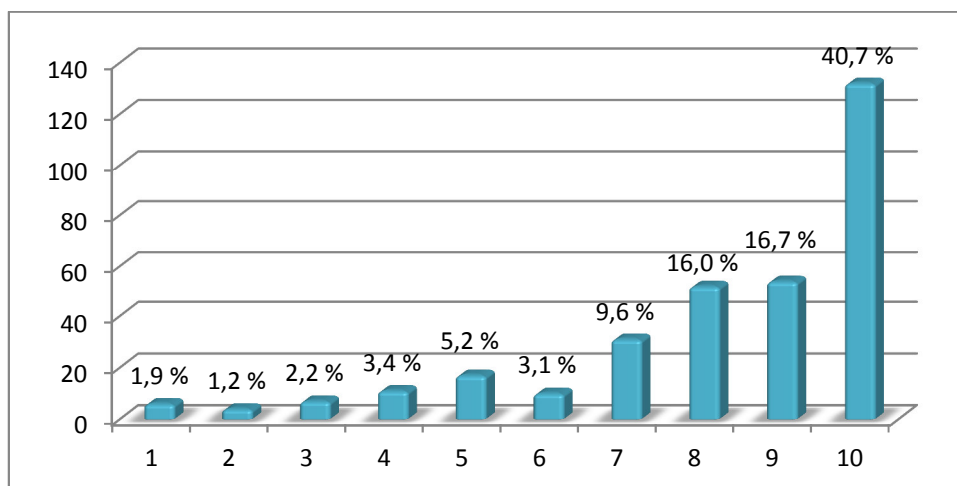
Nedostatečně finančně hodnoceni se cítí 106 dotázaných (32,7 %), dále je následují respondenti, kteří označili na škále možnosti 8 a 9. Dohromady jich bylo 96 (29,6 %). Středně nedostatečné finanční hodnocení vadí 90 respondentům (27,7 %), kteří zvolili možnosti na škále 7, 6 a 5. Číslo 4 žádný respondent nevybral. Spokojení se svou mzdou jsou lidé, kteří označili na škále možnosti 1, 2 a 3. Celkem jich bylo 32 (9,8 %).

Graf 25 12 hodinové směny jsou dlouhé



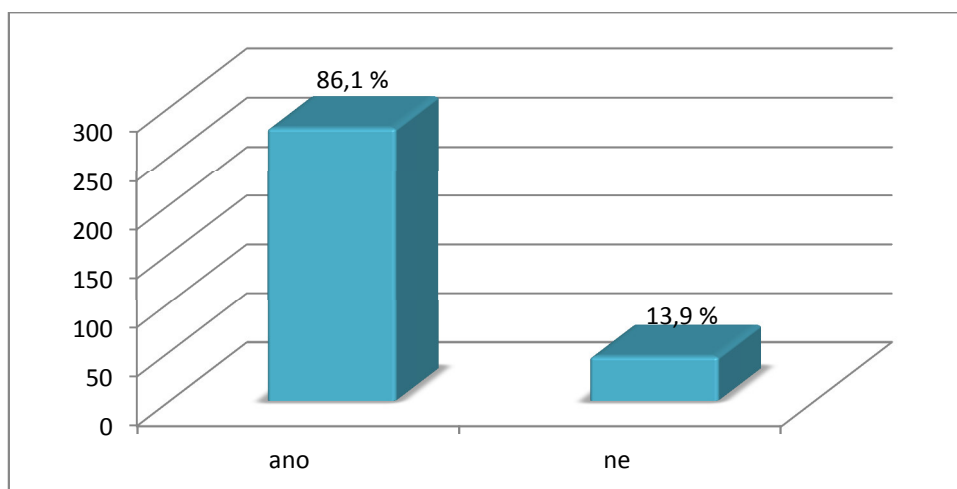
Na grafu č. 25 je znázorněné, že nemnoho zaměstnanců vnímá 12 hodinové služby příliš dlouhé. Nejvíce respondentů (57) zvolilo možnost 1: 17,6 %. Dlouhé služby ani nevadí dalším 42 dotázaným (13 %), kteří zvolili možnost 2 a 3. Středně vadí 159 respondentům (49 %), kteří zvolili možnost 4, 5, 6 a 7. 12 hodinová směna velmi vadí 66 respondentům (20,3 %), kteří označili možnost 8, 9 a 10.

Graf 26 Přechod po noční směně na druhý den na denní



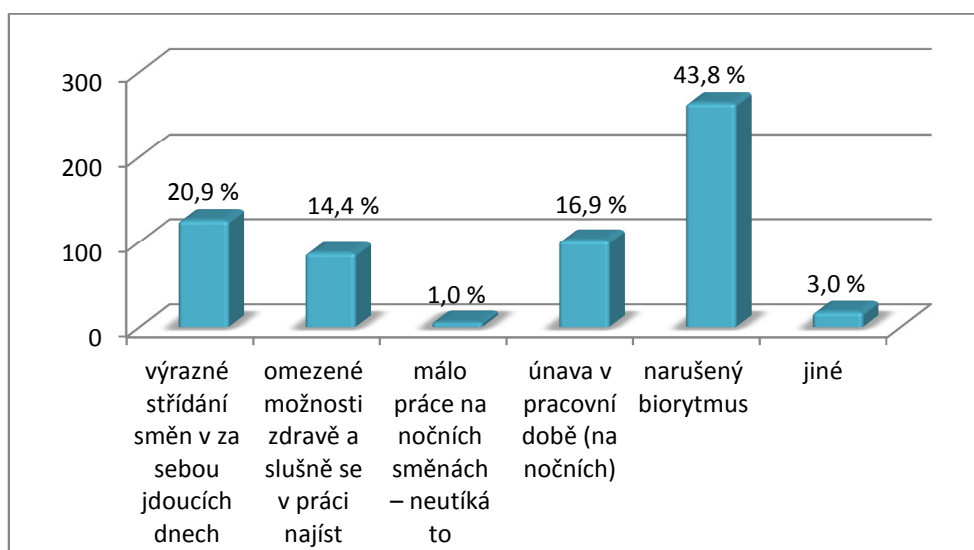
Z grafu č. 26 je velmi zřejmé, že respondentům velmi vadí, pokud jeden den ráno končí noční směnu a druhý den mají denní směnu minimálně 1x během 1 týdne. Tyto možnosti, na škále označené čísly 8, 9 a 10, vybralo 238 dotázaných (73,4 %). Středně vadí tento rychlý přechod 69 respondentů (21,3 %). Ti označili možnosti 4, 5, 6 a 7. Vůbec nevadí nebo nevadí tento přechod ze služeb 17 respondentům (5,3%).

Graf 27 Zhoršení vnímání negativní faktorů s přibývajícím věkem



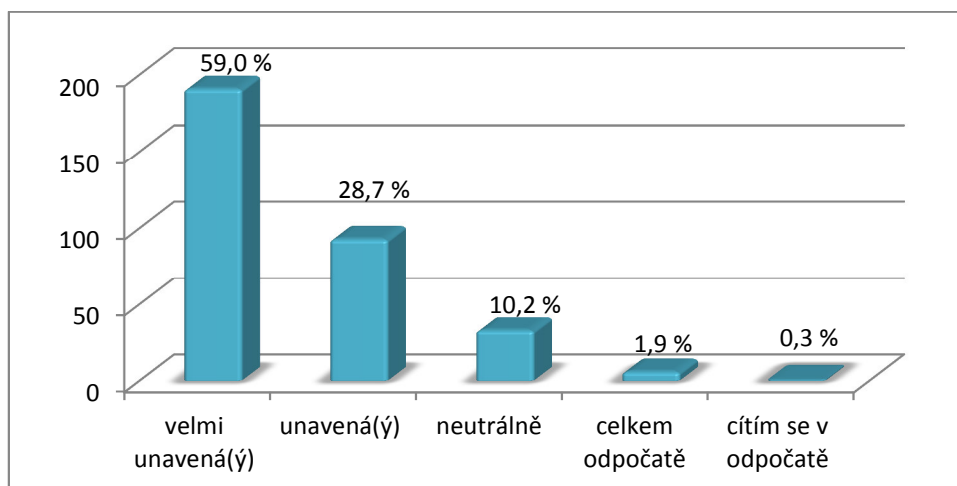
Graf č. 27 de facto logicky potvrdil předpoklad, že s přibývajícím věkem se vnímání negativních faktorů práce v nepřetržitém provozu prohlubuje, o čemž vypovídá podíl 86,1 % z celkového počtu účastníků dotazníkového šetření. Oproti tomu 45 (13,9 %) dotázaných nepocítuje výše uvedené faktory negativněji v souvislosti s přibývajícím věkem.

Graf 28 Největší problémy v nepřetržitém provozu



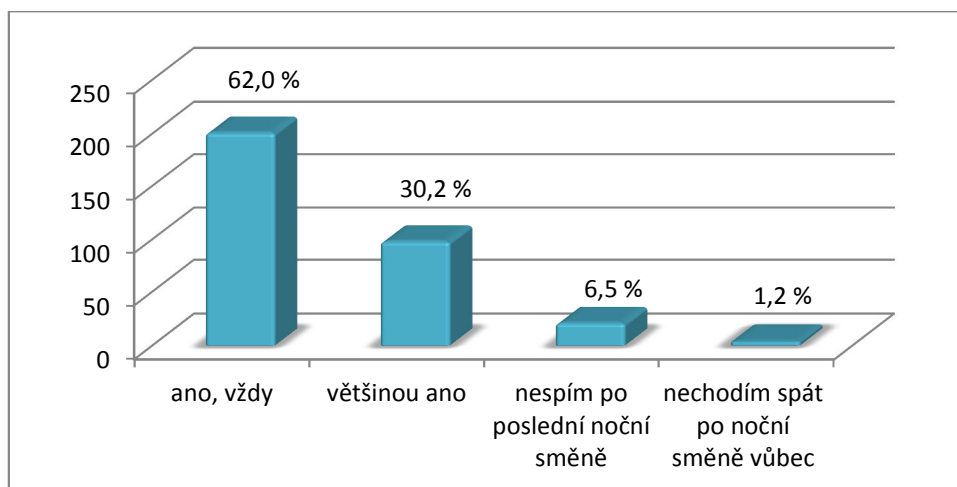
V otázce zobrazující graf č. 28 mohli respondenti vybrat maximálně 2 odpovědi, prostřednictvím nichž měli dát najevo, které z vyjmenovaných problémů jim práce v nepřetržitém provozu přináší. Práce v nahodile různé denní době s sebou přináší problémy, především pokud jde o narušení biorytmu (konkrétně ve 43,8 % případů), kdy zátěž a odpočinek přicházejí v nepravidelných intervalech. Ve značné míře (20,9 %) se jako zásadní problém projevuje i samotná skutečnost výrazného střídání směn v za sebou jdoucích dnech. V 87 případech (14,4%), se jako jedna ze dvou odpovědí, vyvstal také v průzkumu problém cílové skupiny s omezenou možností stravování ve vyhovujících podmínkách, tj. jedná se o možnost i při noční směně zajít do jídelny na večeři, svačinu. Dokonce 6 krát se v odevzdaných dotaznících objevila odpověď, že na nočních je nedostatek práce, v důsledku čehož pak směna pomaleji utíká. Nelze odhlédnout od respondenty zmiňovaných problémů ohledně únavy během pracovní doby, kdy je ovlivněna pozornost a výkon, celkově byl tento názor v dotaznících vyjádřen 102 krát (16,9 %). Možnost jiné zvolilo 18 respondentů (3,0 %).

Graf 29 Únava po noční směně



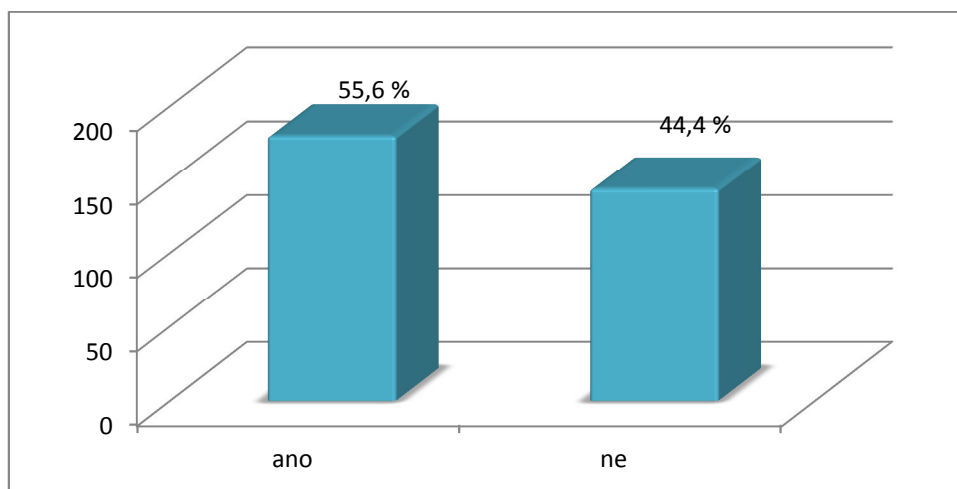
Tento graf znázorňuje výsledky dotazování o unavenosti všeobecných sester z noční směny, z něhož vyplývá, že naprostá většina z nich (191) se cítí velmi unaveně, unaveně se cítí 93 (28,7 %) dotázaných. Neutrálně zvolilo 33 (10,2 %) respondentů a celkem odpočatě 1,9 % (6) dotázaných. Odpočatě se cítí 1 respondent (0,3 %).

Graf 30 Spaní po noční směně



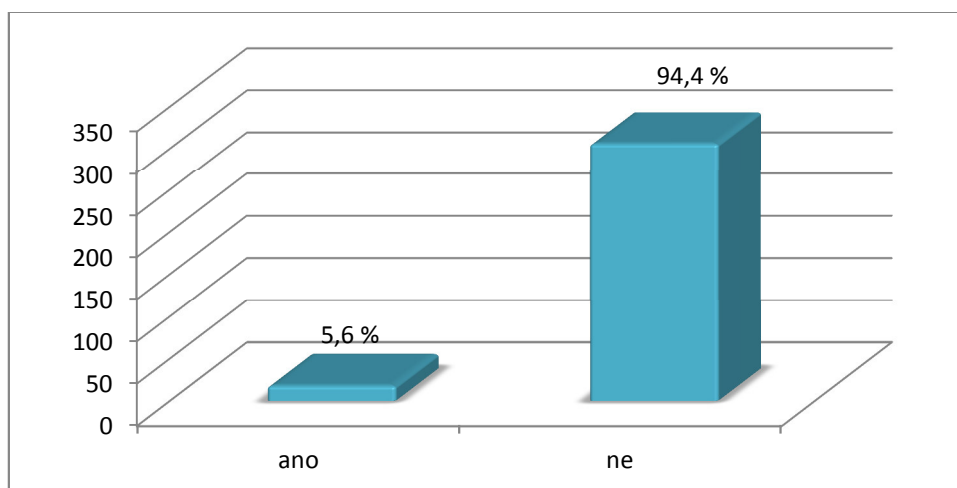
Graf č. 30 zobrazuje podstatnou skutečnost, týkající se práce v nepřetržitém provozu, kterou je spánek po směně a podle očekávání si jej pravidelně dopřává 201 dotázaných (62,0 %), nepravidelný spánek, ať již z jakéhokoliv důvodu si zvládá naplánovat 98 respondentů (30,2 %). Poslední noční směna v řadě není důvodem ke spánku pro 6,5 % podílu oslovených, poslední možnost, tj. úplné odmítání spánku preferují 4 dotázaní (1,2 %).

Graf 31 Problémy se spánkem



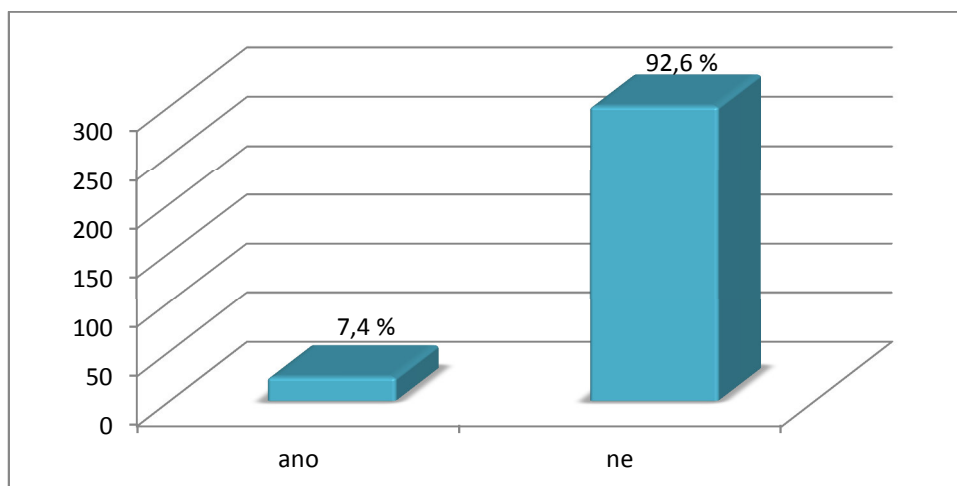
Nepravidelné spaní v různé denní době způsobuje problémy, s tím dle výzkumu souhlasí 180 všeobecných sester (55,6 %). Menší část účastníků dotazníkového šetření (44,4 %) potíže se spaním neudává.

Graf 32 Užívání hypnotik



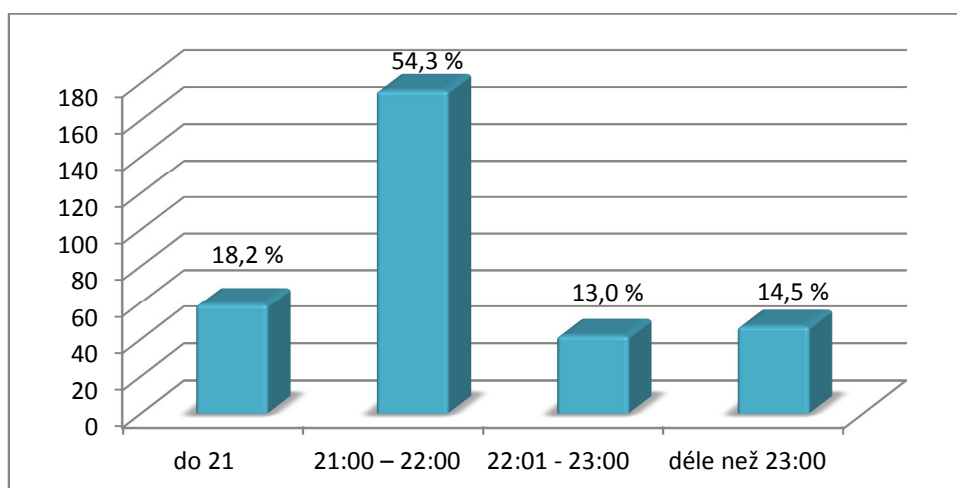
Na grafu číslo 32 zobrazuje, zda dotázaní užívají hypnotika. Z výzkumu vyplynulo, že 18 respondentů (5,6 %) má takové problémy se spaním, že užívají hypnotika, zbylých 306 respondentům (94,4 %) nikoliv.

Graf 33 Užívání vitaminů, bylinných přípravků na spaní



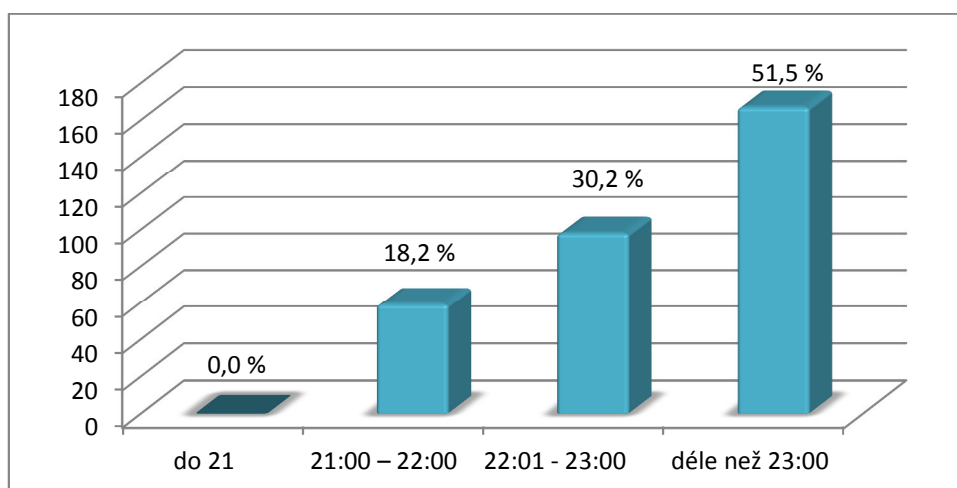
Otázka č. 33 zkoumala postoj všeobecných sester k užívání vitaminů a bylinných přípravků na spaní a taktéž, jako v předchozí otázce není ani zde zjevné, že by se k tomuto docházelo v hojném počtu. Pokud jde o konkrétní čísla, potom lze z grafu č 33 vyčíst, že pouze 7,4 % účastníků užívá bylinné přípravky nebo vitaminy na spaní. Významná většina, představující v absolutních číslech 300 respondentů (92,6 %) neužívá pro lepší spánek žádné vitaminy ani bylinné přípravky.

