

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**  
**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ**  
**ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**ŽIVOTNÍ STYL VOJENSKÝCH SESTER  
V MÍROVÝCH A VOJENSKÝCH  
PODMÍNKÁCH**

**Bakalářská práce**

Autor práce: **Lenka Panchartková, DiS**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková**

2012

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**  
**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE**  
**DEPARTMENT OF NURSING**

**LIFESTYLE OF MILITARY NURSES IN  
PEACETIME AND IN MILITARY  
CONDITIONS**

**Bachelor's thesis**

Author: **Lenka Panchartková, DiS**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková**

2012

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že tato bakalářská práce je mým autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Všechny použité zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

v Hradci Králové.....

.....

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Evě Vachkové za odborné konzultace, podnětné a cenné rady.

Zvláštní dík patří mé rodině a přátelům, kteří mne po celou dobu studia podporovali.

**Motto:** Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.

Halfdan Mahler

# OBSAH

OBSAH.....	6
ÚVOD.....	9
1 ZDRAVÍ.....	12
2 ŽIVOTNÍ STYL .....	13
2.1 Životní styl a jeho faktory .....	14
2.1.1 Biologické faktory.....	14
2.1.2 Psychosociální faktory .....	15
2.1.3 Ekonomické faktory .....	15
2.2 Negativní prvky životního stylu.....	16
2.2.1 Alkohol.....	16
2.2.2 Kouření.....	17
2.2.3 Drogy.....	19
2.3 Pozitivní prvky životního stylu a zdravý životní styl.....	21
2.3.1 Zdravá výživa .....	22
2.3.2 Pohybová aktivita.....	26
2.3.3 Duševní zdraví .....	27
2.3.4 Odpočinek.....	28
2.3.5 Osobní hygiena .....	30
3 SESTRA A ŽIVOTNÍ STYL .....	30
4 VOJENSKÉ ZDRAVOTNICTVÍ.....	33
4.1 Vojenská zdravotnická služba .....	33

4.2	Polní nemocnice .....	34
4.2.1	Polní nemocnice v Kábulu, mezinárodní letiště KAIA 2007 – 2008.....	35
5	SESTRA V ARMÁDĚ .....	37
5.1	Ženy v Armádě České republiky .....	37
5.2	Historie vojenských sester .....	38
5.3	Vstup sester do armády .....	38
5.4	Sestra na zahraniční misi .....	40
6	AFGHÁNISTÁN .....	43
6.1	Historie a geografie .....	43
6.2	Obyvatelstvo, jeho kulturní a náboženské zvyklosti.....	44
6.3	Sociální a ekonomické podmínky země .....	47
6.4	Vztahy Afghánistánu s ČR a se světem.....	48
6.5	Životní styl obyvatel Afghánistánu .....	49
7	METODIKA VÝZKUMU .....	52
7.1	Použitá metoda.....	52
7.2	Charakteristika dotazníku .....	53
8	VÝSLEDKY .....	54
8.1	Výsledky dotazníkového šetření .....	54
8.1.1	První část dotazníku .....	54
8.1.2	Druhá část dotazníku.....	63
8.1.3	Třetí část dotazníku .....	70
8.1.4	Čtvrtá část dotazníku .....	79

8.2	Narativní interview s účastnicí vojenské mise.....	86
9	DISKUZE .....	91
	ZÁVĚR.....	99
	ANOTACE .....	101
	ANNOTATION .....	102
	KLÍČOVÁ SLOVA.....	103
	SEZNAM LITERATURY .....	104
	SEZNAM ZKRATEK.....	110
	SEZNAM TABULEK.....	112
	SEZNAM GRAFŮ .....	114
	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	116
	SEZNAM PŘÍLOH.....	117



# ÚVOD

Povolání zdravotní sestry je velice specifická a zároveň rozmanitá práce, která je vykonávána v různých zdravotnických zařízeních, na různých odděleních. Kromě civilního zařazení, našly sestry své uplatnění také ve vojenské sféře. Stejně jako civilní sestra i sestra vojenská podléhá psychické a fyzické zátěži. Její životní styl je ovlivňován na jedné straně zdravotnictvím, na druhé straně armádou. Vojenská sestra musí plnit závazky ke své zemi, konkrétně k Armádě České republiky, přitom si udržovat svoji odbornost a celoživotně se vzdělávat. Další změnou oproti civilní sestře je možnost její účasti na zahraniční vojenské misi, kde jsou tyto dvě složky velice úzce spojeny a kladou na sestru značné nároky.

Za zakladatelku organizované pomoci v péči o zdraví vojáků je považována Florence Nightingale, která své zkušenosti a odhodlání pomáhat nejvíce zúročila během Krymské války. Přivedla s sebou sestry, poskytla jim teoretické i praktické základy v ošetřování raněných vojáků v poli a vojenském lazaretu. Jejím hlavním cílem bylo zmírnit utrpení vojáků a dosáhnout co největšího stupně hygieny v polních podmínkách. Dnešní vojenská sestra je vedena stejným směrem. Provádí prevenci, pečuje o zdraví vojáků, pečuje o raněné a nemocné, školí vojsko ve zdravotvědě, první pomoci.

Smyslem této bakalářské práce je zhodnotit životní styl vojenská sestry a jeho změny v určité situaci či období. Popsat jak žije vojenská sestra v běžném, mírovém životě, jaké má povinnosti, co ovlivňuje její život. Dále zjistit, jak její život probíhá a jakými prochází změnami během zahraniční vojenské mise. Jaké pro ni v tu chvíli vyplývají povinnosti, čemu je vystavena. Poukázat na to, co vše je potřeba zařídit pro bezproblémový odjezd, jak bude fungovat její osobní, pracovní, rodinný život v cizí zemi. Jak budou uspokojeny její potřeby. Důležitými aspekty této změny jsou úroveň bydlení, stravování, samotná práce, komunikace s blízkými, práce s kolegy, bezpečnost, volný čas, psychické, fyzické zdraví.

Pojem vojenská zdravotní sestra je opředen řadou mýtů, nepravd a také je spojen s nedostatečnou informovaností o tom, kdo je a co dělá vojenská zdravotní sestra. Proto doufám, že má práce alespoň trochu přispěje k ozřejmění pojmu vojenská sestra.

Tato práce je zaměřena na vojenskou misi ISAF, která je plněna na území Afghánistánu. Konkrétně na mezinárodním letišti KAIA v Kábulu, v Afghánistánu,

kde působila Česká polní nemocnice v období 4/2007 – 12/2008. Jsem si plně vědoma časového odstupu, se kterým byl výzkum prováděn po absolvování mise. Bohužel v pozdější době nebyla polní nemocnice vyslána mimo ČR v takovém počtu účastníků, abych mohla výzkum provést. Respondenti odpovídali bez bezprostředních emocí, a tak s časovým odstupem mají na pobyt na misi určitý nezaújatý nadhled.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. V teoretické části se věnuji otázce zdraví a životního stylu. Popsán je i zdravý životní styl jako stručný návod, jak pečovat o své zdraví, pokud se jedinec rozhodne změnit svůj současný životní styl na lepší, zdravější. Tato práce je věnována zdravotním sestřím a pojednává o jejich životě. Proto je zde, v další kapitole popsán životní styl sestry a její role ve zdravotnictví. Poté se teoretická část dostává z civilní sféry do vojenské. Popisují vojenskou zdravotnickou službu, její úkoly. Dále stručně nastiňuji téma ženy v armádě, následně se soustředím na sestru v armádě. Její životní styl, povinnosti, odlišnosti práce oproti civilní sestře. Výzkum, který jsem prováděla se týkal sester, které se zúčastnily mise v Afghánistánu. Proto poslední kapitola pojednává o této zemi a lidech, kteří zde žijí, o jejich životním stylu.

Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila proto, že sama jsem vojenská sestra a téma je mi tedy velmi blízké. Jsem příslušnicí 7. Polní nemocnice Armády České republiky a dvakrát jsem se zúčastnila mise, která je předmětem tohoto výzkumu. Zajímají mne názory a pocity mých kolegů. Zda jsou odlišné nebo blízké či dokonce totožné s mými. Skutečnost, že jsem se zúčastnila této mise, považuji za velkou výhodu při vyhodnocování informací, které uvedli moji kolegové. Z tohoto důvodu si troufám říci, že interpretace odpovědí je téměř ve stoprocentní validitě.

