

# **Sociální determinanty zdraví**

## **Životní styl všeobecných sester**

Lucie Juráňová

---

Bakalářská práce

2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Lucie Juráňová
Osobní číslo:	H190784
Studijní program:	B5350 Zdravotně sociální péče
Studijní obor:	Zdravotně sociální pracovník
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Sociální determinanty zdraví

### Zásady pro vypracování

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti sociálních determinant zdraví.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

DOSEDLOVÁ, Jaroslava a kol. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Brno: Masarykova univerzita, 2016. ISBN 978-80-210-8458-2.

FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Determinanty zdraví*. Turany: Osveta, 2018. ISBN 978-80-8063-461-2.

HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5239-0.

KRAUS, Blahoslav a kol. *Životní styl současné české rodiny*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-544-8.

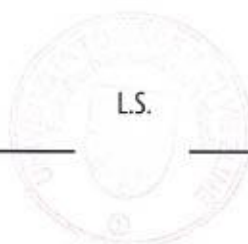
STROTHER, Ratcliff, Kathryn. *Social Determinants of Health*. Oxford, United Kingdom: Polity press, 2017. ISBN 978-15-0950-432-9.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Ivana Olecká, Ph.D.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**PhDr. Pavla Kudlová, PhD.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně .....

.....

---

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

*2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

*(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

*3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

*3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

*(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

*(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá vybranou sociální determinantou zdraví – životním stylem. Teoretická část objasňuje základní pojmy, kterými jsou sociální determinanty zdraví, životní styl a životní styl všeobecných sester. Pojednává o rizikových faktorech, které ovlivňují zdraví. Praktická část je realizována metodou kvantitativního výzkumu, který proběhl technikou dotazníku. Hlavním cílem práce je zjistit, jaký mají všeobecné sestry životní styl. Zjišťujeme způsoby dopravy do zaměstnání, stravovací návyky všeobecných sester, pravidelnost pohybové aktivity a užívání návykových látek. Data byla sbírána v nemocnici v Přerově u všeobecných sester na oddělení LDN (léčebna dlouhodobě nemocných) a NIP (následná intenzivní péče). Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 44 všeobecných sester. Praktická část práce dále obsahuje diskuzi s průzkumy, které byly provedeny na podobné téma a doporučení pro praxi.

Klíčová slova: sociální determinanty zdraví, životní styl, všeobecná sestra

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with selected social determinant of health – lifestyle. The theoretical part clarifies the basic concepts, which are the social determinants of health, lifestyle and lifestyle of general nurses. It deals with risk factors that affect health. The practical part is realized by the method of quantitative research, which took place using the technique of a questionnaire. The main aim of the work is to find out what kind of lifestyle nurses have. We find out the methods of transport to work, the eating habits of general nurses, the regularity of physical activity and the use of addictive substances. Data were collected at the hospital in Přerov with general nurses in the departments of long-term patients' hospital and follow-up intensive care. A total of 44 general nurses attend in the questionnaire survey. The practical part of the work also contains a discussion with surveys that were conducted on a similar topic and recommendations for practice.

Keywords: social determinants of health, lifestyle, general nurse

Poděkování patří vedoucí mojí bakalářské práce, PhDr. Ivaně Olecké, Ph.D., za odborné vedení, poskytování cenných rad a vstřícný přístup při vypracování mé bakalářské práce. Poděkování bych také ráda věnovala všem respondentům, za ochotu a účast na dotazníkovém šetření. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, příteli a kamarádům za velkou podporu a trpělivost.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ</b> .....	<b>12</b>
<b>2 ŽIVOTNÍ STYL</b> .....	<b>15</b>
2.1 VYVÁŽENÝ ŽIVOTNÍ STYL .....	15
2.2 RIZIKOVÉ FAKTORY, KTERÉ OVLIVŇUJÍ ZDRAVÍ .....	17
2.2.1 Výživa .....	17
2.2.2 Obezita .....	19
2.2.3 Aktivní tělesný pohyb .....	22
2.2.4 Tabák, Kouření.....	23
2.2.5 Drogy.....	25
2.2.6 Alkohol.....	27
2.3 PODPORA ZDRAVÍ.....	30
<b>3 ŽIVOTNÍ STYL VŠEOBECNÝCH SESTER</b> .....	<b>35</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>36</b>
<b>4 METODIKA PRÁCE</b> .....	<b>37</b>
4.1 METODA A TECHNIKA PRŮZKUMU .....	37
4.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ .....	37
4.4 POPIS DOTAZNÍKU .....	38
4.5 OPERACIONALIZACE.....	38
4.6 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	45
4.7 ETIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	45
4.8 LIMITY VÝZKUMU .....	46
<b>5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT</b> .....	<b>47</b>
5.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	67
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>69</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>70</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>76</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>77</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>78</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>79</b>



## ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá vybranou sociální determinantou zdraví – životním stylem. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký mají všeobecné sestry životní styl.

Teoretická část práce definuje základní pojmy, kterými jsou sociální determinanty zdraví, životní styl a životní styl všeobecných sester. Zaměřuje se také na výzkumy v oblasti životního stylu – HBSC (mezinárodní výzkumná studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků). Podkladem teoretické části práce jsou knihy, odborné články a webové stránky. Vyhledané zdroje jsou nejčastěji prací českých autorů. Jedná se např. o Holčíka (2010), Matouška (2005), Kalinu a kol. (2015), Krause (2015), Pařízkovou a Lisou (2007), Sekota a Svobodovou (2013), Králíkovou a kol. (2015) a Venglářovou (2011). Dále jsou vyhledané zdroje prací slovenských autorů, např. Baškové a kol. (2009), Farkašové a kol. (2018) a autorů z Velké Británie, jedná se např. o Geissler a Powers (2017), Wilkinson a Marmot (2005), Steelman a Westman (2016) a Ratcliff (2017). Na základě prostudování zdrojů byl vytvořen text vztahující se k problematice životního stylu.

Výběrová kritéria byla zvolena následovně: období publikování od začátku, kdy jsou zdroje dostupné do 2020; zvolený jazyk – čeština, slovenština, angličtina; zvolená klíčová slova – životní styl, všeobecné sestry, sociální determinanty zdraví, výživa, obezita, pohybová aktivita, tabák, alkohol, drogy. V anglickém jazyce – lifestyle, general nurse, social determinants of health, nutrition, obesity, physical activity, tobacco, alcohol, drugs. Klíčová slova, byla stanovena v souvislosti s cílem bakalářské práce. Využita byla strategie stavebních kamenů. Jde o vymezení jednotlivých klíčových pojmů (stavebních kamenů), které skládáme k sobě. Využíváme synonyma, nadřazené a podřazené výrazy, pravopisné formy. Dílčí formulace skládáme ve finální soubor pomocí booleovského operátoru AND. (Takácsová, 2014) Např.: (výživa OR strava OR stravovací návyky) AND (všeobecná sestra OR zdravotní sestra OR sestra).

Publikace a články byly hledány v databázi elektronické evidence, a to ve volně dostupných databázích Google Scholar a Volný Web. Databáze Google Scholar indexuje spoustu závěrečných prací, z tohoto důvodu byla při rešerši využita tato

omezení: bakalářská, diplomová, disertační, kvalifikační, závěrečná práce. Výjimkou byla diplomová práce, se kterou byly výsledky průzkumného šetření porovnávány. Dále byly publikace hledány v Knihovně Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, za využití katalogu knih a vyhledávání knih v policích. Následovalo posouzení relevance výsledků – zda vyhledané informace odpovídají zadanému dotazu.

V praktické části bakalářské práce jsou prezentovány výsledky kvantitativního dotazníkového šetření, kterým byl zkoumán životní styl všeobecných sester. Životní styl všeobecných sester byl zkoumán z pohledu rizikových faktorů, které ovlivňují zdraví definovanými Holčíkem (2010). Těmi jsou výživa, obezita, aktivní tělesný pohyb, kouření, alkohol a drogy. Výzkumný soubor je tvořen celkem 44 všeobecnými sestrami z nemocnice v Přerově, z oddělení LDN a NIP, které pracují v dvousměnném a třisměnném provozu. Dále praktická část práce obsahuje diskuzi s průzkumy, které byly provedeny na podobné téma a doporučení pro praxi.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 SOCIÁLNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ

Světová zdravotnická organizace (angl. World Health Organization, dále jen WHO), definovala v roce 1946 zdraví takto: „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo postižení“. Tato definice poukazuje na tři základní aspekty zdraví. Prvním aspektem je duševní zdraví, které se vztahuje k subjektivnímu posouzení vlastního zdravotního stavu, k emocionálnímu zdraví a intelektuálním schopnostem. Druhým aspektem je tělesné zdraví, které se vztahuje k fyziologickým funkcím orgánů, biologické integritě jedince jako celku a k nenarušenosti tělesných funkcí. Obvykle souvisí s nepřítomností nemoci či vady. A posledním, třetím aspektem je sociální zdraví, které se týká schopnosti zvládat sociální role, rozvíjet mezilidské vztahy, navazovat sociální kontakty. Všude tam, kde lidé běžně žijí, učí se, pracují, hrají si a milují, zdraví vzniká a uplatňuje se. Zdraví je podmíněno možností rozhodovat, volit a ovládat své životní podmínky a také tím, že společnost, ve které žijeme, umožňuje všem občanům zdraví dosáhnout. Zdraví je vytvářeno péčí o sebe i o druhé. Péče, holismus a ekologie jsou základními složkami rozvoje strategie posilování zdraví. (Holčík, 2010)

Determinanty zdraví jsou faktory, které působí na lidské zdraví a mohou jej ovlivňovat jak pozitivně, tak i negativně. Společně utvářejí zdravotní stav jedince, jeho vnímání pocitu pohody, životní harmonie a určují délku a kvalitu jeho života. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2014) uvádí jako determinanty zdraví příjem a sociální status člověka, úroveň vzdělání, fyzické prostředí, podpůrné sociální sítě, zdravotní péči a kulturu (zvyky, návyky), genetiku, zdravotní služby a pohlaví.

Sociální determinanty zdraví můžeme definovat jako osobní, společenské, ekonomické faktory a faktory životního prostředí. Jsou proměnné a navzájem se ovlivňují. Zároveň také ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí a společnosti. (Nutbeam, 1998). Sociální determinanty zdraví zahrnují sociální, ekonomické a fyzické prostředí jedince a zároveň jeho individuální charakteristiky a chování – životní styl, dědičnost aj. (Wilkinson a Marmot, 2005)

Ratcliff (2017) zmiňuje, že životní podmínky, kterým jsou lidé vystaveni v důsledku způsobu, jakým je jejich společnost budována, ovlivňují jejich zdraví. Tyto podmínky se týkají toho, jak žijeme (např. skutečnost, že mnozí z nás žijí v chudobě, kvalita našeho bydlení a našich čtvrtí, množství znečištění v našem prostředí atd.), jak pracujeme (např. bezpečnost práce, stres, dostupnost práce atd.), jak se pohybujeme z místa na místo a jak to ovlivňuje naše prostředí (např. používání automobilů, stavba dálnic, spotřeba benzínu, nedostatek chůze atd.) a to, co jíme a pijeme (např. cenová dostupnost zdravé výživy a čisté vody atd.). Příčiny životních podmínek jsou komplexní, propletené a četné. Sociálně-ekonomické determinanty zásadně ovlivňují základní skupiny determinantů zdraví, zahrnují chudobu, sociální vyloučení, rodinnou situaci, nezaměstnanost a nevyhovující bydlení.

Podle Wilkinsona s Marmotem (2005) toto úzce souvisí s kvalitou zdravotního stavu. Sociálně-ekonomické determinanty tvoří „příčinu příčin zdraví a nemoci“ a přispívají k nerovnostem ve zdraví. Padesátiprocentní podíl životního stylu je z 35 – 70 % ovlivněn těmito podmínkami. Lékařská péče může výrazně prodloužit dobu dožití a zlepšit prognózu po prodělané nemoci, ale pro zdraví populace jako celku jsou více důležité sociální a ekonomické podmínky, které se výrazně podílejí na vzniku nemoci a na potřebě lékařské péče. Hlavními determinanty rozdílů – nerovností ve zdraví jsou přirozená biologická různost, svobodná volba chování, které může poškozovat zdraví (např. zábava, vrcholový sport). Dále je to (ne)osvojení zdravého životního stylu, vystavení nezdravým, stresovým a pracovním podmínkám, nedostatečný přístup k základním zdravotním a dalším veřejným službám a sociální pozice nemocných lidí, jejichž životní úroveň významně klesá v důsledku výrazně menších příjmů. (příjmů na hranici chudoby). V ideálních podmínkách by měl každý disponovat stejnou příležitostí dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu, nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování. To je definováno jako spravedlnost ve zdraví – ekvita. Pro dosažení ekvity ve zdraví je důležité snížení či úplná eliminace negativního působení jednotlivých sociálních determinant.

Kultura je také silným determinantem zdraví. Lidé si osvojují chování kvůli své kultuře – víře, hodnotám, praktikám a materiálům ve své společnosti – a některá z těchto chování mají důsledky pro zdraví. Chudoba není jen otázkou peněz, chudoba do značné míry určuje životní podmínky, kterým je člověk denně vystaven. Autor

upozorňuje, že chudoba se do jisté míry vyskytuje i dnes, přirovnává chudobu k obálce, ve které všechno o chudých lidech, od jejich zdravotního stavu až po způsob, jakým milují, je utlumen a postupováno faktorem jejich chudoby. (Ratcliff, 2017)

Míra vlivu determinantů je odlišná v různých společnostech. V chudých rozvojových zemích jsou nejčastější příčinou smrti infekční a parazitní choroby, zatímco v ekonomicky vyspělejších zemích je největší úmrtnost na kardiovaskulární a onkologická onemocnění. Nyní je velmi intenzivním faktorem vliv životního prostředí. Sledované změny nezasahují pouze na území států, nicméně se tento jev objevuje celosvětově. Hovoříme zejména o klimatických změnách, přítomnosti alergenů a hormonů v přírodním prostředí, používání geneticky modifikovaných potravin a přítomnosti cizorodých látek v potravinových řetězcích. Dále je to šíření nových infekčních nemocí, špatný stav životního prostředí, a to zejména hlučnost prostředí a snižující se kvalita pitné vody. Změny prostředí s sebou přinášejí nová rizika a zvyšují adaptační nároky člověka. (Wilkinson a Marmot, 2005)

## 2 ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl je stěžejní determinantou zdraví. Životní styl je charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životními situacemi (možnostmi). (Machová a Kubátová, 2015)

Životní styl je multidisciplinární problematikou, pojem se objevuje ve společenských vědách, v ekonomii i v medicíně. Původně se jedná o termín z oblasti sociologie, který zavedl Thorstein Veblen. V sociologické literatuře byl pojem životní styl poprvé popsán v 70. letech 20. století. Životní styl zahrnuje komplex činností, kterými lidé uspokojují své potřeby, komplex vztahů a hodnot, norem a idejí. Zdravý životní styl zahrnuje vyrovnaný a pravidelný denní režim, dostatek pohybové aktivity, dodržování zásad osobní hygieny, duševní pohodu, ochranu před znečištěným životním prostředím, ochranu před úrazy a nakažlivými nemocemi, dostatečnou a plnohodnotnou výživu, odpovědné chování v nejrůznějších životních situacích, odolnost vůči škodlivým vlivům a návykům a pohodu v mezilidských vztazích. (Kraus, 2015)

Životní styl nejvíce poškozuje kouření, nadměrná konzumace alkoholu, užívání drog, nesprávná výživa, nízká pohybová aktivita, nadměrná psychická zátěž a rizikové sexuální chování. Žádný z uvedených rizikových faktorů však zdraví nepoškozuje odděleně, nýbrž na člověka působí jako komplex v celém rámci vzájemně propojených faktorů. (Machová a Kubátová, 2015)

### 2.1 Vyvážený životní styl

Vyvážený životní styl je spojen s přiměřenou střední zátěží. Zahrnuje zájmy, které umožňují regenerace a přiměřeně dlouhou dobu spánku. Dlouhodobé vyčerpání a přetíženost organismu je stejně riziková jako nedostatek podnětů a nuda. (Nešpor a kol., 1999)

V souvislosti se zdravím, nemocí a výchovou ke zdraví se často hovoří o životním stylu. Přisuzujeme mu důležitou úlohu při utváření zdravotního stavu populace. Jednotná definice životního stylu neexistuje, ale můžeme říci, že životní styl představuje soubor činností člověka, reakce na vnější podněty, chování v různých

životních situacích, způsob řešení problémů a uspokojování lidských potřeb. Jde o záměrnou, cílevědomou činnost, ale i o nevědomé a spontánní konání. Životní styl výrazně ovlivňuje životní prostředí, vzdělání, společnost, tradice, hodnotový systém, etické normy a společenské problémy. Životní styl jedince podmiňují osobnostní faktory, jako i faktory prostředí, ve kterém žije. Tvoří je faktory biologické, psychické, spirituální, sociální a environmentální složky, které jsou vzájemně propojené. Faktory životního stylu souvisí s chováním člověka. Nemůžeme je chápat odděleně od environmentálních faktorů působících zvenčí (především sociálních), ani od osobnostních faktorů působících zevnitř (především psychologických a duchovních). Prostor formuje chování jedince, ale zároveň i chování jedinců ve společnosti ovlivňuje celkové prostředí v ní. (Bašková a kol., 2009)

Edelman (2005, cit. podle Bašková a kol., 2009) vymezuje tři základní složky, které jedinci mohou ovlivňovat a měnit tak životní styl a chování. Jedná se o vědomosti, postoje a praxi. Aby člověk mohl hodnotit svůj životní styl, potřebuje k tomu nezbytné vědomosti a informace. Potřebuje vědět, co je zdraví škodlivé a co je zdraví prospěšné, proto by měl jedinec dostávat adekvátní informace o rizikových, ale i ochranných faktorech. Podávané informace musí být vědecky podloženy a lidem prezentovány jen v případě spolehlivě ověřených faktů. Postoje lidí utváří získané informace, předešlé zkušenosti, prostředí a komunita, ve které žijí. Postoje také utváří jednotlivé složky jejich osobnosti. Je důležité, abychom kladli důraz také na způsob podávání informací. Neměli bychom se zaměřovat pouze na negativní informace a nevytvářet tak dojem odsuzování za nezdravé návyky. Jedinec by totiž mohl nabýt dojmu, že se mu snažíme zakázat něco příjemné a snažíme se mu zasáhnout do života. Proto je třeba se vyhnout násilnému ovlivňování hodnotového systému. Zpravidla bývá účinnější působit na komunitu, jako na celek, než na samotného jedince, protože okolí má výrazný vliv na vytváření postojů. Člověk praktikuje svoji životosprávu na základě získaných informací, postojů i prostředí, ve kterém žije. Ovlivňuje to řada osobnostních faktorů, jako je hierarchie hodnot, morálka, pocit zodpovědnosti, zdravotní uvědomění, zkušenosti a síla vůle.



## 2.2 Rizikové faktory, které ovlivňují zdraví

Podle Holčíka (2010), jsou hlavními determinantami zdraví související s životním stylem – výživa, obezita, aktivní tělesný pohyb, kouření, alkohol a drogy.

### 2.2.1 Výživa

Výživa je faktorem, který máme pod kontrolou. Můžeme oddálit např. vznik diabetu 2. stupně, hypertenze, aterosklerózy, mnoha typů nádorového bujení a obezity. Dnes víme, že s výjimkou několika skupin potravin (např. uzeniny a sladkosti, bez kterých se obejdeme) můžeme s rozumem konzumovat všechny druhy potravin. Potravinu dělá nezdravou její opakovaně velké množství. Ve vyspělém světě je viditelná tendence ke zdravé stravě u lidí vzdělanějších, zatímco lidé z nižších sociálních vrstev upřednostňují výběr na základě rychlosti a ceny. (Kunová, 2004) Holčík (2010) doplňuje, že nezdravá výživa je do značné míry podmíněna tím, že nezdravé potraviny jsou mnohdy levnější než ty zdravé.

Podle Suchardy a Zlatohlávka (2016) je jedním z hlavních principů zdravé výživy pestrost stravy. Pestrou stravou si zajistíme dostatečný a vyvážený příjem všech základních složek potravy – makronutrientů i mikronutrientů. **Důležitými složkami výživy jsou makronutrienty**, jedná se o proteiny (bílkoviny), základní funkční a strukturální složku lidského organismu. Skládají se z aminokyselin, které jsou základními stavebními kameny živé hmoty. Velmi důležitý je příjem esenciálních aminokyselin, které si organismus nedokáže sám vytvořit. Sacharidy (cukry) jsou zdrojem energie. V potravě získáváme sacharidy zejména z rostlinných potravin. Největším zdrojem sacharidů jsou obiloviny a produkty z nich (pečivo apod.). Tuky jsou také především zdrojem energie. Ale mají i další funkce, zajišťují ochranu vnitřním orgánům, umožňují rozpouštění vitaminů A, D, E, K a tvoří cholesterol, který je součástí buněk. Tuky jsou rizikovou složkou potravin, pokud jich přijímáme velké množství a pokud konzumujeme tuky nezdravé, tedy nasycené. Naopak tuky nenasycené chrání srdce a cévy před rozvojem aterosklerózy. Další důležitou složkou výživy jsou **minerály a voda**. Minerály a stopové prvky jsou anorganické látky, které jsou obsaženy v potravě a jsou potřebné pro správné fungování lidského organismu. Stopové prvky jsou látky, které jsou v organismu zastoupeny v koncentraci nižší než 50 mg/kg a nejsou zdrojem energie (výjimkou je železo, to je

v organismu zastoupeno v množství cca 60 mg/kg. Minerály jsou v lidském těle zastoupeny intracelulárně (v buňkách) – draslík a fosfor, nebo v extracelulárním prostředí – sodík a chloridy. Nejdůležitějšími minerály jsou sodík, draslík, hořčík, fosfor, chlór a vápník. Mezi důležité stopové prvky patří železo, jód, chrom, zinek, mangan a selen. Při narození tvoří voda 70 – 80 % lidského těla, v dospělosti kolem 60 %. Příjem tekutin by měl činit kolem 2 litrů denně. Důležitou složkou výživy jsou podle Kunové (2011) také **vitaminy**, látky, které si organismus nedokáže sám vytvořit, ale potřebuje je k fungování enzymů, hormonů nebo k likvidaci nebezpečných volných radikálů. Vitaminy je možné rozdělit do dvou skupin – rozpustné v tucích (A, D, E, K) a rozpustné ve vodě (B, C).