Graf 34 Doba usínání před ranní směnou



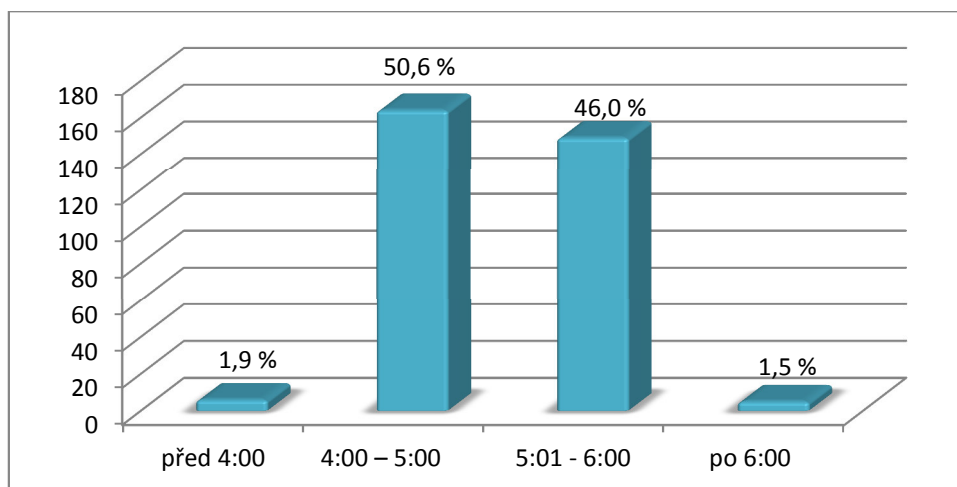
Graf č. 34 zobrazuje dobu, kdy obvykle respondenti chodí spát před noční směnou. Do 21 hodin uléhá 59 dotázaných (18,2 %), mezi 21. a 22. hodinou chodí spát 176 respondentů. Následující hodinu usíná 42 (13,0 %) a po 23. hodině usíná 47 (14,5 %) dotázaných.

Graf 35 Doba usínání bez nutnosti ranního vstávání



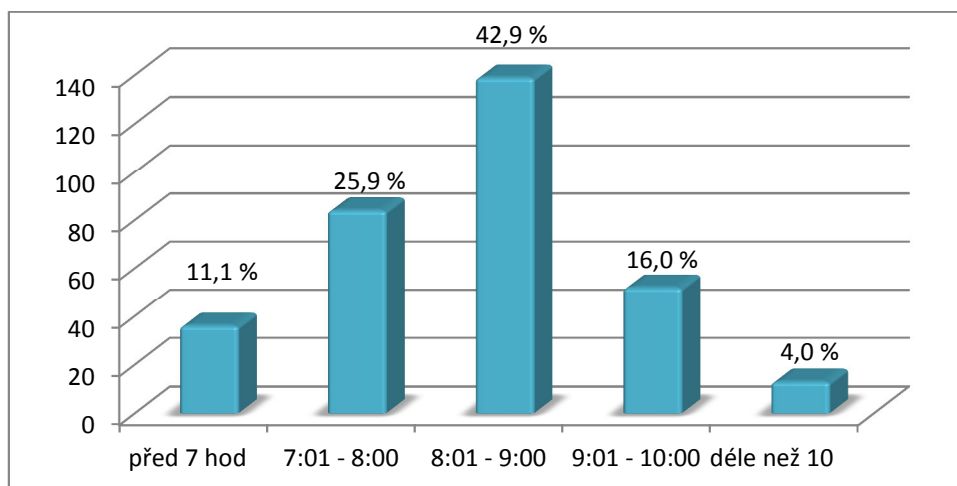
Graf č. 35 zobrazuje, kdy respondenti obvykle chodí spát, pokud ráno nemají směnu. Zde je oproti grafu č. 34 vidět, že žádný respondent nechodí spát před 21. hodinou. Mezi 21. a 22. hodinou obvykle usíná 59 (18,2 %) respondentů, mezi 22. a 23. hodinou obvykle chodí spát 98 dotázaných. Po 11 večerní usíná 167 (51,5 %) respondentů.

Graf 36 Doba vstávání před ranní směnou



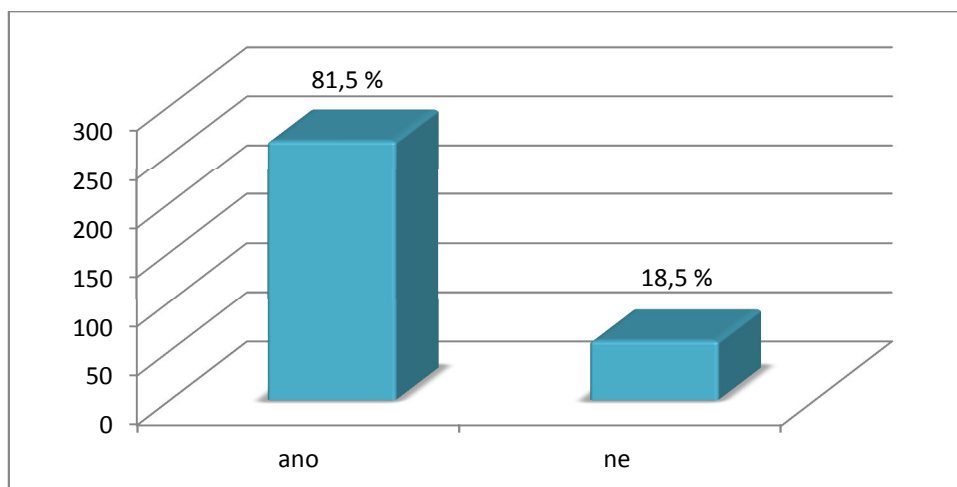
Úkolem otázky číslo 36 bylo zjistit obvyklou dobu, kdy všeobecné sestry vstávají na denní směnu, což může mít ve spojení s prací na nočních směnách určitou měrou vliv na celkovou únavu. Před 4. hodinou ranní vstává do práce 6 dotázaných (1,9 %). Nejčastěji (podle 164 odpovědí) se dle výsledků šetření vstává na denní směnu mezi 4. a 5. hodinou ranní, po 5. hodině ranní do šesti obvykle vstává 149 respondentů (46 %). Po šesté ranní vstává 5 respondentů (1,5 %).

Graf 37 Doba vstávání v době volna



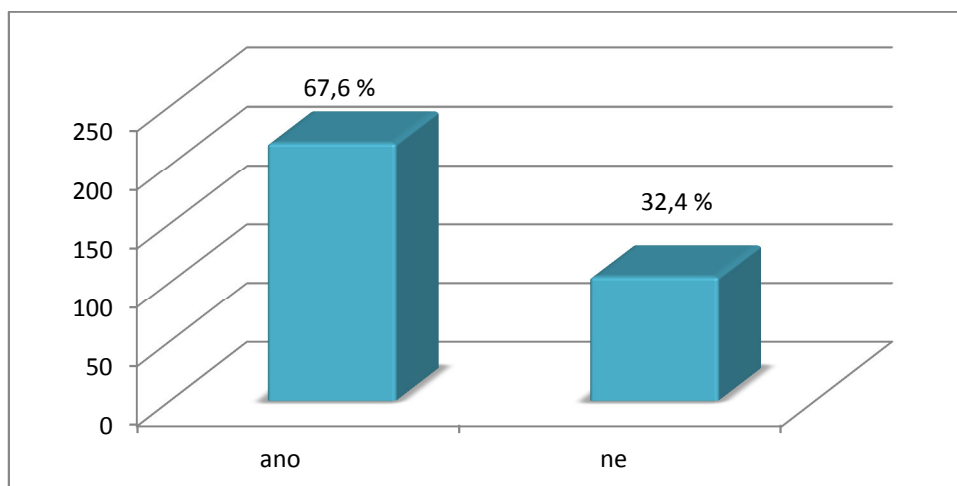
Graf č. 37 ukazuje, kdy nejčastěji respondenti vstávají v době svého volna. Před 7. hodinou ranní vstává 36 dotázaných (11,1 %), mezi 7. a 8. hodinou vstává 84 respondentů. Nejvíce dotázaných (139) vstává mezi 8. a 9. hodinou. Po 9. hodině do 10 vstává 52 respondentů, 13 dotázaných (4,0 %) vstávají po 10. dopolední.

Graf 38 Domácnost s partnerem



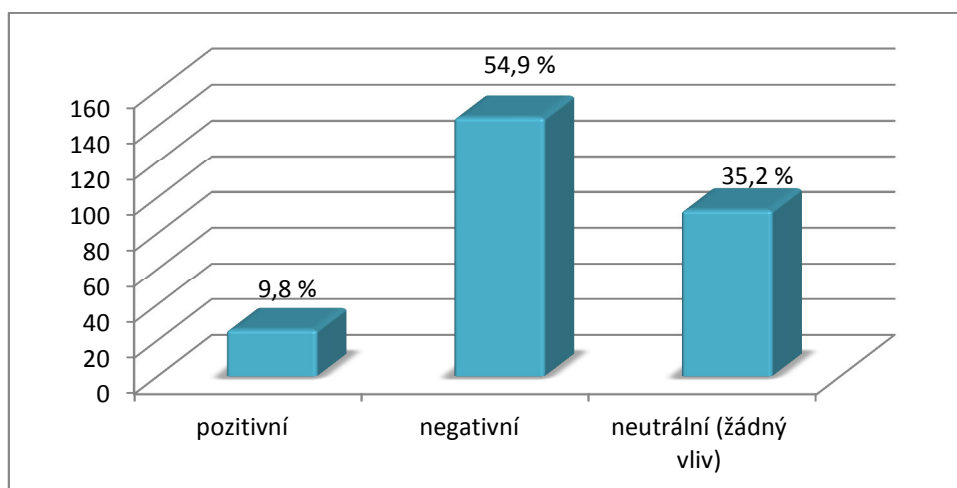
Následující otázka byla zaměřena na partnerské soužití v jedné domácnosti při práci v nepřetržitém provozu. V 81,5 % případů bylo zjištěno, že se jedná o společné partnerské soužití (v absolutních číslech 264).

Graf 39 Domácnost s nezletilými dětmi



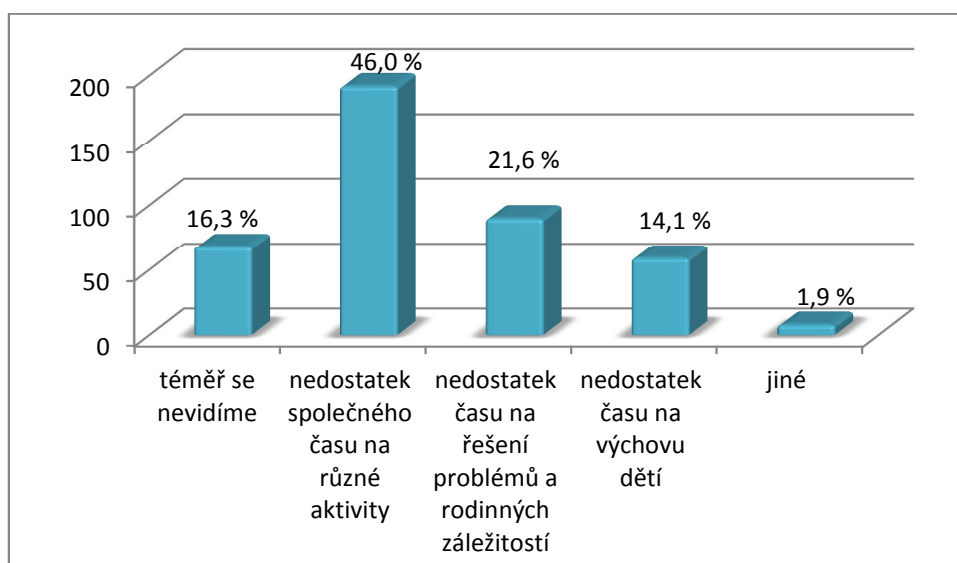
Z grafu č. 39 vyplývá, že 219 dotázaných (67,6 %) sdílí společnou domácnost s nezletilými dětmi. Naopak 105 respondentů (32,4 %) nebydlí s nezletilými dětmi.

Graf 40 Vliv práce v nepřetržitém provozu na partnerství



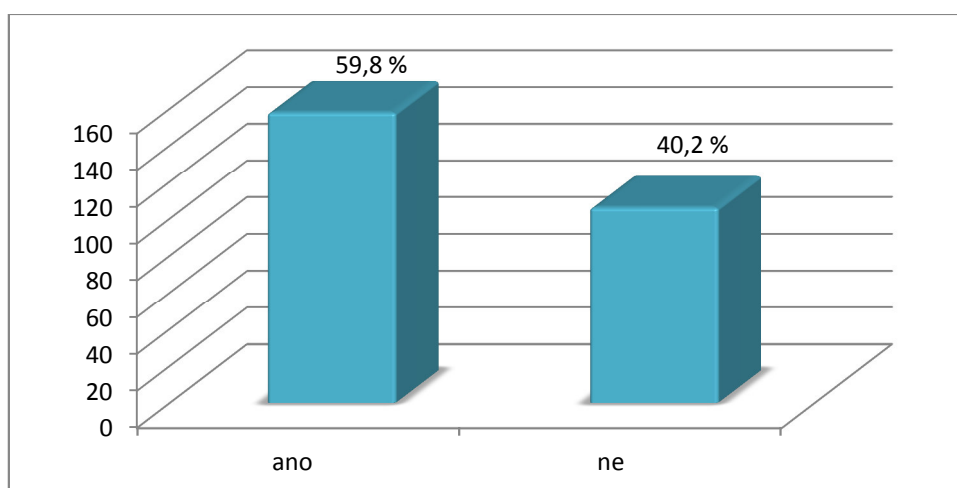
Čtyřicátý graf je zacílen na vliv dopadů zaměstnání v nepřetržitém provozu na partnerské soužití, a to samozřejmě ze subjektivního hlediska. Zcela logicky jsou v grafu č. 40 zobrazeny odpovědi těch účastníků dotazníkového šetření, kteří dříve přiznali soužití ve společné domácnosti. Pozitivní vliv na partnerský život při střídání směn vnímá 26 dotázaných (9,8 %), naopak negativně jej vnímá 145 respondentů (54,9 %). Neutrální nebo žádný vliv nepociťuje 93 dotázaných (35,2 %).

Graf 41 Negativní vlivy na partnerský vztah



V grafu č. 41 jsou zobrazeny odpovědi respondentů, kteří žijí s partnerem a zároveň také respondentů, kteří žijí v domácnosti s nezletilými dětmi. Je patrné, že 68 respondentů (16,3 %) uvádí, že se téměř s partnerem v domácnosti nevidí. Problém v partnerství pro nedostatečný společně strávený čas uvádí 192 respondentů (46 %). Nedostatek času na řešení problémů a jiných rodinných záležitostí udává 90 (21,6 %) respondentů. Nedostatek času na výchovu dětí pocítuje 59 dotázaných (14,1 %) a možnost jiné zvolili respondenti v osmi případech. Obvykle do dotazníku vpišovali, že žádné problémy nemají.

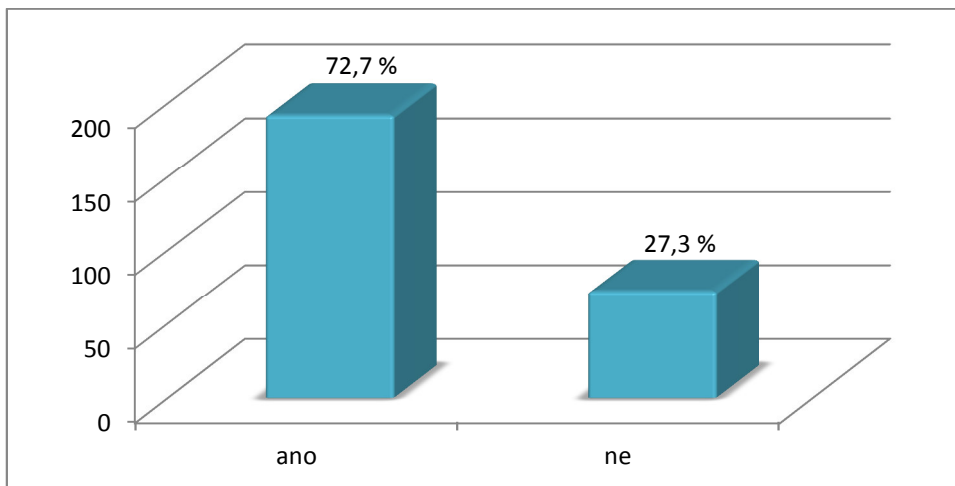
Graf 42 Přání partnera



Graf č. 42 vyjadřuje míru nespokojenosti (nesouhlasu) partnerů, žijících s osobami zaměstnanými v nepřetržitém provozu s režimem takového povolání. V lehce nadpoloviční většině případů (158) byl zjištěn negativní vztah partnerů k zaměstnání

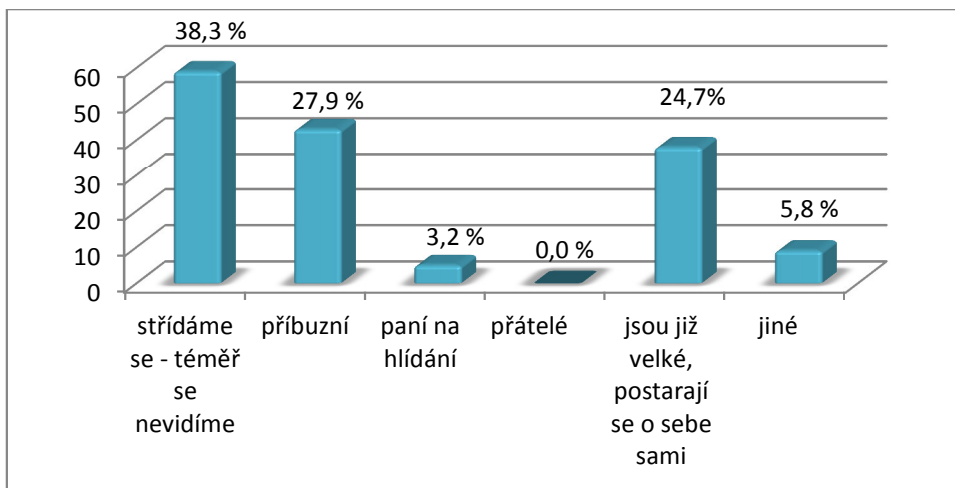
jejich protějšků v nepřetržitém provozu, 106 protějšků ostatních oslovených neslychá prosbu ze strany partnera v podobě práce na jednu směnu.

Graf 43 Zaměstnaný partner v nepřetržitém provozu



Z tohoto grafu vyplývá, že 192 respondentů uvedlo, že ve většině případů je partner oslovených taktéž zaměstnán v nepřetržitém provozu. V menší míře (27,3%) se pak objevovala opačná odpověď.

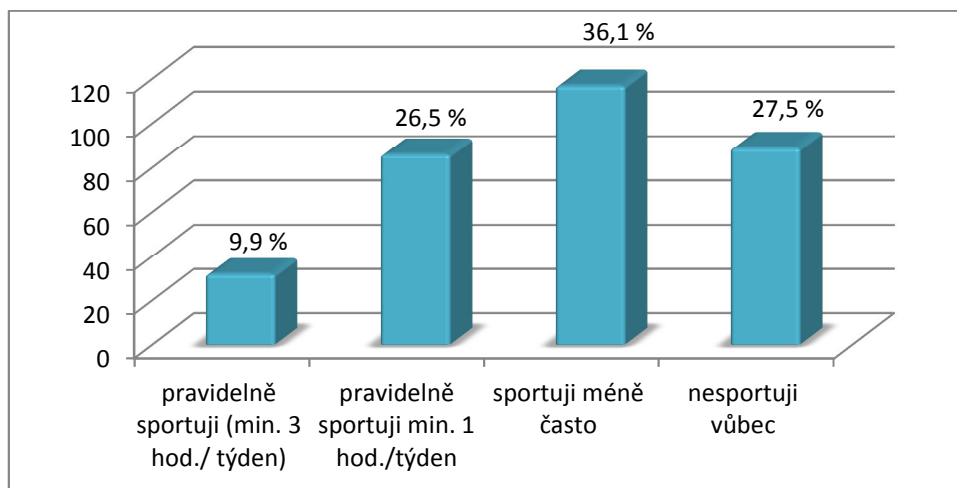
Graf 44 Hlídaní dětí



Graf č. 44 se týká péče o děti v domácnosti s partnerským soužitím osob pracujících (alespoň jeden z nich) v nepřetržitém provozu. Ze získaných informací lze shrnout tyto výsledky: hlídání dětí zajišťují sami rodiče v 59 případech (38,3 %) tak, že se střídají v zaměstnání, ale zároveň se mezi sebou jako partneři příliš nevidí. 43 dotázaných (27,9 %) využívá pro hlídání své příbuzné. Pouze 5 respondentů si platí paní na hlídání (au pair). Přátelé žádný z respondentů nežádá pro hlídání vlastních dětí. 38 krát byla

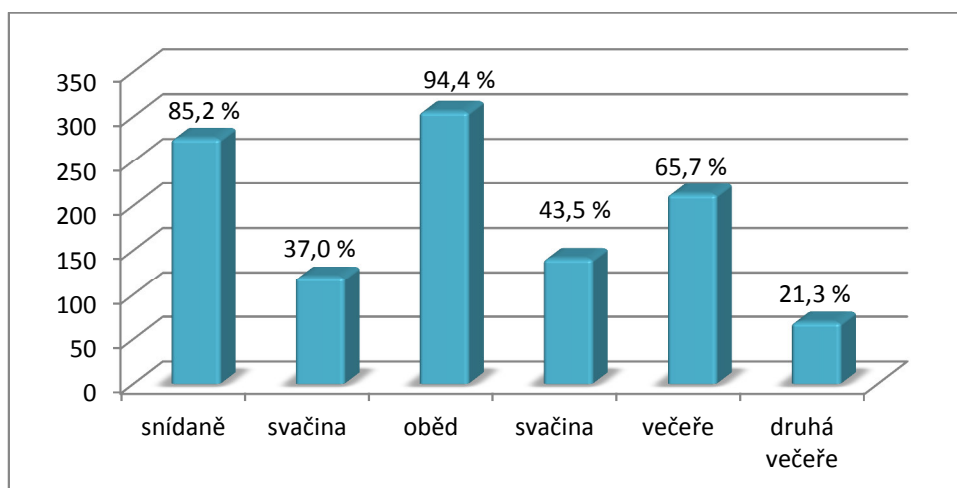
zvolena možnost, že děti jsou již velké, schopné se sami o sebe postarat. Jiné vybralo 9 dotázaných. Nejčastěji uváděli, že druhý partner je na rodičovské dovolené.