# **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 ZDRAVÍ

Zdraví může být definováno negativně jako absence nemoci, funkcionálně jako schopnost vyrovnat se s denními aktivitami, nebo pozitivně, jako způsobilost a podoba vyrovnanosti. V každém organismu je zdraví forma homeostázy, která představuje udržení stálé tělesné teploty, pH tělních tekutin, koncentrace iontů a živin, odstraňování odpadních produktů metabolismu. Zdraví též značí dobré vyhlídky na trvajícím přežití, je koncept důležitých předpokladů plného, plodného a kvalitního lidského života.

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1946 definuje zdraví:

*„Health is a state of complete physical, mental and social well – being and not merely the absence of disease and infirmity.“*

*„Zdraví je stav kompletní fyzické, psychické a sociální pohody a není pouze chybění nemoci a neduživosti.“<sup>1</sup>*

Na zdraví člověka působí mnoho vlivů, jako je styl života, životní prostředí, preventivní chování a mezilidské vztahy (Křivohlavý, 2001).

Odpovědnost za své zdraví a povinnost se o něj aktivně starat má individuálně každý člověk. Základy zdravého života se utvářejí již od narození. Proto je nezbytně nutné, aby poskytování znalostí, rozvíjení dovedností a návyků v péči o vlastní zdraví bylo součástí výchovy dítěte již od útlého věku v rodině, ale také i ve škole. Harmonické rodinné prostředí, přátelské vztahy ve škole a společnosti mají velký vliv na utváření odpovědnosti za vlastní zdraví každého jedince.

Do výchovy ke zdravému způsobu života patří:

1. zdraví a jeho význam
2. zdravá výživa
3. spánek
4. tělesný pohyb
5. ochrana před nákazami

---

<sup>1</sup> WHO. [online] [cit. 2012 – 04 – 06] dostupné z <http://www.who.int/en/>

6. ochrana před úrazy a otravami
7. osobní hygiena
8. péče o zdravé životní prostředí (Kotulán, 2002)

## 2 ŽIVOTNÍ STYL

Životní styl je způsob života člověka, lze ho chápat jako hodnotový systém důležitý pro každého člověka. Životní styl je projevem lidské osobnosti, která je ovlivňována věkem, pohlavím, inteligencí, hodnotami jedince, finančním zabezpečením, rodinnými zvyklostmi a tradicemi, vyznáním a samozřejmě také životními zkušenostmi. Je obrazem činností, které vykonáváme v každém dni našeho života. Jeho vliv se promítá do řady oblastí života, jako jsou – rodina, škola, zaměstnání, volný čas. Životní styl představuje z hlediska ovlivnění zdraví jeden z nejvýznamnějších faktorů.

Definice životního stylu dle Jandourka (2001, s. 241) zní: *„Pojem životní styl označuje komplex psaných a nepsaných norem a identifikačních vzorů, souhrn životních podmínek, na které lidé berou ohled ve vzájemných vztazích a chování. Podoba životního stylu je ovlivněna životním cyklem, společenskými rolemi, tradicí.“*

Machová, Kubátová (2009, s. 16) definuje životní styl: *„Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností).“*

Způsob života se podílí na zdraví až z 60 % a zahrnuje tělesnou aktivitu, výživu, schopnost jedince adaptovat se na stres a čelit negativním faktorům životního stylu. Životní prostředí se podílí na zdraví z 20 %. Zdravotní péče má vliv z 10 % a posledních 10 % připadá na dědičnost (Zdraví 21, 2004).

Prvky životního stylu, které ovlivňují člověka po fyzické i psychické stránce lze rozdělit na pozitivní a negativní. Mezi pozitivní patří zdravá výživa, pohybová aktivita,

duševní zdraví, odpočinek, osobní hygiena. Do negativních řadíme stres, špatnou stravu, žádnou nebo malou pohybovou aktivitu, sedavý způsob života, kouření, alkohol, drogy (Kubíčková, 1996).

## **2.1 Životní styl a jeho faktory**

Zdraví, jak již bylo výše uvedeno, je ovlivňováno řadou faktorů životního stylu, které mohou působit společně nebo každý zvlášť. Tyto faktory se podílí na zdravotním stavu, délce a kvalitě života každého jedince. Patří sem faktory biologické, psychosociální, ekonomické.

### **2.1.1 Biologické faktory**

Biologické faktory jsou neovlivnitelné, je třeba s nimi počítat a podle nich upravit způsob života. Patří mezi ně pohlaví, věk, životní prostředí, životní podmínky. Lidé s vrozenými riziky by měli být více monitorováni a myslet na prevenci a preventivní vyšetřování. Nejdůležitější je způsob života daného jedince. Zdravotní péčí je myšlena prevence, léčba, rehabilitace. Primární a sekundární prevence prošly v posledních letech velkým vývojem a značně se podílejí na klesající úmrtnosti, snižují invaliditu, prodlužují střední délku života.

Základními ukazateli životního prostředí jsou: úroveň bydlení, pracoviště, školní prostředí, kvalita ovzduší, kvalita a zásobování pitnou vodou, hluk, sluneční a radiační záření. Z hlediska ovlivnění zdraví jsou nejdůležitějšími životními podmínkami výchova a vzdělávání zdravotnických i nezdravotnických profesionálů i veřejnosti, podmínky pro optimální naplnění volného času (Wasserbauer, 1999).

### **2.1.2 Psychosociální faktory**

Úzkost, nejistota, sociální gradient a materiální nedostatek jsou příčinami mnoha nemocí a také i smrti. Dále je zde působení vrstevníků a vliv starších jedinců z důvodu zvyšujícího se násilí a šikany.

Dlouhodobá úzkost, nejistota, ztráta sebevědomí, zaměstnání, sociální izolace a ztráta domácího klidu vyvolávají trvalý stres. Trvalý nebo opakující se stres predisponuje zdravotní poruchy, jako například deprese, snížení obranyschopnosti organismu, žaludeční obtíže a jiné.

Stres u dětí může zapříčinit inklinaci ke skupinám, u nichž se projevuje rizikové chování, které může být příčinou poškození zdraví a úrazů. V raném dětství kvalita fyzického a duševního vývoje určuje kvalitu celého života. Špatná výchova a nesprávné návyky mohou vybudovat nesprávný vzor pro další období v lidském životě.

Sociální izolace, vyloučení ze společnosti a s tím i související následky – deprese, nezaměstnanost, alkoholismus, drogy, bezdomovectví. Toto vše se podílí na vzniku nemocí, úrazovosti a zkracování života (Wasserbauer, 1999).

### **2.1.3 Ekonomické faktory**

Zdraví jedince i celého národa závisí na ekonomické situaci státu a finančních možnostech obyvatelstva.

Jistota v pracovním poměru zvyšuje životní pohodu, spokojenost a pozitivně ovlivňuje zdraví. Nezaměstnaní a jejich rodiny jsou více ohroženi vznikem nemoci, chudobou či předčasnou smrtí (Wasserbauer, 1999).

## 2.2 Negativní prvky životního stylu

Závislost je definována v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN). Jedná se o skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo více látek je u jedince upřednostňováno před jednáním, kterého si předtím cenil. Hlavní charakteristikou závislosti je silná touha užívat psychotropní látky, alkohol či tabák (Nešpor, 2000).

### 2.2.1 Alkohol

Alkohol je jeden z dalších faktorů ovlivňujících zdraví. Alkohol vzniká kvašením cukru působením kvasinek. Je to jednoduchá chemická látka, která snadno proniká do orgánů. Důležitá je koncentrace alkoholu, ale samozřejmě i množství, které jedinec požije v čase. Bezpečná denní dávka pro zdravého dospělého člověka je okolo 20 g 100 % lihu (24 g pro muže, 16 g pro ženu). Množství alkoholu se v biologických tekutinách – krvi udává v promilích (‰). 1‰ je 1 g alkoholu v 1 litru tekutiny (Nešpor, Provazníková, 1999).