### **Hlavní zásady zdravé stravy:**

Podle Nemocnice Jihlava (2017) by měla být výživa racionální, tzn., že by měla splňovat všechny nároky organismu a má individuální charakter. Množství a složení stravy ovlivňuje pohlaví, zdravotní stav, tělesné zatížení a prostředí. Optimálně složenou stravu tvoří 55 % sacharidů, 30 % tuků, 15 % bílkovin, minerální látky a vitaminy. Příjem stravy by měl odpovídat energetickému výdeji, ten se v průběhu života mění. V období dětství, kdy náš organismus roste a vyvíjí se, musí být přívod energetické hodnoty vyšší, než energetický výdej a v pozdějším věku by se měl přívod energie snižovat. Je důležitá správná příprava stravy, měli bychom volit šetrnou předběžnou i tepelnou úpravu potravin v závislosti na druhu. Omezit používání tuků, zvýšit spotřebu zejména syrové zeleniny, jíst méně tmavá masa, zvýšit spotřebu ryb a rybích výrobků, často zařazovat do jídelníčku mléko a mléčné výrobky, omezit používání vajec a vnitřností. Dále bychom měli méně konzumovat bílé pečivo a ve zvýšené míře podávat celozrnné výrobky. Pokrmy je dobré méně solit a používat také méně cukru, moučnický můžeme nahrazovat ovocem. Co se týče příjmu tekutin, nejvhodnější je vypít 2,5 litru denně a je vhodné střídat vodu, ovocné a bylinné čaje, minerální vody a neslazené džusy. Měli bychom se vyhýbat tekutinám s obsahem cukru a alkoholu. Dále bychom měli dbát na správné časové rozložení jídla, ideálně bychom měli jíst 3x až 5x denně – snídani, svačinu, oběd, svačinu a večeři. Cajthamlová (2016) říká, že poslední jídlo dne by mělo být dvě hodiny předtím, než jdeme spát.

### 2.2.2 Obezita

Obezita se stává celosvětovým problémem. WHO odhaduje, že ve světě žije 1,6 miliardy lidí s nadváhou. Odhadem je na světě 400 milionů lidí s obezitou. (Steelman a Westman, 2016)

Lze ji definovat jako nadměrné zmnožení tuku v těle ve vztahu k ostatním tkáním v organismu. Obezita je provázána řadou morfologických, funkčních, nutričních, metabolických, hormonálních, biochemických, ortopedických, psychologických a dalších změn. (Pařízková Lisá., 2007) Nadváha a obezita přispívá např. k rozvoji diabetu, vysokého krevního tlaku, neplodnosti, artritidy, některých druhů nádorových onemocnění a astmatu. Obezitě lze předcházet nebo ji zmírnit změnami v životním stylu daného jedince, zejména změnou jídelníčku. (Geissler a Powers, 2017)

Obezita je v současné době jedním z hlavních zdravotních i ekonomických problémů obyvatel vyspělých zemí. Výskyt obezity se od 80. let v mnoha zemích Evropy ztrojnásobil a nadváha či obezita postihuje ve většině evropských zemí polovinu populace. Dle kvalifikovaných odhadů bude nadváhou nebo obezitou v roce 2030 trpět 60 % světové populace. Očekávaná délka života jedince s obezitou je zkrácena o 5 až 20 let v závislosti na pohlaví, věku a rase. (Pichlerová, 2018)

Malá (2019) uvádí, že obezita vzniká souhrou genetických faktorů a vlivů zevního prostředí. Obezita je nemoc, kdy se vliv genetiky uplatňuje více než z 50 %. Zbytek je na nás, na našem chování, na našem jídelníčku, na míře pohybové aktivity. Záleží také na kvalitě a výběru pitného režimu, na míře zvládnutí stresových situací, na rodinných vzorech a zvyklostech, které od dětství vidáme u svých rodičů a prarodičů. V životě člověka existují období, která jsou pro rozvoj obezity významná. Je to např. dospívání, těhotenství, odchod do důchodu atd. Rozlišujeme dva typy obezity. **Typ „jablko“** (tzv. mužský typ obezity), dochází při něm k hromadění tuku v oblasti břicha a je rizikovější např. pro kardiovaskulární onemocnění než typ **„hruška“** (tzv. ženský typ obezity). Při něm dochází k hromadění tuku spíše na stehnech a hýždích. Obezitu dále rozlišujeme obecně na 1. až 3. stupeň. To podle tzv. body mass indexu (BMI). BMI vypočteme, pokud váhu člověka v kilogramech vydělíme jeho výškou v metrech na druhou. Už při obezitě prvního stupně jsou jedinci vystaveni zvýšenému riziku vysokého tlaku, kardiovaskulárních onemocnění a diabetu.

Alarmující z hlediska zdraví jsou hodnoty BMI třetího stupně. Kromě již zmíněných onemocnění je zde větší riziko vzniku spánkové apnoe, kloubních potíží, mozkových příhod, většího výskytu některých nádorů, větší riziko operačního výkonu apod.

K diagnostikování obezity je důležité stanovení složení těla, zjištění obsahu tukové a beztukové tkáně, a rozložení tukové tkáně v těle. Také se zjišťuje přítomnost oběhových nebo metabolických komplikací a dalších onemocnění, které mohou provázet obezitu. Mezi vstupní vyšetření patří podrobná anamnéza, laboratorní a objektivní vyšetření. Z hlediska plánování léčby je důležité stanovit příjem a výdej energie. (Kunešová, 2016)

Základem léčby obezity je vhodná dietní a pohybová intervence. Primární péče o pacienty s nadváhou, do BMI 30 kg/m<sup>2</sup>, patří do rukou praktického lékaře. Praktický lékař by měl pacienta poučit o časování jídel, o velikosti porcí a správném výběru potravin, měl by zdůraznit nutnost pohybové aktivity. Je vhodné u každého pacienta stanovit terapeutický postup. Za nezbytnou je považována spolupráce praktických lékařů s nutričním specialistou a psychologem. Pokud je BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>, pak by měl být pacient doporučen na některé obezitologické pracoviště, pokud je BMI > 35 kg/m<sup>2</sup>, pak na některé bariatrické pracoviště. (Pichlerová, 2016)

Kunešová (2016) upozorňuje, že léčba obezity spočívá ve změně příjmu potravy a diety, pohybové aktivitě a změně chování. Dalšími nedílnými součástmi je farmakoterapie a bariatrická chirurgie.

### **1. Změna příjmu potravy**

Je jedním ze základních kroků v léčbě obezity, má za cíl dosáhnout změny ve složení a množství potravy, kterou je pacient schopný dlouhodobě dodržovat. Návrh diety zohledňuje doporučené denní dávky podle pohlaví, věku a aktuálního stavu, který je získaný vyhodnocením záznamu příjmu potravy a energetického výdeje. Orientační deficit obsahu energie je – 2000 kJ/den. Významné je zastoupení jednotlivých makronutrientů a dodržení doporučených denních dávek mikronutrientů. Výsledný návrh úpravy stravování je vždy individuální pro konkrétního pacienta.

## 2. Pohybová aktivita

Je nedílnou součástí léčby obezity a má stěžejní roli v její prevenci. Pravidelná pohybová aktivita přispívá k redukci hmotnosti a zlepšení metabolických komplikací provázejících obezitu.

## 3. Psychologická léčba

Pacienty s nadváhou v rovině psychologické tíží negativní sebehodnocení a prožívání (pocity méněcennosti, studu, viny aj.). Obezita má také často negativní vliv i na intimní, osobní a pracovní vztahy. Psychologickou léčbu dostávají pacienti, u kterých jejich lékař-obezitolog vnímá, že trpí tělesnou nemocí převážně z psychických příčin. Nejčastěji se jedná o poruchy příjmu potravy, poruchy potravního chování (epizodické přejídání, noční přejídání), problematické prožívání a hodnocení vlastního těla, komorbidita s psychickou poruchou (deprese, úzkost, obsedantně-kompulzivní porucha, závislosti), nedostatečná motivace a psychické komplikace během redukčního režimu (frustrace). Nástroji psychologické péče jsou psychologická diagnostika, psychologické poradenství a psychoterapie.

## 4. Farmakoterapie

Léčba antiobezitiky by měla být doprovázena také behaviorální modifikací životního stylu. Cílovými orgány pro působení antiobezitik je centrální nervový systém, svaly, tuková tkáň a trávicí ústrojí. V České republice je v současné době pro dlouhodobou léčbu k dispozici pouze orlistat.

## 5. Bariatrie

Bariatrická pracoviště léčí obezitu pomocí operace. Nejedná se o kosmetické zákroky, ale o chirurgické výkony na žaludku a střevech. Nejčastějším příkladem bariatrické chirurgie je bandáž žaludku a sleeve resekce (tubulizace žaludku). Tyto výkony pomáhají lidem s obezitou omezit množství přijímané potravy. Primárním cílem je snížit zdravotní rizika, která s sebou nese nadměrné hromadění tukových zásob v organismu. (Kolářová, 2015)

### 2.2.3 Aktivní tělesný pohyb

Pohyb je nejrozšířenějším jevem v živé přírodě. Je základní vlastností živé hmoty a je nutný pro správný vývoj každého živého tvora. Pro člověka je základem jeho veškeré aktivní činnosti. Pomáhá člověku k seberealizaci a ke kontaktu s okolím. (Gajdošová, 2005)

Sekot a Svobodová (2013) říkají, že pohybová aktivita vyžaduje výdej energie a přináší pozitivní zdravotní účinky. Zpravidla vyžaduje jen nízké či středně intenzivní úsilí, které je typické např. pro aktivní formy dopravy, výstup po schodišti, práci na zahradě, domácí práce, tanec atd. Naopak pohybová pasivita nepřináší člověku podporu zdraví a fyzické kondice. I pravidelná mírná pohybová aktivita je zdraví prospěšná, vyžaduje denní energetický výdej 150 kalorií nebo týdenní výdej 1 000 kalorií. Doporučený denní počet kroků je 10 000 denně. Pohybová aktivita je také činnost prováděna a praktikována za cílem zlepšení fyzické zdatnosti. Jedná se o aktivitu, která vyžaduje plánovaný, strukturovaný a opakující se pohyb, např. chůze, běh, jízda na kole, plavání, posilování atd. **Cílem pohybové aktivity je** upevnění či zachování zdraví, redukce hmotnosti, formování nebo zachování tělesných proporcí, prodloužení délky aktivního věku a zvýšení či zachování pohybové výkonnosti. Pohyb hraje v životě člověka velmi důležitou roli, pomáhá udržet lidský organismus v dobrém zdravotním stavu a tělesné i duševní kondici. V dnešní době klesá zájem o sportování jako přirozenou formu volnočasové aktivity, roste fyzická pasivita lidí.

#### **Životní styl současného člověka**

Současný člověk začal vést poměrně sedavý způsob života. To je zapříčiněno jak bydlením ve výškových panelových domech tak i způsobem práce. V současnosti mnoho lidí bydlí ve vysokých panelových domech, k dopravení do bytu používá výtah, do práce jezdí autem nebo jiným dopravním prostředkem a v pracovní době sedí. Po příchodu domů z práce sedí u televize nebo u počítače, rovněž domácí práce jsou v dnešní době jednodušší. Ruční praní na valše nahradila automatická pračka, mytí nádobí myčka, vyklepávání koberce vysavač a máme dálkové ovladače, které nás zbavují i minimálního pohybu. (Machová a Kubátová, 2015)

Dle Gajdošové (2005) sedavý způsob života velmi negativně ovlivňuje organismus člověka. Nedostatečný pohyb zapříčiňuje nedostatečnou stimulaci pohybového systému a zabezpečujících orgánů. Tím je postupně ochabováno svalstvo nepracujících orgánů, snižuje se celková výkonnost organismu a klesá zdatnost. Nejčastějšími projevy nedostatečné pohybové aktivity jsou vertebrogenní obtíže, bolesti kloubů, bolesti hlavy, stres a psychické problémy. Nedostatek pohybové aktivity má vliv také na vznik civilizačních onemocnění jako je obezita, diabetes, vysoký krevní tlak, nádorová onemocnění a jiné. Pro pozitivní ovlivňování kvality života, je důležité, aby byl pohyb adekvátně přiměřený aktuálním možnostem organismu, a musí ovlivňovat všechny systémy těla vhodným způsobem a soustavně. Pohyb může lidskému tělu, stejně jako lék, pomáhat i škodit, záleží na vhodnosti volby typu cvičení, intenzitě a celkovém objemu zátěže. Vhodně strukturovaná záměrná stimulace je nejefektivnějším způsobem ke snížení nemocnosti, dosažení vyšší úrovně zdatnosti, výkonnosti a kvality života.

#### 2.2.4 Tabák, Kouření

Psychotropní složkou tabáku je alkaloid nikotin. Jde o prudký jed a minimální smrtelná dávka je asi 50 mg. Mechanismus účinku nikotinu spočívá ve vazbě na specifické nikotinové receptory v centrální nervové soustavě. Tabák bývá aplikován obvykle kouřením, méně často per os (žvýkáním) či intranazálně. Mezi tradiční způsoby aplikace patří pojídání a pití odvarů. Předávkování není časté, nastává spíše právě po vypití tabákového odvaru. Při kouření se kouř vstřebává buď z dutiny ústní – zásaditý kouř (doutník, dýmka), nebo z plic (kyselý kouř – cigarety). Vstřebávání nikotinu z plic je velmi rychlé (10 s), oproti tomu je vstřebávání přes dutinu ústní či nosní pomalejší. (Kalina a kol., 2015)

Závislost na tabáku má dvě složky, kterými jsou psychosociální a behaviorální závislost a fyzická/drogová závislost na nikotinu. Kouření začíná **psychosociální a behaviorální závislostí**. Jedná se o stereotypní naučené chování, např. cigareta po kávě, které se v průběhu let postupně fixuje. U této závislosti jde především o cigaretu jako takovou, jedná se o potřebu držet cigaretu v ruce, manipulovat s ní. **Fyzická (drogová) závislost** vzniká podle typu nikotinových acetylcholinových

receptorů v mozku, jejichž stavba je asi z 50 % podmíněna geneticky. (Králíková a kol., 2015) Jedná se tedy o závislost na nikotinu, který spolu s dalšími alkaloidy tabáku přispívá k toxicitě tabákového kouře a ke vzniku závislosti. (Králíková a kol., 2013) Neurobiologické mechanismy odpovědné za rozvoj závislosti jsou dopaminová dráha odměny a noradrenalinová dráha abstinenčních příznaků (Pilařová, 2003).

Mnohdy je nejvýznamnějším faktorem pro vznik závislosti právě způsob podávání. Při kouření cigaret jsou účinnými faktory senzorický efekt aplikace (dráždění trachey), psychosociální složka, která zahrnuje osobní a skupinové rituály jako je např. vinutí se tabákového dýmu, praskání při hoření. Nikotin zvyšuje bdělost, soustředivost a paměť, potlačuje agresivitu, podrážděnost a snižuje pocit hladu. (Kalina a kol., 2015)

Tabákový kouř vzniká nedokonalým spalováním tabáku, které je ovlivněno řadou faktorů, jako je nedostatečný přívod kyslíku, kolísající teplota při kouření (835 až 884 °C) a přítomnost málo hořlavých součástí tabákových listů. Při hoření tabáku vznikají kombinací celé řady fyzikálně chemických pochodů početné sloučeniny. Kuřák dýmek či doutníků vdechuje více než 1 500 chemických škodlivin a kuřák cigaret dokonce více než 4 000 cizorodých chemických látek. Podle způsobu účinku rozeznáváme v tabákovém kouři škodliviny toxické, dráždivé, karcinogenní a kokarcinogenní. (Kastnerová a Žižková, 2007)

Dle Nešpora (1999) rozeznáváme u tabáku rizika okamžitá a vzdálená. **Okamžitá rizika** – nevolnost (u začátečníků hrozí lehčí otrava nikotinem) atd. **Vzdálenější rizika** – nádory, srdeční a cévní nemoci, horší tělesná výkonnost, nemoci žaludku, záněty dýchacích cest, astma, nemoci dolních končetin, kouření v těhotenství škodí plodu, u mužů působí nepříznivě na potenci, zhoršuje pleť a vede k předčasnému tvoření vrásek atd. Tabák, je na rozdíl od většiny drog, ve společnosti relativně tolerován. Důvodem je fakt, že v případě, kdy ho člověk užívá v nízkých dávkách, spíše aktivuje a v případě vysokých dávek dochází k útlumu a „překouření“ tabákem nevede k násilnému a nebezpečnému chování. Dalším důvodem může být, že škody, které tabák může na zdraví napáchat, nastávají pomaleji než u většiny jiných drog.

Odvýkací stav se začne obvykle projevovat 24 hodin od poslední dávky nikotinu a některé z příznaků přetrvávají ještě i po týdnech až měsících. Odvýkací stav zahrnuje



především touhu po kouření a doprovází ji podrážděnost, nesoustředěnost, netrpělivost, depresivní symptomatologie, neklid a úzkost. Mezi přetrvávající symptomy patří poruchy spánku a zvýšená chuť k jídlu. Osvěta, poradenství a psychoterapeutická podpora mají největší vliv na odvykání kouření. Je možná i farmakologická pomoc, v podobě přechodné substituce nikotinem (žvýkačky, náplasti). U některých jedinců pomáhá s odvykacími stavy antidepressivum bupropion nebo vareniklin. (Kalina a kol., 2015)

Podle Národního výzkumu užívání tabáku a alkoholu (NAUTA) bylo v roce 2019 v České republice 24,9 % současných kuřáků (tj. osob, které kouřily v posledních 30 dnech) ve věku 15 a více let (29,2 % mužů a 20,7 % žen). Z toho 18,1 % lidí kouřilo denně a 6,8 % příležitostně. Současní kuřáci (denní i příležitostní) vykouřili nejčastěji 10 – 14 cigaret denně. Celkově 58,7 % populace tvoří celoživotní nekuřáci a 16,4 % nekuřáci, kteří v minulosti kouřili. (Mravčík a kol. 2020)

### 2.2.5 Drogy

Drogy lze definovat jako látky, které mají psychotropní efekt – ovlivňují lidské prožívání, upravují, jak vidíme svět. Drogy mají také efekt závislosti – dlouhodobé a pravidelné užívání vyvolává závislost a vede ke ztrátě kontroly nad užíváním dané drogy. Drogy jsou z hlediska působení na psychiku člověka rozděleny na **tlumivé (narkotické) látky**, které zpomalují psychomotorické tempo, v malých dávkách člověka zklidní, vysoké dávky navodí spánek, kóma, až zástavu životních funkcí. Patří sem morfium, heroin, kodein, diazepam, alkohol. Dále jsou to **stimulační látky**, které zbavují člověka únavy, urychlují myšlenkové tempo a aktivují motoriku. Patří sem pervitin, kokain a **halucinogeny**, které vyvolávají změny vnímání, od pouhého zostření až po stavy podobné schizofrenii. Řadí se sem hašiš, marihuana, LSD, lysohlávky. A dále jsou drogy měkké (káva, čaj, tabák, marihuana, hašiš) a tvrdé (toluen, heroin, morfin, LSD, kokain, extáze, efedrin atd.).(Kalina a kol., 2015)

**Fáze závislosti:**

1. **Experimentování** – jde o dobrovolné užívání drog bez negativních sociálních nebo právních důsledků. U jedinců může toto experimentování proběhnout jednou nebo několikrát např. za cílem „jak se pobavit“.
2. **Pravidelné užívání** – v této fázi si lidé ještě nemusí vytvořit závislost, tito lidé bývají schopni přestat s užíváním drog sami. Problémem s pravidelným užíváním drog bývá riziko vzniku deprese, úzkosti, rizikové chování jako je řízení pod vlivem drog, násilí apod.
3. **Rizikové užívání/zneužívání** – hranice mezi pravidelným a rizikovým užíváním je velmi tenká. Zpravidla jde o pokračující užívání drogy i přes vážné sociální a právní důsledky. V této fázi se začínají objevovat příznaky závislosti, jako je touha, posedlost drogou, deprese nebo podrážděnost a únava při neužívání drogy.
4. **Závislost** – mezi charakteristické rysy drogové závislosti patří abstinenční příznaky, nutkání užít drogu navzdory závažným negativním dopadům na fyzické a duševní zdraví, na osobní finance, bezpečnost práce a trestní rejstřík.

(Staff, 2009)

Plocová (2020) uvádí, že závislost na drogách se projevuje častým užíváním, které vyvolává potřebu drogy cíleně vyhledávat. Jedná se o abnormální až patologický stav. Častým motivem k tomu, že člověk začne drogu brát, je zvědavost, lidé zkouší drogy proto, že chtějí jen vědět, jaké to je. Dalšími motivy jsou životní problémy či stres. Drogová závislost snižuje schopnost přirozeně reagovat na běžné stimuly, k narušení základních společenských a životních činností, nakonec i k selhávání tělesných orgánů po jejich trvalém poškození. Drogová závislost končí často smrtí. Příznaky závislosti na drogách jsou nespavost, nechut' k jídlu, bolesti hlavy, agresivita, deprese, stres, zimnice, halucinace atd. Jedinec, který má vytvořenou závislost, není postižen jen fyzicky ale i psychicky. **Léčba drogové závislosti** probíhá pomocí psychologické léčby. Tato metoda je založena na práci v terapeutické skupině a psychoterapii. Při léčbě se postupně snižují dávky drogy až na naprosté minimum, to pomáhá tělu, aby si na drogy postupně odvyklo a přešlo do normálního režimu fungování. Léčba drogové závislosti probíhá také pomocí

farmakologické léčby. Detoxikace, tedy pomalé snižování dávek tak, aby nedošlo k abstinčním příznakům. Substitute, nahrazení návykové látky takovou látkou, která je méně škodlivá, ale zároveň se nedostaví abstinční příznaky. Dávky této látky se zmenšují do doby, kdy je možné vysadit je úplně.