Graf 45 Fyzická kondice



Nelze opomenout ani péči o fyzickou kondici, proto se otázka č. 45 věnovala pravidelnému pohybu a bylo zjištěno, že pravidelně více než 3 hodiny týdně sportuje pouze 32 dotázaných. Pravidelnou fyzickou aktivitu alespoň hodinu týdně má 86 dotázaných (26,5 %). Méně často sportuje nejvíce dotázaných: 117 a 89 jich nesportuje vůbec.

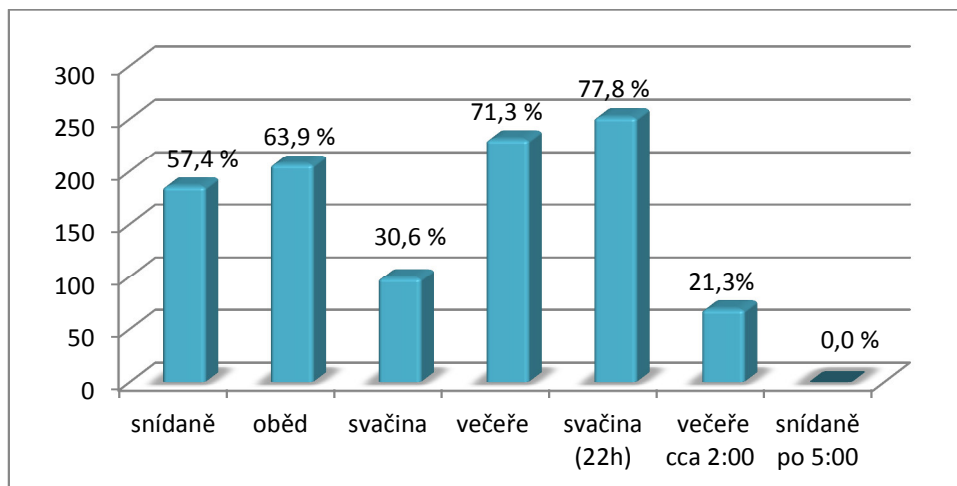
Graf 46 Stravování během denní směny



Významnou roli v životním stylu, a to i z obecného hlediska, bezpochyby hraje stravování, a proto mu v rámci dotazníkového šetření bylo věnováno několik následujících otázek. V grafu č. 46 jsme se zajímali o to, jak se respondenti stravují během všedního pracovního dne. Úvodem je možné taktéž podotknout, že nikdo v průzkumu neodpověděl, že se nestravuje dle ideálního stravovacího plánu. V největší

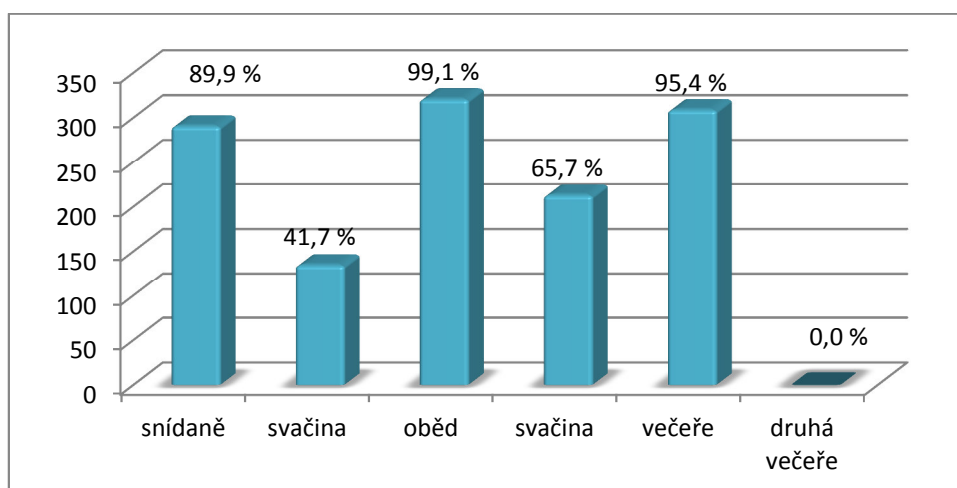
míře se cílová skupina stravuje především ráno, při snídani, což prohlásilo 256 oslovených (85,2 %), 120 respondentů pak nevynechá dopolední svačinu. Téměř všichni respondenti (306) obědvají. Spíše než dopolední, se ukazuje u oslovených účastníků výzkumu jako pravděpodobnější odpolední svačina, konkrétně ve 141 případech (43,5 %). První večeři, která by měla být ještě v zaměstnání má 213 dotázaných a nejpozdější jídlo, tzv. druhou večeři pak preferuje 69 respondentů.

Graf 47 Stravování v den noční směny



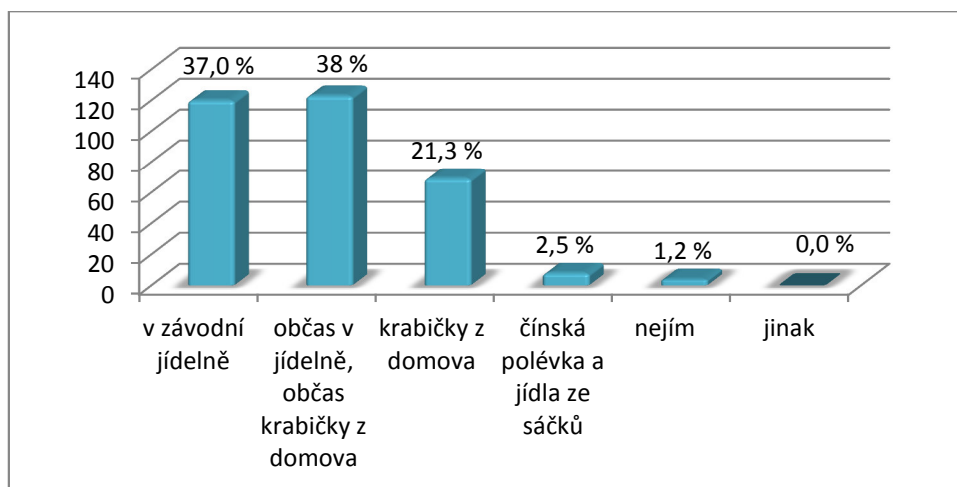
Při práci v nepřetržitém provozu je taktéž nezanedbatelné stravování během noční směny a graf č. 47 znázorňuje plnění ideálního stravovacího plánu pro práci v noční době. Na první pohled je zřejmé, že se reálné výsledky od ideálního stravovacího plánu významně liší. V ranních hodinách se den noční směny obvykle stravuje 186 dotázaných (57,4 %), obědvá 207 (63,9 %), odpolední svačinu má 99 dotázaných. Před odchodem do zaměstnání večeři 231 respondentů (71,3 %) a večerní svačinu okolo 22. hodiny nevynechá 252 z celkového počtu dotázaných. Druhou večeři okolo 2. ranní hodiny si dopřává pouze 69 respondentů. Ráno po noční směně nesnídá nikdo.

Graf 48 Stravování v době volna



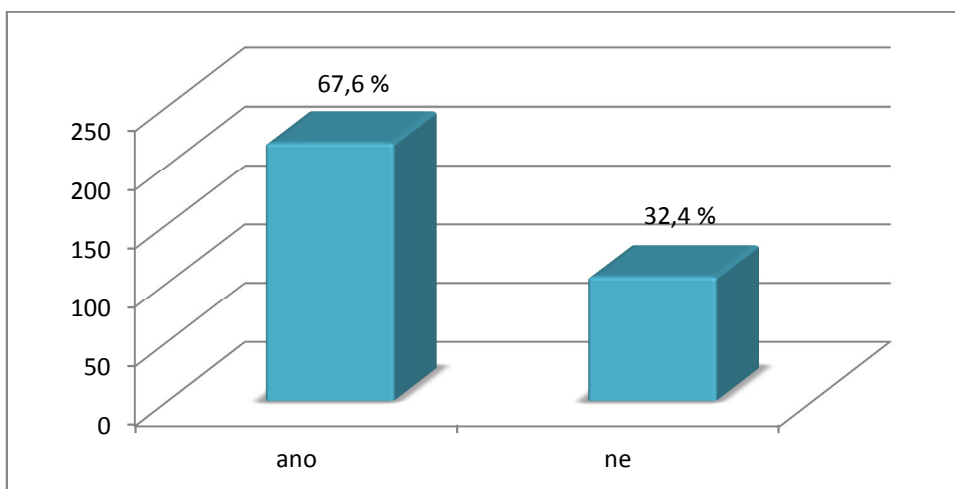
Na grafu č. 48 je zobrazeny výsledky, jak se stravují respondenti v době volna. 291 z nich (89,9 %) snídá, 135 dotázaných má svačinu. Téměř všichni respondenti (321) obědvají. Odpolední svačinu si dopřává 213 (65,7 %) respondentů a 309 (95,4 %) jich večeří. Druhou večeří nikdo z respondentů nezvolil.

Graf 49 Stravování



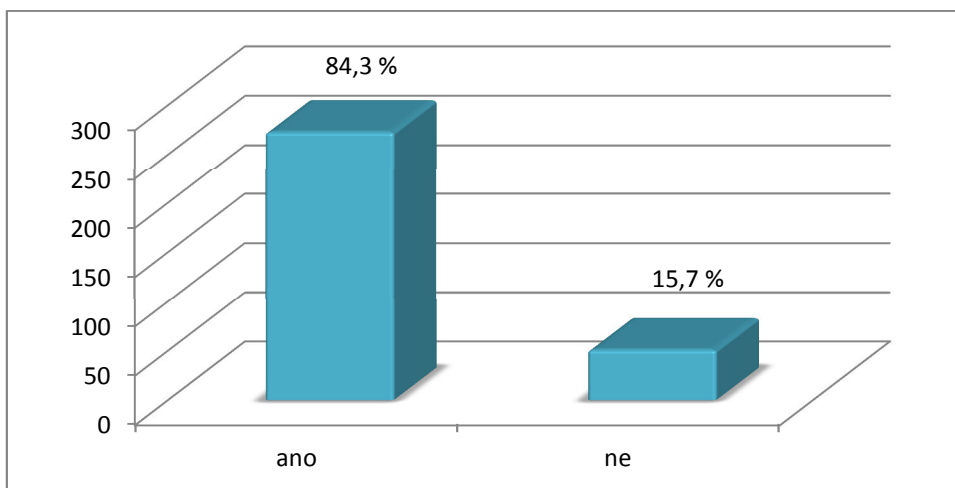
Jak z výzkumu vyplynulo, v závodní jídelně se stravuje celkem 120 dotázaných (37 %), 123 respondentů (38 %) se občas stravují v jídelně a jiné dny si nosí vlastní jídlo z domova. Pouze domácí stravu upřednostňuje 69 respondentů (21,3 %). Tzv. čínskou polévku a jiná jídla ze sáčku volí 8 dotázaných a 4 respondenti v době zaměstnání nejedí vůbec. Nikdo se nestravuje jiným způsobem.

Graf 50 Stravování bez rušení



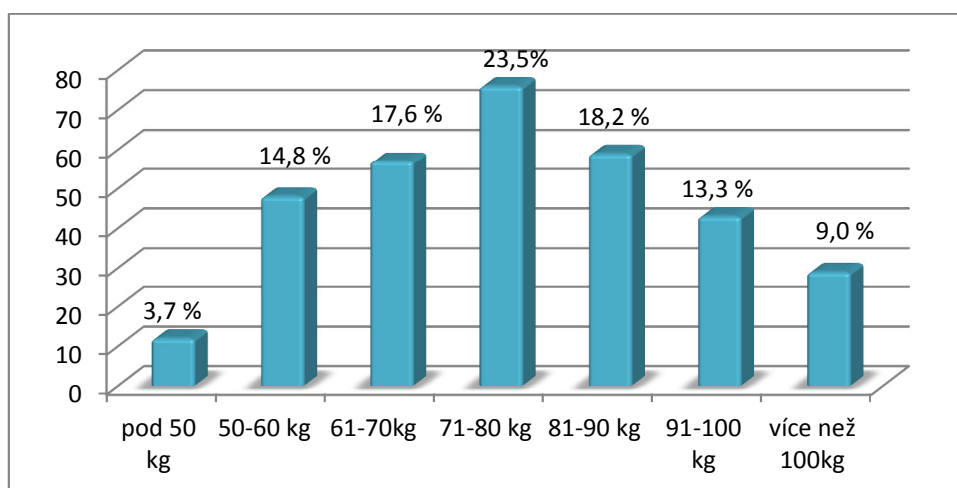
Z výzkumu vyplynulo, že 216 dotázaných (67,6 %) se v zaměstnání může najíst v klidu, aniž by byl vyrušován, to neplatí pro zbylou téměř jednu třetinu dotázaných (105).

Graf 51 Fyzická postava



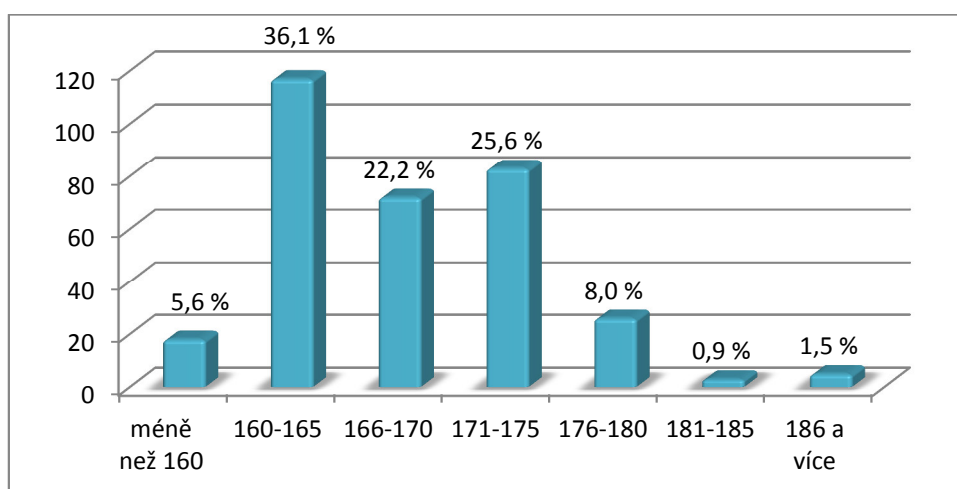
Graf č. 51 lze chápat jako průzkum mínění zaměstnanců v nepřetržitém provozu o tom, zdali jejich režim pracovní zátěže má podle jejich názoru vliv na fyzický vzhled. V 84,3 % případů se tato teze potvrdila.

Graf 52 Hmotnost



Graf č. 52 zobrazuje, kolik respondenti váží. Tato otázka byla koncipována na otevřenou odpověď. Prostým aritmetickým průměrem se podařilo zjistit jejich průměrnou hmotnost, která činí 79 kg. Dále graf zobrazuje rozložení jednotlivých hmotnostních skupin v rámci intervalů po deseti kilogramech, kdy početně nejnižší je skupina s hmotností nižší než 50 kg. Další interval, tj. hmotnost mezi 50 a 60 kilogramy, představuje 14,8 % výzkumného vzorku. V rozmezí mezi 61 a 70 kg váží 57 respondentů (17,6 %). Nejpočetněji je pak zastoupen hmotnostní interval od 71 do 80 kg (23,5 %). Váha od 81 do 90 kg byla zjištěna u 59 dotázaných (18,2 %). Mezi 91 a 100 kg váží 43 respondentů a dalších 29 dotázaných uvedlo, že váží více než 100 kg.

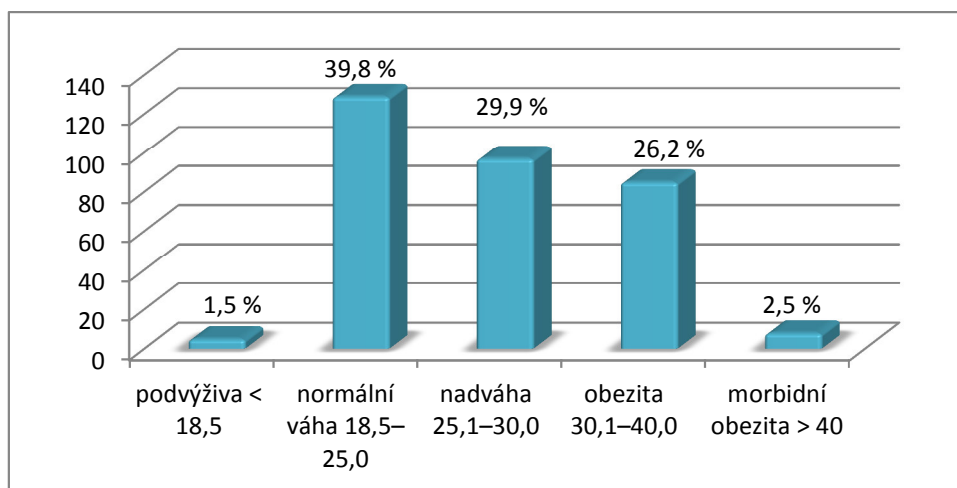
Graf 53 Výška



Stejně jako výše uvedený graf č. 52, i graf č. 53 byl na bázi vypisování. 18 dotázaných (5,6 %) uvedlo, že měří méně než 160 cm. Nejvíce respondentů měří 160 – 165 cm. Celkem jich bylo 117. 166 – 170 cm měří 72 dotázaných. Výšky 171 – 175 cm dosáhlo

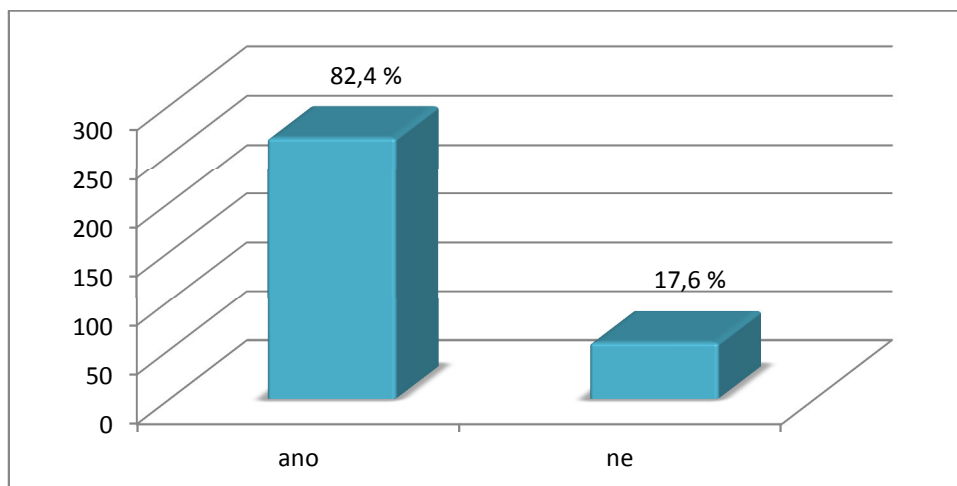
83 respondentů (25,6 %). Mezi 176 a 180 cm bylo 26 respondentů, nad 181 do 185 cm se zúčastnili výzkumu 3 respondenti (0,9 %) a více než 186 cm měří 5 dotázaných. Průměrná výška respondentů činí 168,4 cm.

Graf 54 BMI kategorie



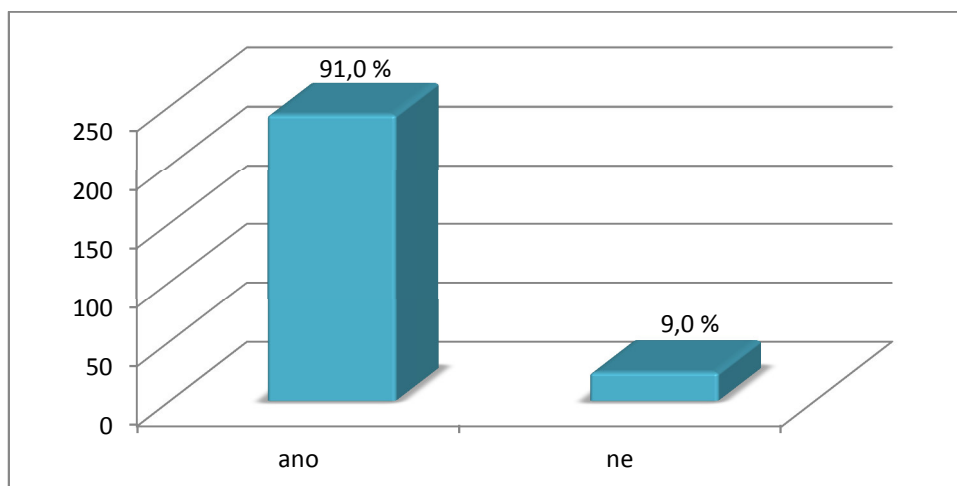
BMI kategorie zobrazená v tomto grafu byla stanovena na základě údajů o váze a výšce respondentů. 5 respondentů (1,5 %) trpí podvýživou. Normální hmotnost má 129 (39,8 %) dotázaných, nadváhou trpí 97 (26,2 %) dotázaných. Obézních respondentů se výzkumu zúčastnilo 85 (26,2 %) a morbidní obezitou trpí 8 dotázaných.