Celosvětově je alkohol jednou z nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou. Alkohol je všeobecně tolerovaná návyková látka. Pokusy o zákaz volného prodeje alkoholických nápojů tzv. prohibice (např. dvacátá léta v USA a osmdesátá léta v SSSR) nevedly k uspokojivým výsledkům. V severských státech (Finsko, Švédsko, Norsko, Island) není úplná prohibice, ale alkohol je velmi omezen. Alkohol je nástroj relaxace a pohody, kterou znají všechny kultury světa. U každého jedince vyvolává alkohol jiné pocity. Někdo zažívá pocity lásky, uvolnění, odstraňuje zábrany, dodává odvalu. Na druhou stranu může vyvolat agresivitu, zuřivost, násilnické sklony. Alkohol, obdobně jako ostatní drogy, je pro děti a mladistvé nebezpečnější než pro dospělé. I při občasném požití se zvyšuje nebezpečí onemocnění jater (játra nejsou schopna odbourávat alkohol v takové míře jako u dospělých) a nervového systému. Již velmi malé množství alkoholu může u dětí vyvolat



velmi nebezpečné otravy. Čím mladší jedinci pijí alkohol, tím větší je riziko pozdějšího přechodu na tvrdé drogy (Nešpor, Csémy, 2003; Machová, 2009).<sup>2</sup>

Alkohol je droga, která dokáže zabít člověka v produktivním věku, dospívajícího či dítě. Hlavními riziky užívání jsou otravy, zvýšená úrazovost, dopravní nehody, násilnické chování. Toto všechno jsou příčiny, při kterých může skončit mladý život. Lidstvo celosvětově přichází díky těmto situacím o mnoho lidí v produktivním věku. Dále se alkohol podílí na vzniku mnoha onemocnění, mezi které patří onemocnění jater, slinivky břišní, jistý podíl má i na vzniku rakoviny zažívacího traktu. Ničí nervové buňky, dochází k duševním poruchám až ke změně osobnosti. Při dlouhodobém užívání celkově poškozuje celý organismus. Tělo chátrá, rychleji se opotřebovává. Závažné jsou také teratogenní účinky (poškozuje plod). Z ovlivňujících faktorů užívání alkoholických nápojů můžeme označit dědičnost, sociální prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal a i nadále se pohybuje.

Dle zprávy WHO, vydané 11. 2. 2011 byla spotřeba alkoholu na jednoho člověka v roce 2005 6,1 litrů.

Alkoholismus se léčí různými způsoby. Pomocí pracovní terapie, arteterapie, psychoterapie a dále je důležitá podpora rodiny, přátel. K odvykání se používá lék – Antabus, který při požití společně s alkoholem vyvolává nevolnost, zvracení, pokles krevního tlaku (Popov, 2003).

### **2.2.2 Kouření**

Kouření a závislost na tabáku je považováno za jeden z nejrizikovějších faktorů, který nepříznivě ovlivňuje životní styl a zdraví člověka. Nikotinismus (nemoc, která se vyznačuje závislostí na obsahu látek obsažených v tabáku) způsobil v průběhu 20. století větší počet úmrtí než obě světové války dohromady (Machová, Kubátová, 2009).

Kouření je činnost, při které je skrze spalování látky - tabáku, uvolňován a následně vdechován či ochutnáván kouř. Tento tabák může být kouřen v cigaretách, existují ale

---

<sup>2</sup>*Návykové látky, alkohol* [online] [cit. 2012 – 03 – 05] dostupné z <<http://pohodaveskole.net/referaty-obcanska-vychova/marihuana-alkohol/>>

i jiné způsoby, mezi které patří např. kouření dýmky, doutníku, či vodní dýmky. K nejčastějším rizikům spojených s inhalací tabákového kouře patří poškození plicních dýchacích cest. Při spalování tabáku vzniká karcinogenní benzopyren a uvolňuje se nikotin, na který vzniká závislost.

Při kouření jedné nebo několika osob vzniká riziko pasivního kuřáctví, kterému jsou vystaveny další osoby, které vdechují kouř kuřáků. S tímto souvisí i zákaz kouření, který je v jednotlivých zemích různě stanoven. Pasivním kouřením jsou velice ohroženy děti, jejichž rodiče doma kouří. Pobyt v takovém prostředí u nich může vyvolávat častější potíže a onemocnění dýchacích cest a astma (Machová, Kubátová, 2009; Králíková, 2003).

Ve většině zemí je prodej tabákových výrobků (a potažmo tedy i kouření) omezen zákonem. V mnoha zemích, včetně České republiky, jsou postihovány či omezovány i některé formy kouření jako takového, zejména na některých veřejných místech, jakými jsou např. společné prostory domů, zastávky městské hromadné dopravy či restaurace. V ČR zaručuje právo na nekuřácké pracoviště § 133 Zákoníku práce. Přísné protikuřácké zákony má například Dánsko. Zákaz kouření v restauraci platí např. v Norsku, Irsku, Švédsku, Skotsku, Španělsku, Itálii. Hranice začínajícího pravidelného kouření se čím dál více snižuje. V dnešní době se již pohybuje v mezích rané adolescence. Jako u alkoholu, tak i na kuřáctví má vliv dědičnost, sociální prostředí, škola. Na kouření vzniká psychická i fyzická závislost. Psychická závislost souvisí s naučenými rituály, pocitem uklidnění, manipulace s cigaretou v ruce. Fyzická závislost vzniká na látky obsažené v tabáku. Tyto látky obsadí receptory v mozku. Nikotin je návyková látka, jako každá jiná droga, a je tedy obtížné se závislosti zbavit. Příznaky z nedostatku nikotinu se mohou objevit v hodinách. Mezi nejčastější patří touha po droze, nesoustředěnost, nervozita, poruchy nálad, zlost, nadměrná konzumace jídla, zácpa. Nikotinismus způsobuje onemocnění srdce a cév. Podílí se na vzniku rakoviny plic a dýchacích cest, chronických plicních onemocnění, má negativní dopad na pokožku, cévy, zvyšuje riziko vzniku cukrovky, srážlivost krve je větší, zvedá hladinu cholesterolu, může způsobit mužskou impotenci.

Léčba závislosti na nikotinu může být farmakologická (léky). Závislý na nikotinu je kuřák, který kouří denně nejméně 10 cigaret a po probuzení si do hodiny zapaluje první cigaretu. Jednou z metod je dodávka nikotinu z jiného zdroje než z cigarety, tedy klasická

náhradní léčba nikotinem (NLN), k dostání v lékárnách bez předpisu ve formě žvýkaček, náplastí a inhalátoru. Tato léčba potlačuje abstinenční příznaky (nikomu nezabrání kouřit!), měla by trvat minimálně 3 měsíce. Jednotlivé formy je možné kombinovat. Jejich účinnost se neliší, záleží na volbě pacienta. Antidepresivum bupropion je vázáno na lékařský předpis. Tato léčba je vhodná pro silně závislé kuřáky a je možné ji kombinovat s libovolnou formou nikotinu. Také tato léčba by měla trvat nejméně tři měsíce, i déle dle posouzení lékaře.<sup>3</sup>

Denně v České republice zemře na následky nemoci z kouření 50 – 60 lidí. Přes 18000 obyvatel České republiky zemře ročně. Ve srovnání s rokem 2009 s počtem zemřelých jedinců při dopravních nehodách, počet zemřelých kuřáků je skoro 17x vyšší. Polovina kuřáků žije průměrně o 15 let kratší život než nekuřáci. Pasivní kuřáctví je stejně nebezpečné jako aktivní. Ročně zemře v EU 79000 lidí v důsledku pasivního kouření. V Česku je okolo 2,5 miliónů kuřáků. Dle výzkumu Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), který byl vydán v únoru 2011, vyplývá, že v ČR je 24,5 % denních kuřáků, 7,8 % příležitostných kuřáků, 16,5 % bývalých kuřáků a 51,2 % obyvatel, kteří nikdy nekouřili. Pod záštitou Ministerstva zdravotnictví probíhají různé projekty a programy s cílem prevence a omezení kouření. Pro příklad „Zdravá rodina nekouří“ nebo „Kouření a já“ (Králíková, 2008).<sup>4</sup>

### 2.2.3 Drogy

Droga je látka, která určitým způsobem ovlivňuje naše vědomí a mění jeho stav. Důležité je vědět, že každá droga může vyvolat závislost. Závislý člověk potřebuje drogu ke svému životu, nedokáže bez ní fungovat. Při jejím nedostatku vznikají abstinenční příznaky. Je to soubor příznaků, které se mohou projevovat psychicky i fyzicky. Například třes rukou, pocení, bolesti hlavy, neklid, špatná nálada. Droga se ze začátku tváří jako kamarád, ale snadno se obrátí v nejhoršího nepřítele, kterého se člověk jen tak nezbaví. Mezi drogy či návykové látky řadíme kávu, čaj, cigarety, alkohol, léky, těkavé látky a dále drogy, které jsou nelegální. Mezi ně se řadí marihuana, hašiš, pervitin, kokain, LSD a jiné.