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS) ve spolupráci s agenturou ppm factum research realizovali v roce 2019 výzkum Prevalence užívání drog v populaci ČR. Výběrový soubor byl tvořen 1009 respondenty starších 15 let z celé České republiky. Nelegální drogu užilo ve svém životě 31,9 % dotázaných (40,1 % mužů a 23,6 % žen). Nejčastější užitou nelegální drogou byly konopné látky (25,9 %), halucinogenní houby (5,7 %), extáze (5,6 %), pervitin (1,9 %) a kokain (1,7 %). Ostatní nelegální drogy užilo 1,5 % populace nebo méně. Za posledních 12 měsíců je výskyt užívání nelegálních drog velmi nízký, s výjimkou konopných látek, jejichž užívání uvedlo 9,4 % a za posledních 30 dnů 2,6 %.(Mravčík a kol., 2020)

### 2.2.6 Alkohol

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění, na jehož vzniku se podílejí faktory biologické, psychické a sociální. Hlavní příčinou výskytu tohoto onemocnění v České republice je začátek užívání alkoholu již u dětí a adolescentů a vysoká spotřeba alkoholu. Nadměrné užívání alkoholu (abúzus) má za následek řadu somatických i psychických poruch. (Popov, 2002)

Dlouhodobé nadužívání alkoholu způsobuje mnohá onemocnění. Alkohol poškozuje játra (jaterní cirhóza s následným krvácením do trávicího traktu), mozek (demence), periferní nervy, srdce a cévní systém (kornatění cév), trávicí systém (alkoholová podvýživa a nedostatek vitamínů) a zvyšuje se riziko vzniku některých druhů nádorových onemocnění. (Mlčoch, 2003 – 2020)

**Okamžitá rizika** – úrazy, dopravní nehody, rvačky, otravy atd. **Vzdálenější rizika** – nemoci jater, žaludku, epilepsie, duševní nemoci a povahové změny, oslabení imunity, kožní nemoci, alkohol zvyšuje riziko nádorů v oblasti hltnu, jícnu, jater, prsní žlázy u žen atd. (Nešpor, 1999) Podle Mlčocha (2003 – 2020), patří mezi rizika spojená s alkoholem také jízda pod vlivem alkoholu, agresivní chování či kriminalita.

Dalšími riziky jsou pohlavní nemoci a nechtěná těhotenství související s rizikovým chováním pod vlivem alkoholu. Na alkoholu vzniká jak fyzická tak psychická závislost. Abstinenční příznaky se projevují po šesti až osmi hodinách od posledního požití. Projevy odvykacího stavu jsou třes, poruchy spánku, pocení, vnitřní neklid, úzkost, deprese, nechutenství, slabost atd. Delirium tremens je nejtěžším odvykacím stavem po alkoholu a člověka ohrožuje na životě. U těžkých otrav alkoholem je vysoké riziko vdechnutí zvratků a zástavy dechového centra. A to i s následkem smrti.

### **Akutní otrava alkoholem**

Skála a Blahoš (1986) uvádějí, že při nízkých dávkách alkoholu jsou neuronové systémy labializovány (stadium excitace) a při vysokých dávkách požitého alkoholu jsou tlumeny (stadium inhibice). Nejcitlivěji na alkohol reaguje mozková kůra, retikulární soustava mozkového kmene a míšní motorické neurony. V průběhu akutní alkoholové intoxikace můžeme rozeznávat čtyři stadia:

1. **Excitační** – lehká opilost (rozjařenost, lehké poruchy chůze).
2. **Hypnotické** – únava (útlum, výrazné poruchy chůze).
3. **Narkotické** – bezvědomí, areflexie.
4. **Asfyktické** – bezvědomí, areflexie, oběhová insuficience.

Abúzus alkoholu znamená zneužívání, především nadměrné požívání a nadužívání alkoholu. V podoborech se rozlišuje abúzus bez návyku, to je v takovém množství či časových intervalech, které nevyvolává touhu po alkoholu a abúzus s návykem, čímž se rozumí opětovné užívání s potřebou, touhou po alkoholu a omezenou svobodou rozhodování, ve vztahu k alkoholu. (Šedivý a Válková, 1988)

### **Typologie abuzu:**

1. **Typ alfa** – abúzus jako ulehčující prostředek vnitřních konfliktů. Člověk užívá alkoholu pro odstranění úzkosti, k potlačení tenze, k získání euforie nebo odstranění dysforie nebo jako prostředek ke sblížení s druhými lidmi. Zde se ještě nevyskytuje psychická ani somatická závislost. Riziková je rostoucí tolerance i frekvence alkoholu, trestné činy a úrazy.

2. **Typ beta** – příležitostný abuzus (víkendová droga). Motivací bývá neodlišovat se od ostatních a nezůstávat v izolaci. Mezi rizika patří zvyšující se tolerance, porušování dopravních předpisů.
3. **Typ gama** – zde už se jedná o závislost na alkoholu, především psychickou. Jedinec je po intoxikaci schopen i delší dobu abstinovat (vynucená abstinence). Odvykací příznaky při detoxikaci bývají zpravidla nevýrazné.
4. **Typ delta** – jedná se o trvalou hladinu alkoholu v krvi. Mezi rizika s tímto spojená patří větší ohrožení tělesného zdraví (cirhóza) i psychického zdraví (delirium tremens).
5. **Typ epsilon** – jde o epizodický abuzus, často s dramatickým a protahovaným průběhem. Tento typ závislosti někdy provází larvovanou afektivní psychózu.

(Skála a Blahoš, 1986)

Dle Popova (2002) je při léčbě závislosti na alkoholu důležité působit na všech úrovních, kde se projevují faktory – biologické, sociální, psychologické. Dominantní roli v léčbě závislosti na alkoholu hraje psychoterapie.

Léčba závislosti na alkoholu je možná službou ambulantní (ordinace psychiatrů, adiktologické ambulance, denní stacionáře) nebo lůžkovou – rezidenční (detoxifikace, léčba v psychiatrických nemocnicích, terapeutické komunity). (Klinika adiktologie, 2019)

Podle studie NAUTA v roce 2019 byla na základě informací o frekvenci pití alkoholu podle druhu nápoje – pivo, víno, destiláty, odhadnuta celková roční spotřeba alkoholu na jednu osobu 7,7 litrů (v roce 2016 to bylo 6,8 litrů a v roce 2018 7,4 litrů alkoholu na jednu osobu). Průměrná denní spotřeba odpovídá 17,8 gramům alkoholu na osobu (25,3 gramů u mužů a 10,5 gramů u žen). Po přepočítání na soubor bez abstinentů odpovídá denní spotřeba alkoholu průměrně 20,3 gramů na osobu. Nejvyšší průměrnou denní spotřebu alkoholu vykazují respondenti ve věkové skupině 45 – 64 let. Alkohol pilo denně nebo téměř denně 8,5 % populace (12,7 % mužů a 4,6 % žen). Časté pití nadměrných dávek alkoholu, které je definované v této studii jako 60 a více gramů alkoholu při jedné příležitosti s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji, uvedlo celkem 15,9 % dotázaných, nejčastěji ve věku 25 – 44 let (18,8 %). (Mravčík a kol., 2020)

## 2.3 Podpora zdraví

Cílem podpory zdraví je umožnit občanům zvýšit vlastní aktivní účast, odpovědnost a kontrolu ve vztahu k vlastnímu zdraví. Podpora zdraví úzce souvisí s prevencí všech chorob a dalšími postupy využívanými k ovlivnění vztahu mezi zdravím a nemocí. (Kernová, 2010)

Farkašová (2018) uvádí, že podpora zdraví je zaměřena preventivně. Posláním prevence a podpory zdraví je ovlivnit determinanty zdraví, aby bylo dosaženo co nejvyššího zlepšení zdravotního stavu, zmenšila se nerovnost ve zdraví a zlepšila se lidská práva. Konečným cílem by mělo být zvýšení střední délky života a snížení jejích rozdílů mezi regiony a mezi jednotlivými skupinami obyvatelstva. Dalším cílem je zvýšení kvality života. Efektivními nástroji preventivního působení v rámci snížení civilizačních onemocnění je posuzování a odstraňování vlivu rizikových faktorů, převzetí zodpovědnosti jednotlivců za své zdraví, vykonávání zdraví prospěšných aktivit (vhodné stravování, pohyb atd.) a rozvoj zdravotnických služeb. Obsahové naplnění termínu „prevence“ zahrnuje tři úrovně činností – primární, sekundární a terciární. Úkolem primární prevence je posílit zdraví člověka, zvýšit jeho odolnost vůči chorobám a zabránit jejich vzniku a šíření. Jedná se o snahu předejít vzniku nemocí u doposud zdravých jedinců.

### 2.3.1 Primární prevence

V rámci primární prevence se zaměřujeme na ochranu a podporu zdraví. Jde o soubor opatření, které jsou určeny pro snížení výskytu určité nemoci v populaci. Opatření provádíme tak, že se chrání jedinci, kteří chorobou ještě nebyli postihnuti. Obecně se jedná o očkování proti infekčním chorobám, dále jde o edukaci, eliminaci nebo zmírňování působení rizikových faktorů, které nemoci způsobují (kouření, konzumace alkoholu, obezita apod.), dále pak zabezpečení zdravého životního prostředí a rozvoj schopností vyrovnávat se se změnami. Primární zdravotní péče zahrnuje zdravotní výchovu obyvatelstva (např. prosazování zdravé výživy, dosažení optimální hmotnosti a optimální hodnoty krevního tlaku, nekouření, snížení konzumace alkoholu apod.), dále zahrnuje vhodné metody prevence, hodnocení

zdravotního stavu, zabezpečení vhodných potravin a správné výživy, zabezpečení zdravotně nezávadné pitné vody, zabezpečení péče o matku a dítě, zabezpečení léčby běžných onemocnění a základních léčiv, realizaci rehabilitace, zvládnutí endemických chorob a uskutečňování základních sanitárních. Primární péči poskytují všeobecní lékaři pro dospělé, gynekologové a stomatologové. Součástí primární péče je i preventivní péče a jedinec má právo na výběr lékaře. (Bašková a kol., 2009)

### 2.3.2 Sekundární prevence

Cílem sekundární prevence je léčit chorobu v prvotním stádiu a tím zabránit vzniku pokročilých forem nemoci a komplikací a zlepšovat prognózu. (Farkašová, 2018) S tím souhlasí také Bašková (2009), která říká, že sekundární prevence je aplikována až po vzniku choroby a to, v jejím včasném stádiu. Jejím úkolem je zvládnout proces nemoci a zabránit tak komplikacím spojeným s nemocí, předejít následkům či přechodu do chronického stadia. Sekundární prevence zahrnuje dodržování léčebného režimu, změnu chování, soběstačnost a zvládání péče o sebe sama. V rámci sekundární prevence se zaměřujeme na realizaci opatření, které jsou určeny pro včasnou diagnostiku a efektivní léčbu choroby z důvodu zmenšení jejich závažných následků.

### 2.3.3 Terciární prevence

V rámci terciární prevence se zaměřujeme na reedukaci, biologické a funkční poruchy, rehabilitaci, řešení důsledků závažných zdravotních onemocnění a sociálních problémech po úrazech, operacích a nemocích. (Bašková a kol., 2009) Terciární prevence se uplatňuje ve stádiu plného rozvinutí příznaků nemoci. (Farkašová, 2018)

Zdravotní stav závisí od velkého množství faktorů. Pro kvalitu lidského života má podle odborníků důležitý význam sociální kapitál. Sociální kapitál zahrnuje sociální gradient, stres, včasné období života, společenskou izolaci, pracovní podmínky, nezaměstnanost, společenskou podporu, závislost na alkoholu, nikotinu a drogách, složení stravy a dopravu. (Bašková a kol., 2009)

## 2.4 Výzkumy v oblasti životního stylu

HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) je mezinárodní výzkumná studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků. Výzkum je prováděn každé čtyři roky pomocí dotazníku. Cílem studie je získat nový pohled na zdraví mladých lidí, porozumět sociálním determinantům zdraví, informovat politiku a praxi ke zkvalitnění života mladých lidí. První výzkum HBSC byl proveden v letech 1983/1984 u pěti zemí. Studie se nyní rozrostla a zahrnuje 50 zemí a regiony v Evropě a Severní Americe. Studie se účastní děti ve věku 11, 13 a 15 let. (WHO, 2020)

### HBSC mezinárodní

Výzkumu 2017/2018 se zúčastnilo celkem 227 441 mladých lidí. Klíčovými zjištěními HBSC studie 2017/2018 jsou následující zjištění. **Stravovací návyky** u dětí z bohatších rodin jsou zdravější, je větší pravděpodobnost, že budou každý den snídat, jíst ovoce a zeleninu každý den a čistit si zuby 2x denně. U dospívajících, zejména dívek jsou snídaně méně časté. Téměř polovina dospívajících (48 %) nejí denně zeleninu ani ovoce. Šestnáct procent dospívajících denně konzumuje alkoholické nápoje. Pouze 2/3 dospívajících si čistí zuby dvakrát denně, přičemž prevalence je vyšší u dívek než u chlapců. Studie ukázala, že 19 % dospívajících se věnuje jednu hodinu denně **pohybové aktivitě**. Alespoň čtyřikrát týdně sportuje téměř polovina chlapců (49 %) a třetina dívek (35 %). Fyzická aktivita je nižší u starších adolescentů a u adolescentů s nízkým blahobytem rodiny. **Nadváha či obezita** je pravděpodobnější u dospívajících z chudších rodin. Jeden z 20 dospívajících má podváhu. Ve věku 15 let každý čtvrtý chlapec a jedna ze sedmi dívek měl/a **pohlavní styk** a méně než dvě třetiny (61%) sexuálně aktivních dospívajících používali kondom při posledním pohlavním styku. Jeden ze čtyř (26%) dospívajících užíval antikoncepční pilulku při posledním pohlavním styku. Téměř 3 z 5 dospívajících pili za svůj život **alkohol**, každý čtvrtý kouřil a každý sedmý užíval **konopí**. Užívání návykových látek je obecně častější u chlapců. Více než dvě třetiny dospívajících hlásí vysokou hladinu **podpory rodiny** a snadné komunikace s jejich rodiči. Obecně je to pro dospívající snazší komunikovat se svou matkou než s otcem. Vnímaná podpora rodiny a snadnost komunikace s rodiči s věkem klesá. Přibližně tři čtvrtiny (73%) mladých lidí žijí s matkou i otcem. Jeden z 20 dospívajících má



alespoň jednoho rodiče, který je nezaměstnaný a je větší pravděpodobnost, že to bude matka než otec. Jeden ze čtyř dospívajících mívá pocit nervozity, cítí se podrážděně nebo má potíže se spánkem každý týden. **Sociální pohoda** je obecně vyšší u chlapců a dívek z vysoce bohatých rodin. Více než polovina adolescentů uvádí vysokou úroveň podpory ze strany jejich spolužáků a učitelů, ale jen asi čtvrtina má velmi ráda školu. (WHO, 2020)

### HBSC Česká republika

Studie proběhla v České republice v roce 2018, zúčastnilo se jí 13 tisíc školáků ve věku 11 – 15 let. Sběr dat proběhl ve 14 krajích ČR a celkem 230 školách. Studie ukázala, že doporučenou denní aktivitu podle WHO, která činí jednu hodinu **pohybové aktivity** každý den, splňuje jen necelá 1/5 školáků ve věku 11 – 15 let, a to chlapci 22 % a dívky 15 %. Neznamená to ale, že by české děti nebyly pohybově aktivní, alespoň pětkrát týdně se hýbe zhruba polovina chlapců a 40 % dívek. Organizovaným sportovním aktivitám se věnují 2/3 dospívajících, u chlapců je procento o něco vyšší (72 %) než u dívek (61 %). Děti, které se sportu věnují organizovaně ve sportovních klubech a oddílech mají třikrát vyšší pravděpodobnost, že splní doporučení dle WHO pro denní pohybovou aktivitu. Pětina českých dětí však ve škole nechodí do tělesné výchovy. Omezenou docházku do hodin tělocviku má každý pátý školák a plně omluvených je 5 % dětí. Nejvíce dětí se tělesní výchově „vyhýbá“ v Libereckém kraji a Jihočeském kraji, nejméně ve Středočeském a Zlínském kraji. Do školy a ze školy se 60 % dětí. Problémy se svou **hmotností** má 1/5 českých dětí. Nadváhu trpí 15 % dětí a 6 % dětí je obézních, častěji se jedná o chlapce. Trojnásobně vyšší riziko obezity je u dospívajících z chudších rodin. Nejvíce dětí s nadváhou a obezitou najdeme v Karlovarském a Ústeckém kraji a naopak nejméně v Praze. Pět procent českých dětí trpí podváhou. Čtrnáct procent českých dětí každodenně konzumuje **slazené nápoje** a každé desáté dítě (10, 9 %) konzumuje energetické nápoje minimálně 2x do týdne a 3,3 % školáků pije energetické nápoje každý den. Naopak téměř 60 % dětí nepijí energetické nápoje vůbec. Nejvíce dětí, které konzumují energetické nápoje, najdeme v Ústeckém kraji (každý pátý školák, 20, 5 %) a nejméně v Praze (7,7 %). Pití energetických nápojů se silně váže k dalším faktorům rizikového chování českých školáků (kouření, opakovaná opilost, požívání marihuany. U limonád je tato vazba menší. Studie

ukázala také vztah mezi častým pitím energetických nápojů (a limonád) a výskytem depresí, bolestí hlavy, stavů nervozity nebo podrážděnosti. Děti, které pijí tyto nápoje, tráví více času u počítače a mají horší vztah k učení se do školy. (HBSC, 2019)

### 3 ŽIVOTNÍ STYL VŠEOBECNÝCH SESTER

Tuček, Cikrt a Pelclová, (2005) uvádějí, že životní styl všeobecných sester je ovlivněn specifickostí a charakterem daného povolání. Práce všeobecných sester klade zvýšené nároky na adaptaci, která souvisí se změnou životního stylu. Tyto změny spočívají v omezování sociálních kontaktů s rodinou a přáteli, omezování možností účastnit se společenských a kulturních akcí a také v posouvání a nepravidelnosti pracovního volna.

Výzkum, který byl provedený v prosinci 2011 ve Středomoravské nemocniční a.s., potvrdil, že povolání všeobecných sester zásadně ovlivňuje jejich životní styl. Především se jedná o oblast příjmu potravy a tekutin, spánku, stresových situací a fyzické únavy. (Vybíhalová, 2013)

Charakteristickým rysem povolání všeobecných sester je práce ve směnném provozu. Střídání směn je vážným psychologickým, fyziologickým a společenským problémem. Zdraví všeobecných sester nejvíce ohrožují fyziologické aspekty, kde je velkým problémem nabourání přirozeného biorytmu – změny fází práce, spánku a stravování. (Brhel a kol., 2005). S tímto souhlasí také Matoušek (2005) a pojednává o tom, že fyziologicky nejdůležitějším problémem jsou změny fází práce, spánku a stravování, tj. narušení přirozené biorytmicity.

Nezdravý životní styl u zdravotníků často potvrzuje pořekadlo „kovářova kobyla chodí bosa“. Za závažné bývá považováno nepravidelné stravování, nedostatečný odpočinek, nedostatečný pohyb, dlouhodobě neřešené zdravotní problémy, nadváha apod. (Venglářová, 2011)

Vévoda (2013) zmiňuje, že podle výzkumu Harta (2001) chtějí mít všeobecné sestry méně stresující či méně fyzicky náročnou práci (56 %), pravidelné směny (22 %), více peněz (18 %), příležitost k postupu (14 %), čas na rodinu (14 %) a méně pracovních rodin (11 %). Tyto faktory můžeme označit i za příčinu odcházení všeobecných sester ze zaměstnání. Naopak pacienti a jejich rodiny jsou nejvíce uspokojujícím faktorem (62 %).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA PRÁCE

Metodologická část obsahuje cíle práce, metodu a techniku, uvádí také charakteristiku zkoumaného vzorku, organizaci výzkumného šetření a způsob zpracování získaných dat.

### 4.1 Metoda a technika průzkumu

Pro získání potřebných informací jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumného šetření a pro sběr dat jsme si zvolili techniku dotazníku.

Dotazník patří mezi nejpoužívanější techniku získávání dat. Snadno a levně může zasáhnout velký počet i velmi prostorově vzdálených osob. Příprava i zpracování dotazníku je rychlé. Dotazník také poskytuje respondentům delší čas na rozmyšlení a důvěryhodnou anonymitu. Nevýhodou dotazníkového sběru dat je však možnost přeskočení otázky, zodpovězení jiným člověkem či rodinným týmem. Největším problémem je však nízká návratnost. (Olecká a Ivanová, 2010) V praxi rozlišujeme různé druhy dotazníků – ústní, písemný nebo telefonický (Urban, 2011). Pro naše účely jsme zvolili písemnou podobu dotazníku.

### 4.2 Charakteristika respondentů

Dotazníkové šetření proběhlo v Nemocnici AGEL Přerov. Výzkumný vzorek je tvořen všeobecnými sestrami na oddělení LDN (léčebna dlouhodobě nemocných) a NIP (následná intenzivní péče). Na obě oddělení bylo rozdáno 80 dotazníků a navraceno bylo 44 dotazníků. Výzkumný soubor tvořilo celkem 44 všeobecných sester (23 LDN, 21 NIP).

### 4.3 Cíle práce

**Hlavní cíl** Zjistit, jaký mají všeobecné sestry životní styl, v souvislosti s rizikovými faktory ovlivňujícími zdraví definovanými Holčíkem (2010). Jedná se o výživu, obezitu, aktivní tělesný pohyb, kouření, alkohol a drogy.

- Dílčí cíl 1** Zjistit, jak dlouho trvá všeobecným sestřám cesta do zaměstnání a jakým způsobem se dopravují do zaměstnání.
- Dílčí cíl 2** Zjistit, jaké mají všeobecné sestry stravovací návyky.
- Dílčí cíl 3** Zjistit, zda se všeobecné sestry věnují pravidelně nějaké pohybové aktivitě.
- Dílčí cíl 4** Zjistit, zda všeobecné sestry užívají návykové látky (cigarety, alkohol, drogy) a v jaké míře.
- Dílčí cíl 4** Zjistit, jestli mají všeobecné sestry normální tělesnou hmotnost.

#### 4.4 Popis dotazníku

Dotazník je tvořen 27 otázkami. Otázky v dotazníku byly převzaty z normovaného dotazníku studie HBSC použitého v roce 2010 v České republice. Dotazník byl upravený pro všeobecné sestry a dále přizpůsobený rizikovým faktorům definovaných Holčíkem (2010).