Graf 55 Konzumace kávy



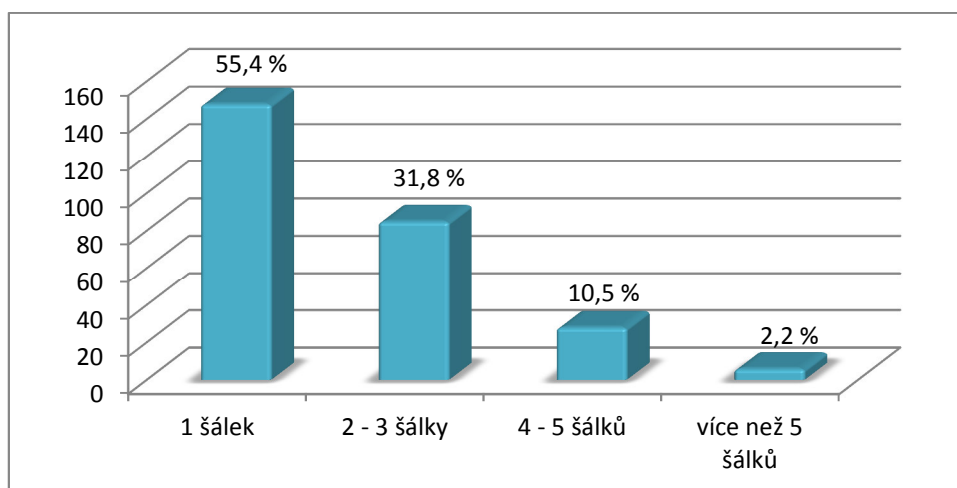
Otázka číslo 55 se zajímalo o konzumaci kávy. Z grafu je jasně vidět dominantní zastoupení kávy v rámci příjmu tekutin u účastníků dotazníkového šetření, konkrétně se jedná o 82,4 %.

Graf 56 Více kávy při noční než při denní směně



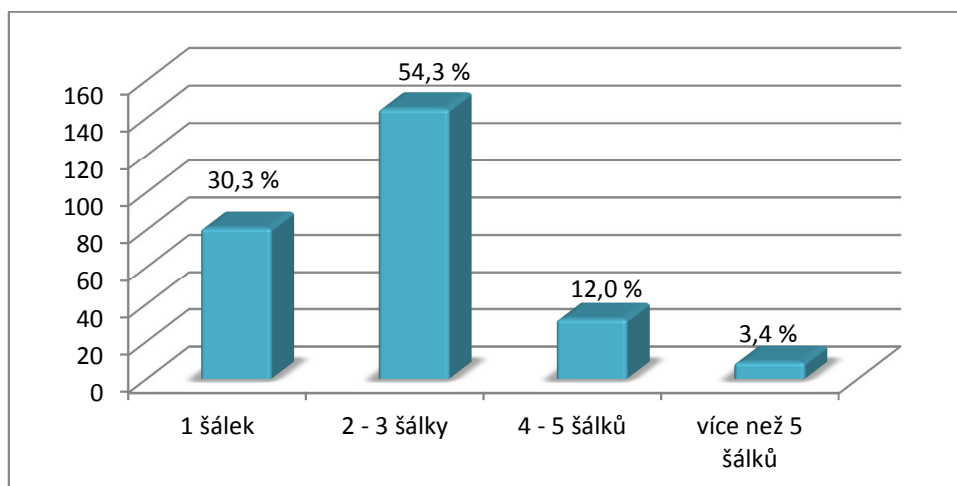
Většina respondentů (243) uvedla, že vypije více kávy při noční směně než při denní (9 %).

Graf 57 Počet vypitých šálků kávy denní směna



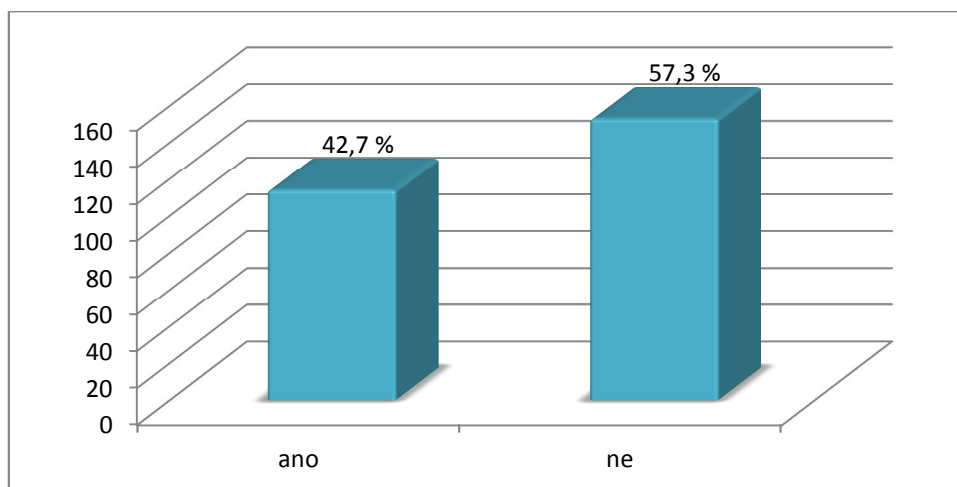
Následujících 5 grafů se týká konzumace kávy, proto nejsou zde zahrnuty odpovědi menšinové části, 17,6 % cílové skupiny, která se obecně obejde bez konzumace kávy. Při denní směně 1 šálek kávy vypije 148 dotázaných (55,4 %), 2 – 3 šálky vypije 85 respondentů (31,8 %), 4-5 šálků kávy si dopřeje během denní směny 28 dotázaných a 6 respondentů uvedlo, že vypije za denní směnu více než 5 šálků kávy.

Graf 58 Počet vypitých šálků kávy noční směna



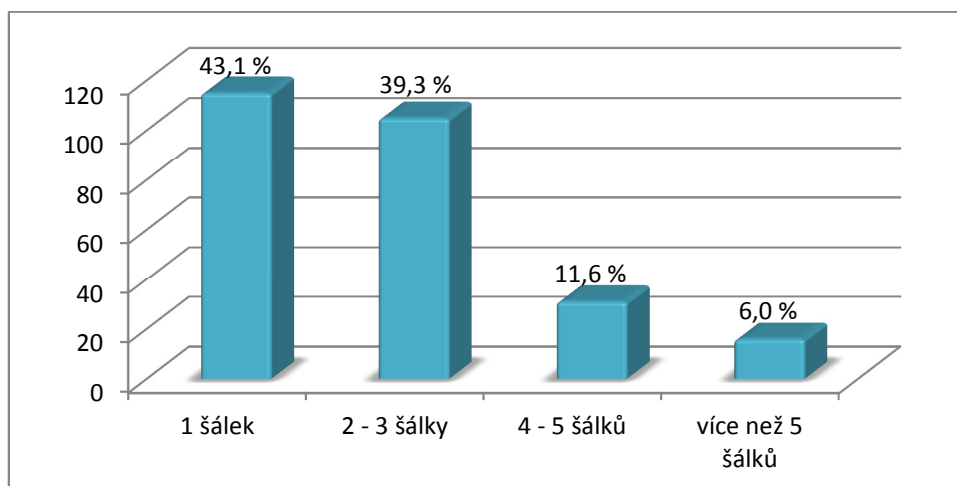
V grafu č. 56 je znázorněné, kolik šálků kávy vypijí respondenti během noční směny. Jeden šálek kávy má 81 dotázaných (30,3 %), 2 – 3 šálky kávy vypije 145 respondentů (54,3 %), 4 – 5 šálků kávy během noční směny si dává 32 dotázaných a více než 5 respondentů (3,4 %).

Graf 59 Více kávy ve službě než v době volna



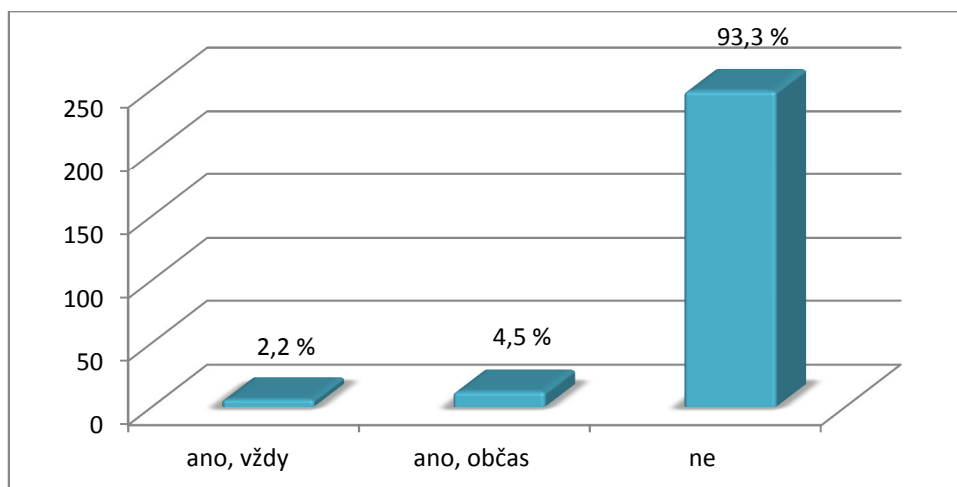
Na grafu č. 59 je vidět, že 153 respondentů (57,3 %) vypije více šálků kávy v zaměstnání, odpověď o konzumaci kávy v době v době osobního volna byla zjištěna ve 114 odevzdaných dotaznících.

Graf 60 Počet šálků vypitých v době volna



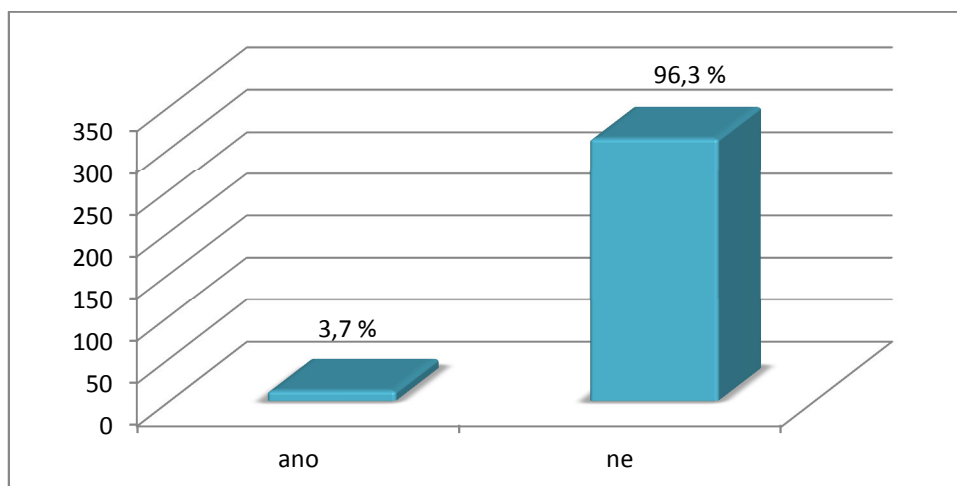
Graf č. 60 je grafickým vyjádřením počtů vypitých šálků za den v době osobního volna. Jeden šálek kávy si dopřeje 115 dotázaných (43,1 %), 105 respondentů (39,3 %) vypijí v průměru 2 – 3 šálky, 4 – 5 šálků kávy vypije v době volna 31 dotázaných (11,6 %) a dokonce 16 respondentů (6,0 %) vypije v době svého volna více než 5 šálků kávy.

Graf 61 Káva bez kofeinu



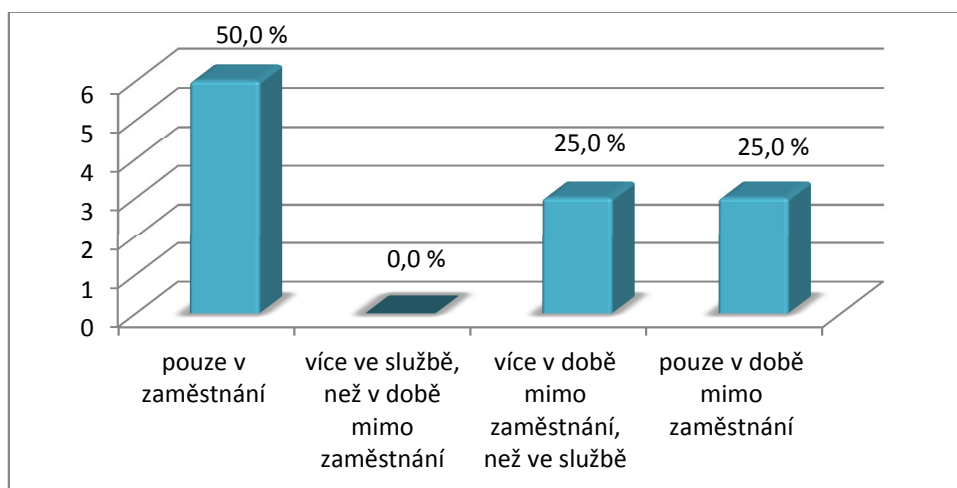
Graf č. 61 znázorňuje podíl kávy bez kofeinu v celkovém množství spotřebované kávy, kdy z tohoto grafu vyplývá, že se jedná o spíše výjimečné případy. Preference kávy bez kofeinu byla z dotazníků zjištěna pouze v šesti případech (2,2 %). Nepravidelně si kávu bez kofeinu vypije 12 dotázaných (4,5 %), přičemž u této odpovědi bylo možné dále rozvést zmiňovanou frekvenci pití bezkofeinové kávy. Dvakrát se zde objevila odpověď jednou týdně, tři odpovědi respondentů byly přibližně 2 krát do měsíce, ostatní odpovědi byly totožné s původní odpovědí, což znamená nepravidelnou konzumaci kávy bez kofeinu. Počet pijáků klasické kávy s kofeinem činí 249 (93,3 %).

Graf 62 Konzumace energetických drinků



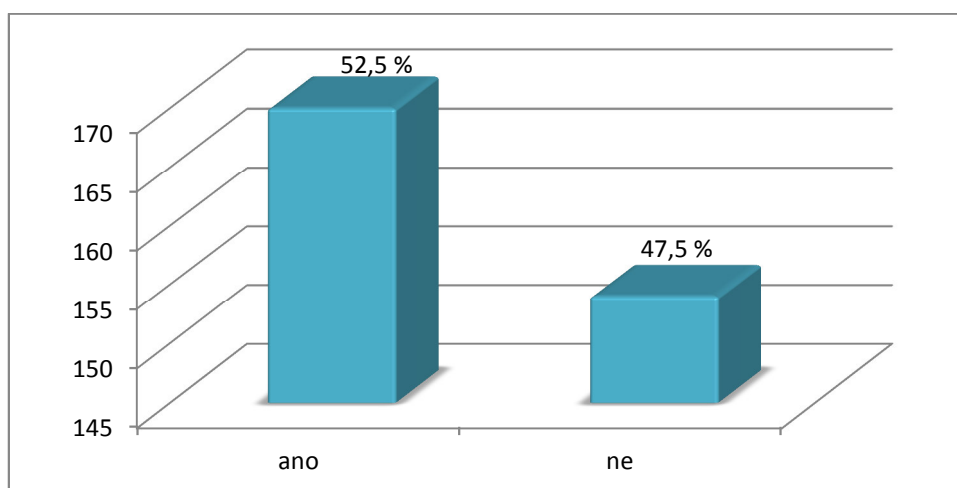
Rovněž konzumace energetických nápojů nemá u všeobecných sester v nepřetržitém provozu hojné zastoupení, pouze ve 3,7 % případů v celkovém množství. 312 (96,3 %) je potom těch, kteří uvedli, že energetické drinky vůbec nepijí.

Graf 63 Kdy konzumují energetické drinky



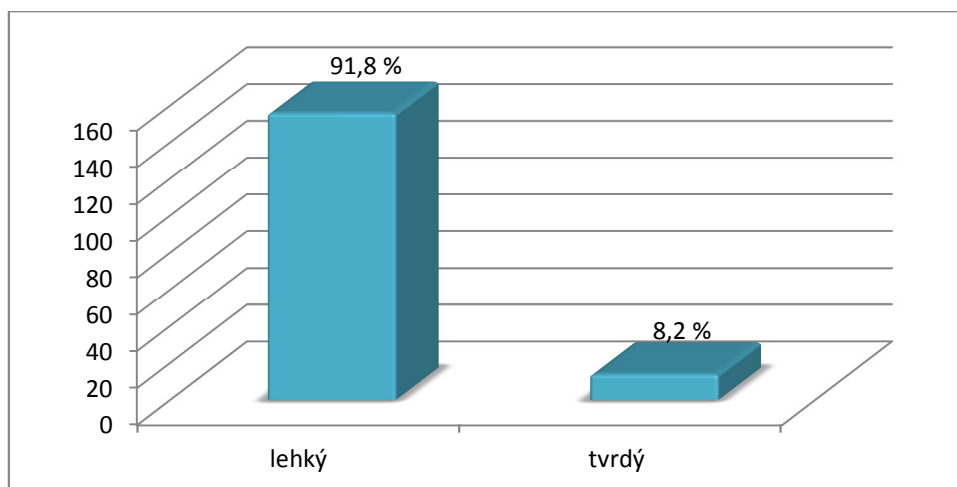
Graf č. 63 dále rozvádí odpovědi v případě kladné odpovědi na otázku ohledně konzumace energetických nápojů. V případě této statistiky šlo o to vyjádřit, v jakých situacích k němu dochází, kdy polovina odpovědí (konkrétně 6 v absolutních číslech) vyznívá ve prospěch pracovní doby, tj. v zaměstnání. Žádný respondent nepije energetické drinky více ve službě, než v době volna, naopak 3 respondenti (25,0 %) pijí energetické drinky více v době volna než v zaměstnání. V době pouze mimo zaměstnání konzumují energetické drinky také 3 respondenti (25,0 %).

Graf 64 Konzumace alkoholu



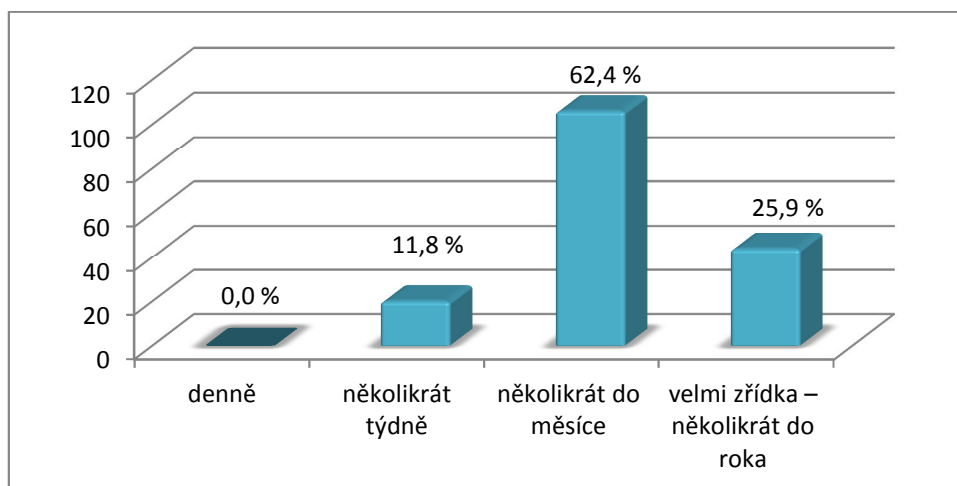
Graf č. 64 znamená míru vztahu zkoumané skupiny lidí k alkoholu a lze z něj usuzovat na vyváženou bilanci mezi konzumenty a abstinenty. 170 respondentů (52,5 %) dotazníkové šetření odpovědělo, že pijí alkoholické nápoje. 154 dotázaných (47,5 %) naopak abstinuje.

Graf 65 Druh alkoholu



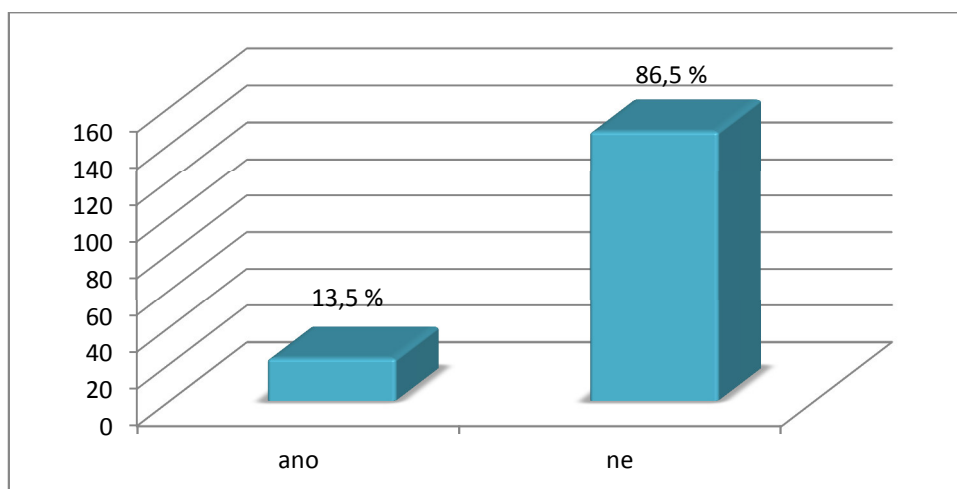
Následující 3 grafy, počínaje grafem č. 65, jsou podotázkami související s grafem číslo č. 64 a všechny se týkají konzumace alkoholu. Lehký alkohol se objevoval jako odpověď ve 156 odevzdaných dotaznících (91,8 %) a tvrdý alkohol potom v dotaznících, jejichž počet byl 14 (8,2 %).