---

<sup>3</sup> *Léčba závislosti na nikotinu* [online] [cit. 2012 – 03 – 07] dostupné z <[http://sz.ordinace.cz/lekce\\_uvod.php?lekce=6](http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=6)>

<sup>4</sup> *Návykové látky, kouření* [online] [cit. 2012 – 04 – 06] dostupné z <[www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)>, [online] [cit. 2012 – 03 – 06] dostupné z <<http://medicinman.cz/?p=nemoci-sympt/nikotinismus>>

Jeden z mála pozitivních účinků drog na člověka má marihuana, při onemocnění Parkinsonovou nemocí. Lidem s tímto onemocněním se po užití marihuany méně třesou ruce, nemají problémy s chůzí (jedny z příznaků onemocnění). Masti vyráběné z THC jsou také velmi účinné. Ale stále platí, že soukromé pěstování marihuany je nezákonné. V Holandsku smějí lékaři předepsat konopí lidem s rakovinou či pacientům s virem HIV. V Německu, stejně jako u nás, je pěstování nezákonné, většina nemocných užívá marihuanu „na vlastní pěst“ ilegálně. Marihuanu mohou používat nevyлéčitelně nebo chronicky nemocní lidé v Kanadě. V dnešní době vláda jedná o této problematice nemocných lidí, kterým se díky užívání této drogy výrazně podařilo zmírnit příznaky některých onemocnění. Pomáhá při ekzémech, vředech, vyrážkách, bolestech kloubů nebo jako čaj na žaludek, na roztroušenou sklerózu a může se inhalovat, pomáhá na rýmu, bolesti hlavy nebo i na astma bronchiale. Cílem tohoto sdělení není propagace drog, ale pokud mluvíme o marihuaně jako takové, má negativní, ale i pozitivní účinky, které jsou popsány výše. Jde o podání informací, nikoli o rady. Drogy působí na nervovou soustavu, způsobují duševní onemocnění, zakládají na společenské problémy – sklony ke kriminalitě, násilí, sebevraždám. Další a velmi závažné úskalí drog je riziko předávkování a následné smrti. Při injekční aplikaci hrozí nákaza a přenos infekčních onemocnění jakými jsou HIV a hepatitida B, C (Hajná, 2004).<sup>5</sup>

### ***Prevence drogové závislosti***

Prevenci můžeme rozdělit na:

- primární
- sekundární a
- terciární.

Pod pojmem primární prevence si můžeme představit změnu uvažování, chování a jednání jedince ve smyslu vedení zdravého, kvalitního a bezdrogového života. V rámci této prevence se děti učí odmítat a nepřijímat nabízené sladkosti, potraviny nebo přímo drogy od neznámých lidí. Seznamují se a učí se o návykových látkách. Dále jsou

---

<sup>5</sup>*Návykové látky, drogy* [online] [cit. 2012 – 03 – 06 ] dostupné z <<http://marihuana.web-zdarma.cz/userFiles/prirucka-pro-prvni-stupen.pdf>>

motivováni k činnostem, které jsou zábavné a lepší než poplakování se po ulicích a užívání drog.

Sekundární prevence představuje již řešení při užívání návykových látek. Ta zahrnuje odstranění škodlivých látek z organismu, zvládnání a léčbu abstinčních příznaků. Tato prevence probíhá ve specializovaných ústavech, klinikách či odděleních v nemocnici.

Terciární prevence řeší minimalizaci negativnímu dopadu chování a jednání drogově závislého na jeho osobu, na jeho blízké okolí, společnost. Dále napomáhá s resocializací a návratem jedince zpět do společnosti. K této prevenci řadíme i soudem nařízenou odvykací léčbu, která je prováděna ve vězeňských zdravotnických zařízeních, psychiatrických léčebnách (Kotulán, 2002).

Otázka stresu je stručně popsána v kapitole psychosociální faktory.

### **2.3 Pozitivní prvky životního stylu a zdravý životní styl**

Zdravý životní styl představuje vyrovnaný denní režim, do kterého patří životospráva, dostatek pohybové aktivity, dodržování zásad osobní hygieny, duševní pohoda, co nejmenší styk s nezdravými látkami, odolnost proti škodlivým vlivům a návykům jako jsou kouření, konzumace alkoholu, užívání drog a naopak pohodu v mezilidských vztazích.

Zdravý životní styl se rovná rovnováze mezi pohybem, zdravou výživou, dostatkem spánku, nekouřením, limitovanou konzumací alkoholu, optimismem, radostí ze života.

V dobách minulých trpěli lidé spíše nedostatkem příjmu energie, v současnosti je tomu naopak. Dříve lidé mnohem více fyzicky pracovali. Nesoulad v příjmu a výdeji energie má za následek prudký nárůst civilizačních onemocnění, kterými jsou cukrovka, obezita, vysoký krevní tlak, nádorová onemocnění a jiná. Zdravý životní styl významně napomáhá předcházet vzniku zmíněných onemocnění a tím snižovat jejich nárůst (Havlíková, Příbyslavská, 1996).

Mnohdy je mylně předpokládáno, že stačí lidem poskytnout informace a oni se již sami dokážou postarat o své zdraví. Většinou jedinci z nižších vrstev obyvatelstva ohrožují své zdraví nadměrnou konzumací alkoholu, nikotinismem, trpí stresem z nedostatku finančních prostředků či z nejistoty pracovního místa. Samozřejmě to není pravidlo. I lidé z vyšších či středních vrstev kouří, nadměrně užívají alkohol, nezdravě se stravují, mají nedostatek pohybu. Velkou roli hraje neinformovanost veřejnosti o vlivu rizikových faktorů, jako jsou nezdravá strava, kouření, alkohol, stres, nedostatek spánku a jiné. Pokud se podpora veřejnosti získá organizovanou a lidem přijatelnou formou, mohou se lidé stát významnými zastánci zdraví a zdravého životního stylu a získávat další obyvatele na tento postoj k životu a šířit osvětu (Machová, Kubátová, 2009).<sup>6</sup>

Dle úmluvy WHO je stanoven cíl 11 – *Zdravější životní styl*. „Do roku 2015 by si lidé v celé společnosti měli osvojit zdravější životní styl. Konkrétně by se měla zvýšit odpovědnost za zdravější chování v oblasti výživy, tělesné aktivity a sexuálního života. A dále by se měla zvýšit nabídka, cenová dostupnost a dosažitelnost bezpečných a zdravých potravin“.<sup>7</sup>

### 2.3.1 Zdravá výživa

Pojmem zdravá výživa se rozumí vyvážené stravování dostatečně kvalitní stravou. Správnou stravou se posiluje obranyschopnost organismu, předchází se civilizačním onemocněním (cukrovka, vysoký krevní tlak, obezita, zácpa, nádorová onemocnění, nervové poruchy a jiné). Výživa zabezpečuje příjem energie potřebné pro činnost svalstva, pro chemickou a osmotickou práci.

Zdrojem energie pro člověka jsou tři základní živiny – cukry, tuky, bílkoviny. Optimální poměr těchto základních živin v denní stravě by měl být – cukry 55 – 60 %, tuky maximálně 30 % a bílkoviny 10 – 15 %. Správná, neboli racionální výživa by měla být vyvážená po stránce kvantitativní i kvalitativní.