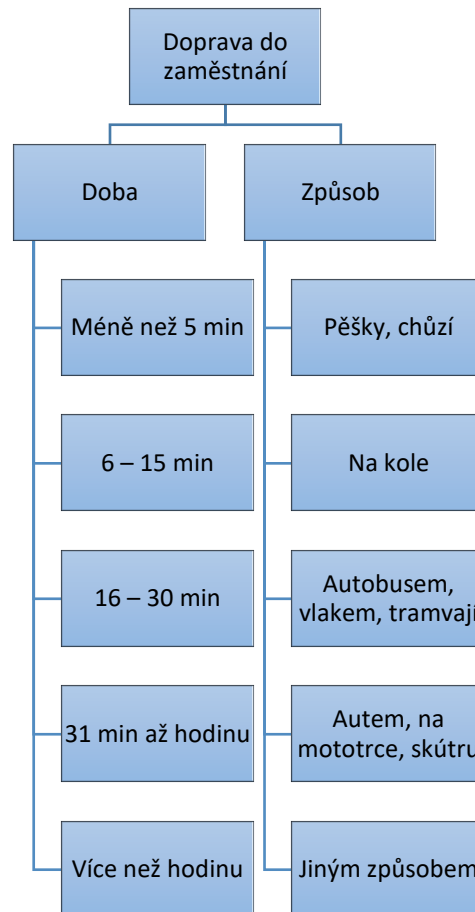
Úvod dotazníku obsahuje základní informace o tazateli a informace o samotném šetření. Respondenti byli seznámeni s účelem dotazníku a poučeni jakým způsobem dotazník vyplnit. První dvě otázky jsou zaměřeny na zjištění oddělení, na kterém všeobecné sestry pracují a typ provozu, do kterého jsou zařazeny. Další dvě otázky se týkají doby a způsobu dopravy do zaměstnání. Následujících devět otázek se věnuje stravovacím návykům všeobecných sester. Následující čtyři otázky se týkají pohybové aktivity a čtyři otázky návykových látek (cigarety, alkohol, drogy). Posledních šest otázek je zaměřeno na sociodemografické informace o všeobecných sestřách – pohlaví, věk, vzdělání, doba v pracovním procesu, váha a výška.

#### 4.5 Operacionalizace

**Dílčí cíl 1: Zjistit, jak dlouho trvá všeobecným sestřám cesta do zaměstnání a jakým způsobem se dopravují do zaměstnání.**

Tento dílčí cíl souvisí s kapitolou 2.2.3 Aktivní tělesný pohyb a konkrétně s životním stylem současného člověka.

Dílčí cíl 1 budeme zjišťovat pomocí otázek v dotazníkovém šetření číslo 3 (jak dlouho Vám obvykle trvá cesta z domova do práce) a 4 (jakým způsobem se dopravujete do práce).



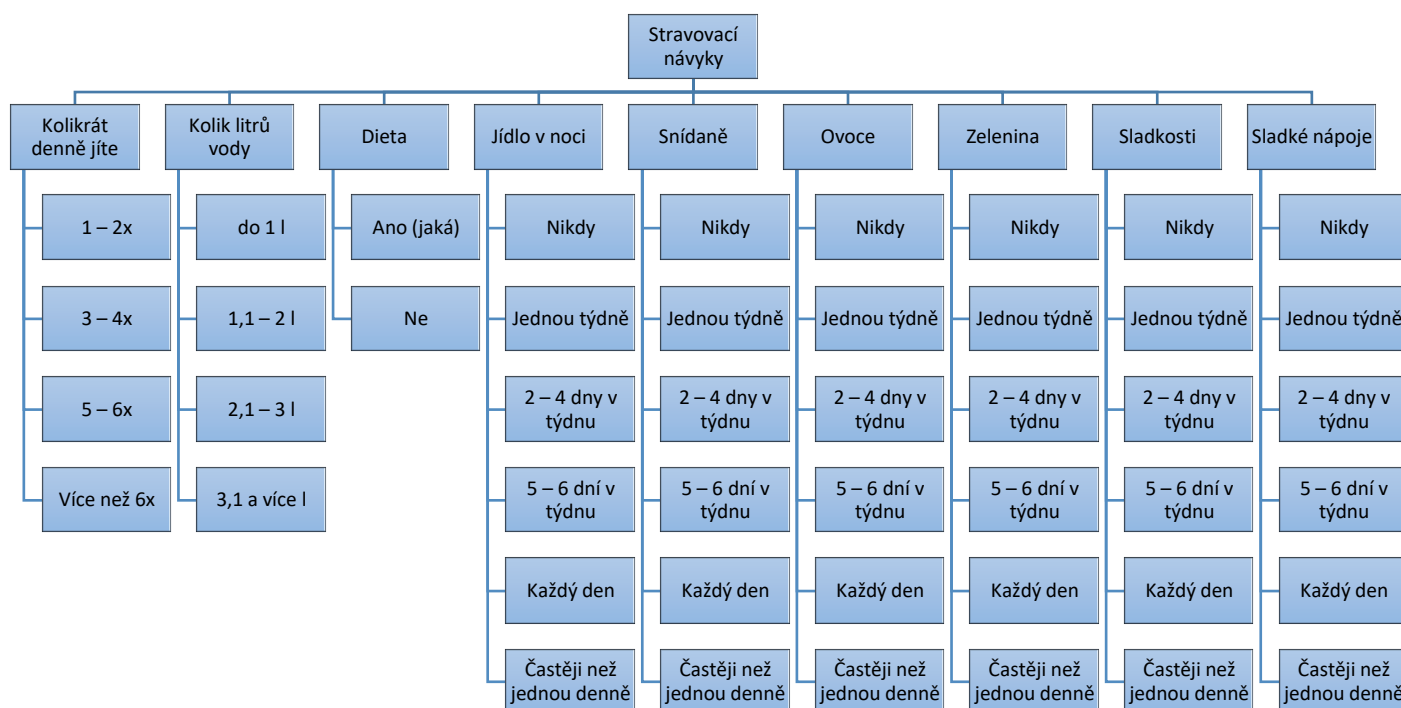
Doba dopravy do zaměstnání je polytomická proměnná, nabývající hodnoty a. méně než 5 minut, b. 6 – 15 minut, c. 16 – 30 minut, d. 31 minut až hodinu, e. více než hodinu.

Způsob dopravy do zaměstnání je polytomická proměnná, nabývající hodnoty a. pěšky, chůzí, b. na kole, c. autobusem, vlakem, tramvají, d. autem, na motorce či skútru, e. jiným způsobem.

**Dílčí cíl 2: Zjistit, jaké mají všeobecné sestry stravovací návyky.**

Tento dílčí cíl souvisí s kapitolou č. 2.2.1 Výživa.

Dílčí cíl 2 budeme zjišťovat pomocí otázek číslo 5 (kolikrát denně jíte), 6 (kolik litrů vody denně vypijete), 7 (držíte v současné době nějakou dietu), 8 (jíte v nočních hodinách), 9 (jak často obvykle snídáte), 10 (jak často za týden jíte ovoce), 11 (jak často za týden jíte zeleninu), 12 (jak často za týden jíte sladkosti), 13 (jak často za týden pijete colu nebo jiné sladké nápoje s obsahem cukru).



Kolikrát za den všeobecné sestry jí, je polytomická proměnná nabývající hodnoty a. 1 – 2x, b. 3 – 4x, c. 5 – 6x, d. více než 6x.

Kolik litrů vody všeobecné sestry denně vypijí, je polytomická proměnná nabývající hodnoty a. do 1 litru, b. 1,1 – 2 l, c. 2,1 – 3 l, d. 3,1 a více litru.

Jestli všeobecné sestry drží v současné době nějakou dietu, je dichotomická proměnná nabývající hodnoty ano (jakou) – ne.



Stravování se v nočních hodinách je polytomická proměnná, která nabývá hodnot a. nikdy, b. jednou týdně, c. 2 – 4 dny v týdnu, d. 5 – 6 dní v týdnu, e. každý den, f. častěji než jednou denně.

Zda všeobecné sestry obvykle snídají, je polytomická proměnná nabývající hodnoty a. nikdy, b. jednou týdně, c. 2 – 4 dny v týdnu, d. 5 – 6 dní v týdnu, e. každý den, f. častěji než jednou denně.

Jak často za týden všeobecné sestry jí ovoce, je polytomická proměnná nabývající hodnoty a. nikdy, b. jednou týdně, c. 2 – 4 dny v týdnu, d. 5 – 6 dní v týdnu, e. každý den, f. častěji než jednou denně.

Jak často za týden jí všeobecné sestry zeleninu, je polytomická proměnná nabývající hodnoty a. nikdy, b. jednou týdně, c. 2 – 4 dny v týdnu, d. 5 – 6 dní v týdnu, e. každý den, f. častěji než jednou denně.

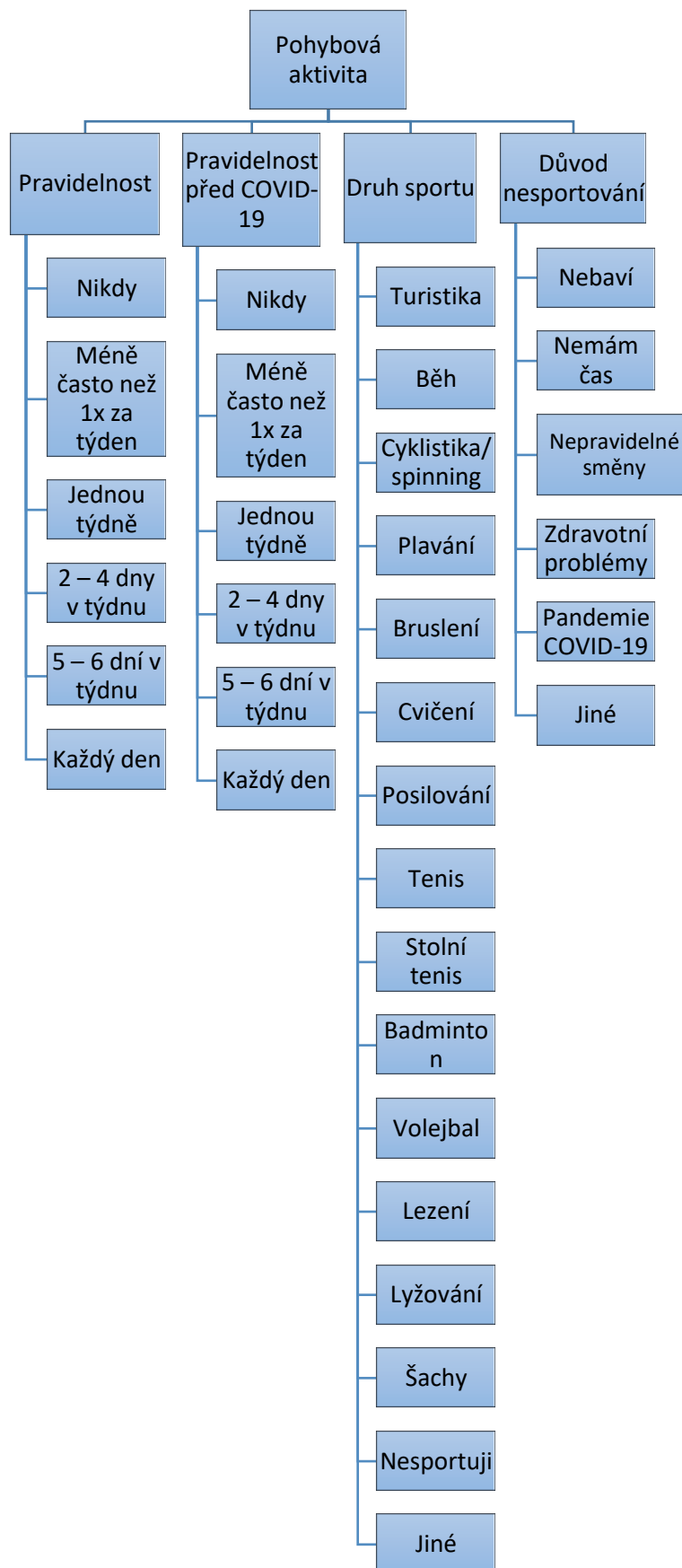
Jak často za týden jí sladkosti, je polytomická proměnná nabývající hodnoty a. nikdy, b. jednou týdně, c. 2 – 4 dny v týdnu, d. 5 – 6 dní v týdnu, e. každý den, f. častěji než jednou denně.

Jak často za týden pijí colu nebo jiné sladké nápoje s obsahem cukru, je polytomická proměnná nabývající hodnoty a. nikdy, b. jednou týdně, c. 2 – 4 dny v týdnu, d. 5 – 6 dní v týdnu, e. každý den, f. častěji než jednou denně.

### **Dílčí cíl 3: Zjistit, zda se všeobecné sestry věnují pravidelně nějaké pohybové aktivitě.**

Tento dílčí cíl se vztahuje ke kapitole 2.2.3 Aktivní tělesný pohyb.

Dílčí cíl 3 budeme zjišťovat pomocí otázek číslo 14 (jak často za týden se věnujete pohybové aktivitě alespoň 1 hodinu za den), 15 (jak často jste se věnoval/a pohybové aktivitě alespoň 1 hodinu za den před pandemií COVID-19), 16 (jakému sportu se věnujete) a 17 (pokud se žádnému sportu nevěnujete, jaký je důvod).



Pravidelnost pohybové aktivity, je polytomická proměnná nabývající hodnoty a. nikdy, b. méně často než 1x za týden, c. jednou týdně, d. 2 – 4 dny v týdnu, e. 5 – 6 dní v týdnu, f. každý den.

Pravidelnost pohybové aktivity před pandemií COVID-19 je polytomická proměnná nabývající hodnoty a. nikdy, b. méně často než 1x za týden, c. jednou týdně, d. 2 – 4 dny v týdnu, e. 5 – 6 dní v týdnu, f. každý den.

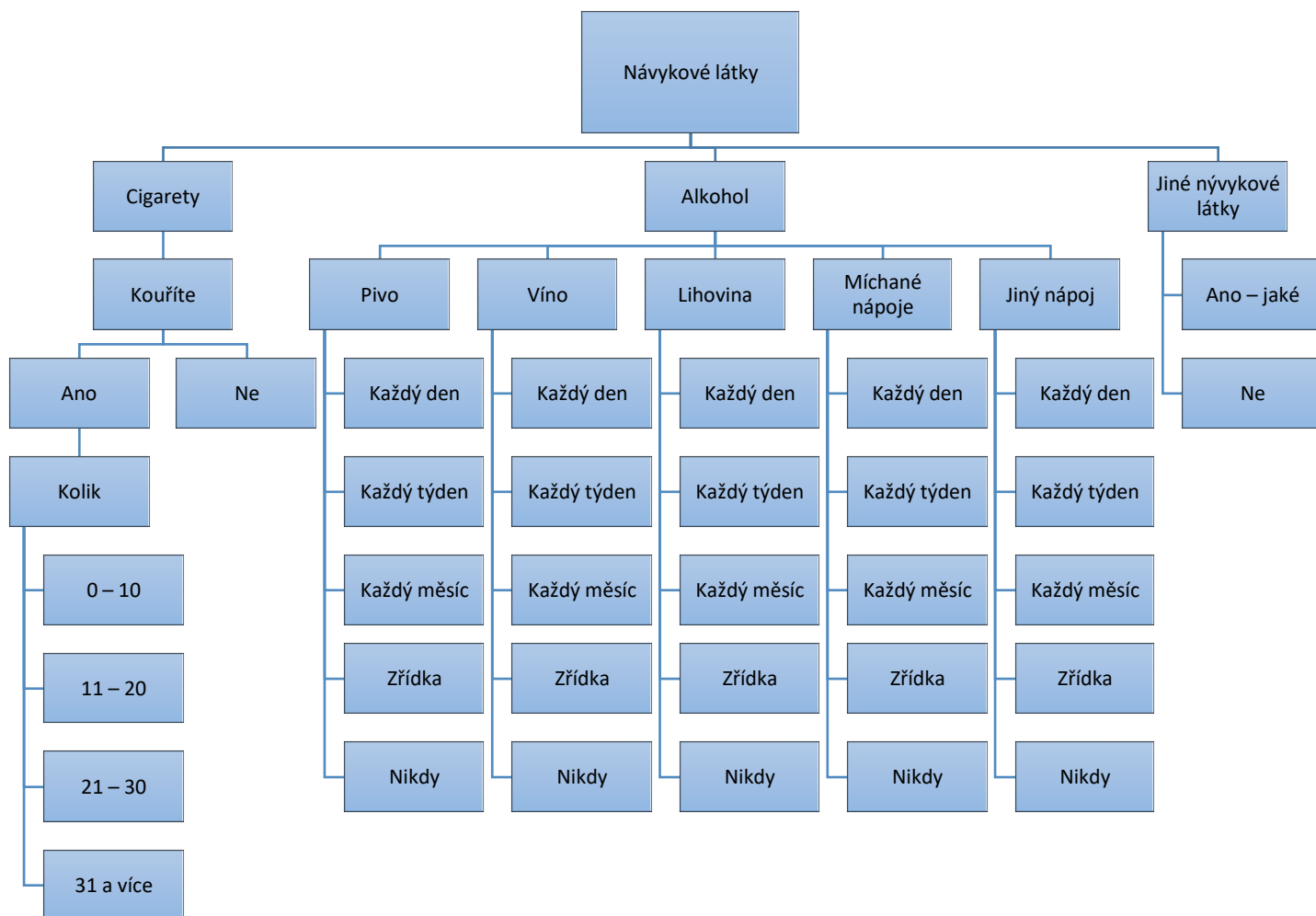
Druh sportu, kterému se všeobecné sestry věnují, je polytomická proměnná nabývající hodnoty a. turistika, b. běh, c. cyklistika/spinning, d. plavání, e. bruslení, f. cvičení (aerobic, zumba, jumping, pilates, jóga, zdravotní cvičení apod.), g. posilování, h. tenis, i. stolní tenis, j. badminton, k. volejbal, l. lezení, m. lyžování, n. šachy, o. nesportuji, p. jiné.

Důvod, proč se všeobecné sestry žádnému sportu nevěnují je polytomická proměnná nabývající hodnoty a. sport mě nebaví, b. nemám na něj čas, c. mám nepravidelné směny, d. zdravotní problémy, e. pandemie COVID-19, f. jiné.

**Dílčí cíl 4: Zjistit, zda všeobecné sestry užívají návykové látky (cigarety, alkohol, drogy) a v jaké míře.**

Dílčí cíl 4 se vztahuje ke kapitole 2.2.4 Tabák, Kouření; 2.2.5 Drogy a 2.2.6 Alkohol.

Dílčí cíl 4 budeme zjišťovat pomocí otázek číslo 18 (kouříte cigarety), 19 (pokud ano, kolik cigaret denně vykouříte), 20 (jak často se v současné době napijete nějakého alkoholického nápoje, jako je pivo, víno, lihovina, míchané nápoje, jiné nápoje), 21 (užíváte jiné návykové látky).



Zda všeobecné sestry kouří cigarety, je dichotomická proměnná, která nabývá hodnot ano – ne. V případě odpovědi ano, přichází otázka, kolik cigaret denně vykouří, jedná se o polytomickou proměnnou nabývající hodnoty a. 0 – 10, b. 11 – 20, c. 21 – 30, d. 31 a více.

Zda všeobecné sestry pijí alkohol je polytomická proměnná nabývající hodnoty a. pivo, b. víno, c. lihovina (vodka, rum apod.), d. míchané nápoje a alkoholem (např. tonik s fernetem apod.), e. jiný nápoj obsahují alkohol. Ke každé z odpovědí se vztahuje otázka jak často, jde o polytomickou proměnnou, která nabývá hodnoty a. každý den, b. každý týden, c. každý měsíc, d. zřídka (méně než jednou měsíčně), e. nikdy.

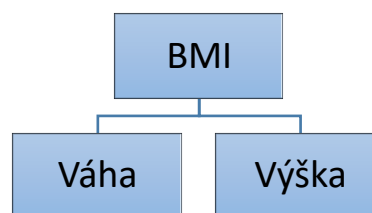
Otázka užívání jiných návykových látek. je dichotomická proměnná nabývající hodnoty ano (jaké) – ne.

**Dílčí cíl 5: Zjistit, jestli mají všeobecné sestry normální tělesnou hmotnost.**

Dílčí cíl 5 se vztahuje ke kapitole 2.2.2 Obezita.

Dílčí cíl 5 budeme zjišťovat pomocí otázek číslo 26 (kolik vážíte kg) a 27 (kolik měříte cm). Zajímá nás tzv. body mass index (BMI). BMI vypočítáme, pokud váhu člověka v kilogramech vydělíme jeho výškou v metrech na druhou.

$$BMI = \frac{\text{váha (kg)}}{\text{výška} \times \text{výška (m)}}$$



Na základě odpovědí vypočítáme BMI index a zjistíme, jestli mají všeobecné sestry podváhu (BMI < 18,5), normální váhu (BMI 18,5 – 24,9), nadváhu (BMI 25 – 29,9), obezitu I. stupně (BMI 30 – 34,5), obezitu II. stupně (35 – 39,9) či obezitu III. stupně (BMI > 40).

#### **4.6 Zpracování dat**

Navracené dotazníky jsme shromáždili a provedli u nich kontrolu, zda jsou kompletně vyplněné. Získaná data z kvantitativního výzkumného šetření byla zpracována v tabulkovém procesoru Microsoft Office Excel 2007, do kterého byly výsledky převedeny a dále zpracovány ve statistickém programu JASP.

#### **4.7 Etika průzkumného šetření**

Průzkum byl proveden s platnými etickými normami. Respondenti vyplňovali dotazník dobrovolně. V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s účelem a cílem šetření a ujištěni o anonymitě.

## 4.8 Limity výzkumu

Během průzkumného šetření byly reflektovány tři limity. Prvním limitem byla nízká návratnost dotazníků. Z rozdaných 80 dotazníků, bylo navraceno celkem 44, tzn. 55 %. Druhým limitem byla velikost zkoumaného souboru. Z důvodu malého výzkumného souboru, nebyly prováděny statistické testy. Třetím limitem byly limity dotazníku, proto bylo prováděno pouze třídění druhého stupně.

## 5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

Analýza spočívá v rozboru dat a vyhodnocení informací, kterou data zprostředkovávají.