Graf 66 Četnost konzumace alkoholu



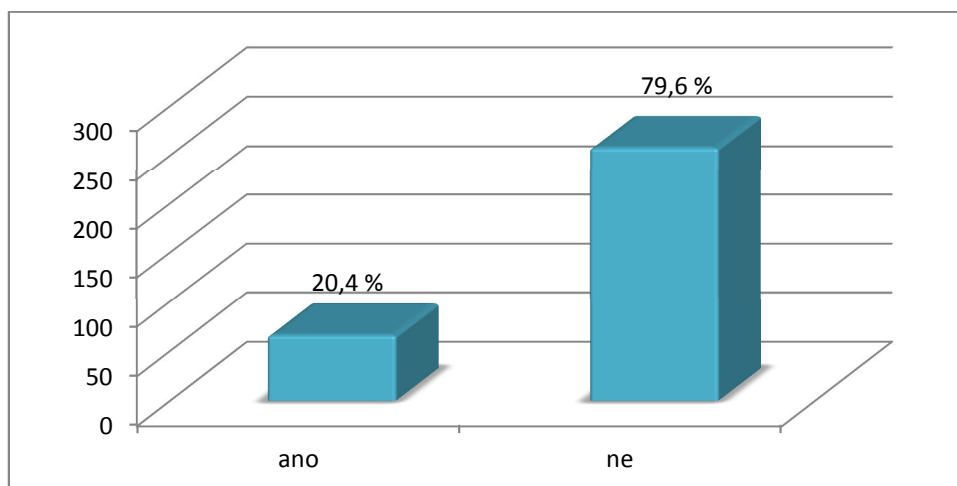
Následující graf s označením č. 66 graficky demonstruje četnost konzumace alkoholu, přičemž je nutné si především povšimnout odpovědi, že denně nekonzumuje žádný z respondentů. Několikrát týdně si alkohol dopřeje 20 respondentů (11,8%). 106 dotázaných (62,4 %) konzumuje alkohol několikrát do měsíce. Velmi zřídka – několikrát do roka pije alkohol 44 respondentů (25,9 %).

Graf 67 Eliminace stresu alkoholem



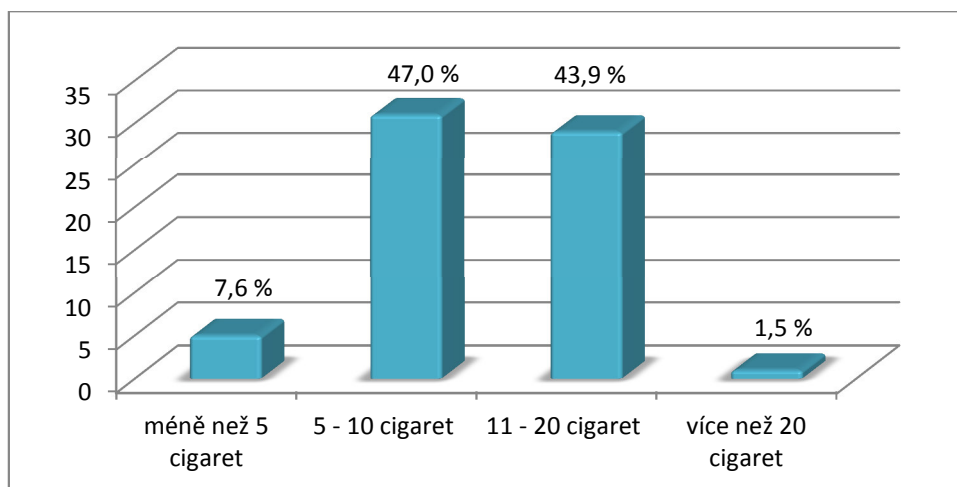
Graf č. 67 má znázorňovat účinek alkoholu ve stresových situacích, tedy jaké procento účastníků výzkumu řeší „duševní nepohodu“ právě alkoholem a tento předpoklad se potvrdil u 23 dotázaných (13,5 %). Zbýlých 147 respondentů (86,5 %) nepřiznává, že by měla konzumace alkoholu jakoukoliv spojitost se snahou o snížení pracovního stresu.

Graf 68 Kouření



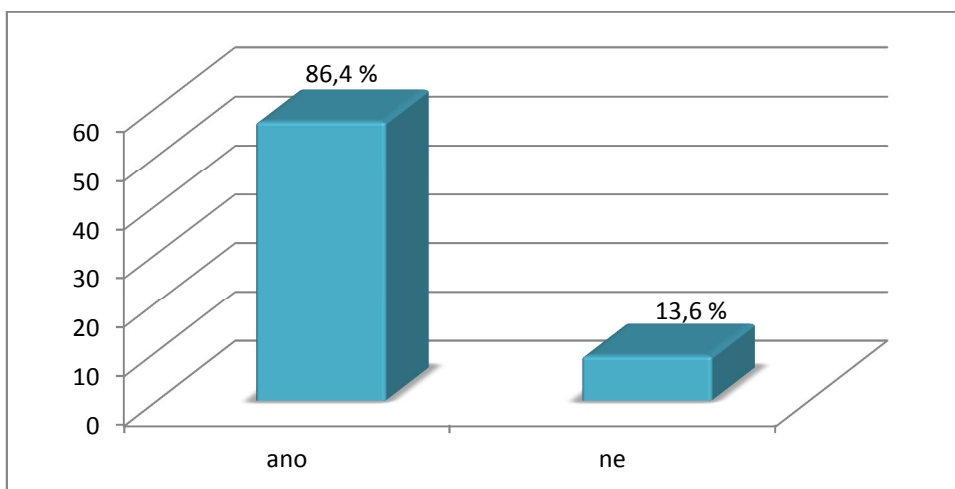
Tento graf pro změnu zobrazuje závislost dotázaných na další návykové látce, kterou jsou cigarety, přičemž se zde v převážné většině jednalo o nekuřáky. Dotazníkové šetření podhalilo, že 66 respondentů (20,4 %) pravidelně kouří cigarety, jedná se tedy o aktivní kuřáky. Naopak výzkumu se zúčastnilo 258 nekuřáků (79,6 %).

Graf 69 Počet vykouřených cigaret



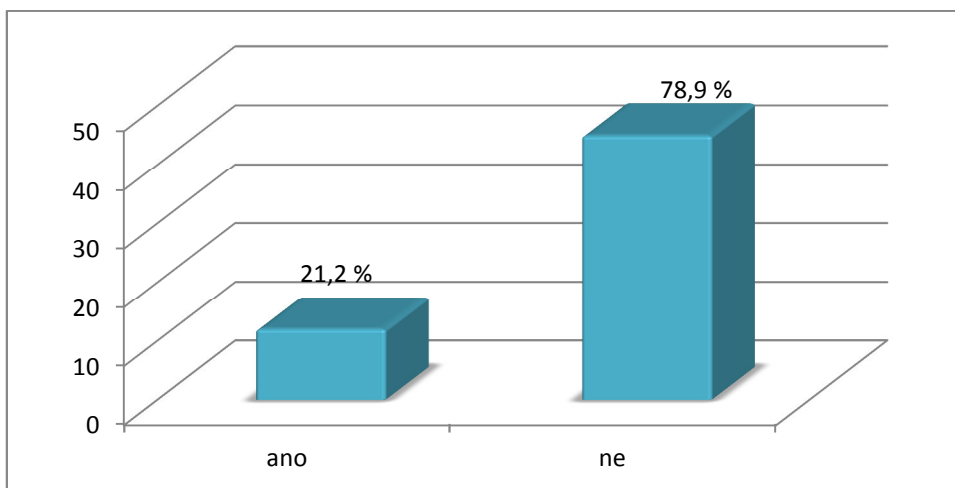
5 dotázaných pracovníků v nepřetržitém provozu (7,6 %) vykouří denně méně než 5 cigaret, 5 – 10 cigaret průměrně denně vykouří 31 dotázaných (47,0 %). 11 – 20 cigaret denně vykouří 29 respondentů (43,9 %) a pouze jeden kuřák vykouří denně více než 20 cigaret.

Graf 70 Kouření v době volna



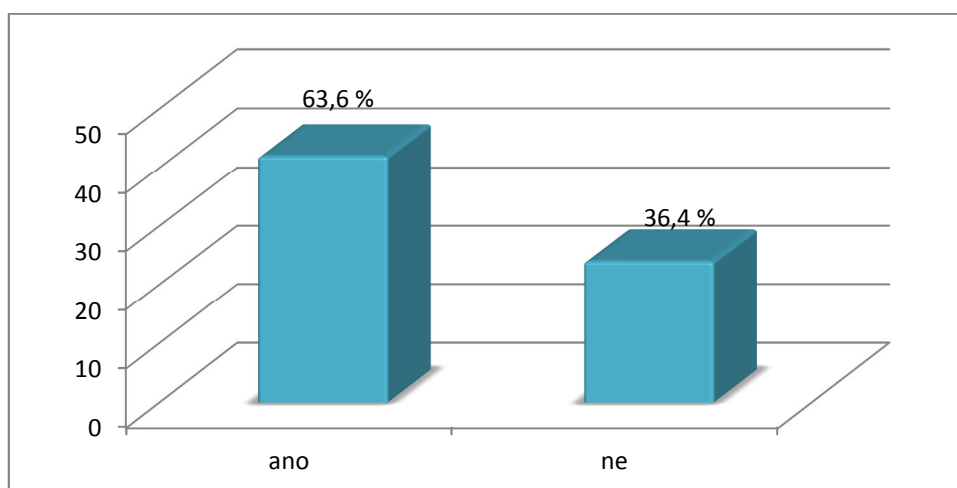
V době volna kouří 57 dotázaných (86,4 %). Kouření má spojení výhradně s pracovním výkonem, resp. s dobou strávenou na pracovišti pouze 9 respondentů (13,6 %).

Graf 71 Vyšší spotřeba cigaret v práci



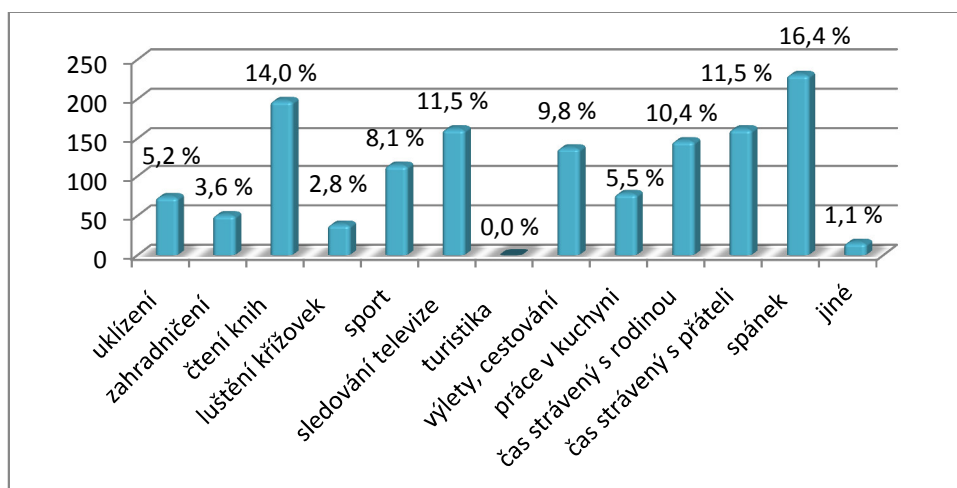
V zaměstnání vykouří 12 respondentů (21,2 %) více cigaret, než v době volna. Naopak 45 dotázaných (78,9 %) nevykouří více cigaret v zaměstnání.

Graf 72 Eliminace pracovního stresu kouřením cigaret



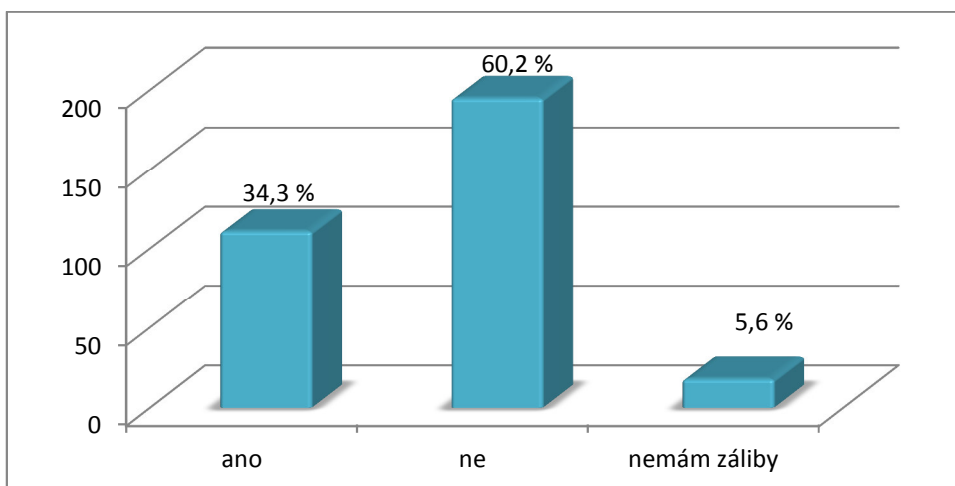
Z grafu č. 72 je zřejmé, že téměř třetina kuřáků (42), kteří se zúčastnili výzkumu, kouří za účelem snížení pracovního stresu. 24 respondentů (36,4 %) nekouří cigarety za účelem snížení pracovního stresu.

Graf 73 Způsob relaxace



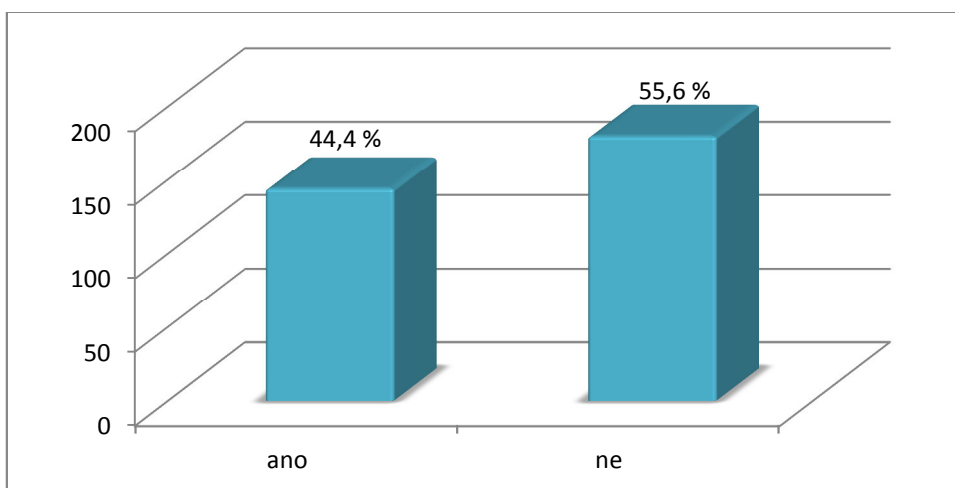
V grafu č. 73 mohli respondenti vybírat z více možností způsobu relaxace. Jako způsob relaxace 73 dotázaných uklízí, 51 dotázaných zahradničí, 198 respondentů čte knihy a 39 dotázaných luští křížovky. 114 respondentů rádo sportuje a 162 dotázaných sleduje televizi. Turistiku žádný respondent jako způsob relaxace neuvedl. Výlety a cestováním tráví volný čas 138 dotázaných. Práci v kuchyni (pečení, vaření) odpočívá 78 dotázaných. Čas strávený s rodinou (dětmi, popř. vnoučaty) je způsob relaxace pro 147 dotázaných a 176 respondentů rádo tráví volný čas s přáteli. Spánek uvedlo 231 respondentů. Možnost jiné zvolilo 16 dotázaných, na doplnění tráví rádi čas na procházkách se zvířecími členy rodiny, věnují se výrobě šperků, nakupují, tráví čas u počítače, her, ale i navštěvují kina či divadla, nebo studují.

Graf 74 Čas na záliby



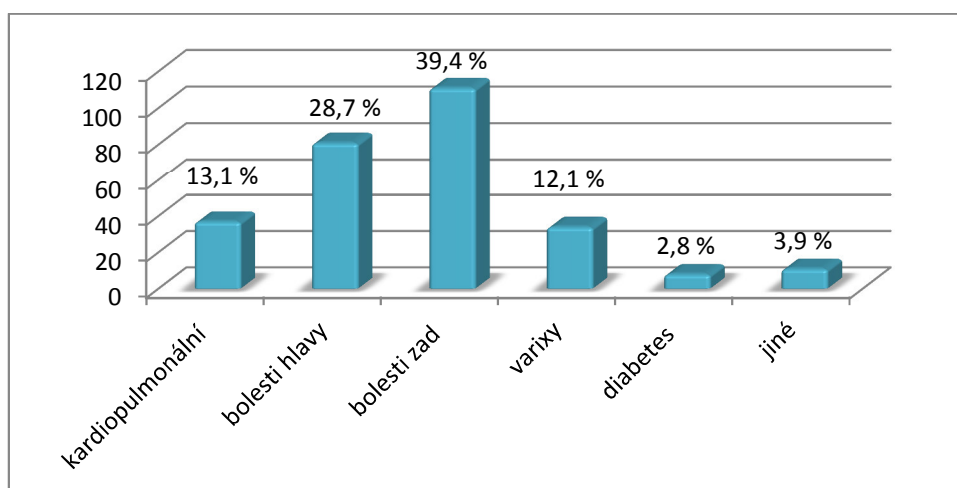
Dostatek času na své záliby má 111 dotázaných (34,3 %), naopak nedostatek volného času pro své koníčky pociťuje 195 respondentů (60,2 %). Záliby nemá 18 dotázaných (5,6 %).

Graf 75 Zdravotní problémy



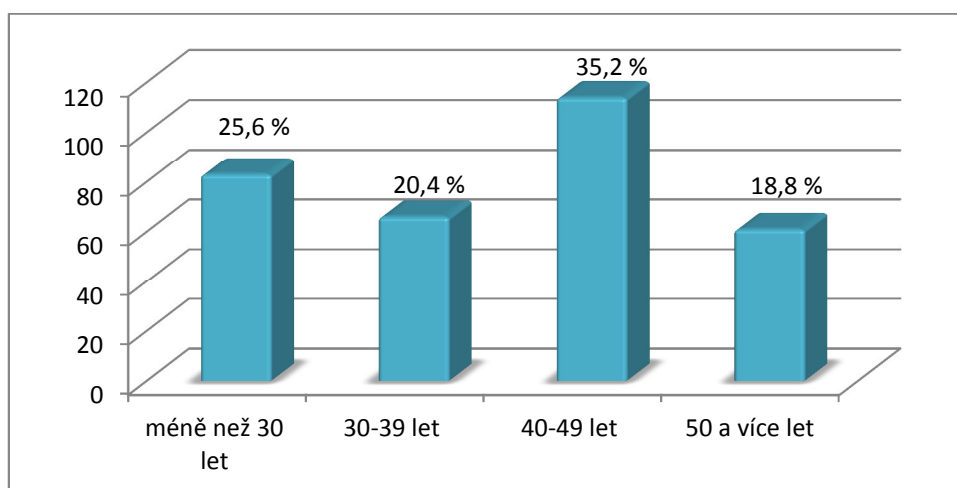
Zdravotní problémy v souvislosti s prací v nepřetržitém provozu se objevily u 144 respondentů (44,4 %). Žádné zdravotní problémy v souvislosti s výkonem zaměstnání neuvádí 180 dotázaných (55,6 %).

Graf 76 Zdravotní komplikace



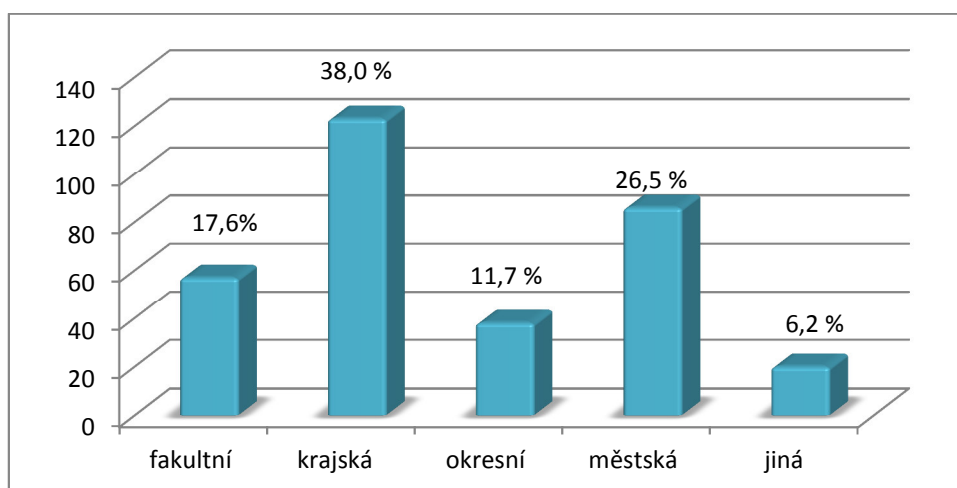
Zdravotní komplikace kardiopulmonálního charakteru (např. hypertenze) se objevila u 37 dotázaných (13,1 %), bolesti hlavy udává 81 dotázaných (28,7 %), bolesti zad postihly 111 respondentů (39,4 %). Varixy se objevily 34 dotázaným a diabetes mellitus 2. typu zaznamenalo 8 dotázaných (2,8 %). Možnost jiné vybralo 11 respondentů a dopisovali choroby jako hypofunkce štítné žlázy, ploché nohy, problémy gastroenterální (bolest žaludku, průjem), obezita.