---

<sup>6</sup>WHO [online] [cit. 2012 – 03 – 03] dostupné z <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>

<sup>7</sup>WHO [online] [cit. 2012 – 04 – 04] dostupné z <[www.who.cz](http://www.who.cz)>

Kvantitativním hlediskem se rozumí vyvážený poměr mezi příjmem a výdejem energie. Jiné energetické nároky má tělo jedince fyzicky pracujícího, jiné u člověka, který má sedavé zaměstnání. Zvýšené nároky na příjem energie má lidské tělo v dětství a období dospívání, v těhotenství a během kojení. Energie je udávána v jednotkách J – joule. Ke stanovení energetické hodnoty potravin a výpočtu denní potřeby energie se používá jednotka kJ – kilojoule. Další jednotka, která je užívána, je kcal – kilokalorie. Vztah mezi těmito jednotkami je – 1 kcal = 4,2 kJ.

Kvalitativně se racionální strava zaměřuje na vyváženost a rozmanitost potravy. Tato strava obsahuje v přiměřeném množství všechny složky potravy – cukry, tuky, bílkoviny, vitamíny, minerální látky, vlákninu a vodu. Vitamíny jsou látky, které si tělo neumí vyrobit samo a je plně závislé na jejich příjmu v potravě. Jsou součástí enzymů, ovlivňují růst a obnovování buněk a tkání. Minerální látky udržují stálost vnitřního prostředí, ovlivňují dráždivost nervových a svalových buněk, zpevňují zubní a kostní tkáň, jsou součástí krevního barviva, enzymů, hormonů. Vláknina jako nestravitelná složka potravy pomáhá vytvářet objemnost požití stravy, napomáhá pohybu a vyprazdňování trávicího ústrojí. Voda je nedílnou součástí každého živého organismu. Je obsažena ve všech tkáních, tvoří 70 % lidského těla. Jedinec přijímá tekutiny v nápojích, potravinami, látkovou výměnou a vydává vyměšováním, dýcháním, pocením. Nejvíce vody má v sobě obsažena zelenina, ovoce, mléko. Nízký obsah vody má cukr. Dostatečný denní příjem tekutin je pro dobré fungování lidského organismu nezbytný. Potřeba tekutin je individuální záležitostí. Důležité je vědět, že žízeň se objevuje až v lehkém stádiu dehydratace, proto je nutné tekutiny tělu dodávat průběžně celý den, aby k pocitu žízně nedocházelo.

Hlavními příčinami vzniku civilizačních chorob je průmyslová velkovýroba potravin a příjem kaloricky bohatých potravin, zejména přeslazených, slaných a tučných, převážně ze živočišných zdrojů. Dále velký úbytek tělesného pohybu, nadměrná konzumace jídla, alkoholu, kouření, stres, nedostatek odpočinku a kvalitního spánku. Aby jedinec mohl pozitivně pečovat o své zdraví, měl by se zajímat o novinky ve výživě a mít dostatek informací, ale zároveň se musí umět orientovat v záplavě reklamních informací a nabídkách trhu. Jak již bylo zmíněno, velice důležitá je výuka o zdravém životním stylu a s tím spojená zdravá výživa již od dětství. Proto je důležité, aby si děti a dospívající osvojili vhodné stravovací návyky a uměli je aplikovat do každodenního života. Denní

strava by měla obsahovat doporučený příjem základních živin. Zdravá výživa zaručuje správný růst a vývoj organismu v dětství, doplňování a obnovu tkání v dospělosti, dodává tělu energii k zajištění základních životních funkcí (srdeční činnost, dýchání, stálá tělesná teplota, vnitřní prostředí, svalový výkon).

Nevhodná a nevyvážená strava, nadbytek živin napomáhají při vzniku některých onemocnění, oslabují imunitu. Naopak vyvážená strava a příjem úměrný vydané energii, mají ochranné účinky (Marádová, 1992; Machová, Kubátová, 2009).

Obezita je celosvětově velkým problémem. Stupeň obezity je určován dle Body Mass Indexu (BMI). Tento index tělesné hmotnosti je vypočítáván podle vzorce: váha v kilogramech dělená výškou v metrech na druhou. Normální tělesná hmotnost je v rozmezí hodnot 18,5 – 25. Hodnota BMI nad 25 je nadváha, nad 30 je obezita.

Za účelem zdravotní výchovy pro širokou veřejnost bývají informace o zdravé výživě shrnovány do stručných, jasných a lehce pochopitelných bodů.

Pro příklad lze zde uvést sedmero zásad správné výživy dle Z. Brázdové, 1995:

- ✓ jez pestrou stravu
- ✓ vybírej stravu bohatou zeleninou, ovocem a obilovinami
- ✓ udržuj si zdravou tělesnou hmotnost
- ✓ vybírej stravu s nízkým obsahem tuků a cholesterolu
- ✓ používej cukr jen umírněně
- ✓ používej sůl jen umírněně
- ✓ jestliže piješ alkohol, čiň tak umírněně (tato zásada je samozřejmě určena dospělým, děti a mládež do 18 let nemají pít alkohol vůbec)

Pro dobrou srozumitelnost a snadné zapamatování jsou zásady zdravé výživy předkládány grafickou formou. Nejznámější je forma pyramidy (viz obrázek 1)<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> *Pyramida zdravé výživy* [online] [cit. 2012 – 03 – 03] dostupné z <[www.odbornehubnuti.cz/pyramida-zdrave-vyzivy/](http://www.odbornehubnuti.cz/pyramida-zdrave-vyzivy/)>



## ***Potravinová pyramida***

Potravinová pyramida není přesným návodem k sestavení denního jídelníčku, ale dává doporučení o skladbě a četnosti jednotlivých potravin ve stravě. Upozorňuje především na udržování tělesné hmotnosti, konzumaci pestré stravy a potravin s nízkým glykemickým indexem, spotřebu mléčných výrobků.

Potraviny umístěné v základně pyramidy jsou doporučovány k největší a nejčastější konzumaci. Patří sem ovoce, zelenina, polysacharidy. Naopak na vrcholu jsou potraviny, kterých bychom se měli vyvarovat nebo je konzumovat velmi zřídka. Zde jsou umístěny uzeniny, sladkosti, alkohol, živočišné tuky a jiné.

Pyramida neudává přesně doporučené dávky, energii, množství. Je pouze návodem a doporučením, jak by měla vypadat skladba stravy pro zajištění zdravého stravování. Energetický příjem a množství přijaté potravy závisí na energetickém výdeji a individuálních potřebách každého jedince. Pokud tato doporučení shrneme, je zdravé jíst hodně zeleniny a ovoce, které jsou zdrojem vitamínů a dále obiloviny s nízkým glykemickým indexem. Je tedy vhodné se vyhnout bílému pečivu, sladkému pečivu, kde je navíc obsažen i tuk. Maso konzumovat umírněně, hlavně červené (vepřové, hovězí, zvěřina). Úměrně se dá také říci maximálně 5x týdně. Místo těchto druhů mas připravovat více drůbež, ryby. Uzeniny by se měly vyskytovat v naší stravě velice zřídka. Mléčné výrobky jsou také jako maso zdrojem bílkovin. Vhodnější jsou s nižším obsahem tuku, sýry spíše tvrdé do 30 % obsahu tuku v sušině a velmi vhodné jsou zakysané výrobky s probiotickými kulturami. Aby se jen pořád neuvádělo, jak jsou tuky špatné, je zde namísto říci, že tuky jsou neméně důležitou složkou potravy. Co je důležité – jaké tuky. Převažovat by měly rostlinné oleje a tuky obsažené v rybách, které obsahují nenasycené mastné kyseliny (Kotulán, 2002).



Obrázek 1 – Potravinová pyramida

### 2.3.2 Pohybová aktivita

Pohyb je nedílnou součástí lidského bytí. Je nezbytnou podmínkou pro normální vývoj dítěte. Zajišťuje funkční stimulaci svalů, krevního oběhu, dýchání a neurohormonálních funkcí (Kotulán, 1991). Pohyb je nejdůležitějším prvkem autoregulace pro zachování tělesného a duševního zdraví (Míček, 1984).