### Charakteristika zkoumaného souboru

Tabulka 1 Charakteristika zkoumaného vzorku

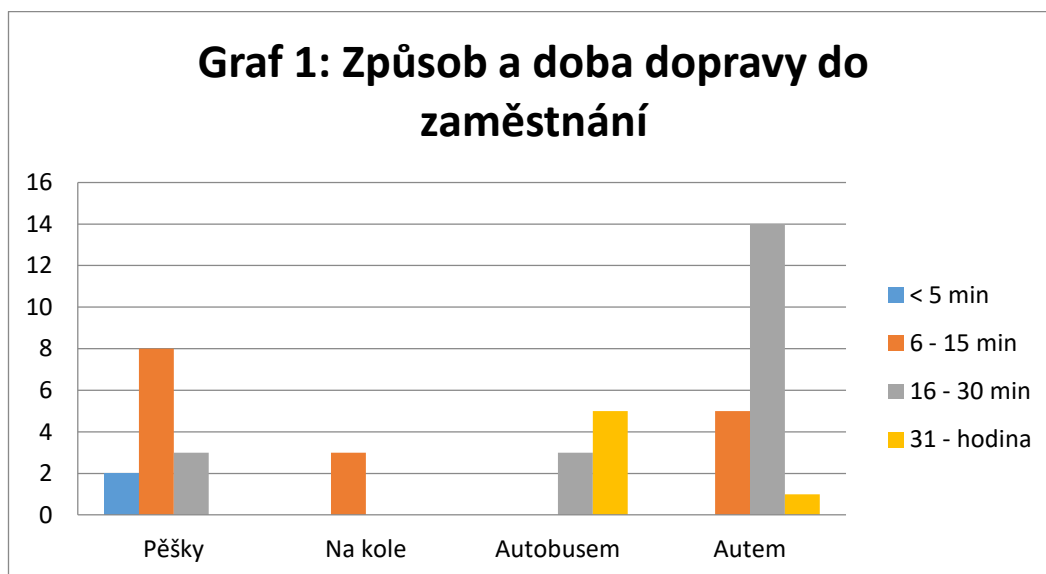
Charakteristika souboru		Počet	%	Charakteristika souboru		Počet	%
Pohlaví	Ženy	41	93,2	Směnnost	Dvousměnný	6	13,6
	Muži	3	6,8		Třisměnný	38	86,4
Celkem respondentů		44	100,0	Vzdělání	Středoškolské	37	84,1
Věk	Méně než 25	13	29,6		Vyšší odborné	4	9,1
	26 – 40	14	31,8		Vysokoškolské	3	6,8
	41 – 55	14	31,8		Doba v pracovním procesu	Do 5 let	15
	56 a více	3	6,8	6 – 10 let		7	15,9
Oddělení	LDN	23	52,3	11 – 20 let	9	20,5	
	NIP	21	47,3	21 a více	13	29,5	

**Věk a pohlaví respondentů** – Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 44 všeobecných sester (100 %). Z celkového počtu bylo 41 žen (93,2 %) a 3 muži (6,8 %). Nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 26 – 40 let, a to 14 respondentů (31,8 %), rovněž 41 – 55 let, také 14 respondentů (31,8 %). Další početnou skupinou byli účastníci dotazníkového šetření ve věkové kategorii méně než 25 let, jejich počet činil 13 respondentů (29,6 %). Nejmenší skupinu tvořila věková kategorie 56 a více let, a to 3 respondenti (6,8 %). **Oddělení a typ provozu** – Na oddělení LDN pracuje 23 respondentů (52,3 %) a na oddělení NIP pracuje 21 respondentů (47,3 %). Většina všeobecných sester pracuje v třisměnném provozu – 38 (86,4 %), LDN 18 respondentů a NIP 20 respondentů. Šest respondentů (13,6 %) pracuje

v *dvousměnném provozu*, LDN – 5 a NIP – 1. **Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů** – Nejvíce respondentů má vystudovanou *střední školu*, a to 37 respondentů (84,1 %). *Vyšší odborné vzdělání* mají 4 respondenti (9,1 %) a *vysokoškolské* 3 respondenti (6,8 %). **Doba v pracovním procesu** – Nejvíce respondentů je v pracovním procesu *do 5 let*, a to 15 (34,1 %), další nejpočetnější skupinou je *21 a více let*, a to 13 respondentů (29,5 %). Devět respondentů (20,5 %) je v pracovním procesu *11 – 20 let* a 7 respondentů (15,9 %) je v pracovním procesu *6 – 10 let*.

**Komentář:** Všeobecná sestra je spíše ženské povolání, z našeho zkoumaného vzorku tvoří muži pouze 6,8 %. Zdá se, že je věkem ovlivněno, zda mají všeobecné sestry vystudovanou střední školu nebo vyšší odbornou a vysokou školu. Vyšší odbornou a vysokou školu mají vystudovanou 2 respondenti (4,5 %) do 25 let a 5 respondentů (11,4 %) starších 25 let. Věkem není ovlivněno, zda si všeobecné sestry vybírají oddělení LDN či NIP. Jde o poměrně rovnoměrné zastoupení. Na oddělení LDN pracuje 7 respondentů (15,9 %) do 25 let a na oddělení NIP 6 respondentů (13,6 %) do 25 let. Starších 25 let pracuje na oddělení LDN 16 respondentů (36,4 %) a na oddělení NIP 15 respondentů (34,1 %). Není zjištěna ani souvislost mezi dobou v pracovním procesu a oddělením. Respondenti, kteří jsou v pracovním procesu do 5 let a pracují na oddělení LDN, jsou zastoupeni v počtu 8 (18,2 %) a na oddělení NIP 7 (15,9 %). Více než 5 let je v pracovním procesu na oddělení LDN 15 respondentů (34,1 %) a na oddělení NIP 14 respondentů (31,2 %).



**Způsob a doba dopravy do zaměstnání**

Všichni respondenti, kterým zabere cesta do zaměstnání méně než 5 minut, se dopravují *pěšky, chůzí*, a to 2 (4,5 %). Respondenti, kterým cesta do zaměstnání trvá 6 – 15 minut, se dopravují *pěšky, chůzí* – 8 (18,2 %), *na kole* – 3 (6,8 %) nebo *autem* – 5 (11,4 %). Ti respondenti, kterým cesta do práce zabere 16 – 30 minut, se dopravují *pěšky, chůzí* – 3 (6,8 %), *autobusem, vlakem, tramvají* – 3 (6,8 %) a nejčastěji *autem, na motorce či skútru* – 14 (31,8 %). Respondenti, kterým cesta do práce trvá 31 minut až hodinu, se dopravují *autobusem, vlakem, tramvají* – 5 (11,4 %) nebo *autem* – 1 (2,3 %). Nikomu z respondentů netrvá cesta do zaměstnání *více než hodinu*.

**Komentář:** Všeobecné sestry se do zaměstnání dopravují nejčastěji *autem, na motorce či skútru*, a to 20 sester (45,5 %), druhým nejčastějším způsobem dopravování do práce je *chůze*, tou se dopravuje 13 sester (29,5 %). Všeobecné sestry, které jsou v pracovním procesu do 5 let, se dopravují do zaměstnání častěji *pěšky či na kole* – 8 (18,2 %), než sestry, které jsou v pracovním procesu 6 – 20 let, a to 2 (4,5 %). Všeobecné sestry, které jsou v pracovním procesu 6 – 20 let se nejčastěji dopravují do zaměstnání *autem, na motorce či skútru*, a to 9 sester (20,5 %).

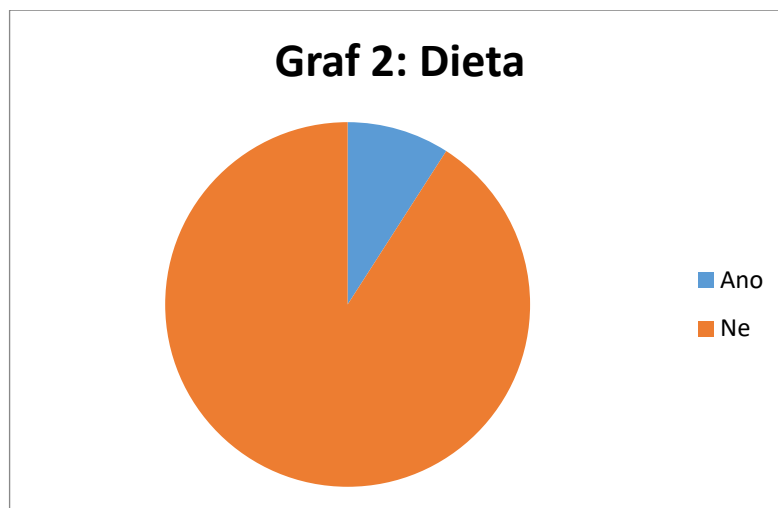
**Stravovací návyky**

Tabulka 2 Stravovací návyky

Jídlo/den		Litry vody/den	
1 – 2x	7	Do 1 litru	10
3 – 4x	28	1,1 – 2 litry	25
5 – 6x	8	2,1 – 3 litry	8
Více než 6x	1	3,1 a více litru	1

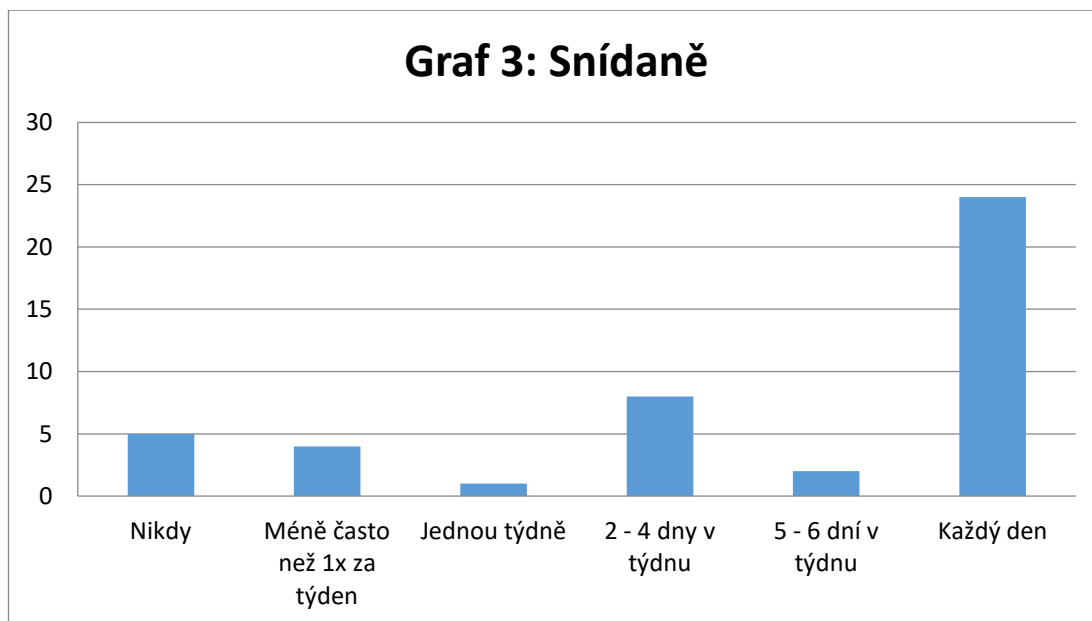
Pouze *1 – 2x za den* se stravuje 7 respondentů (15,9 %), *3 – 4x denně* jí 28 respondentů (63,6 %), *5 – 6x za den* se stravuje 8 respondentů (18,2%) a *více než 6x denně* 1 respondent (2,3 %). Pouze *do jednoho litru* vody za den vypije 10 respondentů (22,7 %), *1,1 – 2 litry* vody vypije 25 respondentů (56,8 %), *2,1 – 3 litry* vody denně vypije 8 respondentů (18,2 %) a *3,1 a více litru* vypije 1 respondent (2,3 %).

**Komentář:** Všechny všeobecné sestry, které se stravují pouze 1 – 2 x denně, pracují v třísměnném provozu – 7 sester (15,9 %). Také sestry, které za den vypijí pouze do 1 litru vody je více pracujících v třísměnném provozu, a to 9 (20,5 %), v dvousměnném – 1 (2,3 %). Oddělení, na kterém všeobecné sestry pracují má jistý vliv na stravování se pouze 1 – 2x denně. Ze všeobecných sester pracujících na oddělení LDN, jsou to 2 sestry (4,5 %) a na oddělení NIP – 5 (11,4 %). Oddělení, na kterém všeobecné sestry pracují nemá souvislost s tím, zda vypijí za den pouze do 1 litru vody. Na oddělení LDN je to 5 sester (11,4 %) a rovněž na oddělení NIP je to 5 sester (11,4 %).



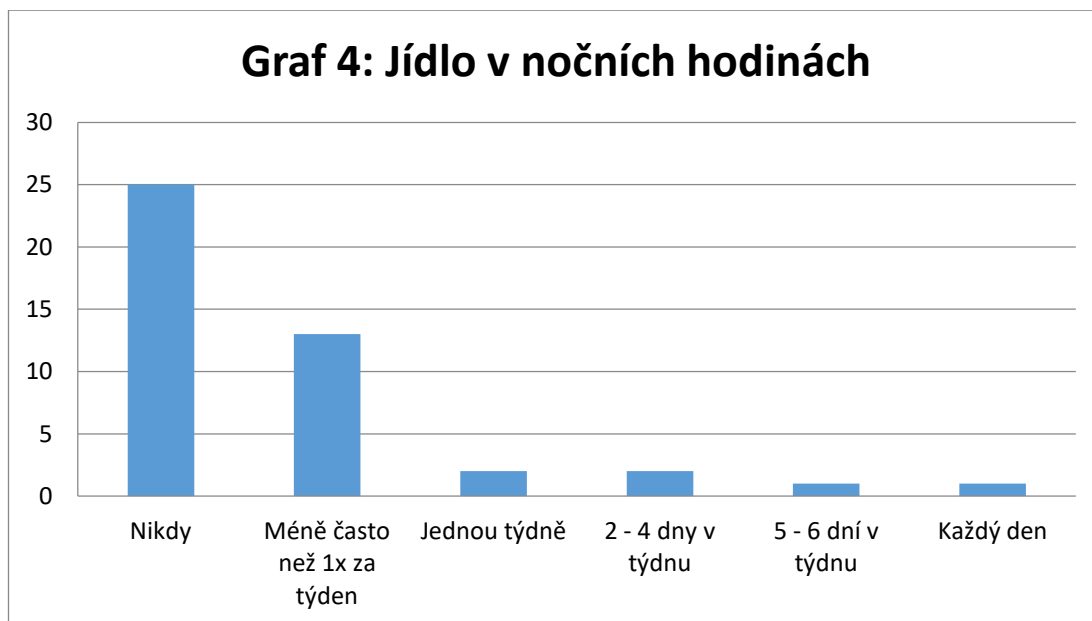
Žádnou dietu nedrží 90,1 % respondentů, zbylých 9,1 % uvedlo, že drží dietu – „Břicháč Tom“, „krabičková dieta“, „nízkokalorická dieta“ a „hlídám si kalorický deficit“.

**Komentář:** Oddělení, na kterém všeobecné sestry pracují, nijak nesouvisí s tím, zda drží dietu. Sestry, které dietu drží, jsou 2 z oddělení LDN (4,5 %) a 2 z oddělení NIP (4,5 %). Všechny čtyři všeobecné sestry, které drží dietu, pracují v třísměnném provozu. Většina sester – 3, které drží dietu, jsou ve věku nad 25 let, jedna všeobecná sestra patří do věkové kategorie do 25 let. Dvě všeobecné sestry, které drží dietu, mají podle BMI normální váhu a dvě sestry trpí podle BMI obezitou I. stupně.



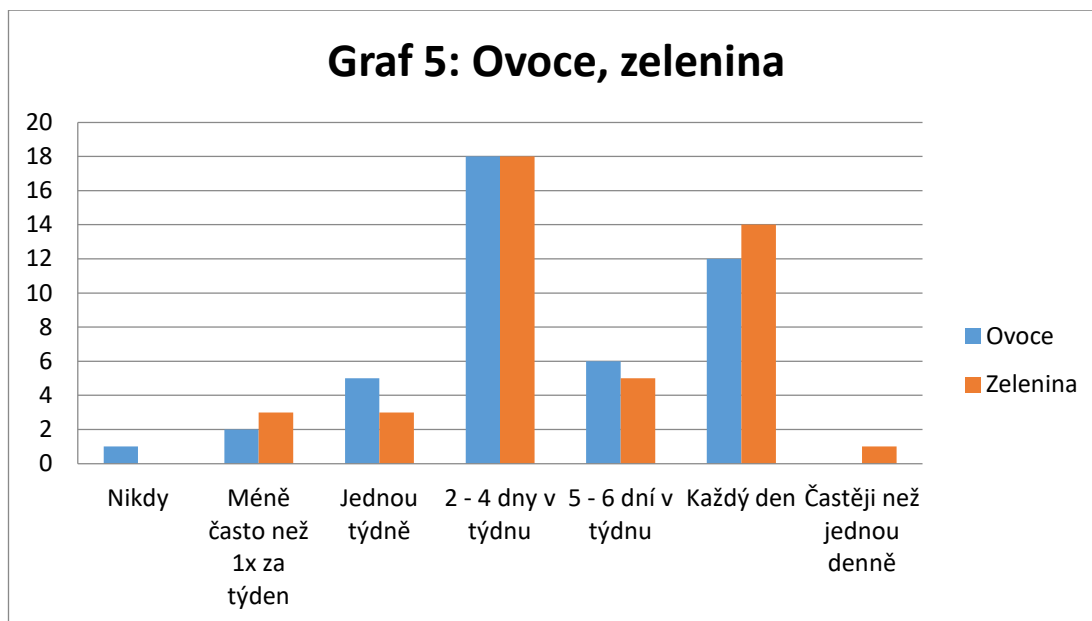
*Nikdy* nesnídá 5 respondentů (11,4 %), *méně často než 1x za týden* snídají 4 respondenti (9,1 %). *Jednou týdně* snídá 1 respondent (2,3 %), *2 – 4 dny v týdnu* snídá 8 respondentů (18,2 %) a *5 – 6 dní v týdnu* snídají 2 respondenti (4,5 %). *Každý den* má snídani 24 respondentů (54,5 %).

**Komentář:** Všeobecných sester, které nesnídají nikdy, méně často než 1x za týden nebo jednou týdně je celkem 10 (22,7 %). Většina z nich pracuje v třísměnném provozu, a to 9 (20,5 %). Oddělení, na kterém všeobecné sestry pracují, s tímto nesouvisí. Pět všeobecných sester pracuje na oddělení LDN a pět pracuje na oddělení NIP. Všeobecných sester, které snídají každý den je více z oddělení NIP, a to 14 (31,2 %) než z oddělení LDN, ze kterého jich je 10 (22,7 %).



V nočních hodinách, když nemají směnu, *nikdy* nejí 25 respondentů (56,8 %). *Méně často než 1x za týden* jí v nočních 13 respondentů (29,5 %). *Jednou týdně* jí v nočních hodinách 2 respondenti (4,5 %), *2 – 4 dny v týdnu* jí v noci také 2 respondenti (4,5 %) a *5 – 6 dní v týdnu* jí v noci 1 respondent (2,3 %). *Každý den* se v nočních hodinách stravuje 1 respondent (2,3 %).

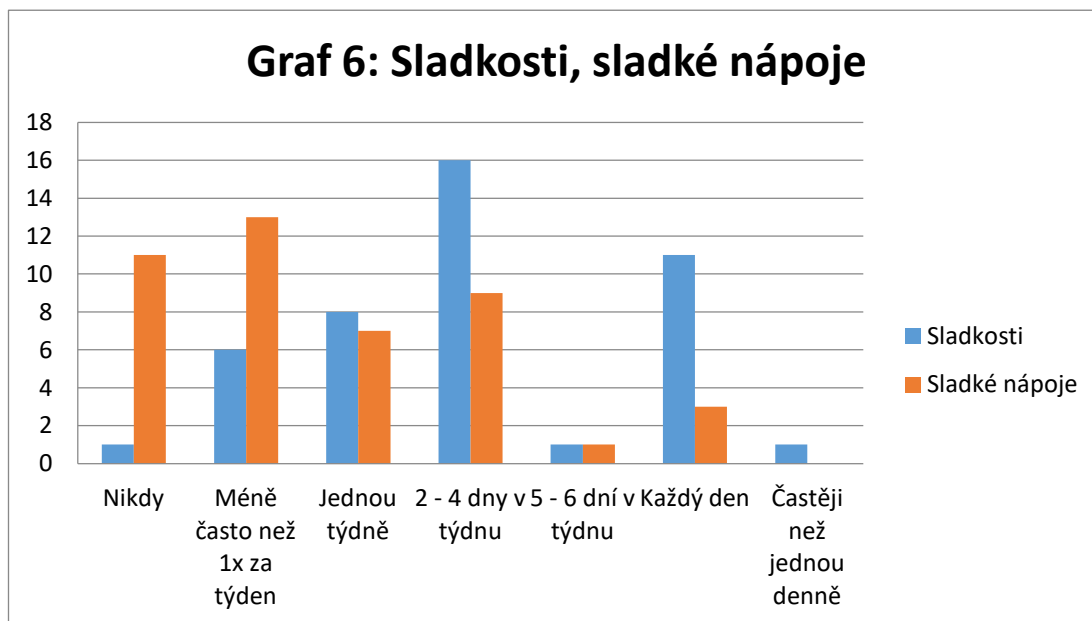
**Komentář:** Zda se všeobecné sestry stravují v nočních hodinách každý den, 5 – 6 dní v týdnu, 2 – 4 dny v týdnu, jednou týdně, nesouvisí s oddělením, na kterém pracují. Z oddělení LDN jsou to 3 sestry (6,8 %) a rovněž z oddělení NIP jsou to 3 sestry (6,8 %). Většina z nich je ve věkové kategorii 41 – 55 let, a to 4 sestry (9,1 %), zbylé 2 všeobecné sestry (4,5 %) jsou ve věku do 25 let.



*Častěji než jednou denně* konzumuje zeleninu 1 respondent (2,3 %), ovoce nekonzumuje častěji než jednou denně žádný respondent (0,0 %). Více než polovina respondentů nejí *denně* ovoce ani zeleninu – ovoce jí denně 12 respondentů (27,3 %) a zeleninu 14 respondentů (31,2 %). *Pět až šest dní v týdnu* ovoce konzumuje 6 respondentů (13,6 %) a zeleninu 5 respondentů (11,4 %). *Dva až čtyři dny v týdnu* jí ovoce i zeleninu nejvíce respondentů – shodně 18 (40,9 %). *Jednou týdně* konzumuje ovoce 5 respondentů (11,4 %) a zeleninu 3 respondenti (6,8 %). *Méně často než 1x za týden* jí ovoce 2 respondenti (4,5 %) a zeleninu 3 respondenti (6,8 %). Ovoce nejí *nikdy* 1 respondent (2,3 %) a zeleninu nikdy nekonzumuje žádný respondent (0,0 %).

**Komentář:** Zda všeobecné sestry nejí ovoce nikdy, méně často než 1x za týden nebo jednou týdně nesouvisí s věkem. Čtyři sestry (9,1 %) patří do věkové kategorie do 25 let a čtyři sestry (9,1 %) jsou starší 25 let. Všeobecné sestry z oddělení NIP častěji nejí ovoce – 5 sester (11,4 %), než sestry z oddělení LDN – 3 sestry (6,8 %). Všeobecné sestry, které jsou ve věkové kategorii nad 25 let, častěji nejí zeleninu – 4 sestry (9,1 %), než sestry ve věku do 25 let – 2 sestry (4,5 %). Oddělení, na kterém pracují, nemá s tímto souvislost. Všeobecné sestry z oddělení LDN, které nejí zeleninu, jsou 3 (6,8 %) a stejně tak z oddělení NIP jsou 3 (6,8 %). Všeobecné sestry, které konzumují ovoce 5 – 6 dní v týdnu, každý den nebo častěji než jednou denně mají větší zastoupení ve věkové kategorii nad 25 let, a to 15 sester (34,1 %), než sestry, které jsou mladší 25. let – 3 sestry (6,8 %). Oddělení, na kterém pracují, s tímto nesouvisí. Všeobecných sester z oddělení LDN je 9 (20,5 %) a z oddělení

NIP je rovněž 9 (20,5 %) sester. Všeobecné sestry, které konzumují zeleninu 5 – 6 dní v týdnu, každý den nebo častěji než jednou denně mají větší zastoupení ve věkové kategorii nad 25 let, a to 17 sester (38,6 %), než sestry, které jsou mladší 25 let – 3 sestry (6,8 %). Více těchto sester je z oddělení NIP, a to 11 (25,0 %), než z oddělení LDN – 9 (20,5 %).