Graf 77 Věk



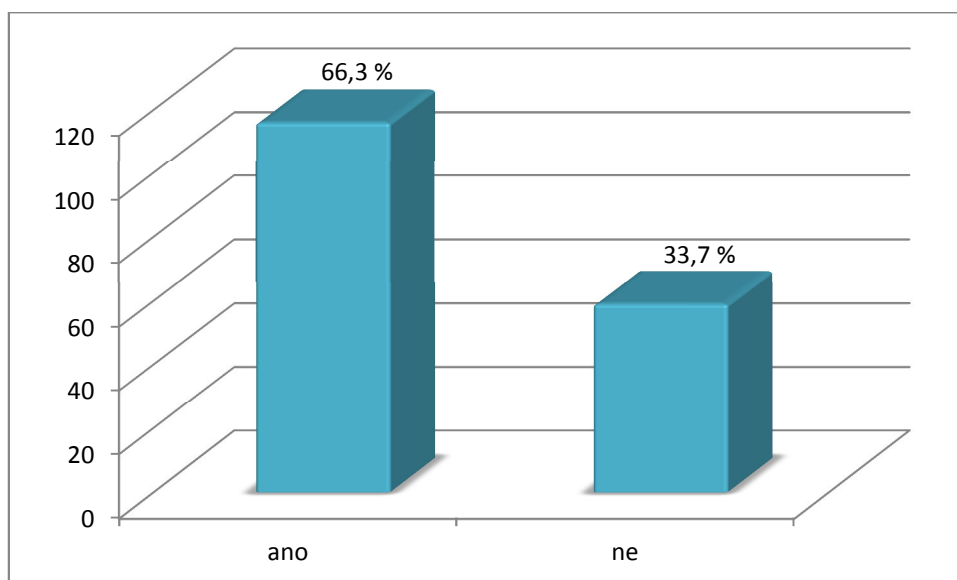
Výzkumného šetření se zúčastnilo 83 respondentů (25,6 %) mladších 30 let. Dotázaných ve věku mezi 30 a 39 roky bylo 66 (20,4 %). Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku od 40 do 49 let a to 114 (35,2 %). Účastníků výzkumu starších 50 let se zúčastnilo 61 (18,8 %).

Graf 78 Zdravotnické zařízení



Dotazníkového výzkumu se zúčastnilo 57 respondentů (17,6 %) z fakultních nemocnic, 123 dotázaných (38,0 %) z krajských nemocnic, 38 respondentů (11,7 %) je zaměstnáno v okresní nemocnici a 86 dotázaných (26,5 %) je zaměstnáno v městské nemocnici. 20 respondentů (6,2 %) jsou zaměstnáni v jiném typu zdravotnického zařízení. Mezi časté odpovědi lze zařadit zdravotnickou záchrannou službu nebo soukromou plastiku.

Graf 79 Zvyknutí si na střídání směn 40+



Graf č. 79 byl vytvořen za účelem potvrzení či zamítnutí hypotézy. V grafu jsou zobrazeny odpovědi z grafu č. 14 a zároveň pouze odpovědi dotázaných, kterým již bylo 40 let. Na střídání směn si zvyklo 116 respondentů starší 40 let, nezvyklo si jich 59 (33,7 %).

4.2. Statistické vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1 - Práci v nepřetržitém provozu hodnotí většina sester jako velmi náročnou jak po fyzické, tak i psychické stránce.

Podhypotéza č. 1.1 – Práce je náročná po fyzické stránce.

H_0 : Práce v nepřetržitém provozu není fyzicky náročná.

H_1 : Práce v nepřetržitém provozu je fyzicky náročná.

Kontingenční tabulka:

Věk	Fyzická náročnost				Celkem
	velmi náročná	spíše náročná	středně náročná	snadná	
méně než 30	36	25	20	2	83
30 - 39	4	29	31	2	66
40 - 49	18	55	39	2	114
50 a více	11	17	33	0	61
Celkem	69	126	123	6	324

Věk	Pozorované četnosti		Celkem
	velmi +spíše náročná	středně + snadná	
méně než 30	61	22	83
30 - 39	33	33	66
40 - 49	73	41	114
50 a více	28	33	61
Celkem	195	129	324

Věk	Očekávané četnosti	
	velmi +spíše náročná	středně + snadná
méně než 30	49,95	33,05
30 - 39	39,72	26,28
40 - 49	68,61	45,39
50 a více	36,71	24,29

Signifikace χ^2 testu (p-hodnota): **0,0019122** (tato hodnota se v Excelu vypočte pomocí fce CHITEST)

Porovnáme s hodnotou 0,05: $0,05 > 0,0019122$

Pokud je signifikace χ^2 větší než hladina významnosti (p-hodnota), přijímáme (nezamítáme) H_0 .

Závěr: Zamítáme H_0 a přijímáme H_1 - Práce v nepřetržitém provozu je fyzicky náročná.

Výpočet pomocí testového kritéria:

Stupeň volnosti: 3

Hladina významnosti: 5% (0,05)

Testovací kritérium pro $\chi^2_{0,95}$: 7,81

Věk	Výpočet kritéria	
méně než 30	2,44	3,69
30 - 39	1,14	1,72
40 - 49	0,28	0,42
50 a více	2,07	3,13

Celkem:	14,89
----------------	-------

Spočtená hodnota χ^2 je větší než hodnota testového kritéria.

Závěr: Spočtená hodnota testovaného kritéria (14,89) překračuje mez vymežující kritický obor (7,81). Nachází se mimo kritický obor a na zvolené 5% hladině významnosti přijímáme H_1 , zamítáme H_0 .

Podhypotéza č. 1.2 - Práce je náročná po psychické stránce.

H_0 : Práce v nepřetržitém provozu není psychicky náročná.

H_1 : Práce v nepřetržitém provozu je psychicky náročná.

Kontingenční tabulka:

Věk	Psychická náročnost				Celkem
	velmi náročná	spíše náročná	středně náročná	snadná	
méně než 30	19	24	38	2	83
30 - 39	19	21	26	0	66
40 - 49	39	43	28	4	114
50 a více	25	17	16	3	61
Celkem	102	105	108	9	324

Věk	Pozorované četnosti		Celkem
	velmi + spíše náročná	středně + snadná	
méně než 30	43	40	83
30 - 39	40	26	66
40 - 49	82	32	114
50 a více	42	19	61
Celkem	207	117	324

Věk	Očekávané četnosti	
	velmi +spíše náročná	středně + snadná
méně než 30	53,03	29,97
30 - 39	42,17	23,83
40 - 49	72,83	41,17
50 a více	38,97	22,03

Signifikace χ^2 testu (p-hodnota): **0,02435**

Porovnáme s hodnotou 0,05: $0,05 > 0,02435$

Pokud je signifikace χ^2 větší než hladina významnosti (p-hodnota), přijímáme (nezamítáme) H_0 .

Závěr: Zamítáme H_0 a přijímáme H_1 - Práce v nepřetržitém provozu je psychicky náročná.

Výpočet pomocí testového kritéria:

Stupeň volnosti: 3

Hladina významnosti: 5% (0,05)

Testovací kritérium pro $\chi^2_{0,95}$: 7,81

Věk	Výpočet kritéria	
méně než 30	1,90	3,35
30 - 39	0,11	0,20
40 - 49	1,15	2,04
50 a více	0,24	0,42

Celkem:	9,41
----------------	------

Spočtená hodnota χ^2 je větší než hodnota testového kritéria.

Závěr: Spočtená hodnota testovaného kritéria (9,41) překračuje mez vymezující kritický obor (7,81). Nachází se mimo kritický obor a na zvolené 5% hladině významnosti přijímáme H_1 , zamítáme H_0 .

Při porovnání výsledků hypotézy je zřejmé, že sestry považují práci v nepřetržitém provozu spíše fyzicky než psychicky náročnou (signifikace i vypočtené kritérium je u psychické náročnosti blíže hodnotám 0,05 a 7,81).

Hypotéza č. 2 - Více než polovina sester starší 40 let uvádí, že na práci v nepřetržitém provozu si nikdy nezvykla.

H_0 : Více než polovina sester starší 40 let uvádí, že na práci v nepřetržitém provozu si zvykla.

H_1 : Více než polovina sester starší 40 let uvádí, že na práci v nepřetržitém provozu si nezvykla.

Kontingenční tabulka:

Věk	Zvyknutí si na střídání směn		
	ano	ne	Celkem
40 - 49	76	38	114
50 a více	40	21	61
Celkem	116	59	175
%	66%	34%	

Věk	Pozorované četnosti		
	ano	ne	Celkem
40 - 49	76	38	114
50 a více	40	21	61
Celkem	116	59	175

Věk	Očekávané četnosti		
	ano	ne	Celkem
40 - 49	75,57	38,43	114
50 a více	40,43	20,57	61

Signifikace χ^2 testu (p-hodnota): **0,8841**

Porovnáme s hodnotou 0,05: $0,05 < 0,8841$

Pokud je signifikace χ^2 větší než hladina významnosti (p-hodnota), přijímáme (nezamítáme) H_0 .

Závěr: Přijímáme H_0 a zamítáme H_1 - Více než polovina sester starší 40 let uvádí, že na práci v nepřetržitém provozu si zvykla.

Výpočet pomocí testového kritéria:

Stupeň volnosti: 1

Hladina významnosti: 5% (0,05)

Testovací kritérium pro $\chi^2_{0,95}$: 3,841

Věk	Výpočet kritéria	
40 - 49	0,002	0,005
50 a více	0,005	0,009

Celkem:	0,02
----------------	------

Závěr: Spočtená hodnota testovaného kritéria (0,02) nepřekračuje mez vymežující kritický obor (3,481). Nachází se v kritickém oboru a na zvolené 5% hladině významnosti přijímáme (nezamítáme) H_0 .

Hypotéza č. 3 - Většina sester i přes náročnost nepřetržitého provozu dává přednost jeho ekonomickým výhodám před méně ohodnocenou prací v denních směnách.

H_0 : Většina sester i přes náročnost nepřetržitého provozu nedává přednost jeho ekonomickým výhodám před méně ohodnocenou prací v denních směnách.

H_1 : Většina sester i přes náročnost nepřetržitého provozu dává přednost jeho ekonomickým výhodám před méně ohodnocenou prací v denních směnách.

Kontingenční tabulka:

Věk	Výhody nepřetržitých směn					Celkem
	ek. výhody	volný čas	jiná práce	baví mě to	jiné	
méně než 30	37	53	17	22	7	136
30 - 39	57	52	4	6	0	119
40 - 49	71	46	29	27	7	180
50 a více	33	30	22	5	8	98
Celkem	198	181	72	60	22	533

Věk	Výhody nepřetržitých směn		Celkem
	ek. výhody	ostatní	
méně než 30	37	99	136
30 - 39	57	62	119
40 - 49	71	109	180
50 a více	33	65	98
Celkem	198	335	533

Věk	Pozorované četnosti		
	ek. výhody	ostatní	Celkem
méně než 30	37	99	136
30 - 39	57	62	119
40 - 49	71	109	180
50 a více	33	65	98
Celkem	198	335	533

Věk	Očekávané četnosti		
	ek. výhody	ostatní	Celkem
méně než 30	50,52	85,48	136
30 - 39	44,21	74,79	119
40 - 49	66,87	113,13	180
50 a více	36,41	61,59	98

Signifikace χ^2 testu (p-hodnota): **0,005686**

Porovnáme s hodnotou 0,05: $0,05 > 0,005686$

Pokud je signifikace χ^2 větší než hladina významnosti (p-hodnota), přijímáme (nezamítáme) H_0 .

Závěr: Zamítáme H_0 a přijímáme H_1 - Většina sester i přes náročnost nepřetržitého provozu dává přednost jeho ekonomickým výhodám před méně ohodnocenou prací v denních směnách.

Výpočet pomocí testového kritéria:

Stupeň volnosti: 3

Hladina významnosti: 5% (0,05)

Testovací kritérium pro $\chi^2_{0,95}$: 7,81

Věk	Výpočet kritéria	
méně než 30	3,62	2,14
30 - 39	3,70	2,19
40 - 49	0,26	0,15
50 a více	0,32	0,19

Celkem:	12,56
----------------	-------

Závěr: Spočtená hodnota testovaného kritéria (12,56) překračuje mez vymežující kritický obor (7,81). Nachází se v mimo kritický obor a na zvolené 5% hladině významnosti zamítáme H_0 a přijímáme H_1 - Většina sester v nepřetržitém provozu dává

přednost jeho ekonomickým výhodám před méně ohodnocenou prací v denních směnách.

Hypotéza č. 4 - Vnímaná míra negativity jednotlivých faktorů se zvyšuje se zvyšujícím se věkem sestry.

H_0 : Vnímaná míra negativity jednotlivých faktorů se nezvyšuje se zvyšujícím se věkem sestry.

H_1 : Vnímaná míra negativity jednotlivých faktorů se zvyšuje se zvyšujícím se věkem sestry.

Kontingenční tabulka:

Věk	Zvýšená míra negativity		
	ano	ne	Celkem
méně než 30	62	21	83
30 - 39	53	13	66
40 - 49	105	9	114
50 a více	59	2	61
Celkem	279	45	324

Věk	Pozorované četnosti		
	ano	ne	Celkem
méně než 30	62	21	83
30 - 39	53	13	66
40 - 49	105	9	114
50 a více	59	2	61
Celkem	279	45	324

Věk	Očekávané četnosti		
	ano	ne	Celkem
méně než 30	71,47	11,53	83
30 - 39	56,83	9,17	66
40 - 49	98,17	15,83	114
50 a více	52,53	8,47	61

Signifikace χ^2 testu (p-hodnota): **0,0001644**

Porovnáme s hodnotou 0,05: $0,05 > 0,0001644$

Pokud je signifikance χ^2 větší než hladina významnosti (p-hodnota), přijímáme (nezamítáme) H_0 .

Závěr: Zamítáme H_0 a přijímáme H_1 - Vnímaná míra negativity jednotlivých faktorů se zvyšuje se zvyšujícím se věkem sestry.

Výpočet pomocí testového kritéria:

Stupeň volnosti: 3

Hladina významnosti: 5% (0,05)

Testovací kritérium pro $\chi^2_{0,95}$: 7,81

Věk	Výpočet kritéria	
méně než 30	1,26	7,78
30 - 39	0,26	1,60
40 - 49	0,48	2,95
50 a více	0,80	4,94

Celkem:	20,07
----------------	-------

Závěr: Spočtená hodnota testovaného kritéria (20,07) překračuje mez vymežující kritický obor (7,81). Nachází se v mimo kritický obor a na zvolené 5% hladině významnosti zamítáme H_0 a přijímáme H_1 - Vnímaná míra negativity jednotlivých faktorů se zvyšuje se zvyšujícím se věkem sestry.

Hypotéza č. 5 - Sestry v nepřetržitém provozu vnímají v rozložení směn jako největší problém výrazné časové střídání směn v za sebou jdoucích dnech.

H_0 : Sestry v nepřetržitém provozu vnímají v rozložení směn jako největší problém výrazné časové střídání směn v za sebou jdoucích dnech.

H_1 : Sestry v nepřetržitém provozu nevnímají v rozložení směn jako největší problém výrazné časové střídání směn v za sebou jdoucích dnech.

Kontingenční tabulka:

Problémy nepřetržitého provozu							
Věk	výrazné střídání směn	jídlo	nuda	únava	biorytmus	jiné	Celkem
méně než 30	31	41	6	36	44	3	161
30 - 39	38	17	0	7	63	3	128
40 - 49	34	19	0	45	105	9	212
50 a více	23	10	0	14	52	3	102
Celkem	126	87	6	102	264	18	603

Problémy nepřetržitého provozu			
Věk	výrazné střídání směn	ostatní	Celkem
méně než 30	31	130	161
30 - 39	38	90	128
40 - 49	34	178	212
50 a více	23	79	102
Celkem	126	477	603

Pozorované četnosti			
Věk	výrazné střídání směn	ostatní	Celkem
méně než 30	31	130	161
30 - 39	38	90	128
40 - 49	34	178	212
50 a více	23	79	102
Celkem	126	477	603

Očekávané četnosti			
Věk	výrazné střídání směn	ostatní	Celkem
méně než 30	33,64	127,36	161
30 - 39	26,75	101,25	128
40 - 49	44,30	167,70	212
50 a více	21,31	80,69	102

Signifikace χ^2 testu (p-hodnota): **0,02394**

Porovnáme s hodnotou 0,05: $0,05 > 0,02394$

Pokud je signifikace χ^2 větší než hladina významnosti (p-hodnota), přijímáme (nezamítáme) H_0 .

Závěr: Zamítáme H_0 a přijímáme H_1 - Sestry v nepřetržitém provozu vnímají v rozložení směn jako největší problém výrazné časové střídání směn v za sebou jdoucích dnech.

Výpočet pomocí testového kritéria:

Stupeň volnosti: 3

Hladina významnosti: 5% (0,05)

Testovací kritérium pro $\chi^2_{0,95}$: 7,81

Věk	Výpočet kritéria	
méně než 30	0,21	0,05
30 - 39	4,74	1,25
40 - 49	2,39	0,63
50 a více	0,13	0,04

Celkem:	9,44
----------------	------

Závěr: Spočtená hodnota testovaného kritéria (9,44) překračuje mez vymežující kritický obor (7,81). Nachází se v mimo kritický obor a na zvolené 5% hladině významnosti zamítáme H_0 a přijímáme H_1 - Sestry v nepřetržitém provozu nevnímají v rozložení směn jako největší problém výrazné časové střídání směn v za sebou jdoucích dnech.

5. Diskuze

Téma Diplomové práce s názvem „Problematika životního stylu všeobecných sester v nepřetržitém provozu“ bylo vybráno z důvodu vlastní zkušenosti s touto problematikou, resp. s prací v nepřetržitém provozu, konkrétně na očním oddělení Krajské nemocnice Liberec, a.s. V diplomové práci jsme si stanovili tři cíle a k nim pět odpovídajících hypotéz k následnému testování. Prostředkem k dosažení vytyčených cílů a získání konkrétních údajů pro testování hypotéz posloužil dotazník koncipovaný pro ošetrovatelský personál, konkrétně pro všeobecné sestry, který má rovněž jako my zkušenost z nepřetržitého provozu. Vytvořený dotazník byl rozeslán elektronickou cestou prostřednictvím webové stránky Ošetřovatelství.info. Dotazník obsahoval celkem 44 otázek a 23 podotázek. Přestože byl dotazník obsáhlý, potřebná data byla díky pohodlnému přístupu k dotazníku získána během 2 měsíců. Vyšší objektivita a komplexnější pohled na toto téma jsou zajištěny strukturou otázek, které jednak musely být využitelné, jak již bylo zmíněno, pro testování hypotéz a jednak pro doplnění a získání podrobnějších informací o oslovené skupině.

Prvním stanoveným cílem bylo zmapovat a vyhodnotit intenzitu negativity jednotlivých faktorů práce sestry v nepřetržitém provozu. K tomuto cíli byly stanoveny hypotézy H1, podle které práci v nepřetržitém provozu hodnotí většina sester jako velmi náročnou, H3, podle které většina sester i přes náročnou povahu nepřetržitého provozu dává přednost odměně s ním spojené a hypotéza H5, kde se předpokládá, že sestry v nepřetržitém provozu vnímají v případě plánování směn jako největší problém rozdíly v denní době při střídání směn, které na sebe navazují. S tímto cílem souvisí i otázka č. 16 z dotazníku, kde respondenti na stupnici od 1 do 10 označovali, v jaké míře vnímají práci negativně vyvolané pocity jako je únava, stres, nedostatek času na rodinu a pro péči o domácnost a nedostatek času pro sebe. Opomenuta nezůstala ani otázka týkající se pocitu nedostatečného finančního ohodnocení za práci. Hypotézu č. 1 ověřovaly otázky v dotazníku č. 7 a 8 (graf č. 8 a 9), kdy otázka č. 7 zjišťovala, jak všeobecné sestry hodnotí náročnost své práce po fyzické stránce. Otázkou č. 8 byla zjišťována náročnost práce všeobecných sester po psychické stránce. Jako velmi náročnou vnímá po fyzické stránce svoji práci pouze 69 dotázaných a spíše náročnou 126 dotázaných, 123 respondentů ji vnímá jako středně náročnou. Psychicky velmi náročnou vnímá svoji práci 102 respondentů, spíše náročnou ji vnímá 105 všeobecných

sester a 108 dotázaných vnímá svoji práci jako psychicky středně náročnou. Protože nejvíce respondentů označovalo možnosti jiné než velmi náročná, byla tímto hypotéza č. 1 zamítnuta, statisticky ale přijata. Podle stanovené hypotézy č. 3 dává většina dotázaných přednost ekonomickým výhodám práce v nepřetržitém provozu než v jednosměnném provozu v podobě ranních směn. Tuto hypotézu ověřuje otázka č. 13, kdy respondenti měli na výběr z více možností a maximálně mohli vybrat 2 odpovědi. Nejvíce zvolených odpovědí bylo právě pro ekonomické důvody. Na tuto otázku navazovala otázka další týkající se toho, zdali by respondenti chtěli být zaměstnaní na jednu směnu za stejných finančních podmínek, jako v případě nepřetržitého provozu. Této možnosti by využila dvě třetiny všech dotázaných. Naopak ověřovací otázkou bylo, zdali by všichni, kteří odpověděli na otázku č. 14 kladně, pracovali na jednu směnu za nižší finanční ohodnocení. Z výzkumu vyplynulo, že nikoliv. Tímto byla hypotéza č. 3 potvrzena. Hypotéza č. 5 byla ověřována otázkou číslo 18, kdy bylo zjišťováno, které faktory všeobecné sestry v nepřetržitém provozu vnímají nejhůře. V této otázce vybírali respondenti nejčastěji možnost narušeného biorytmu – téměř 40 % dotázaných a následně téměř 20 % respondentů spatřovalo největší problém v rozložení směn, tj. jejich výrazné časové střídání v za sebou jdoucích dnech. Na tuto hypotézu jsme se snažili nahlížet i z jiného úhlu pohledu, a to skrz otázku č. 16 respondenti, kde respondenti vyznačovali míru negativity uvedeného faktoru na stupnici od 1 do 10. Jedním z vybraných faktorů byla i možnost s označením h) - přecházení z nočních do denních směn bez dne volna minimálně 1x během jednoho týdne. Tento přechod velmi vadí 40 % dotázaných. Nicméně jak již bylo psáno výše, v otázce č. 18 respondenti nejčastěji vybírali možnost narušeného biorytmu, proto byla tato hypotéza zamítnuta. Cíl č. 1 byl splněn.