Tělesná aktivita dodává tělu energii a pocit životní pohody. Velmi důležitá je pravidelnost. Tělesná kondice v sobě zahrnuje čtyři složky. Jsou to: složka vytrvalostní (zda a jakým způsobem je organismus schopen zásobovat tkáň kyslíkem), svalová síla, pohyblivost kloubů, šlach, vazů a koordinace pohybu (Machová, Kubátová, 2009). Při cvičení a pohybu se uvolňují hormony – endorfiny, chemické látky, které navodí příjemné pocity, spokojenost, pocit štěstí. Důležité je, aby si každý jedinec vybral tělesnou aktivitu, která mu bude vyhovovat, psychicky si u ní odpočine, nebude poškozovat jeho zdraví a měl by být schopen se této činnosti věnovat minimálně 30 minut 2x týdně. Je mnohem lepší a hlavně účinnější cvičit méně, ale pravidelně, než sportovat s dlouhým časovým rozmezím a vykonávat takovou činnost, při které se vyplaví mnoho kyseliny mléčné a tělo se pouze unaví a netrénuje. Další důležitou otázkou je, co jedinec od aktivity očekává. Jestli potřebuje např. jógu pro protahování a získání pružnosti, vzpírání a posilovnu kvůli síle nebo plavání, běhání pro získání vytrvalosti. Prostřednictvím adaptačních mechanismů

v organismu dochází k somatickým, funkčním, morfologickým a psychickým změnám a tudíž ke zlepšení tělesné zdatnosti, zvýšení motorické výkonnosti, formování pohybových dovedností a k upevňování zdraví (Joshi, 2007).

### 2.3.3 Duševní zdraví

Neméně důležité pro zdraví je i duševní pohoda a vyrovnanost. Pokud je jedinec fyzicky v pořádku, ale strádá duševně, nedá se mluvit o zdravém jedinci. A totéž platí naopak. Psychicky vyrovnaný člověk se lépe zvládá vyrovnat se zátěžovými situacemi a stresem.

S pojmem duševní zdraví je nejčastěji skloňován pojem stres. Stres můžeme definovat jako „*nadměrnou zátěž neúnikového druhu vedoucí k trvalé stresové reakci, ústící ve tkáňové poškození, k poruše adrenokortikálních funkcí a psychosomatickým poruchám*“ (Hartl, 2001).

Stresová reakce není vlastní jen člověku, ale každému živému tvorovi. Pro zachování vlastního života je velice důležitá. Přípravuje jedince na náročnou situaci a napomáhá mu přežít vypjaté a nebezpečné situace. Ze života stres nelze odstranit, je potřeba s ním umět zacházet. Je v životě nutný a je jeho nedílnou součástí. Soustavně se uplatňuje byť i minimální nervové napětí, vycházející z naplánovaných věcí jako jsou například časovaná práce, pracovní kázeň, školní požadavky, hodnocení výsledků, nutnost podřizování se, srovnávání s ostatními, tlak kolektivu (Kotulán, 2002).

Člověk umí být zodpovědný jedinec. Pokud je jedinec schopen plánovat si svou blízkou i vzdálenou budoucnost pozitivně, vyhne se nežádoucímu stresu. Jestliže, ale zahazuje svojí práci, den, jakoukoli činnost s pocitem neschopnosti, jasného selhání, většinou se stres dostaví. Stejně jako u zdravé výživy, existují programy na podporu a posílení psychiky.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup>Duševní zdraví [online] [cit. 2012 – 03 – 08] dostupné z <[http://sz.ordinace.cz/lekce\\_uvod.php?lekce=18](http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=18)>

### ***„Národní program zdraví“, projekt č. 9166***

Člověk je v jádru poctivý a důsledný tvor a dost často plní, co slíbí druhým i sám sobě. Zahajujeme-li den s představou děsivých událostí, vlastního selhání a konečné katastrofy, často si takový projekt skutečně splníme. Naučte se, na obranu proti nežádoucímu stresu, programovat svou budoucnost pozitivně. Vyberte si některou z následujících pozitivně naladěných vět na každé ráno a tu si v koupelně několikrát přesvědčivým tónem zopakujte:

- jsem klidný a vyrovnaný;
- jsem zdravý a mé tělo pracuje tak, jak má;
- vítám všechny změny, protože věřím, že mě obohatí;
- všechny situace, které mě potkají, zvládnou snadno;
- jsem schopný se rychle přizpůsobit změnám;
- všechno mi jde lehce a přirozeně;
- to, co má nepříjemné stránky, má též své stránky kladné;
- jsem šťastný, že jsem;
- vše, co dělám, dělám rád;
- žiji a pracuji, jak nejlépe umím;
- nad druhými se nevyvyšuji, také se před nimi neponižuji (MZ ČR, „Národní program zdraví“, 2004, projekt č. 9166).

#### **2.3.4 Odpočinek**

Velice důležitá je harmonie mezi prací a odpočinkem. Duševní a tělesná aktivita neustále stimuluje vývojové procesy. To je pro jedince nezbytně důležité. Ale zároveň to

vyžaduje čerpání energie z organismu. Proto tělo potřebuje přívod energie, ale také kvalitní odpočinek a načerpání nových sil. Nejdůležitější formou odpočinku je spánek, který regeneruje funkční rezervy (Kotulán, 2002).

Spánek je důležitý pro zachování fyzického i psychického zdraví. Jeho nedostatek způsobuje rychlou únavu, snižuje odolnost, zvyšuje citlivost k subjektivním potížím. Zdravý člověk spí denně 6 – 8 hodin. Školák potřebuje 10 hodin denně, batole 10 – 12 hodin spánku denně. Ve stáří se potřeba snižuje pod 6 hod. Potřeba spánku a odpočinku je však velmi individuální. Jeho potřeba se mění dle věku, pohlaví, fyziologickém stavu organismu, denní aktivitě a dalších faktorech. V nemoci je potřeba spánku větší, každé somatické i psychické onemocnění je provázeno zvýšenou únavou (Trachtová, 2001).

### ***Faktory ovlivňující spánek a odpočinek***

- fyziologicko - biologické faktory - věk, nemoc, bolest, strava, pohyb, aktivita, změna způsobu života,
- psychicko - duchovní faktory - úzkost, strach, nejistota, nedostatek činnosti, nuda, ztráta smyslu života,
- sociálně - kulturní faktory - mezilidské vztahy, disharmonie v rodině, pracovní problémy, finanční problémy,
- faktory životního prostředí - nadměrný hluk, světlo, stav ovzduší, tlak vzduchu, nevyhovující prostředí, zařízení ložnice

Únava a nedostatek spánku snižují fyzickou i psychickou výkonnost a schopnost soustředění. Pokud jedinec neodpočívá formou spánku, jakékoli přerušení práce ať fyzické či duševní nebo změna činnosti, je formou odpočinku. Pokud tělo nemá dostatek odpočinku a regenerace, dostavuje se únava. Tento deficit se projeví poklesem výkonnosti a soustředění se. U každého člověka se pocit únavy projevuje jinak. I s únavou se každý jedinec vypořádává jinak. Někdo si odpočine, jiný změní činnost, další pije nadměrné množství kávy, povzbuzujících drinků, jede na „doraz“. Bez kvalitního odpočinku vzniká chronická

únava, která se může projevovat bolestmi hlavy, poruchou spánku, podrážděností nebo naopak pasivitou, depresí.

Dlouhodobá únava a poruchy spánku jsou problémem nynější doby. Skoro každý čtvrtý člověk má problémy se spánkem. Poruchy spánku jsou primární, kdy hlavním problémem je samotná nespavost nebo sekundární, které bývají způsobeny starostmi, napětím, různými onemocněními (Praško a kol., 2004).

Odpočívat lze aktivně nebo pasivně. Při pasivním odpočinku, tělo ustupuje od jakékoli činnosti a pouze relaxuje, odpočívá. Během aktivního odpočinku tělo pouze vymění aktivitu a dále funguje. Ale tato nová aktivita působí pozitivně na jedince a organismus se regeneruje. Pro tělo je pozitivnější aktivní odpočinek (Trachtová, 2001).