*Častěji než jednou denně* konzumuje sladkosti (bonbony, čokoládu, sušenky) 1 respondent (2,3 %), sladké nápoje s obsahem cukru nebo colu – žádný respondent (0,0 %). *Každý den* jí sladkosti 11 respondentů (25,0 %) a sladké nápoje konzumují každý den 3 respondenti (6,8 %). *Pět až šest dní v týdnu* konzumuje sladkosti a sladké nápoje shodně 1 respondent (2,3 %). *Dva až čtyři dny v týdnu* jí sladkosti 16 respondentů (36,4 %) a pije sladké nápoje 9 respondentů (20,5 %). *Jednou týdně* konzumuje sladkosti 8 respondentů (18,2 %) a colu nebo jiné sladké nápoje 7 respondentů (15,9 %). *Méně často než 1x za týden* jí sladkosti 6 respondentů (13,6 %) a pije sladké nápoje 13 respondentů (29,5 %). *Nikdy* nejí sladkosti 1 respondent (2,3 %) a nekonzumuje colu nebo jiné sladké nápoje s obsahem cukru 11 respondentů (25,0 %).

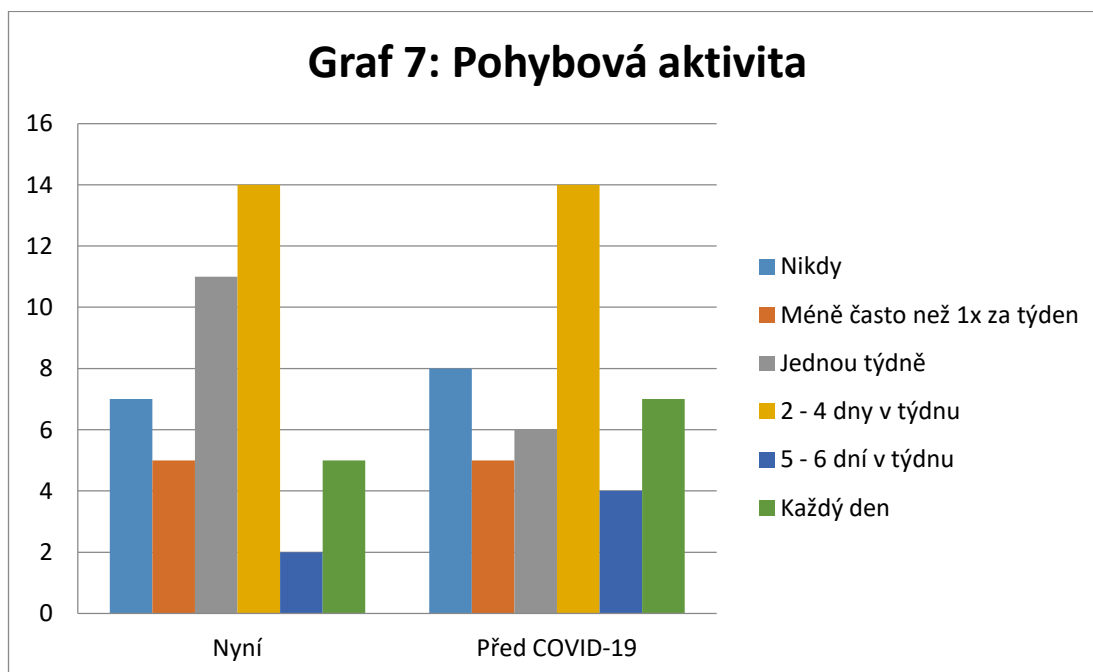
**Komentář:** Zda všeobecné sestry konzumují sladkosti častěji než jednou denně, každý den nebo 5 – 6 dní v týdnu, souvisí s věkem. Čtyři sestry (9,1 %) patří do věkové kategorie do 25 let a devět (20,5 %) je starší 25 let. Všeobecné sestry, které konzumují sladkosti častěji než jednou denně, každý den nebo 5 – 6 dní v týdnu jsou

častěji z oddělení LDN, a to 10 sester (22,7 %), než z oddělení NIP – 3 sestry (6,8 %). Zda všeobecné sestry konzumují colu nebo jiné sladké nápoje s obsahem cukru, souvisí s věkem. Tři sestry (6,8 %) paří do věkové kategorie do 25 let a jedna sestra (2,3 %) je starší 25 let. Více sester z oddělení LDN konzumuje colu nebo jiné sladké nápoje s obsahem cukru, a to 3 všeobecné sestry (6,8 %) než z oddělení NIP, kde je to jedna sestra (2,3 %). Všeobecné sestry, které nekonzumují sladkosti nikdy, méně často než 1x za týden nebo jednou týdně, jsou častěji z oddělení NIP, a to 9 sester (20,5 %), než z oddělení LDN – 6 sester (13,6 %). Colu nebo jiné sladké nápoje s obsahem cukru, nepije z oddělení LDN 15 sester (34,1 %) a z oddělení NIP je to 16 sester (36,4 %).

### Pravidelná pohybová aktivita

#### Pohybová aktivita nyní a před pandemií COVID-19

Zjišťujeme, jak často za týden se všeobecné sestry věnují pohybové aktivitě 1 hodinu denně a jaký má na to vliv přítomnost pandemie COVID-19.

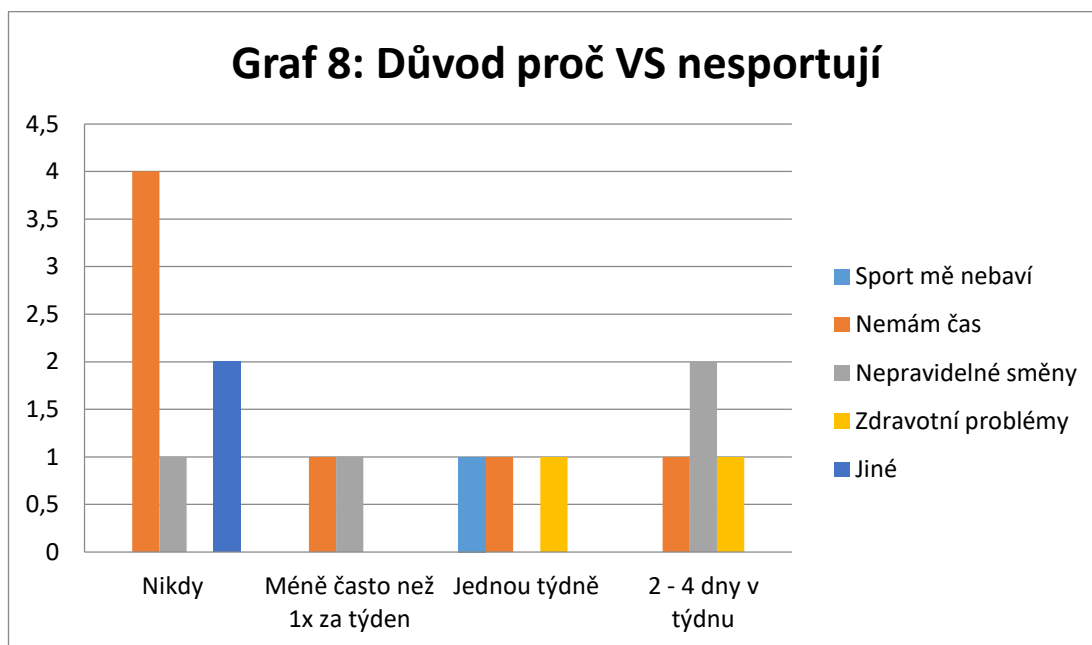


V současné době se pohybové aktivitě věnuje *každý den* 5 respondentů (11,4 %), před pandemií COVID-19 to bylo 7 respondentů (15,9 %). Nyní se pohybové aktivitě 1 hodinu denně *5 – 6 dní v týdnu* věnují 2 respondenti (4,5 %), před pandemií COVID-19 to byli 4 respondenti (9,1 %). V současnosti se pohybové aktivitě *2 – 4*



dny v týdnu věnuje 14 respondentů (31,8 %) a před pandemií COVID-19 to bylo rovněž 14 respondentů (31,8 %). *Jednou týdně* se pohybové aktivitě věnuje 11 respondentů (25,0 %), před pandemií COVID-19 to bylo 6 respondentů (13,6 %). *Méně často než 1x za týden* nyní sportuje 5 respondentů (11,4 %), shodně 5 respondentů (11,4 %) sportovalo méně často než 1x týdně také před pandemií COVID-19. *Nikdy* nespportuje nyní 7 respondentů (15,9 %) a před pandemií COVID-19 to bylo 8 respondentů (18,2 %).

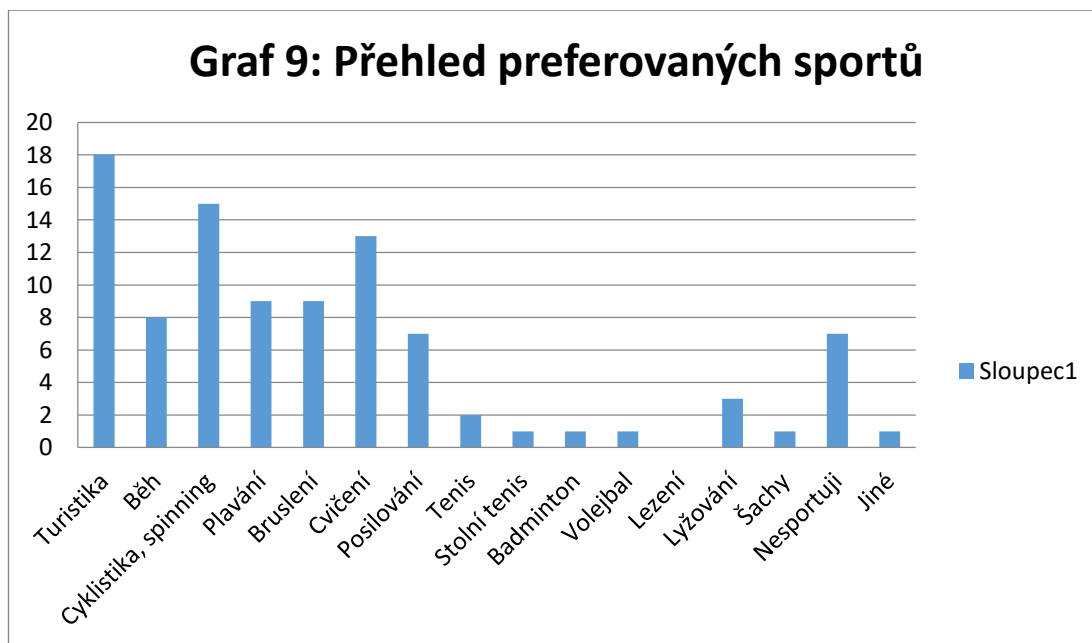
**Komentář:** Zda se všeobecné sestry pravidelně věnují pohybové aktivitě každý den nebo 5 – 6 dní v týdnu souvisí s věkem. Sestry, které patří do věkové kategorie do 25 let, jsou 2 (4,5 %) a sester, které jsou starší 25 let, je 5 (11,4 %). Každý den nebo 5 – 6 dní v týdnu se pohybové aktivitě věnují častěji všeobecné sestry z oddělení NIP, a to 5 (11,4 %), než sestry z oddělení LDN – 2 (4,5 %). Všechny tyto sestry jsou zařazeny do třísměnného provozu. Pohybové aktivitě každý den nebo 5 – 6 dní v týdnu, se věnují čtyři všeobecné sestry, které podle BMI mají nadváhu či obezitu a tři sestry, které patří do normální váhy.



Sedm respondentů nespportuje *nikdy*, jako důvod uvádějí nedostatek času – 4 respondenti, nepravidelné směny – 1 respondent a jiné důvody uvádějí 2 respondenti. Jako jiné důvody uvedli: „*Při jedné směně nachodíme 10 – 14 km – stačí!*“ a „*Po práci na LDN je to složité, když třeba nachodíte za 12 h 13 km a více.*“.

*Méně často než 1x za týden* sportují 2 respondenti, důvodem je nedostatek času – 1 respondent a nepravidelné směny – 1 respondent. *Jednou týdně* se věnují pohybové aktivitě 3 respondenti, jako důvod uvádějí, že je sport nebaví – 1 respondent, nemají čas – 1 respondent a mají zdravotní problémy – 1 respondent. Čtyři respondenti se věnují pohybové aktivitě *2 – 4 dny v týdnu*, důvodem je nedostatek času – 1 respondent, nepravidelné směny – 2 respondenti a zdravotní problémy – 1 respondent.

**Komentář:** Zda se všeobecné sestry nevěnují pohybové aktivitě nikdy nebo méně než 1x za týden souvisí s věkem. Sestry, které patří do věkové kategorie do 25 let, jsou 3 (6,8 %) a sester, které jsou starší 25 let, je 9 (20,5 %). Nikdy nebo méně často než 1x za týden se nevěnují pohybové aktivitě častěji sestry z oddělení LDN, a to 7 (15,9 %), než sestry z oddělení NIP – 5 (11,4 %). Jedna tato všeobecná sestra (2,3 %) je zařazena do dvousměnného provozu a zbylých 11 (25,0 %) do třisměnného provozu. Více sester, které se nevěnují pohybu nikdy nebo méně než 1x týdně má podle BMI nadváhu či obezitu, a to 7 (15,9 %), tři sestry (6,8 %) mají normální váhu a dvě sestry (4,5 %) trpí podvýživou.

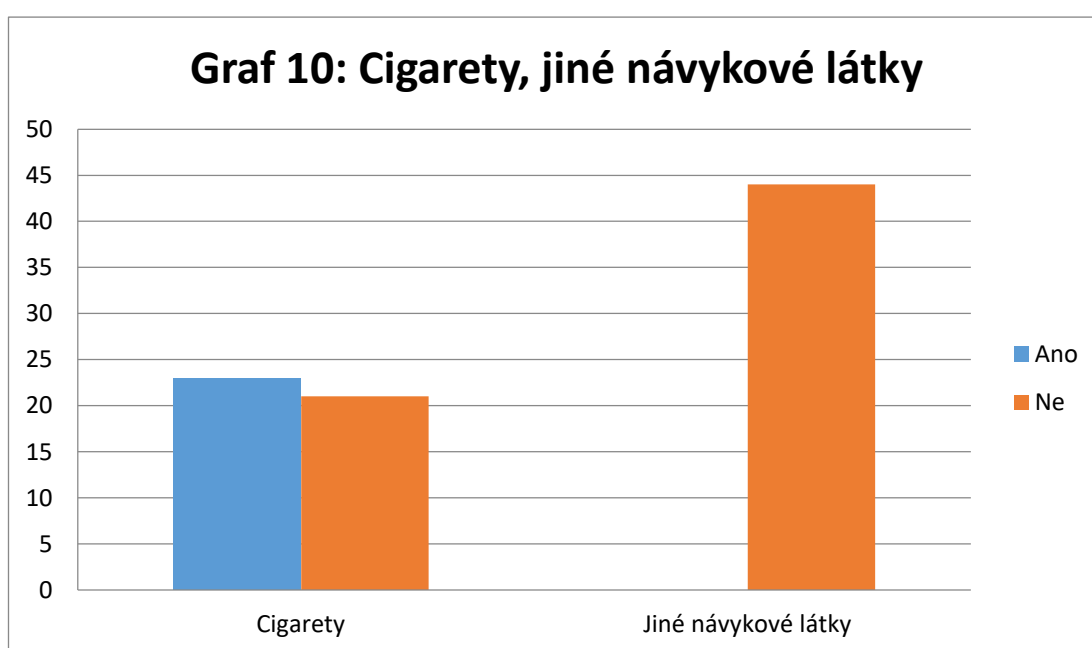


Nejvíce respondentů – 18 se věnuje *turistice*, dalším nejvíce provozovaným sportem je *cyklistika, spinning*, kterému se věnuje 15 respondentů a *cvičení* (*aerobic, zumba, jumping, pilates, jóga, zdravotní cvičení apod.*) se věnuje 13 respondentů. *Plavání a bruslení* má v oblíbenosti shodně 9 respondentů. Osm respondentů se věnuje *běhu* a 7 respondentů *posilování*. Sedm respondentů uvedlo, že *nesportuje*. *Lyžování* se věnují 3 respondenti, *tenisu* se věnují 2 respondenti. *Stolní tenis, badminton, volejbal a šachy* zaškrtnul vždy 1 respondent. Jeden respondent uvedl, že se věnuje *jinému* sportu, ale nevedl jakému.

**Komentář:** Třemi nejpreferovanějšími sportovními aktivitami jsou turistika, cyklistika/spinning a cvičení (aerobic, zumba, jumping, pilates, jóga, zdravotní cvičení). Turistiku více preferují všeobecné sestry nad 25 let, a to 12 (27,3 %), než sestry do 25 let – 6 sester (13,6 %). Turistika je více oblíbená u všeobecných sester z oddělení LDN, kde ji preferuje 11 sester (25,0 %), než u sester z oddělení NIP, kde ji preferuje 7 sester (15,9 %). Turistice se nejvíce věnují sestry, které mají podle BMI nadváhu či obezitu, a to 10 sester (22,7 %), než sestry, které mají podle BMI normální váhu – 7 sester (15,9 %) nebo podvýživu – 1 sestra (2,3 %). Cyklistiku/spinning více preferují všeobecné sestry nad 25 let, a to 12 sester (27,3 %), než všeobecné sestry do 25 let – 3 sestry (6,8 %). Cyklistika/spinning je více oblíbená u všeobecných sester z oddělení LDN, kde tento druh sportu preferuje 10 sester (22,7 %), než u sester z oddělení NIP, kde tento sport preferuje 5 sester (11,4

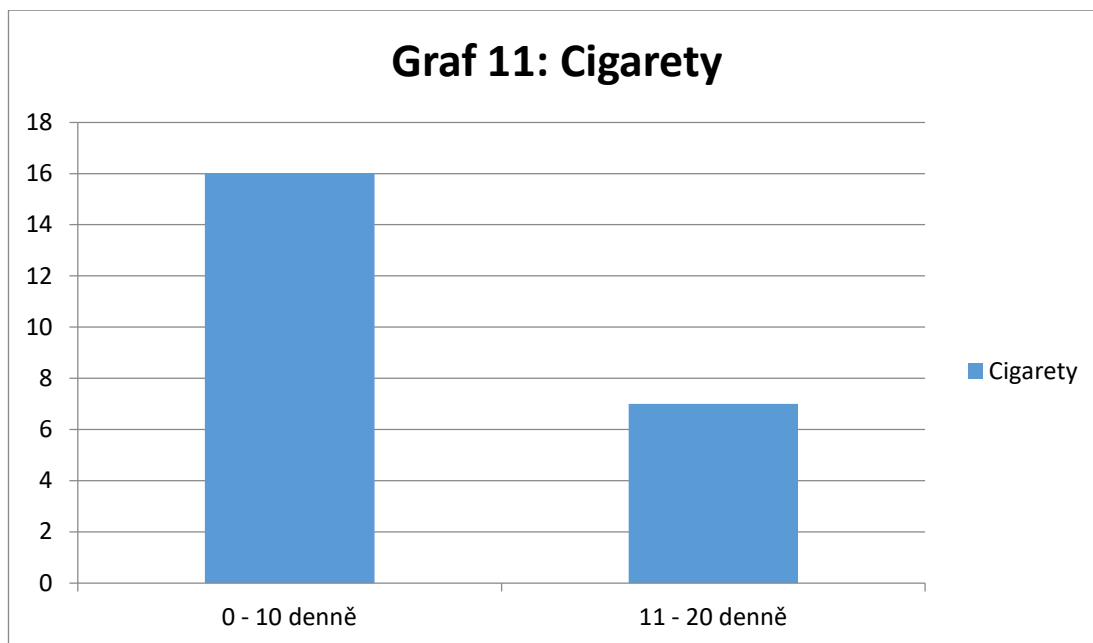
%). Podle indexu BMI je cyklistika/spinning o 2,3 % provozovanější sestrami v normální váze, než sestrami s nadváhou či obezitou. Třetím nejoblíbenějším sportem je cvičení, to je také více oblíbené u všeobecných sester nad 25 let – 9 sester (20,5 %), než u sester do 25 let – 4 sestry (9,1 %). Z oddělení LDN tuto pohybovou aktivitu provozuje 7 sester (15,9 %) a z oddělení NIP 6 sester (13,6 %). Podle indexu BMI je cvičení o 2,3 % provozovanější sestrami s nadváhou či obezitou, než sestrami v normální váze.

### Návykové látky (cigarety, alkohol, drogy)



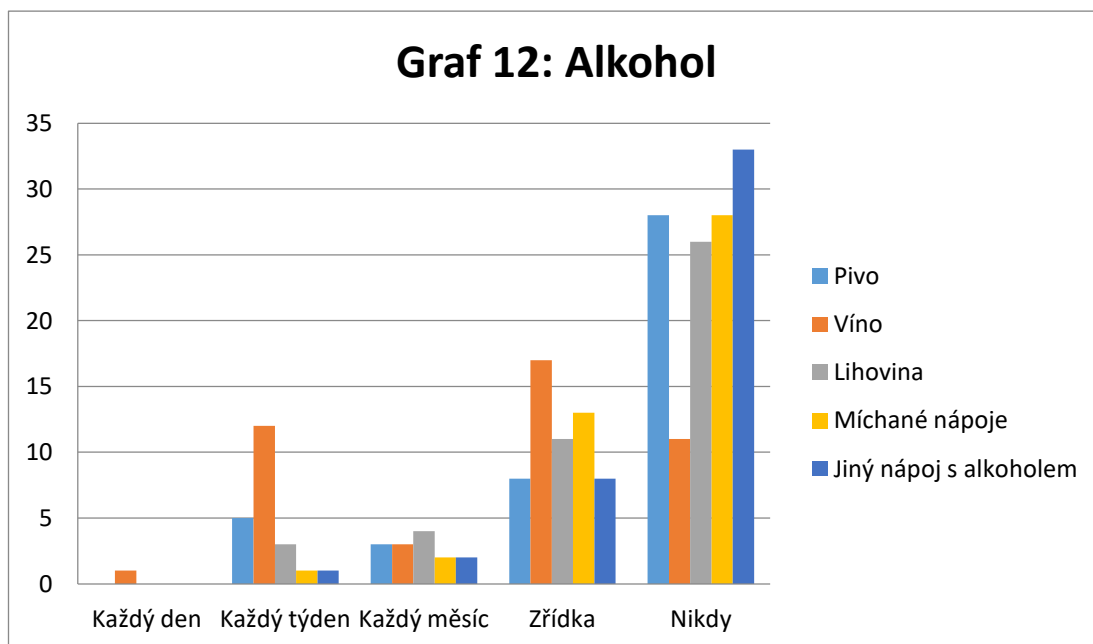
Více než polovina respondentů *kouří cigarety* – 23 (52,3 %). *Žádné jiné návykové látky* nežívá 44 respondentů (100,0 %).