Prostřednictvím druhého stanoveného cíle jsme se snažili vyhodnotit vliv věku na vnímání faktorů uvedených v otázce č. 16. K tomuto cíli byly stanoveny dvě hypotézy a to H2: Více než polovina sester starších 40 let uvádí, že na práci v nepřetržitém provozu si nikdy nezvykla a H4: Vnímaná míra negativity jednotlivých faktorů se zvyšuje se zvyšujícím se věkem sestry. Hypotéza č. 2 byla ověřována otázkami v dotazníku číslo 12 a 43, kdy v otázce č. 12 bylo zjišťováno, zdali si sestry zvykly pracovat v nepřetržitém provozu včetně střídání směn. Z výsledků vyplynulo, že tři čtvrtiny respondentů si zvykly na střídání směn. K této otázce byl následně vytvořen graf č. 79, který zobrazuje pouze odpovědi respondentů starších 40 let. I zde je

potvrzené, že 66 % dotázaných si zvyklo na střídání směn. Proto byla hypotéza č. 2 zamítnuta. Hypotéza č. 4 byla ověřována otázkou č. 17, kde jsme zjišťovali, jestli všeobecné sestry vnímají uvedené negativní faktory hůře s přibývajícím věkem či nikoliv. Naprostá většina všeobecných sester odpověděla, že vnímá negativní faktory hůře s věkem a to konkrétně v 86 % případů. Cíl č. 2 byl splněn.

Třetím stanoveným cílem bylo analyzovat a vyhodnotit toleranci konkrétního střídání směn a na základě podkladů navrhnout nové směnové řešení. V dotazníku bylo otázkou č. 5 zjišťováno, jak dlouhé služby respondenti slouží. Naprostá většina respondentů slouží 12 hodinové služby. Dále bylo otázkou č. 6 zjišťováno, jakým způsobem mají respondenti rozvržené služby. Desetina respondentů slouží pravidelné služby v podobě krátkého a dlouhého týdne, 16 % dotázaným se služby pravidelně střídají, avšak v jiné podobě než krátkého a dlouhého týdne. 73 % respondentů má ale služby rozvržené nerovnoměrně bez jakékoliv pravidelnosti. Jak již bylo psáno v teoretické části, podle Zákoníku práce by měl být zaměstnanec seznámen nejpozději 14 dní s rozvrhem služeb na další období. Bohužel i nadále se lze setkat s praktikami, kdy zaměstnavatel (staniční /vrchní sestra) pravidelně píše služby těsně před koncem jednoho plánovacího období, tzn. i 29. den kalendářního měsíce. Zabránění protiprávnímu jednání může pomoci i softwarový program pro psaní služeb, který zároveň hlídá, aby zaměstnanec neměl příliš služeb a nebyl tím tak bezdůvodně porušován zákoník práce o nároku na odpočinek. Takto by již nemělo docházet k nerovnoměrnému rozvržení směn, jako například pokud zaměstnavatel naplánoval určitému zaměstnanci 6 služeb během 7 kalendářních dní za sebou jdoucích. Přestože je pořizovací cena tohoto programu vyšší, usnadní zaměstnavateli psaní služeb a zároveň zohlední požadavky zákoníku práce. Program může být také využit k tomu, aby služby na následující kalendářní rok byly napsané nejpozději do prosince roku končícího, a tak si zaměstnanec, který je zaměstnán na oddělení, kde jsou zcela nepravidelně psané služby, mohl naplánovat dovolenou tak, aby si v týdnu, kdy je naplánováno více služeb nepřišel o mnoho dnů dovolené. Může si i například lépe zorganizovat svůj čas v podobě pravidelné sportovní aktivity, jazykových kurzů, ale třeba se může spolehnout na to, že víkend, který si přeje mít volný z různých důvodů, jej může mít.

U náročnosti služeb ještě chvíli zůstaneme. V rámci prováděného výzkumu bylo zjišťováno, zdali všeobecné sestry konzumují alkoholické nápoje za účelem snížení pracovního stresu. Na tuto otázku zde upozorňujeme, protože většina sester hodnotila

svou práci po fyzické i psychické stránce velmi náročnou, spíše náročnou nebo středně náročnou. Z výzkumu vyplynulo, že 23 respondentů (13,5 %), kteří nejsou abstinenti, konzumují alkohol za účelem snížení pracovního stresu a dokonce 42 kuřáků (63,6 %) kouří cigarety za účelem snížení pracovního stresu. Z výzkumu také vyplynulo, že respondenti vypijí více kávy při noční směně než při denní. Na téma pití kávy při směnách se zaměřil i výzkum publikovaný v roce 2010 (Ker, Edwards, Felix), kdy se hodnotil dopad na chyby, a zjistilo se, že kofein významně snižuje počet chyb ve srovnání s placebem. Sallon, Katz-Eisner a Bdolah-Abram (2015) uvádí výsledky svého výzkumu, kdy říkají, že je nutná péče o zaměstnance pracující v nemocnici v oblasti stresu, tzv. péče o pečovatele. Jako výsledek výzkumu došlo ke snížení četnosti infekce horních cest dýchacích a rodinné návštěvy u lékaře. Výsledky naznačují, že poskytování péče pro nemocniční personál pozitivně dopadají na zdraví a pohodu a výrazně snižuje stres a syndrom vyhoření v této populaci. V USA proběhl výzkum za účelem snižování stresu ošetřovatelů s cílem zhodnotit efektivitu webového programu Breathe: Stress Management for Nurses, který měl pomoci sestřím se zvládnutím stresu. Výsledkem výzkumu bylo, že účastníci skupiny programů zaznamenali výrazně větší snížení než kontrolní skupina na plné stupnici ošetřovatelské zátěže. Analýza moderátorů zjistila, že sestry s většími zkušenostmi prospívají více. (Hersch, Cook, Deitz, et al., 2016).

Pojďme se podívat na problematiku životního stylu z jiné perspektivy, resp. z pohledu rodiny. V našem výzkumu bylo také zjištěno, že 81,5 % dotázaných žije v jedné domácnosti s partnerem a z toho je 72,7 % partnerů také zaměstnaných v nepřetržitém provozu, přesto by si téměř 60 % všech partnerů všeobecných sester zaměstnaných v nepřetržitém provozu přálo, aby jejich partnerka pracovala pouze na jednu (ranní) směnu. Zkoumané všeobecné sestry odpověděly, že jako největší problém v jejich soužití vnímají nedostatek času pro společného času pro různé aktivity, kdy tuto možnost označilo téměř 50 % všech dotázaných. 55 % všeobecných sester označilo, že práce v nepřetržitém provozu má negativní vliv na jejich partnerství. Třetina všech respondentů uvedla, že žije v jedné domácnosti s nezletilými dětmi. Aby skloubily život v nepřetržitém provozu a hlídání dětí, pokud jsou ještě malé, nejčastěji respondenti volí možnost, že se střídají na směny tak, že je jeden z partnerů vždy v zaměstnání a druhý je s dětmi, čímž ovšem rodině není často pohromadě. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že jim děti hlídají příbuzní. Neumann (2007) uvádí, že lidé pracující na směny spíše volí

možnost zkrácení spánku a společnost partnera a dětí. Neumann (2007) také zmiňuje, že práce na směny u jednoho člena rodiny, má vliv na fungování celé rodiny, protože děti si musí hrát potichu a volnočasové aktivity se také musí přizpůsobovat partnerovi, který pracuje v nepřetržitém provozu. Gifkins, Loudoun, Johnston (2015) prováděli srovnávací výzkum mezi sestrami ve směnném provozu. Výzkumu se zúčastnily jak sestry zkušené, tak i sestry s krátkou praxí a byly zjištěny 3 hlavní rozdíly mezi těmito sestrami, které se týkají problémů se směnnou prací v ošetrovatelském prostředí, vnímání užitečnosti práce na směnách, strategie zvládání a sociální podpora doma i v práci. Zkušené sestry podrobně vysvětlily význam podpory od rodiny a přátel, zatímco nezkušené sestry popsaly pocit, že jsou odpojené od sociálních podpor. Zkušené sestry uvedly nedostatečnou podporu ošetrovatelských manažerů jako problematickou.

Práce v nepřetržitém provozu má také vliv na zdravotní stav. Jak popisuje Neumann (2007) je velmi těžké sledovat negativní účinky nepřetržitého provozu na zdraví člověka, protože mnoho lidí, pokud má zdravotní komplikace způsobené prací v nepřetržitém provozu, přejde na ranní směnu. Jak říká Neumann (2007) „*efekt přeživšího*“. Stresující faktory se mohou kombinovat s ostatními, a pokud dotyčný zaměstnanec vede špatný životní styl (pokud má například sklony ke kuřáctví či alkoholismu), snižuje to jeho toleranci ke snášení pracovního stresu. Nejčastěji uváděnými zdravotními komplikacemi jsou v tomto případě poruchy kardiopulmonální a gastrointestinální. Podle McCubbin, Pilcher a Moore (2010) mají zaměstnanci pracující v nepřetržitém provozu s deprivací spánku náchylnost k poruše krevního tlaku, to platí zejména u osob s pozitivní rodinnou anamnézou hypertenze. Jen našeho výzkumu se zúčastnilo 30 % respondentů s nadváhou a téměř stejný počet obézních. V dotazníkovém průzkumu 144 osob (44,4 %) uvedlo, že mají zdravotní komplikace způsobené prací v nepřetržitém provozu. Nejčastěji respondenti uvedli, že mají komplikace v podobě bolestí zad, následovaly problémy s bolestmi hlavy a kardiopulmonální potíže. Do možnosti jiné několik respondentů uvedlo, že kvůli práci v nepřetržitém provozu trpí obezitou, poruchami menstruačního cyklu, či hypofunkcí štítné žlázy. Z průzkumu prováděného v roce 2007 se zjistilo, že dlouhodobá práce v nepřetržitém provozu byla spojena s vyšším rizikem rakoviny prsu, zvláště u žen, které pracovaly na směny v mladším věku. (Wegrzyn, Tamimi, Rosner et al., 2017)

Další nedílnou součástí životního stylu je spánek. Podle prováděného výzkumu má 44 % respondentů narušený biorytmus a s tím souvisí i problémy se spánkem. Ty udává 56 % dotázaných. Hypnotika ale užívá jen 18 respondentů. Bylinné preparáty volně prodejné v lékárně či bylinné lékárně užívá 24 dotázaných. Liira, Verbeek, Costa (2014) uvádí, že práce ve směnném provozu způsobuje poruchy spánku, které mají za následek ospalost a únavu během nočních směn a snižují délku a kvalitu spánku v denní době, tj. po noční směně. Tento efekt se nazývá též jako porucha spánkové práce. Podle Liira, Verbeek, Costa (2014) hypnotika nezlepšila délku ani kvalitu spánku po noční směně. Costa, Anelli, Castellini (2014) porovnávali ve svém výzkumu, zdali je pro organismus lepší střídání směn v podobě ranní, odpolední a noční po osmi hodinách nebo denní a noční se službami po 12 hodinách. Z výsledků vyplývá, že sestry pracující ve dvanáctihodinových směnách vykazovaly nižší hladiny poruch spánku než třísměnný provoz se službami po 8 hodinách. Costa, Anelli, Castellini (2014) také uvádí, že sestry, které během noční směny spí, potřebují o 40% méně spánku. Některé osobní charakteristiky, jako ráno, neschopnost překonat ospalost, pružnost spánkových návyků a věk, byly významně spojeny s poruchami spánku u sester sloužících v podobě ráno, odpoledne a noc, avšak nikoliv u dvanáctihodinových směn. Jak udává Lin, Chang a Wang (2017) na Tchaj-wanu uvažují o zavedení délky pracovní směny na 12 hodinovou. Tento model délky směny byl poprvé zaveden v USA v roce 1967 s cílem řešení nedostatku pracovních sil. Podle tohoto modelu sestry pracují jen tři až čtyři dny týdně po 12 hodinových směnách denně. Lin, Chang a Wang (2017) uvádí, že 12 hodinové směny zlepšení kvality života ošetrovatelského personálu a zvýšení spokojenosti s prací.

Na závěr bychom rádi uvedli, jak je povolání sestry vnímané společností. Glerean, Hupli, Talman, Haavisto (2017) prováděli výzkum s cílem zjistit, jak mladí lidé vnímají sestry a ošetrovatelskou profesi. Z výzkumu vyplývá, že mladí lidé vnímají ošetrovatelství jako práci za špatných podmínek, tuto práci, tj. činnost zdravotnického personálu považují za méně kvalifikovanou v porovnání s náplní práce lékaře. Zkráceně řečeno vnímají mladí lidé pracovníky zdravotnického personálu jako takzvanou „nižší společnost“. Na sestry je dle výše popsání výzkumu nahlíženo ze strany oslovené skupiny jako na laskavé a pečující, jejichž práce je jak fyzicky, tak duševně náročná. Ovšem jejich společenský a intelektuální status se nachází pod úrovní statusu lékaře. Dále ale Glerean, Hupli, Talman, Haavisto (2017) uvádí, že vnímání

mladých lidí neodráží realitu ošetrovatelské profese a vnímaný obraz ošetrovatelství se za posledních deset let nezměnil. Pro porovnání v České republice bylo v roce 2016 třetí místo nejprestižnějšího povolání zvolená právě profese všeobecné sestry. (Tuček, 2016)

6. Závěr

Problematika životního u všeobecných sester, které jsou zaměstnané v nepřetržitém provozu, byla, je a bude stále aktuální, protože v nemocnicích nelze zavřít a zamknout dveře jako v obchodě a umístit na ně cedulku „*dnes již máme zavřeno*.“ Svoje povolání chápeme jako poslání, a proto si často ani neuvědomujeme, jakou oběť této své profesi přinášíme, především v podobě nezdravě nastaveného biorytmu. Práce sester u lůžka je nesmírně zajímavá, krásná, ale současně náročná, zejména pokud mají služby nepravidelně naplánované, neboť se člověk nemůže držet určitého zavedeného konceptu, denního plánu.

Domníváme se, že v úvodu stanovený cíl, týkající se zmapování životního stylu zdravotnického personálu, jehož náplní je práce v nepřetržitém (několika směnném) provozu se nám podařilo naplnit. Těší nás, že jsme ve svém statistickém zkoumání mohli vycházet z relevantních údajů. Výsledky zkoumání stanovených hypotéz potvrzují logické předpoklady odpovědí na otázky, které jsou obsahem těchto hypotéz, tedy provedený výzkum neodhalil jakékoliv nesmyslné nebo velmi nepravděpodobné skutečnosti.

V závěru bychom se ještě chtěli vyjádřit k aktuální společenské situaci ve zdravotnictví. V současné době úřadující ministr zdravotnictví JUDr. Ing. Miloslav Ludvík chápe problematiku náročnosti zdravotnické profese velmi dobře (ostatně jde o člověka s bohatými zkušenostmi z praxe), a proto se snaží sestřím u lůžka alespoň finančně kompenzovat náročnost střídání směn. Dle našeho názoru by mohla v budoucnu přijít na „přetřes“ celkové koncepce rozvržení práce v nepřetržitém provozu, kdy by bylo snahou o dosažení určitého řádu, pokud jde o denní návyky. Často se nyní setkáváme s názorem, že sestry v ambulancích na ranní směnu to mají velmi těžké, neboť jejich práce je z hlediska náplně velice obsáhlá. V tomto případě je ale současně nutné si uvědomit, že tyto sestry mají přesně vymezenou pracovní dobu a pravidelný spánek, takže pokud pomineme otázku zdraví, mohou si tyto sestry taktéž lépe plánovat svůj volný čas a aktivity (hobby, koníčky atd.) s ním spojené. To jsou důležitá fakta, která obecně rozhodně nejsou tolik rozšířená. Pro další výzkum, například další bakalářskou či diplomovou práci by bylo vhodné srovnat životní styly těchto dvou skupin sester.

Závěrem bychom na tomto místě chtěli říct, že i zaměstnavatelé, zvláště ti, kteří píšou služby na další měsíce, ač je to velmi náročné, by se měli snažit akceptovat požadavky

zaměstnanců, nikoliv pouze pokud jde o základně požadavky pracovně právního vztahu jako je řádná dovolená, nemoc a podobně, nýbrž by zaměstnavatelé rovněž měli zohlednit čas potřebný pro dostatečnou regeneraci prostřednictvím zájmových činností a měli by se snažit zaměstnancům v nepřetržitém provozu v tomto smyslu vycházet vstříc. To je jedna z mála věcí, kterou by se daly alespoň zmírnit účinky náročné práce v nepřetržitém provozu.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ADÁMKOVÁ, V., 2010. *Civilizační choroby - žijeme spolu*. Praha: Triton. 136 s. ISBN 978-80-7387-413-1.
2. AMBLER, Z., 2006. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 6. vyd. Praha: Galén. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.
3. *Arbeitszeitgesetz* vom 6. Juni 1994 (BGBl. I S. 1170, 1171), das zuletzt durch Artikel 12a des Gesetzes vom 11. November 2016 (BGBl. I S. 2500) geändert worden ist. Dostupné z: <https://gesetze-im-internet.de/arbzg/BJNR117100994.html>
4. BARTUŇKOVÁ, S., 2010. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum. 136 s. ISBN 978-80-246-1874-6.
5. BAŠTECKÁ, B., 2003. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
6. BORZOVÁ, C., 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
7. COSTA, G., ANELLI, M. M., CASTELLINI, G. et al. 2014. [online]. *Stress and sleep in nurses employed in "3 × 8" and "2 × 12" fast rotating shift schedules*. [cit. 2017-07-31]. DOI: 10.3109/07420528.2014.957309. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25216205>
8. CUNGI, Ch., LIMOUSIN, S. 2005. *Relaxace v každodenním životě*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 80-7178-948-8.
9. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
10. ČEPELÍKOVÁ, K., HAVLÍČEK, P., 2014. [online]. Petr Havlíček radí, jak jíst při práci na směny. In: *Vitalia*. 6.(8). [cit. 2017-03-19]. Dostupné z: <https://dieta.vitalia.cz/clanky/petr-havlicek-radi-jak-jist-pri-praci-na-smeny/>
11. DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J., 2008. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Aleš Čeněk. 240 s. ISBN 978-80-7380-123-6.
12. DVOŘÁKOVÁ, Z., 2007. *Management lidských zdrojů*. Praha: C. H. Beck. 485 s. ISBN 978-80-7179-893-4.
13. EVERS, E., 2012. [online]. *Treat cancer with IV vitamin C - Recent clinical success*. In: *Natural News* [cit. 2017-01-02]. Dostupné z: http://www.naturalnews.com/034663_IV_vitamin_c_cancer_treatment.html

14. GIFKINS, J., LOUDOUN, R., JOHNSTON, A. 2017. [online]. *Coping Strategies and Social Support Needs of Experienced and Inexperienced Nurses Performing Shiftwork*. In: Journal of Advanced Nursing. [cit. 2017-07-19]. DOI: 10.1111/jan.13374. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28677140>
15. Glerean, N., Hupli, M., Talman, K., Haavisto, E. 2017. [online]. *Young peoples' perceptions of the nursing profession: An integrative review*. In: Nurse Education Today. [cit. 2017-07-21]. DOI: 10.1016/j.nedt.2017.07.008. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28755570>.
16. HAINER, V., 2011. *Základy klinické obezitologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-247-3252-7.
17. HALL, B., 2016. *The Psychology of Sleep*. New York: CreateSpace Independent Publishing Platform. ISBN 9781530983469.
18. HALMO, R., 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5.
19. HEALTHY SLEEP TIPS. ©2016. [online]. *National Sleep Foundation* [cit. 2016-12-31]. Dostupné z: <https://sleepfoundation.org/sleep-tools-tips/healthy-sleep-tips>
20. HERSCH, R. K., COOK, R. F., DEITZ, D. K., et al. 2016. [online]. *Reducing nurses' stress: A randomized controlled trial of a web-based stress management program for nurses*. Applied Nursing Research, 32, 18-25. [cit. 2017-07-17]. DOI: 10.1016/j.apnr.2016.04.003. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189716300118>
21. HRNČIŘÍKOVÁ, I., 2013. [online]. *Kouření, nemoc F17: Poradna pro zdravou výživu a odvykání kouření* [cit. 2017-02-04]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/koureni-nemoc-f17/f1561>
22. CHIRAS, D. D., 2012. *Human biology*. 7th ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning. 494 p. ISBN 0763783455.
23. CHRPOVÁ, D., 2010. *S výživou zdravě po celý rok*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-2512-3.
24. ISKRA-GOLEC, I., BARNES-FARRELL, J., BOHLE, P., 2016. *Social and family issues in shift work and non standard working hours*. New York, NY: Springer. 202 p. ISBN 978-3-319-42284-8.
25. JANÁČKOVÁ, L., 2008. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.

26. JOSEPHINE, R., 2012. *Everything Good about Smoking*. Singapore: Trafford publishing. 80 p. ISBN 978-1-4669-9827-8.
27. LIIRA, V., VERBEEK, J., COSTA, G. et. al., 2014. [online]. Pharmacological interventions for sleepiness and sleep disturbances caused by shift work. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 8. [cit. 2017-01-20]. DOI: 10.1002/14651858.CD009776.pub2. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009776.pub2/abstract;jsessionid=2DE1E7808FA984FB163C2F48B3042CD2.f03t01?systemMessage=WOL+Usage+report+download+page+will+be+unavailable+on+Friday+27th+January+2017+at+23%3A00+GMT%2F+18%3A00+EST%2F+07%3A00+SGT+%28Saturday+28th+Jan+for+SGT%29++for+up+to+2+hours+due+to+essential+server+maintenance.+Apologies+for+the+inconvenience.>
28. KASSIN, S. M., 2007. *Psychologie*. Brno: CPress. 800 s. ISBN 978-80-251-1716-3.
29. KER, K., EDWARDS, P. J., FELIX, L. M. et al. 2010 [online]. *Caffeine for the prevention of injuries and errors in shift workers*. In: Cochrane Database of Systematic Reviews Chichester, UK: John Wiley & Sons. [cit. 2017-01-20]. DOI: 10.1002/14651858.CD008508. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008508>
30. KLIMEŠOVÁ, I., STELZER, J., 2013. *Fyziologie výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 178 s. ISBN 978-80-244-3280-9.
31. Kouření. 2007. [online]. In: *Státní zdravotní ústav* [cit. 2017-01-04]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/koureni?highlightWords=kou%C5%99en%C3%AD>
32. KRASKA-LÜDECKE, K., 2007. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada. 116 s. ISBN 978-80-247-1833-0.
33. KRAUS, B., 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
34. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
35. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J., 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
36. KUBÁTOVÁ, H., 2010. *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-2456-0.
37. KUNOVÁ, V., 2011. *Zdravá výživa*. 2. vydání. Praha: Grada. 140 s. ISBN 978-80-247-3433-0.

38. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
39. LIEBERSON, A. D., 2014. [online]. *How long can a person survive without food?* In: Scientific American [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: <https://www.scientificamerican.com/article/how-long-can-a-person-sur/>
40. LIGNELLI, A. V., 2007. *Circadian rhythms and health research trends*. New York: Nova Biomedical Books. 222 p. ISBN 9781600218750.
41. LIN, Y. F., CHANG S. R., WANG, L. T. 2017. [online]. *Is It Time to Implement a 12-Hour Shift for Nurses in Taiwan?*. [cit. 2017-08-01]. DOI: 10.6224/JN.000031. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28393346>
42. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2016. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
43. MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-310-5.
44. MCCUBBIN J. A., PILCHER J. J., MOORE D. D., 2010. [online]. *Blood pressure increases during a simulated night shift in persons at risk for hypertension*. DOI: 10.1007/s12529-010-9117-6. [cit. 2017-08-01]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20878512>
45. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: 2. vydání*. Praha: Bomton Agency. 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.
46. MOUREK, J., 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3918-2.
47. MÜLLEROVÁ, D., AUJEZDSKÁ, A. 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. 256 s. ISBN 9788024625102.
48. NEUMANN, J. 2007. [online]. *Vliv směnného provozu na zdraví* [cit. 2017-07-05]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=113>
49. NEDLEY, N. 2007. *Život bez deprese*. Praha: Advent-Orion. 349 s. ISBN 9788071720232.
50. *Nespavost: Harmonogram času – spánková hygiena a relaxace*. ©2013. [online]. In: *Psychicke-zdravi.cz Meditorial*, [cit. 2017-01-20]. ISSN 1804-1809. Dostupné z: <http://www.psychicke-zdravi.cz/novinky-laik-nespavost/nekolik-rad-jak-lepe-snaset-praci-na-smeny-222>

51. OLDS, W., 2014. *Sleep, Circadian Rhythms, and Metabolism: The Rhythm of Life*. Oakville: Apple Academic Press. 378 p. ISBN 978-1-4822-6265-0.
52. OREL, M., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
53. PAKIESER-REED, K., 2013. *Night shift nursing: Savvy Solutions for a Healthy Lifestyle*, Indianapolis: Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing. 192 p. ISBN 97819375544675.
54. PASTUCHA, D., 2014. *Tělovýchovné lékařství: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 290 s. ISBN 978-80-247-4837-5.
55. PAVLÍČKOVÁ, J., 2010. Fakta o jídle a zdraví. In: *Sestra*, **20**(4), s. 68. ISSN 1210-0404.
56. PÍTHA, J., POLEDNE, R., 2009. *Zdravá výživa pro každý den*. Praha: Grada 144 s. ISBN 978-80-247-2488-1.
57. POSLANECKÁ SNĚMOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. 2017. [online]. Novela zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. [cit. 2017-07-07]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&ct=880&ct1=0&v=PZ&pn=3&pt=1>
58. RADVANOVÁ, A., BAUEROVÁ, M., 2006. Stravování v noční směně – při třísměnném provozu. In: *Sestra*, **16**(6), s. 21. ISSN 1210-0404.
59. REDFEARN, A., 2005. *Insomnia: take control of your health naturally*. London: Gaia Books. 128 p. ISBN 9781856752343.
60. ROKYTA, R. 2016., *Fyziologie*. 3. vydání. Praha: Galén. 434 s. ISBN 978-80-7492-238-1.
61. RUDYŠOVÁ, P., 2011[online]. *Kouření pomůže jen zdánlivě*. In: *Zdraví euro* **21**(1) [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/koureni-pomuze-jen-zdanlive-457520>
62. SALLON, S., D. KATZ-EISNER a T. BDOLAH-ABRAM. 2015. [online]. *Caring for the Caregivers: Results of an Extended, Five-component Stress-reduction Intervention for Hospital Staff*. In: *Behavioral medicine*. 43.1 (2017): 47-60. [cit. 2017-07-11]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/08964289.2015.1053426>. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08964289.2015.1053426>
63. SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
64. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2004. *Mládež na křižovatce: sociologická analýza postavení mládeže ve společnosti a její úlohy v procesech evropeizace a informatizace*. Praha: Svoboda Servis. 240 s. ISBN 80-86320-33-2.

65. SEMMER, N. K., 2007. [online]. *Stress at the workplace* Universität Bern, Geneva, [cit. 2017-04-19]. Dostupné z: http://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/
66. SCHOLAR, G., 2010. *Fit Nurse: Your Total Plan for Getting Fit and Living Well*. Honor Society of Nursing. Indianapolis: Sigma Theta Tau International. 251 p. ISBN 978-1-930538-94-8.
67. STOCK, Ch., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
68. SZÚ., 2007. [online]. Kouření. *Státní zdravotní ústav*. [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/prevence/koureni>
69. ŠANDEROVÁ, J., 2000. *Sociální stratifikace. Problém, vybrané teorie, výzkum*. Praha: UK. 172 s. ISBN 80-246-0025-0.
70. ŠRAJBROVÁ, M. 2016. [online]. *Nedostatek lékařů a sester je časovaná bomba. Hrozí zhroucení, varují ředitelé nemocnic*. In: Aktuálně.cz. [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/reditele-nemocnic-nedostatek-personalu-sami-nevyresime-stat/r~57c681a0d4a911e584160025900fea04/?redirected=1502042538>
71. ŠTEFÁNEK, J., ©2011. [online]. *Nespavost*. In: *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK*. [cit. 2016-12-31]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=nespavost>
72. TUČEK, M. 2016. [online]. *Prestiž povolání – únor 2016*. In: *Centrum pro výzkum veřejného mínění*. [cit. 2017-07-31]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a2025/f9/eu160309.pdf
73. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
74. VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. vydání. Praha: Maxdorf Jessenius. 1190 s. ISBN 978-80-7345-456-2.
75. WERGZYN, L. R., TAMIMI, R. M., ROSNER, B. A. et al. 2017. [online]. *Rotating Night-Shift Work and the Risk of Breast Cancer in the Nurses' Health Studie*. In: *American Journal of Epidemiology*. [cit. 2017-07-19]. DOI: 10.1093/aje/kwx140. Dostupné z: <https://academic.oup.com/aje/article-abstract/doi/10.1093/aje/kwx140/3852271/Rotating-Night-Shift-Work-and-the-Risk-of-Breast?redirectedFrom=fulltext>
76. WHO. ©2017. [online]. *Health topics: Tobacco*. *World Health Organization*. [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.who.int/topics/tobacco/en/>
77. YONG, L. C., LI, J., CALVERT, G. M., 2016. [online]. *Sleep-related problems in the US working population: prevalence and association with shiftwork status*. In:

Occupational and Environmental Medicine. **74** (2), 93-104 [cit. 2017-01-20]. DOI: 10.1136/oemed-2016-103638. Dostupné z: <http://oem.bmj.com/content/74/2/93.full.pdf+html?sid=b3d34c3f-1de1-4578-acc0-3b2a2076aa09>

78. Zákon č. 96/2004 Sb., *zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*, In Sbíрка zákonů České republiky 2004, Částka 30, s. 1410-1479. ISSN: 1211-1244.

79. Zákon č. 262/2006 Sb., *zákoník práce*, In Sbíрка zákonů České republiky 2006, Částka 84, s. 3161. ISSN: 1211-1244.

80. *Zákoník práce: redakční uzávěrka 1.1. 2017.* 2017. Ostrava: Sagit. ÚZ. ISBN 978-80-7488-202-9.

81. ZÁVODNÁ, V. 2002. *Pedagogika v ošetrovatelství.* Martin: Osveta. 95 s. ISBN 80-8063-108-5.

82. Zdravotních sester je mimořádný nedostatek a bude hůř. Georgia jako Česko. *Zdravotnický deník.* 2017. [online]. Praha: Media Network, [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/02/zdravotnich-sester-je-mimoradny-nedostatek-a-bude-hur-georgia-jako-cesko/>

83. ZOUMBARIS, S. K., 2009. *Nutrition.* Santa Barbara, Calif.: Greenwood Press/ABC-CLIO. Health and medical issues today. 237 p. ISBN 0313349851.

8. Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den,

ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku k mé diplomové práci s názvem „Problematika životního stylu všeobecných sester v nepřetržitém provozu“. Dotazník je zcela anonymní a je určen všem všeobecným sestřám, které jsou v současné době pracující v nepřetržitém provozu. Dotazník je o Vás, nemusíte zde nic vymýšlet a jeho časová náročnost je maximálně 10 minut. Odpovědi, prosím, kroužkujte, popřípadě dopiště.

Děkuji za spolupráci

Zuzana Stará

studentka 2. ročníku oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – chirurgický modul

Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita

1) Pracujete v nepřetržitém (směnném) provozu?

- a) ano
- b) ne

2) Na jakém oddělení pracujete?

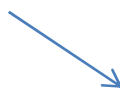
- a) ARO
- b) JIP (prosím specifikujte blíže)
- c) standardní lůžkové oddělení chirurgické obory
- d) standardní lůžkové oddělení interní obory
- e) jiné

3) Jak dlouho jste zaměstnaná(ý) v nepřetržitém provozu?

- a) do 5 let
- b) 5-9 let
- c) 10-14 let
- d) 15-19 let
- e) 20-25 let
- f) více než 25 let

4) Máte zkušenosti s prací na jednu směnu?

- a) ano
- b) ne



Jak dlouho jste byl(a) zaměstnaná(ý) na jednu směnu?

.....

5) Jak máte dlouhé služby?

- a) 8 hodinové
- b) 12 hodinové
- c) jiné

6) Jakým způsobem máte rozvržené služby?

- a) krátký x dlouhý týden
- b) služby se pravidelně střídají, ale ne v podobě krátkého a dlouhého týdne
- c) zcela nepravidelně

7) Jak náročná je pro Vás po fyzické stránce práce v nepřetržitém provozu?

- a) velmi náročná
- b) spíše náročná
- c) středně náročná
- d) snadná
- e) velmi snadná

8) Jak náročná je pro Vás po psychické stránce práce v nepřetržitém provozu?

- a) velmi náročná
- b) spíše náročná
- c) středně náročná
- d) snadná
- e) velmi snadná

9) Míváte služby navíc, tzv. práci přesčas?

- a) ano
- b) ne

Proplácení Vám práci přesčas?

- a) ano, každý měsíc
- b) ano, jednou za 3 měsíce
- c) ano, nepravidelně (prosím, uveďte, za jaký průměrný časový úsek Vám vyplácení práci přesčas)
- d) ne, mám náhradní volno
- e) ne, odpracované hodiny jsou shodné s počtem hodin kalendářního měsíce

10) Jak vnímáte práci přesčas?

- a) nevadí mi
- b) nerad(a) ji sloužím
- c) nechci ji sloužit
- d) odmítám ji sloužit

11) Jak vnímáte práci v nepřetržitém provozu?

- a) pozitivně
- b) negativně
- c) neutrálně

12) Zvykl(a) jste si na střídání směn?

- a) ano
- b) ne

13) Proč pracujete v nepřetržitém provozu? Vyberte maximálně 2 pro Vás nejzásadnější.

- a) ekonomické výhody oproti práci na jednu směnu
- b) mám více volného času, než při práci na jednu směnu
- c) nemohu najít práci na jednu směnu
- d) baví mě to
- e) jiné

14) Pokud by bylo možné získat práci na jednu směnu za stejné finanční podmínky, využít(a) byste nabídky?

- a) ano
- b) ne

Pokud by bylo možné získat práci na jednu směnu za menší platové ohodnocení, využít(a) byste nabídky?

- a) ano
- b) ne

15) Myslíte si, že má nepravidelný nepřetržitý provoz vliv na vaši psychickou pohodu?

- a) ano
- b) ne

16) Označte všechny negativní pocity, které vnímáte ohledně vaší práce. Následně zakroužkujte na stupnici, jak moc negativně své pocity vnímáte. Přičemž 1 znamená „vůbec mi nevadí“ a 10 „hodně mi vadí“

a) únava 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

b) stres 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

c) nedostatek času na rodinu 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

d) nedostatek času pro péči o domácnost 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

e) nedostatek času pro sebe sama (sport, zájmy, výlety, kadeřnice, masáže, ...) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

f) nedostatečné finanční ohodnocení 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

g) 12 hodinové směny jsou příliš dlouhé 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

h) přecházení z nočních do denních směn bez dne volna minimálně 1x během jednoho týdne

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17) Vnímáte uvedené negativní faktory hůře s přibývajícím věkem?

- a) ano
- b) ne

18) Co vnímáte jako největší problémy práce v nepřetržitém provozu? Vyberte maximálně 2 pro Vás nejzásadnější.

- a) výrazné časové střídání směn v za sebou jdoucích dnech
- b) omezené možnosti zdravě a slušně se v práci najíst (na noční si nemohu dojít někde na večeři, pro svačinku apod.)
- c) málo práce na nočních směnách – neutíká to
- d) únava v pracovní době (na nočních) – ovlivňuje pozornost, výkonnost
- e) narušený biorytmus
- f) jiné

19) Jak se cítíte po noční směně?

- a) velmi unavená(ý)
- b) unavená(ý)
- c) neutrálně
- d) celkem odpočatě
- e) cítím se v pořádku, odpočatě

20) Chodíte spát po noční směně?

- a) ano, vždy
- b) ne vždy, ale většinou ano
- c) nespím po poslední noční směně
- d) nechodím spát po noční směně vůbec

21) Máte problémy se spánkem?

- a) ano
- b) ne

22) Užíváte léky na spaní (hypnotika)?

- a) ano
- b) ne

23) Užíváte bylinné léky/vitamíny na spaní?

- a) ano
- b) ne

24) V kolik hodin obvykle chodíte spát, pokud ráno vstáváte na ranní/denní službu?

.....

25) V kolik hodin obvykle chodíte spát, pokud ráno nemusíte vstávat do práce?

.....


26) V kolik hodin obvykle vstáváte, pokud máte na ranní/denní službu?

.....



27) V kolik hodin obvykle vstáváte, pokud ráno nemusíte do práce?

.....

28) Žijete s partnerem (partnerkou) v jedné domácnosti?

- a) ano  prosím, vyplňte i následující 4 otázky označené šipkou
- b) ne

29) Žijete s nezletilými dětmi v jedné domácnosti?

- a) ano  prosím, vyplňte i následující otázky označené 
- b) ne

 **Jaký má vliv střídání směn ve vašem partnerském soužití?**

- a) pozitivní
- b) negativní

c) neutrální (žádný vliv)

★ → **Jaké problémy vám práce způsobuje ve vašem rodinném životě/partnerském soužití? (můžete vybrat více odpovědí, pokud nic, otázku přeskočte)**

- a) téměř se nevidíme
- b) nedostatek společného času na různé aktivity (sport, výlety, zájmy)
- c) nedostatek času na řešení problémů a jiných důležitých rodinných záležitostí
- d) nedostatek času na výchovu dětí
- e) jiné

→ **Vyslovuje Váš partner/Vaše partnerka někdy přání, abyste pracoval(a) na jednu směnu?**

- a) ano
- b) ne

→ **Je Váš partner/Vaše partnerka zaměstnaná(ý) v nepřetržitém provozu?**

- a) ano
- b) ne

★ → **Kdo pečuje o děti v době, kde jste v zaměstnání?**

- a) střídáme se (vždy je jeden z partnerů doma a druhý v zaměstnání) – téměř se nevidíme
- b) příbuzní (babičky, dědečkové, tety, ...)
- c) paní na hlídání
- d) kamarádka
- e) jsou již velké, postarají se o sebe sami
- f) jiné

30) Jak si udržujete svou fyzickou kondici při práci v nepřetržitém provozu?

- a) pravidelně sportuji (každý týden více než 3 hodiny)
- b) pravidelně sportuji alespoň 1 hodinu týdně
- c) sportuji méně často
- e) nesportuji vůbec

31) Jak se stravujete? (prosím, označte křížkem)

denní směna:	noční směna:	v době volna:
<input type="checkbox"/> snídaně	<input type="checkbox"/> snídaně	<input type="checkbox"/> snídaně
<input type="checkbox"/> svačinka	<input type="checkbox"/> oběd	<input type="checkbox"/> svačinka
<input type="checkbox"/> oběd	<input type="checkbox"/> svačinka	<input type="checkbox"/> oběd
<input type="checkbox"/> svačinka	<input type="checkbox"/> večeře před odchodem do zaměstnání	<input type="checkbox"/> svačinka
<input type="checkbox"/> večeře	<input type="checkbox"/> svačinka	<input type="checkbox"/> večeře
<input type="checkbox"/> druhá večeře	<input type="checkbox"/> druhá večeře cca 2:00	<input type="checkbox"/> druhá večeře
	<input type="checkbox"/> snídaně 5:00-6:00	

32) Jak se stravujete v zaměstnání?

- a) v závodní jídelně
- b) občas v závodní jídelně, občas si nosím krabičky z domova
- c) nosím si krabičky z domova
- d) čínská polévka a jiné jídlo ze sáčků
- e) nejím
- f) jinak

33) Máte dostatek času se v klidu v zaměstnání najíst?

- a) ano
- b) ne


34) Myslíte si, že má nepravidelný nepřetržitý provoz vliv na vaši fyzickou postavu?

- a) ano
- b) ne

35) Do jaké kategorie BMI patříte?

- a) podvýživa < 18,5
- b) normální váha 18,5–25,0
- c) nadváha 25,1–30,0
- d) obezita 30,1–40,0
- e) morbidní obezita > 40

36) Pijete kávu?

- a) ano  prosím odpovězte i na následující otázky označené symbolem ❖
- b) ne

❖ **Vypijete více kávy při noční směně než při denní?**

- a) ano
- b) ne

❖ **Kolik šálků kávy průměrně vypijete při denní směně?**

- a) 1
- b) 2-3
- c) 4-5
- d) více než 5

❖ **Kolik šálků kávy průměrně vypijete při noční směně?**

- a) 1
- b) 2-3
- c) 4-5
- d) více než 5

❖ **Vypijete více kávy ve službě, než v době mimo zaměstnání?**

- a) ano
- b) ne

 **Kolik šálků průměrně vypijete mimo zaměstnání?**

- a) 1
- b) 2-3
- c) 4-5
- d) více než 5

❖ **Pijete kávu bez kofeinu?**

- a) ano, vždy
- b) ano, občas (prosím, uveďte jak často)
- c) ne

37) Pijete energetické drinky?

- a) ano





b) ne

Energetické drinky pijete:

- a) pouze v zaměstnání
- b) více ve službě, než v době mimo zaměstnání
- c) více v době mimo zaměstnání, než ve službě
- d) pouze v době mimo zaměstnání

38) Pijete alkohol?

- a) ano  prosím, odpovězte i na následující otázky označené symbolem 
- b) ne

 **Jaký druh alkoholu konzumujete?**

- a) lehký (pivo, víno, cider, ...)
- b) tvrdý



 **Jak často alkoholické nápoje konzumujete?**

- a) denně
- b) několikrát týdně (prosím, uveďte kolikrát)
- c) několikrát do měsíce (prosím, uveďte kolikrát)
.....
- d) velmi zřídka – několikrát do roka (prosím, uveďte kolikrát)
.....

 **Konzumujete alkohol za účelem snížení pracovního stresu?**

- a) ano
- b) ne

39) Kouříte?

- a) ano  prosím, odpovězte i na následující otázky označené symbolem 
- b) ne

 **Kolik cigaret průměrně denně vykouříte?**

- a) méně než 5
- b) do 10
- c) do 20
- d) více než 20

 **Kouříte i v době volna?**

- a) ano
- b) ne

 **Vykouříte v práci více cigaret než doma?**

- a) ano
- b) ne

 **Kouříte za účelem snížení pracovního stresu?**

- a) ano
- b) ne

40) Jakým způsobem relaxujete? (můžete vybrat více možností)

- a) uklízení
- b) zahradničení
- c) čtení knih

- d) luštění křížovek
- e) sport (prosím, uveďte jaký)
- f) sledování televize
- g) turistika
- h) výlety, cestování
- ch) práce v kuchyni (vaření, pečení, ...)
- i) čas strávený s rodinou (děti, vnoučata)
- j) čas strávený s přáteli
- k) spánek
- l) jiné (prosím, uveďte jak)

41) Máte dostatek času se věnovat svým koníčkům?

- a) ano
- b) ne
- c) nemám koníčky

42) Objevily se u Vás zdravotní problémy v souvislosti s prací v nepřetržitém provozu?

- a) ano
- b) ne



Jaké?

- a) kardiopulmonální (např. hypertenze)
- b) bolesti hlavy
- c) bolesti zad
- d) varixy
- e) diabetes
- f) jiné

43) Kolik Vám je let?

- a) méně než 30 let
- b) 30-39 let
- c) 40-49 let
- d) 50 a více

44) V jakém typu nemocnice jste zaměstnaná(ý)?

- a) fakultní
- b) krajská
- c) okresní
- d) městská
- e) jiná

9. Seznam zkratek

ArbZG	Arbeitszeitgesetz (Zákon o pracovní době)
ARO	anesteziologicko resuscitační oddělení
ČR	Česká republika
č.	číslo
g	gram
h	hodina
JIP	jednotka intenzivní péče
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
Resp.	respektive
SZÚ	Státní zdravotní ústav
Tj.	to je
Tzv.	tak zvaný
Ust.	ustanovení
WHO	Světová zdravotnická organizace
Zák.	zákon