### **2.3.5 Osobní hygiena**

Hygienickými návyky se rozumí aktivity běžného dne zaměřené na ochranu zdraví. Důležité je tyto aktivity rozvíjet již od dětství a stálým opakováním se zautomatizují a člověk je poté vykonává podvědomě, bez rozmyšlení a připomínání. Všeobecně platí, že jednodušší je naučit se návykům novým a dobrým než odnaučit špatným. Důležitý je přístup rodičů. Než si dítě či adolescent uvědomí co je pro něj správné a co ne, je ovlivněn rodiči a opakuje věci, které ho naučili. Důležitou roli hraje také povzbuzení a pochvala (Kotulán, 2002).

## **3 SESTRA A ŽIVOTNÍ STYL**

*„Povolání všeobecné sestry patří mezi jedno z nejnáročnějších. Kromě přímé pracovní zátěže vyžaduje na sestřích neustálé vzdělávání a učení se novým dovednostem. Je to povolání, ve kterém je sestra v neustálém styku s mnoha stresory různého druhu. Často se setkává se smrtí, s trpícími, umírajícími a nevyléčitelně nemocnými pacienty. Je v každodenním kontaktu s nemocnými, kteří různě reagují na nemoc, pobyt v nemocnici*

*a mohou i vyvolávat konflikty. A když se k této škále problémů ještě přidají špatné vztahy na pracovišti a problémy v každodenním životě, může se stát, že se sestra dostane do náročné životní situace – nadměrného stresu“ (Venglářová a kol., 2011, s. 47).*

Zdravotnictví je obor, který klade vysoké nároky na výkon a zodpovědnost. Přináší chronický stres, nutnost kontinuálního vzdělávání, je očekávána informovanost, profesionalita, čeká se bezchybnost.

Povolání sestry s sebou přináší určité změny v životním stylu, na které se sestra musí adaptovat.

- práce na směny, včetně sobot, nedělí a svátků
- noční směny – v čase, kdy má lidské tělo odpočívat a mobilizovat síly na další den, sestra pečuje o nemocné a jejich potřeby, mají negativní účinky na zdravotní stav, přispívají ke vzniku poruch spánku, onemocnění žaludku a střev, onemocnění srdce a krevního oběhu, úzkostných stavů, zvyšují počet chyb při práci, počet nehod, konzumaci alkoholu a cigaret
- riziko vzniku alergií při práci s antibiotiky a desinfekčními prostředky
- riziko vzniku infekce a přenosu na rodinné příslušníky (sníží se dodržováním hygienicko-epidemiologických předpisů a používáním ochranných pomůcek)
- pracovní přetížení
- časová tíseň
- nevyhovující pracovní podmínky
- nepravidelné stavování a nedostatečný příjem tekutin
- nepravidelné čerpání pracovních přestávek (Gučková, 2007)

Povolání sestry přináší fyzickou a psychickou zátěž. Sestry pracují v osmi, ale i ve dvanáctihodinových směnách, ráno brzy vstávají, v noci nespí, jejich rytmus spánku a bdění je narušený. Během služby ujdou mnoho kilometrů. Další je riziko poranění injekční jehlou, práce s biologickým materiálem, manipulace s léky a desinfekčními prostředky a tím vznikající možnost vypěstování si kožní alergie. Jak je popsáno výše,

musí být bezchybné, profesionální. Manipulují s imobilními pacienty. Pro sestru, jako ženu neplatí nařízení vlády č. 361/2007 Sb., že žena nesmí zvedat břemena nad 15 kilogramů. Pacient není břemeno! Sestra žije v neustálém spěchu, často nemá dostatek času na jídlo a pitný režim. Pracuje i o víkendech, ve svátcích, což se odráží na osobním, rodinném životě. Nastupuje únava, bolesti zad, hlavy, dolních končetin, žaludeční obtíže, psychická vyčerpanost. Sestra je v dlouhodobém stresu, nároky na její osobu jsou velké, pracovní podmínky nejsou uspokojivé, je psychicky vyčerpaná neustálou nutností empatie, povzbuzování, pozitivního myšlení, neprojevením vlastních pocitů. Pracuje s trpícími, nevléčitelně nemocnými, umírajícími. Pokud nemá čas a prostor přijímat pozitivní energii, aby mohla přijímat negativní v podobě útrap a problémů jejích pacientů, zvládat fyzickou zátěž, začne se snižovat její výkonnost a chuť k práci, je ohrožena vznikem syndromu vyhoření (burnout). Proto sestra nesmí zapomínat i sama na sebe. Musí pečovat o své fyzické a duševní zdraví a aktivně předcházet vzniku syndromu vyhoření. Udělat si čas na odpočinek, spánek, volnočasové aktivity.

Burnout je popisován jako stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a psychosomatických obtíží (Kalwass, 2007).

Posláním sestry je pomáhat jednotlivcům, rodinám, skupinám, komunitám uspokojovat bio – psycho – sociální potřeby. Role a postavení sestry ovlivňují i to, jak je sestra vnímána společností. Profese sestry je morálně postavena na velkých nárocích. Sestra zastává role poskytovatelky ošetrovatelské péče, manažerky, edukátorky, výzkumnice, advokátky, nositelky změn. Obzvlášť důležitá je role edukátorky. Edukuje, zodpovídá dotazy, řeší zdravotní problémy klienta, je mu psychickou oporou. Klient musí být chápán jako holistická bytost. Hájí zájmy klienta, dává mu pocit bezpečí, jistoty. Sestra spolupracuje s dalšími odborníky, podílí se na podpoře zdraví, prevenci nemoci. Kontroluje a hodnotí zdravotní stav pacienta. Důležitou náplní práce je vedení ošetrovatelské dokumentace, dále plánování, realizace a hodnocení péče. Sestra také zastává funkci výzkumnice. Ošetrovatelský výzkum přispívá k rozvoji ošetrovatelství a slouží ke zlepšování ošetrovatelské péče. Pro sestru je velmi důležité soustavné vzdělávání se ve svém oboru, seznamování se s novinkami. To se děje formou odborných seminářů, konferencí, ale hlavně samostudiem a praxí (Farkašová, 2002).



## 4 VOJENSKÉ ZDRAVOTNICTVÍ

### 4.1 Vojenská zdravotnická služba

Vojenská zdravotnická služba je součástí Armády České republiky. Je začleněna do podpůrných složek a je určena ke komplexnímu zdravotnickému zabezpečení vojsk.

Do tohoto zabezpečení patří:

- hygienická a protiepidemická opatření
- léčebně-preventivní opatření
- opatření k zabezpečení zdravotnickým materiálem
- opatření k zabezpečení technikou

Úkolem vojenského zdravotnictví je zajistit preventivní a léčebnou péči o zdraví vojáků, vytvářet jim kvalitní podmínky pro zdravý způsob života a výcviku. Školit vojáky v poskytování první pomoci, neustále zvyšovat úroveň znalostí a dovedností u vojenského zdravotnického personálu. Dále zajišťuje zásobení zdravotnickým materiálem, vede posudkovou činnost pro zdravotní způsobilost vojáků. Všechny úkoly plní vojenské zdravotnictví jako samostatný druh vojska, který je podřízený náčelníkovi generálního štábu (Baštecká, 2005; Býma, 2003; Celba, 2002; Hlásenský, 2002; Humlíček, 2002).

Dalším úkolem je zdravotnické zabezpečení v poli. To vychází z povinnosti zaměstnavatele dbát na zdraví svých zaměstnanců a zabezpečení v zahraničních misích. Plnění úkolu zdravotnického zabezpečení v poli je pomocí léčebně odsunového systému. Ten je dělen na jednotlivé role, dle místa nasazení od bojové akce, materiálním a personálním vybavením. Polní nemocnice zapadá do role 2 s označením 2E (enhance – zvýšená) a role 3. Práce v ozbrojených složkách je brána jako rizikové zaměstnání. Z tohoto důvodu je požadavek na kvalitní zdravotnické zabezpečení vojáků před nasazením a následně na misích jednoznačný (Forejt, 2005).