**Komentář:** Všeobecné sestry z oddělení LDN kouří častěji – 14 sester (31,2 %), než sestry z oddělení NIP – 9 sester (20,5 %). Častěji kouří sestry nad 25 let, a to 14 sester (31,2 %), než sestry do 25 let – 9 (20,5 %). Všeobecné sestry, které mají vystudovanou střední školu, kouří cigarety častěji – 21 sester (47,3 %), než sestry, které mají vystudovanou vyšší odbornou či vysokou školu – 2 sestry (4,5 %).



Do 10 cigaret za den kouří z 23 respondentů 16 (69,6 %) a 11 – 20 cigaret denně vykouří 7 respondentů (30,4 %).

**Komentář:** Většina všeobecných sester, které kouří cigarety, je zařazena do třísměnného provozu, a to 21 sester, z nich 14 vykouří za den do 10 cigaret a 7 sester 11 – 20 cigaret. Dvě všeobecné sestry, které kouří cigarety, jsou zařazeny do dvousměnného provozu. Obě vykouří do 10 cigaret za den.



*Každý den* pije víno 1 respondent (2,3 %). Pivo pije *každý týden* 5 respondentů (11,4 %), víno konzumuje 12 respondentů (27,3 %), lihoviny (vodka, rum apod.)

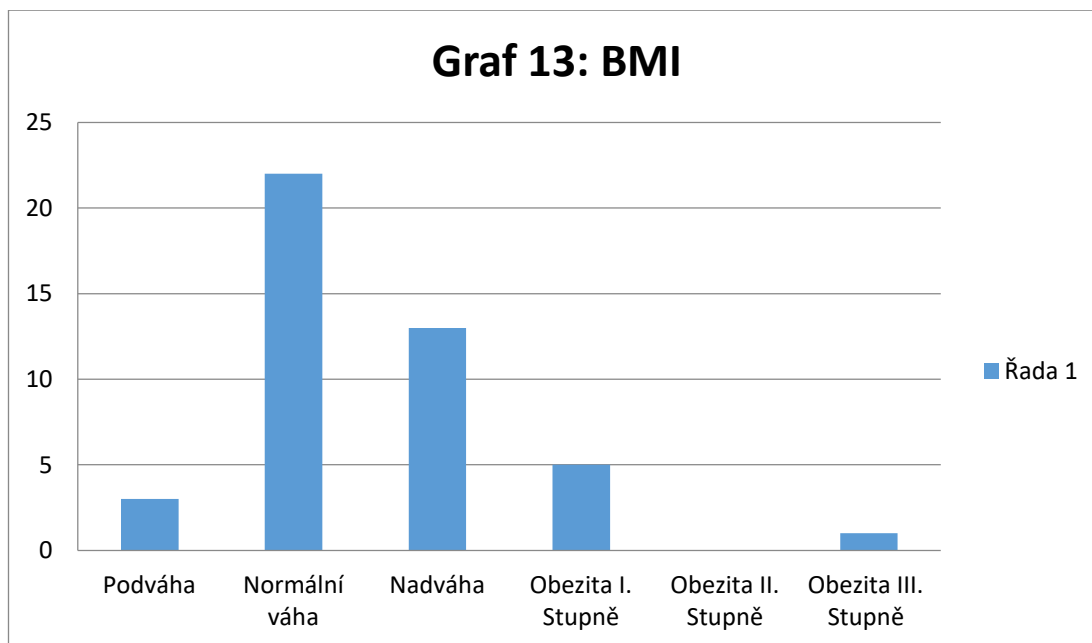
konzumují 3 respondenti (6,8 %), míchané nápoje (např. fernet s tonikem apod.) pije každý týden 1 respondent (2,3 %) a jiný nápoj obsahující alkohol také 1 respondent (2,3 %). *Každý měsíc* konzumují pivo 3 respondenti (6,8 %), víno konzumují také 3 respondenti (6,8%), lihoviny – 4 respondenti (9,1 %), míchané nápoje – 2 respondenti (4,5 %) a jiný nápoj obsahující alkohol také 2 respondenti (4,5 %). *Zřídka (méně než jednou měsíčně)* pije pivo 8 respondentů (18,2 %), víno pije zřídka 17 respondentů (38,6 %), lihoviny – 11 respondentů (25,0 %), míchané nápoje – 13 respondentů (29,5 %) a jiný nápoj obsahující alkohol – 8 respondentů (18, 2 %). *Nikdy* nepije pivo 28 respondentů (63,6 %), víno nikdy nepije 11 respondentů (25,0 %), lihoviny – 26 respondentů (59,1 %), míchané nápoje – 28 respondentů (63,6 %) a jiný nápoj obsahující alkohol nikdy nepije 33 respondentů (75,0 %).

Každý den pije alkohol 0,5 % respondentů a každý týden pije alkohol 10,0 % respondentů. Každý měsíc konzumuje alkohol 6,3 % respondentů a zřídka (méně než jednou měsíčně) konzumuje alkohol 25,9 % respondentů. Nikdy nepije alkohol 57,3 % respondentů.

**Komentář:** Všeobecných sester, které pijí alkohol každý týden, je více z oddělení LDN, a to 5,9 %, než z oddělení NIP – 4,1 %. Každý týden pijí alkohol častěji všeobecné sestry do 25 let, a to 7,3 %, než sestry, které jsou starší 25 let – 6,4 %. Je zajímavé, že více než polovina dotázaných všeobecných sester – 57,3 % uvedla, že nepije alkohol nikdy. Z oddělení LDN nikdy nepije alkohol 31,8 % sester a z oddělení NIP 25,5 % všeobecných sester. Nikdy nepijí alkohol častěji všeobecné sestry, které jsou starší 25 let, a to 43,2 %, než sestry, které jsou mladší 25 let – 14,1 %.

### **Body Mass Index**

Body Mass Index (BMI) může být orientačním ukazatelem stavu výživy, která pak následně může souviset s výskytem určitých chorob (např. diabetes, vysoký krevní tlak, neplodnost, artritida, astma, některé druhy nádorových onemocnění). (Geissler a Powers, 2017)



V normální váze (BMI 18,5 – 24,9) se pohybuje celkem polovina dotázaných – 22 (50,0 %). Podváha (BMI < 18,5) je zaznamenána u 3 dotázaných (6,8 %). Nadváha (BMI 25 – 29,9) je zaznamenána u 13 respondentů (29,5 %). *Obezitou I. stupně* (BMI 30 – 34,5) trpí 5 respondentů (11,4 %) a *obezitou III. stupně* (BMI > 40) trpí 1 respondent (2,3 %).

**Komentář:** Zda mají všeobecné sestry podle BMI normální váhu nesouvisí s oddělením. Jedenáct všeobecných sester (25,0 %), které mají normální váhu, je z oddělení LDN a jedenáct (25,0 %) z oddělení NIP. Více sester, které trpí podle BMI podvýživou, je z oddělení NIP, a to 2 (4,5 %), než z oddělení LDN – 1 sestra (2,3 %). Více sester, které trpí podle BMI nadváhou či obezitou je z oddělení LDN, a to 11 (25,0%), než z oddělení NIP – 8 sester (18,2 %). Nejvíce všeobecných sester, které jsou ve věkové kategorii do 25 let, mají podle BMI nadváhu či obezitu, a to 8 sester (18,2 %). V normální váze se pohybují 3 ze všeobecných sester do 25 let (6,8 %) a 2 mají podváhu (4,5 %). Nejvíce všeobecných sester, které jsou starší 25 let, jsou podle BMI v normální váze, a to 19 sester (43,2 %). Nadváhou či obezitou trpí 11 ze všeobecných sester nad 25 let (25,0 %) a jedna sestra (2,3 %) trpí podvýživou.

## 5.1 DISKUZE

Cílem průzkumu bylo zjistit, jaký mají všeobecné sestry životní styl, v souvislosti s rizikovými faktory ovlivňujícími zdraví definovanými Holčíkem (2010). Jednalo se o výživu, obezitu, aktivní tělesný pohyb, kouření, alkohol a drogy.

Výsledky průzkumu můžeme srovnat s diplomovou prací Fišerové, z roku 2011, na téma Životní styl všeobecných sester. Průzkum proběhl pomocí dotazníku v nemocnicích v Novém Jičíně, ve Vsetíně a několik dotazníků bylo vyplněno pomocí e-mailové komunikace. Celkový počet byl 172 respondentů, z toho 6 % mužů a 94 % žen. Výsledky průzkumného šetření, můžeme srovnat také s průzkumem Madziové a Janíkové, z roku 2011 – 2012, na téma Péče všeobecných sester o své zdraví. Dotazníkové šetření proběhlo v Bílovecké nemocnici a. s. a v nemocnici v Odrách. Celkový počet byl 100 respondentů, z toho 2 % mužů a 98 % žen. V našem průzkumu, stejně tak jako v průzkumu Fišerové, Madziové a Janíkové je většina dotázaných ženského pohlaví. Práce všeobecné sestry je tak spíše ženské povolání.

V našem průzkumu má nejvíce respondentů vystudovanou střední školu, a to 84,1 %, vyšší odbornou či vysokou školu vystudovalo 15,9 % respondentů. V průzkumu Madziové a Janíkové má vystudovanou střední školu 88 % dotázaných a vyšší odbornou či vysokou školu vystudovalo 12 % respondentů. V průzkumu Fišerové, je toto rozložení o hodně rovnoměrnější. Střední školu vystudovalo 53 % respondentů a vyšší odbornou či vysokou školu vystudovalo 47 % dotázaných. Respondentů v našem průzkumu, kteří jsou ve věkové kategorii do 25 let, je 29,6 %, nad 25 let – 70,4 %. V průzkumu Fišerové, je procento respondentů ve věku do 25 let podobné – 31 %, nad 25 let – 69 %. V průzkumu Madziové a Janíkové je respondentů do 30 let – 27 % a nad 30 let – 73 %. Menší zastoupení mladých sester (do 25 let a do 30 let), může být zapříčiněno dle Greiffeneggové (2019) tím, že mladí lidé chtějí co nejdéle studovat a mají jiné ideály a priority, než měly generace před nimi. Chtějí mít často pružnou, ideálně zkrácenou pracovní dobu, dobře finančně ohodnocenou práci a vykonávat ji v příjemném kancelářském prostředí. Dalším důvodem může být neochota k převzetí vysoké odpovědnosti a nutnost častých samostatných rozhodnutí.



V našem průzkumu se 15,9 % respondentů stravuje 1 – 2x denně, nejčastěji uvádí, že se stravují 3 – 4x denně, a to 63,6 %, 5 a vícekrát denně se stravuje 20,5 % respondentů. V průzkumu Fišerové se 3 % respondentů stravují 1 – 2x denně, 22 % respondentů se stravuje 3 – 4x za den a nejvíce respondentů uvedlo, že se stravují 5 a vícekrát denně, a to 75 %. V průzkumu Madziové a Janíkové respondenti uvádí, že se v průběhu pracovní doby stravuje 1 – 2x denně 55 % respondentů, 3 – 4x denně 39 % respondentů a 5 a vícekrát denně 4 % respondentů. Podle zásad zdravé výživy bychom měli jíst 3 – 5x denně. (Nemocnice Jihlava, 2017) Výsledky, které prezentovala Fišerová (2011) jsou nejvíce uspokojivé. V našem průzkumu 22,7 % respondentů uvedlo, že denně vypije pouze od 1 litru vody, nejvíce respondentů vypije 1,1 – 2 litry vody, a to 56,8 %, 2,1 – 3 litry vypije 18,2 % respondentů a více než 3 litry vody vypije 2,3 % respondentů. Ve srovnání s průzkumem Fišerové, mají všeobecné sestry v našem průzkumu nižší příjem tekutin denně. V průzkumu Fišerové vypije do 1 litru vody denně 1 % respondentů, 1,1 – 2 litry vody vypije 63 % respondentů, 2,1 – 3 litry vypije denně 34 % dotázaných a 2 % respondentů vypije 3,1 a více litru vody denně. Výsledky, které prezentovala Fišerová ve svém průzkumu, jsou tedy více uspokojivé, neboť podle zásad zdravé stravy, na které poukazujeme v teoretické části práce, je vhodné vypít denně 2,5 litru tekutin. (Nemocnice Jihlava, 2017)

Respondentů v našem průzkumu, kteří se pohybové aktivitě nevěnují nikdy, je 15,9 %. V průzkumu Madziové a Janíkové je to 31 % a v průzkumu Fišerové dokonce 38 % dotázaných. V našem průzkumu je nejčastějším důvodem, proč respondenti nesportují nedostatek času – 57,1 % a v průzkumu Fišerové jsou to nejčastěji nepravidelné směny – 46 %. Výsledky jsou nejuspokojivější v našem průzkumu, neboť pravidelná pohybová aktivita je pro člověka velmi důležitá, přináší pozitivní zdravotní účinky (upevnění či zachování zdraví, redukce hmotnosti, prodloužení délky aktivního věku, psychické zdraví atd.). Naopak pohybová pasivita nepřináší člověku podporu zdraví a fyzické kondice. (Sekot a Svobodová, 2013) Náš průzkum ukázal, že doporučenou denní aktivitu podle WHO, která činí jednu hodinu pohybové aktivity každý den (HBSC,2019), splňuje 11,4 % respondentů. Důvodem je právě nedostatek času (57,1 %), nepravidelné směny (14,3 %) a podle odpovědí respondentů na důvody, proč se nevěnují pohybové aktivitě, dále také fyzická náročnost práce všeobecné sestry (28,6 %).

V našem průzkumu kouří cigarety více než polovina dotázaných – 52,3 %, výsledky jsou srovnatelné s průzkumem Madziové a Janíkové, kdy cigarety kouří 47 % respondentů. Nejvíce uspokojivé jsou výsledky průzkumu Fišerové, kdy kouří 38 % dotázaných. V porovnání s Národním výzkumem užívání tabáku a alkoholu (NAUTA), z roku 2019, který zmiňujeme v teoretické části, kdy se dle výsledků uvádí, že v ČR je 24,9 % současných kuřáků, všeobecné sestry toto procento překračují. V našem průzkumu dokonce 2,1x. Tyto výsledky nejsou příliš uspokojivé, vzhledem k negativním dopadům kouření na zdraví člověka (např. astma, nádory, nemoci žaludku). (Nešpor, 1999) Důvodem může být např. třisměnný provoz a fyzická i psychická náročnost povolání.

Respondentů v našem průzkumu, kteří nikdy nekonzumují alkohol, je 57,3 %, v průzkumu Fišerové, jsou to pouze 2 % a v průzkumu Madziové a Janíkové, je to 9 %. Je velmi zajímavé, že více než polovina dotázaných v našem průzkumu uvádí abstinenci alkoholu. Vzhledem k tomu, že podle statistik, je průměrná spotřeba alkoholu na jednoho člověka v České republice 14,4 litru a ČR je na jednom ze tří míst v mezinárodních alkoholových statistikách (Dobiášová a Hnilicová, 2020), je toto vysoké procento abstinence pozoruhodné. Je možné, že všeobecné sestry v nemocnici v Přerově nekonzumují alkohol z důvodu třisměnného provozu (86,4 %), odpoledních a nočních směn, díky kterým respondenti nemají prostor na pití alkoholu. I když i v průzkumu Madziové a Janíkové většina respondentů (56 %) pracuje také v třisměnném provozu, stejně tak respondenti z průzkumu Fišerové, pracují ve směnném provozu. Domnívám se, že by bylo dobré téma alkoholu znovu a důkladněji prozkoumat a zaměřit se např. na důvody abstinence, předchozí zkušenosti s alkoholem apod.

V našem průzkumu se celkem polovina dotázaných – 50,0 %, pohybuje dle BMI v normální tělesné váze. Nadváhu má 29,5 % respondentů, obezitou trpí 13,7 % dotázaných a podvýživou 6,3 % respondentů. Výsledky průzkumu Madziové a Janíkové jsou více uspokojivé, neboť se zde v optimální váze pohybuje celkem 57 % dotázaných. Nadváhu má 30 % respondentů, obezitou trpí 2 % dotázaných a podvýživou 1 % respondentů. Optimální tělesná váha má minimální zdravotní rizika pro člověka, s podváhou jsou spojena rizika poruchy příjmu potravy, např. anorexie.

(Rehabilitace info, 2013) Nadváha a obezita s sebou přináší např. riziko rozvoje diabetu, vysokého krevního tlaku, neplodnosti a astmatu. (Geissler a Powers, 2017)

## 5.2 Doporučení pro praxi

Výsledky průzkumu mé bakalářské práce by mohly přispět ke zviditelnění dané problematiky. Problematika životního stylu všeobecných sester je velmi aktuálním tématem. Ze získaných výsledků průzkumu byly zjištěny nedostatky, které vedly k navržení benefitů, které by mohli vést ke zlepšení této problematiky. Tyto návrhy se týkají především stravování a pohybových aktivit.

Doporučení pro praxi se týká benefitů ze strany nemocnice pro všeobecné sestry. Ke zlepšení stravovacích návyků všeobecných sester by mohly přispět např. benefity v podobě ovoce a zeleniny na pracovišti. Zelenina by měla být ideálně obsažena v každém denním jídle, protože obsahuje mnoho látek prospěšných pro zdraví, které se podílejí na redukcii výskytu metabolických onemocnění, kardiovaskulárních i některých nádorových onemocnění. Zelenina obsahuje mnoho vitaminů (zejména C a B) a vlákninu. Zelenina obsahuje také fenolové látky, které v těle působí jako antioxidanty. (Málková, 207) Všechny druhy ovoce obsahují důležité živiny, ovoce je také důležitým zdrojem vitaminů a minerálů (nejčastěji C, draslík a kyselina listová). Ovoce také obsahuje hodně vlákniny, která pomáhá snižovat cholesterol. Ovoce je dobrým zdrojem antioxidantů. (Vilímovský, 2017) Dále by na pracovišti mohly být např. nápoje zdarma, pro snadnější dodržování pitného režimu. Všeobecné sestry by měly denně vypít nejlépe 2,5 litru tekutin. (Nemocnice Jihlava, 2017) Pro zlepšení pohybové aktivity všeobecných sester by mohlo přispět proplácení sportovních aktivit, které pomáhají člověku k seberealizaci a ke kontaktu s okolím. Pohyb dále může všeobecným sestram pomoci udržet organismus v dobrém zdravotním stavu a v dobré fyzické i duševní kondici. (Sekot a Svobodová, 2013) Z důvodu fyzické náročnosti práce bychom mohli doporučit i benefity ve formě masáží.

Všeobecným sestram bychom doporučili dodržovat zásady zdravé výživy. Zajistit si pestrost stravy, pro vyvážený příjem všech základních složek potravy – proteinů, sacharidů, tuků, minerálů a vody. (Sucharda a Zlatohlávek, 2016) Další důležitou

složkou výživy jsou vitaminy. (Kunová, 2011) Optimálně složená strava obsahuje 15 % proteinů, 55 % sacharidů, 30 % tuků, minerální látky a vitaminy. Všeobecné sestry by měly dále dbát na správné časové rozložení jídla a jíst ideálně 3x až 5x denně. (Nemocnice Jihlava, 2017) Všeobecným sestřám bychom mohli doporučit pravidelně se věnovat pohybové aktivitě, neboť pohybová aktivita přispívá k zachování či upevnění zdraví, redukci hmotnosti, formování nebo zachování tělesných proporcí, prodloužení délky aktivního věku a zvýšení či zachování pohybové výkonnosti. (Sekot a Svobodová, 2013) Nedostatek pohybové aktivity může způsobovat např. bolesti hlavy, bolesti kloubů, vertebrogenní potíže a psychické problémy. (Gajdošová, 2015) Všeobecným sestřám bychom dále doporučili omezit kouření, neboť kouření s sebou přináší obrovská rizika. Např. nádory, srdeční a cévní nemoci, astma a nemoci žaludku. (Nešpor, 1999) Při odvykání kouření může všeobecným sestřám pomoci poradenství, psychoterapeutická podpora a možná je i farmakologická léčba (žvýkačky, náplasti). (Kalina a kol., 2015)

## ZÁVĚR

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo předložit poznatky týkající se životního stylu jako determinanty zdraví. Teoretická část práce zahrnuje tři kapitoly. Nejprve sociální determinanty zdraví obecně, poté se věnuje životnímu stylu a následně životnímu stylu všeobecných sester. Pojednává o rizikových faktorech, které ovlivňují zdraví.

Praktická část bakalářské práce je postavena na kvantitativním průzkumu pomocí dotazníkového šetření, který byl proveden v Nemocnici v Přerově u všeobecných sester na oddělení LDN (léčebna dlouhodobě nemocných) a NIP (následná intenzivní péče). Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 44 všeobecných sester. Cílem bylo popsat a analyzovat rizikové faktory ovlivňující zdraví definované Holčíkem (2010), kterými je výživa, obezita, aktivní tělesný pohyb, kouření, alkohol a drogy. V praktické části předkládá bakalářská práce výsledky stanovených dílčích cílů, kterými je zjišťováno, jak dlouho trvá všeobecným sestřím cesta do zaměstnání a jakým způsobem se tam dopravují, jaké jsou stravovací návyky všeobecných sester, zda se pravidelně věnují pohybové aktivitě, zda užívají návykové látky a jestli mají dle BMI optimální tělesnou hmotnost. Výsledky jsou prezentovány v tabelárních přehledech, sloupcových a výsečových grafech. Zpracováním výsledků jsme získali zajímavé údaje, např. že se všeobecné sestry dopravují do zaměstnání nejčastěji autem, na motorce či skútru (45,5 %), všeobecné sestry se nejčastěji stravují 3 – 4x denně (63,6 %) a vypijí nejčastěji 1,1 – 2 litry vody za den (56,8 %). Pohybové aktivitě se věnují všeobecné sestry nejčastěji 2 – 4 dny v týdnu (31,8 %). Doporučenou denní aktivitu podle WHO, která činí jednu hodinu pohybové aktivity každý den, splňuje 11,4 % všeobecných sester a nejčastěji provozovaným sportem je turistika, cyklistika/spinning a cvičení (aerobic, zumba, jumping, pilates, jóga). Více než polovina všeobecných sester (52,3 %) kouří cigarety, nejčastěji do 10 cigaret za den (69,6 %). Všeobecné sestry v našem průzkumu jsou nejčastěji abstinenti alkoholu (57,3 %) a neužívají žádné jiné návykové látky (100,0 %). Dále je v praktické části práce diskuze a porovnání s průzkumy, které byly provedeny na podobné téma a doporučení pro praxi.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. BAŠKOVÁ, Martina a kol. *Výchova k zdraví*. Turany: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-320-2.
2. BRHEL, P., MANOUŠKOVÁ, M., HRNČÍŘ, E., 2005. *Pracovní lékařství-základy primární pracovně lékařské péče*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-414-3.
3. CAJTHAMLOVÁ, Kateřina, 2016. Je dobré jíst před spaním? A co noční jídlo? Radí MUDr. Kateřina Cajthamlová. *Český rozhlas* [online]. Hradec Králové [cit. 2021-03-30]. Dostupné z: <https://hradec.rozhlas.cz/je-dobre-jist-pred-spanim-a-co-nocni-jidlo-radi-mudr-katerina-cajthamlova-6128979>
4. DOBIÁŠOVÁ, Karolína a Helena HNILICOVÁ, 2020. Alkohol v české společnosti. *Vesmír* [online]. Praha, 2020(12), 4 [cit. 2021-5-5]. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/2020/cislo-12/alkohol-ceske-spolecnosti.html>
5. FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Determinanty zdraví*. 2018. Turany: Osveta. ISBN 978-80-8063-461-2.
6. FIŠEROVÁ, Petra, 2011. *Životní styl všeobecných sester*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Jana Majerová.
7. FÓRUM ZDRAVÉ VÝŽIVY, 2013. PYRAMIDA FZV: Potravinová pyramida 2013. *Fórum zdravé výživy* [online]. Praha [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: <https://www.fzv.cz/pyramida-fzv/>
8. GAJDOŠOVÁ, J. Pohybová aktivita a zdraví. *Linkos: Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně* [online]. Praha, 2005 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/pohybova-aktivita-a-zdravi/>
9. GEISLER, Catherine a Hilary POWERS, 2017. *Human Nutrition*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 9780198768029.
10. GREIFFENEGGOVÁ, Lyana a Ivana KŘÍŽOVÁ, 2019. Unikátní dvojrozhovor nejen o tom, proč je málo sester. *HARTMANN* [online]. [cit. 2021-4-28]. Dostupné z: <https://www.hartmann.info/cs-cz/novinky/1/cz/casopis-insight/priciny-nedostatku-zdravotn%C3%ADch-sester-v-ceskem-zdravotnictvi>

11. HART, Peter D., 2001. *The nurse shortage : perspectives from current direct care nurses and former direct care nurses*. Washington, DC. Cit. In: VÉVODA, Jiří, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.
12. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): Mezinárodní výzkumná studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků* [online], © 2019. Olomouc [cit. 2021-04-08]. Dostupné z: <https://hbsc.cz/>
13. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5239-0
14. KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
15. KASTNEROVÁ, Markéta a Blanka ŽIŽKOVÁ, 2007. KOUŘENÍ JAKO ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PROBLÉM. In: *Souborný referát* [online]. České Budějovice, s. 4 [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/administrace/clankyfile/20120501144046460431.pdf>
16. KERNOVÁ, Věra. Podpora zdraví v ČR [přednáška]. Státní zdravotní ústav, 2. 5. 2010. Záznam dostupný z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/mensiny/podpora\\_zdravi\\_Kernova1.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/mensiny/podpora_zdravi_Kernova1.pdf)
17. KLINIKA ADIKTOLOGIE. Alkohol. *Klinika adiktologie* [online]. Praha, ©2019 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <https://poradna.adiktologie.cz/article/alkohol/>
18. KOLÁŘOVÁ, Zdenka. Bariatrická chirurgie pomůže s těžkou nadváhou. Není ale pro každého a má svá rizika. *Zdravotnický deník* [online]. Praha, 2015 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <http://www.nembv.cz/chirurgicke-oddeleni-ambulance-bariatricke>
19. KRÁLÍKOVÁ Eva a kol., 2013. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. Břeclav: Adamira. ISBN 978-80-904217-4-5.
20. KRÁLÍKOVÁ, Eva a kol., 2015. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitřní lékařství* [online]. Praha, 13 [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: [https://www.kardio-cz.cz/data/upload/Doporuceni\\_pro\\_lecibu\\_zavislosti\\_na\\_tabaku.pdf](https://www.kardio-cz.cz/data/upload/Doporuceni_pro_lecibu_zavislosti_na_tabaku.pdf)
21. KRAUS, Blahoslav a kol. *Životní styl současné české rodiny*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-544-8

22. KUNEŠOVÁ, Marie, 2016. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-217-6.
23. KUNOVÁ, Václava, 2011. *Zdravá výživa*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3433-0.
24. KUNOVÁ, Václava. *Zdravá výživa*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0736-5.
25. MADZIOVÁ, Silvie a Eva JANÍKOVÁ, 2013. Péče všeobecných sester o své zdraví. *Ošetrovatelství a porodní asistence: Recenzovaný vědecký časopis* [online]. Ostrava, 4(1) [cit. 2021-4-28]. Dostupné z: <https://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2013/01/07.pdf>
26. MACHOVÁ, Jitka a KUBÁTOVÁ, Dagmar. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada), 2015. ISBN ISBN978-80-247-5351-5.
27. MALÁ, Šárka. Proč může být obezita nebezpečná? *EUC* [online]. Praha, 2019 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <https://euc.cz/clanky-a-novinky/clanky/proc-muze-byt-obezita-nebezpecna/>
28. MÁLKOVÁ, Hana, 2017. Proč by měla být zelenina součástí každého jídla? *Florence: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. 2017(7-8) [cit. 2021-5-5]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/7/proc-by-mela-byt-zelenina-soucasti-kazdeho-jidla/>
29. MARMOT, Michael a Richard G. WILKINSON, 2005. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 9780198565895.
30. MATOUŠEK, O. Pracovní lékařství: Základy primární pracovnělékařské péče. Brno, 2005, s. 90-94. ISBN 80-7013-414-3.
31. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. *Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem. ISBN 978-80-85047-47-9.
32. MLČOCH, Zbyněk, 2003–2020. Úvod. *Alkoholik* [online]. Praha [cit. 2020-11-24]. Dostupné z: <https://www.alkoholik.cz/zavislost/>
33. MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., CIBULKA, J., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. 2020. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 [Annual Report on Drug Situation in the Czech Republic in 2019] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.



34. NEMOCNICE JIHLAVA, 2017. Faktory ovlivňující zdraví - správná výživa: Nemocnice podporující zdraví. *Nemocnice Jihlava* [online]. Jihlava [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: <https://m.nemji.cz/faktory-ovliv-ujici-zdravi-spravna-vyziva/d-8210>
35. NEŠPOR, Karel a kol. *Jak zůstat fit a předejít závislostem: [náměty pro rodiče, učitele a vychovatele, inspirace pro děti a dospívající]*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-717-8299-8.
36. NUTBEAM, D. Health Promotiong Glossary. In: Health promotion international. Geneva: WHO, 1998, roč. 13, č. 4.
37. Official definition of Health, 1948. In: Official Records of WHO, no. 2. Dostupné z: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>
38. OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ, 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc. ISBN ISBN978-80-87240-33-5.
39. PAŘÍZKOVÁ, Jana a LISÁ, Lidka, 2007. *Obezita v dětství a dospívání: terapie a prevence*. Praha: Galén. ISBN 978-80-246-1427-4.
40. PICHLEROVÁ, Dita, Léčba obezity a zkušenosti s centrálně působícím antiobezitikem. *Interní medicína pro praxi* [online]. Praha, 2018 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/int/2018/04/07.pdf>
41. PICHLEROVÁ, Dita, Obezita – diagnostika a léčba v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi* [online]. Praha, 2016 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/04/11.pdf>
42. PILAŘOVÁ, Lucie, 2003. PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU. *Psychiatrická klinika FN Brno* [online]. Brno, 4 [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/05/04.pdf>
43. PLOCOVÁ, Monika. Drogy a drogová závislost. *Branické sanatorium Moniky Plocové* [online]. Praha, 2020 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <https://monikaplocova.cz/drogy-a-drogova-zavislost>
44. POPOV, Petr, 2002. Závislosti na alkoholu: Oddělení léčby závislostí, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. *PSYCHIATRIE – ZÁVISLOSTI* [online]. Praha, 4 [cit. 2021-02-16]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/10/13.pdf>
45. RATCLIFF, Strother Kathryn. *Social Determinants of Health*. Oxford, United Kingdom: Polity press, 2017. ISBN 978-15-0950-432-9.

46. SEKOT, Aleš a Zora SVOBODOVÁ, 2013. *Výzkum v sociologii sportu: monografie* [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2020-03-19]. ISBN 978-80-210-6273-3.
47. SKÁLA, Jaroslav a Jaroslav BLAHOŠ, 1986. *Novinky v medicíně: Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abuzus a závislost; Zásady léčby glukokortikoidy*. Praha: Avicenum - zdravotnické nakladatelství. ISBN neuvedeno.
48. STAFF, Casa Palmera, 2009. The Four Stages of Drug Addiction. CASA PALMERA [online]. Kalifornie [cit. 2021-02-08]. Dostupné z: <https://casapalmera.com/blog/the-four-stages-of-drug-addiction/>
49. STEELMAN, G. Michael a Eric C. WESTMAN, 2016. *OBESITY: Evaluation and Treatment Essentials*. 2., přeprac. vyd. oca Raton ; London ; New York: CRC Press, Taylor & Francis Group. ISBN 9781482262070.
50. ŠEDIVÝ, Václav a Helena VÁLKOVÁ, 1988. *Lidé, alkohol, drogy*. Praha: Naše vojsko. ISBN 28-049-88.
51. TAKÁCSOVÁ, Veronika, 2014. *Rešeršní strategie: Oddělení bibliografie a informačních služeb*. Zlín: Krajská knihovna Františka Bartoše ve Zlíně.
52. TUČEK, Milan, Miroslav CIKRT a Daniela PELCLOVÁ, 2005. *Pracovní lékařství pro praxi: příručka s doporučenými standardy*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0927-9.
53. URBAN, Lukáš, 2011. *Sociologie trochu jinak*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3562-7.
54. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.
55. VILÍMOVSKÝ, Michal, 2017. PROČ JÍST OVOCE?: Ovoce, zelenina. *Potraviny pro tebe* [online]. Praha [cit. 2021-5-5]. Dostupné z: <https://potravinyprotebe.cz/proc-jist-ovoce/>
56. VYBÍHALOVÁ, L. 2013. Vliv povolání sestry na životní styl [online]. Sestra 13(2) [cit. 2017- 01- 20]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vliv-povolani-sestry-na-zivotni-styl-469289>
57. WORDL HEALTH ORGANIZATION, 2020. *Spotlight on adolescent health and well-being: FINDINGS FROM THE 2017/2018 HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) SURVEY IN EUROPE AND CANADA INTERNATIONAL REPORT* [online]. 72 [cit. 2021-04-08]. Dostupné z:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf>

58. ZLATOHLÁVEK, Lukáš a Petr SUCHARDA, 2016. *Klinická dietologie a výživa*. Praha: Current Media. Medicus. ISBN 978-80-88129-03-5.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

°C	Stupeň Celsia
A kol.	A kolektiv
Aj.	A jiné
Angl.	Anglicky
Atd.	A tak dále
Atp.	A tak podobně
BMI	Body mass index – index tělesné hmotnosti
ČR	Česká republika
HBSC	Ang. Health Behaviour in School-aged Children – Mezinárodní výzkumná studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků
kg	Kilogram
kJ	Kilojoul
l	Litr
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
m <sup>2</sup>	Metr čtvereční
mg	Miligram
Min	Minuta
Např.	Například
NIP	Následná intenzivní péče
s	Sekunda
Tzn.	To znamená
WHO	Ang. World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Pyramida zdravé výživy .....	82
--	----

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	47
Tabulka 2 Stravovací návyky.....	50
Tabulka 3 Důsledky a komplikace obezity .....	80
Tabulka 4 BMI .....	81
Tabulka 5 Škodlivé složky tabákového kouře .....	83

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Důsledky a komplikace obezity

Příloha P II: Klasifikační tabulka BMI

Příloha P III: Pyramida zdravé výživy

Příloha P IV: Škodlivé složky tabákového kouře

Příloha P V: Dotazník

## PŘÍLOHA P I: DŮSLEDKY A KOMPLIKACE OBEZITY

Tabulka 3 Důsledky a komplikace obezity

<b>Metabolický syndrom</b>	<b>Ostatní komplikace</b>
Diabetes mellitus 2. Typu	<b>Kardiovaskulární onemocnění</b> – ICHS, srdeční selhání, cévní mozkové příhody, žilní trombóza a tromboembolická nemoc
Diabetická dyslipidémie	<b>Respirační onemocnění</b> – asthma bronchiale, hypoxémie, syndrom spánkové apnoe, hypoventilační syndrom obézních
Arteriální hypertenze	<b>Nádorová onemocnění</b>
Nealkoholové onemocnění jater	<b>Artróza</b>
Hyperurikémie/dna	<b>Gastrointestinální onemocnění</b> – nemoci žlučníku, kýly, gastroezofageální reflux
Syndrom polycystických ovarií	<b>Chirurgické dopady</b> – častější úrazy, komplikace anestezie, komplikace při imobilizaci
Endoteliální dysfunkce	<b>Urogynekologické a reprodukční problémy</b> – inkontinence moči, nepravidelnost cyklu, neplodnost, potraty, dystokie a primární císařský řez
Protrombotický stav	<b>Kožní problémy</b> – vlhká zapárka, ekzémy, mykózy, celulitida, strie, hypertrichóza, hirsutismus
Zánětlivá odpověď mírného stupně	<b>Psychologické a sociální problémy</b> – snížené sebevědomí, úzkost a deprese, stigmatizace, diskriminace při hledání práce a v pracovním kolektivu
Renální hyperfiltrace, albuminurie	
Acanthosis nigricans	

(Kunešová, 2016)



## PŘÍLOHA P II: KLASIFIKAČNÍ TABULKA BMI

Tabulka 4 BMI

<b>BMI</b>	<b>Kategorie</b>	<b>Zdravotní rizika</b>
<18,5	Podváha	Poruchy příjmu potravy (anorexie)
18,5 – 24,9	Normální váha	Minimální
25 – 29,9	Nadváha	Lehce zvýšená, zvýšená
30 – 34,5	Obezita I. stupně	Středně vysoká
35 – 39,9	Obezita II. stupně	Vysoká
>40	Obezita III. stupně	Velmi vysoká

(Rehabilitace.info, 2013)

## PŘÍLOHA P III: PYRAMIDA ZDRAVÉ VÝŽIVY

Obrázek 1 Pyramida zdravé výživy



(Fórum zdravé výživy, 2013)

## PŘÍLOHA P IV: ŠKODLIVÉ SLOŽKY TABÁKOVÉHO KOUŘE

Tabulka 5 Škodlivé složky tabákového kouře

Látky toxické	nikotin, nornikotin, myosmin, anabasin, pyridin, pyrrolidin, metylpyrrolidin, pikolin, lutidin a piperidin, CO, As <sub>2</sub> O <sub>3</sub> , metan a některé alifatické uhlovodíky, ve stopových množstvích kyanovodík, sirovodík, amoniak a kysličníky dusíku, tetrakarobonylníkl
Látky dráždivé	acetaldehyd, akrolein, metanol, aceton, metyletylketon, kysličník dusičitý a sirovodík
Látky karcinogenní	benzpyren, 4-nitrochinolin a 4-nitrochinolin-N-oxid, dibenz(1,7)akridin a dibenz(1,5)akridin, nitrosononikotinu, tetrakarobonylníkl, chróm, formaldehyd, radioaktivní izotopy
Kokarcinogeny	fenol a substituované polyfenoly, aldehydy, mastné kyseliny a jejich estery

(Kastnerová a Žižková, 2007)

## PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Juráňová a jsem studentkou třetího ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně oboru Zdravotně sociální pracovník. Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění dotazníku, který slouží k vypracování mé bakalářské práce na téma **Sociální determinanty zdraví – životní styl všeobecných sester**. Zkoumá **rizikové faktory ovlivňující zdraví**.

Dotazník je anonymní.

Předem Vám mnohokrát děkuji. Odpovědi, prosím zakroužkujte.

1. Na jakém oddělení pracujete?
  - a. LDN
  - b. NIP
  - a)
  
2. Do jakého typu provozu jste zařazen/a?
  - a. Dvousměnný
  - b. Trojsměnný
  
3. Jak dlouho Vám obvykle trvá cesta z domova do práce?
  - a. Méně než 5 minut
  - b. 6 – 15 minut
  - c. 16 – 30 minut
  - d. 31 minut až hodinu
  - e. Více než hodinu
  
4. Jakým způsobem se dopravujete do práce?
  - a. Pěšky, chůzí
  - b. Na kole
  - c. Autobusem, vlakem, tramvají
  - d. Autem, na motorce či skútru
  - e. Jiným způsobem

.....
  
5. Kolikrát denně jíte?
  - a. 1 – 2x
  - b. 3 – 4x
  - c. 5 – 6x
  - d. Více než 6x
  
6. Kolik litrů vody denně vypijete?
  - a. do 1 litru
  - b. 1,1 – 2 l
  - c. 2,1 – 3 l
  - d. 3,1 a více litru

7. Držíte v současné době nějakou dietu?
- a. Ano (jakou).....
  - b. Ne
8. Jíte v nočních hodinách (když nemáte noční směnu)?
- a. Nikdy
  - b. Méně často než 1x za týden
  - c. Jednou týdně
  - d. 2 – 4 dny v týdnu
  - e. 5 – 6 dní v týdnu
  - f. Každý den
  - g. Častěji než jednou denně
9. Jak často obvykle snídáte (něco víc než sklenici čaje, mléka nebo džusu)?
- a. Nikdy nesnídám
  - b. Méně často než 1x za týden
  - c. Jednou týdně
  - d. 2 – 4 dny v týdnu
  - e. 5 – 6 dní v týdnu
  - f. Každý den
  - g. Častěji než jednou denně
10. Jak často za týden jíte ovoce?
- a. Nikdy
  - b. Méně často než 1x za týden
  - c. Jednou týdně
  - d. 2 – 4 dny v týdnu
  - e. 5 – 6 dní v týdnu
  - f. Každý den
  - g. Častěji než jednou denně
11. Jak často za týden jíte zeleninu?
- a. Nikdy
  - b. Méně často než 1x za týden
  - c. Jednou týdně
  - d. 2 – 4 dny v týdnu
  - e. 5 – 6 dní v týdnu
  - f. Každý den
  - g. Častěji než jednou denně
12. Jak často za týden jíte sladkosti (bonbony, čokoládu, sušenky)?
- a. Nikdy
  - b. Méně často než 1x za týden
  - c. Jednou týdně
  - d. 2 – 4 dny v týdnu
  - e. 5 – 6 dní v týdnu
  - f. Každý den
  - g. Častěji než jednou denně

13. Jak často za týden pijete colu nebo jiné sladké nápoje s obsahem cukru?
- Nikdy
  - Méně často než 1x za týden
  - Jednou týdně
  - 2 – 4 dny v týdnu
  - 5 – 6 dní v týdnu
  - Každý den
  - Častěji než jednou denně
14. Jak často za týden se věnujete pohybové aktivitě alespoň 1 hodinu za den?
- Nikdy
  - Méně často než 1x za týden
  - Jednou týdně
  - 2 – 4 dny v týdnu
  - 5 – 6 dní v týdnu
  - Každý den
15. Jak často jste se věnoval/a pohybové aktivitě alespoň 1 hodinu za den před pandemií COVID-19?
- Nikdy
  - Méně často než 1x za týden
  - Jednou týdně
  - 2 – 4 dny v týdnu
  - 5 – 6 dní v týdnu
  - Každý den
16. Jakému sportu se věnujete? (můžete vybrat více možností)
- Turistika
  - Běh
  - Cyklistika/spinning
  - Plavání
  - Bruslení
  - Cvičení (aerobic, zumba, jumping, pilates, jóga, zdravotní cvičení apod.)
  - Posilování
  - Tenis
  - Stolní tenis
  - Badminton
  - Volejbal
  - Lezení
  - Lyžování
  - Šachy
  - Nesportuji
  - Jiné.....  
.....

17. Pokud se žádnému sportu nevěnujete, jaký je důvod?

- a. Sport mě nebaví
- b. Nemám na něj čas
- c. Mám nepravidelné směny
- d. Zdravotní problémy
- e. Pandemie COVID-19
- f. Jiné.....  
.....

18. Kouříte cigarety?

- a. Ano
- b. Ne

19. Pokud ano, kolik cigaret denně vykouříte?

- a. 0 – 10
- b. 11 – 20
- c. 21 – 30
- d. 31 a více

20. Jak často se v současné době napijete nějakého alkoholického nápoje, jako je pivo, víno nebo lihoviny? Do odpovědi započítej i případy nebo situace, kdy piješ jen velmi malá množství těchto nápojů. (V každém řádku označ jeden rámeček.)

	Každý den	Každý týden	Každý měsíc	Zřídka (méně než jednou měsíčně)	Nikdy
Pivo					
Víno					
Lihovina (vodka, rum apod.)					
Míchané nápoje s alkoholem (např. tonik s fernetem apod.)					
Jiný nápoj obsahující alkohol					

21. Užíváte jiné návykové látky?

- a. Ano – jaké?  
.....  
.....
- b. Ne

22. Pohlaví

- a. Žena
- b. Muž

23. Kolik Vám je let?
- a. Méně než 25
  - b. 26 – 40
  - c. 41 – 55
  - d. 56 a více
24. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- a. Středoškolské
  - b. Vyšší odborné
  - c. Vysokoškolské
25. Jak dlouho jste v pracovním procesu?
- a. do 5 let
  - b. 6 – 10 let
  - c. 11 – 20 let
  - d. 21 a více let
26. Kolik vážíte kg? .....
27. Kolik měříte cm?.....