Zdraví je důležitým faktorem, který zvyšuje bojovou sílu. Vojenské zdravotnictví, jako podpůrná část bojové činnosti, má za úkol zachovat bojové síly vojsk. Zachraňovat životy, navracet nemocným a raněným zdraví, obnovit bojeschopnost. Dále zabránit vzniku a šíření infekčních onemocnění a hromadných nákaz. Zvyšovat fyzickou a psychickou odolnost vojska.

Mezi hlavní charakteristiky zdravotnického zabezpečení v operaci patří plánování, zdravotnická ochrana bojových i podpůrných sil, časový rozvrh a návaznost léčby, prostředí, mnohonárodnost.

Dobré postavení vojenského zdravotnictví a kvalitní systém zdravotnického zabezpečení zajišťuje důvěryhodnost u vojáků, celkově i armády u veřejnosti a samozřejmě i u koaličních partnerů (Dohnal, Král, 2008).

Vojenské zdravotnictví se liší od civilního především organizací, financováním, strukturou personálu, nemožností výběru jiné zdravotní pojišťovny (Kučera, 1984).

Polní zdravotnická zařízení jsou standardizovaná a obvykle mobilní.

## **4.2 Polní nemocnice**

Polní nemocnice je velká mobilní zdravotnická jednotka, která se dočasně stará o zraněné než mohou být bezpečně transportováni do trvalého zdravotnického zařízení. Tato vojenská koncepce je nyní uplatňována i v případech katastrof nebo hromadných nehod. V nemocnici je zdravotnický personál vybavený mobilní sadou pro zdravotnické zásahy a následnou péči.

Je zde poskytována péče s ohledem na deklarované možnosti určité nemocnice. Před vstupem do nemocnice musí být všichni odzbrojeni, civilisté prohledáni. Většinou tuto činnost vykonává vojenská policie nebo jiný pověřený personál. Na zbraně je určené místo, které je zamykatelné. O přísunu raněných musí být nemocnice předem informována, pokud to není akutní situace, která se stala v blízkosti nemocnice a hrozí nebezpečí z prodlení při komunikaci s nemocnicí. Velení nebo operační skupina předává informace službu konajícímu lékaři urgentního příjmu. Ten dále, dle daného schématu, informuje

ostatní členy týmu, popřípadě si vyžádá posily, pokud to situace vyžaduje. Pokud je raněných více, jsou tříděni a poté rozesíláni na příslušná oddělení a dle priorit je jim poskytnuta adekvátní péče. Nemocnice zajišťuje kardiopulmonální resuscitaci, urgentní chirurgické zákroky zaměřené na život a končetiny zachraňující výkony, stabilizaci životních funkcí. Péče o pacienty spočívá v ambulantní péči, primární chirurgii, intenzivní a standardní lůžkové péči. Nemocnice má i svou stomatologickou ordinaci, biochemicko-hematologickou laboratoř, mikrobiologickou laboratoř, lékárnu, z radiodiagnostických metod je k dispozici rentgen, ultrazvuk a počítačová tomografie. Dále součástí nemocnice je psycholog nebo psychiatr, jindy kaplan.

Česká republika disponuje dvěma polními nemocnicemi – 6. a 7. Tyto dvě nemocnice jsou podřízené Nemocniční základně, která sídlí v Hradci Králové. Nemocnice zajišťují zdravotnickou péči vlastním jednotkách a jednotkám NATO. Pokud se jedná o humanitární misi, poskytují péči civilnímu obyvatelstvu, při hromadných neštěstích, živelných pohromách v místě neštěstí. Každá nemocnice má 60 tabulkových míst pro nelékařský zdravotnický personál. Ty zahrnují 1 vrchní sestru, 6 staničních sester, 8 záchranářů, 22 starších zdravotních sester se specializovanou způsobilostí, 16 všeobecných sester, 4 zdravotnické laboranty, 3 radiologické asistenty.

#### **4.2.1 Polní nemocnice v Kábulu, mezinárodní letiště KAIA 2007 – 2008**

Polní nemocnice na mezinárodním letišti KAIA v Afghánistánu plnila hned několik úkolů. Patřilo mezi ně poskytování zdravotnického zabezpečení vojákům sil ISAF na úrovni role 2E (úroveň v léčebně odsunovém systému) a částečně poskytovat pomoc místnímu obyvatelstvu v rámci volných kapacit v součinnosti s humanitárními organizacemi. Dále zajistit výjezdové týmy pro případ hromadných ztrát v okruhu 10 km okolo letiště, tranzit pacientů a udržení jejich zdravotního stavu před strategickým odsunem, vykonávat preventivní a veterinární péči v prostoru odpovědnosti. Dále také zabezpečit odborné konzultace pro nižší zdravotnické etapy a být schopna hromadného příjmu raněných jak po zdravotnické, tak po organizační a logistické linii.

Deklarované možnosti polní nemocnice byly: doba rozvinutí 14 dní, počet operačních sálů 2, počet chirurgických týmů 2, počet lůžek – intenzivní péče 4,

intermediální péče 2 – 4, standardní péče 26 – 28 lůžek. Počet operačních výkonů za 1 den byl – 10 malých nebo 5 velkých. Denní kapacita ambulantních výkonů byla 30, maximální 40. Zásoby zdravotnického materiálu byly na 30 dní, krevní deriváty byly v počtu 20 jednotek erymasy a 30 jednotek plazmy.

Přesuny pacientů byly zajišťovány výjezdními týmy, které tvořil lékař, nelékařský zdravotnický personál, řidič. Týmy zajišťovaly primární výjezdy pro všechny obyvatele základny, sekundární výjezdy pro překlady afghánských pacientů z polní do místní nemocnice (vždy pouze na bránu základny, kde čekala afghánská ambulance), dále transport pacientů od zahraničních týmů, převozy raněných na letiště při strategickém odsunu do vlasti.

Přijímající a třídící oddělení sloužilo jako ambulance, ale i jako místo pro hromadný příjem raněných. Kapacita raněných při hromadném příjmu činila dle priorit 2x pacient T1 (akutní ohrožení na životě), 5x T2 (odložitelní, ale akutní pacienti), 21x T3 (lehčeji zranění, chodící). Jiné prameny uvádějí značení pomocí písmene P. Priorita a systém ošetření je stejný. Pouze modifikace T4 = P1 hold (závěrečné zprávy PN, 2007, 2008; Prázová, 2010).

### ***Zásady poskytované zdravotní péče***

1. ***Humanitární konvence*** – Každý příslušník ozbrojených sil musí být léčen bez diskriminace.
2. ***Lékařská etika a právo*** – Každý voják je vázán vojenskými zákony a nařízeními, zdravotnický pracovník má morální a právní povinnosti, vyplývající z jeho povolání.
3. ***Zdravotnická péče*** – Vojenské zdravotnictví je vysoce specializované, vzhledem k podmínkám a prostředí. Zdravotnická péče musí být poskytována na úrovni co nejvíce se blížíící mírovým podmínkám.
4. ***Péče o blaho pacienta*** – Zdravotnická péče má zásadní vliv na zdravotní stav pacienta, proto zdravotnický personál pečuje o pacienta jako o holistickou bytost.
5. ***Ochrana lékařských informací***

6. **Třídění raněných** – Při hromadných ztrátách musí být stanoveny priority ošetření a transportu raněných. Třídění se provádí na místě incidentu (pokud to taktická situace dovoluje, jinak až v bezpečí pod taktickou kontrolou). Retriage (následné třídění) se provádí na každém stupni odsunového systému. Státy NATO používají jednotný systém. Ranění jsou označováni pomocí T – systému (treatment – ošetření).

T1 – pacienti, kteří zemřou bez resuscitace, rychlého ošetření do několika minut nebo do 2 hodin bez urgentního chirurgického výkonu = can not wait

T2 – pacienti, kteří vyžadují akutní zákrok do 2 – 4 hodin od úrazu = can wait

T3 – pacienti, u kterých může být ošetření odloženo o více než 4 hodiny = must wait

T4 – pacienti, kteří by patřili do skupiny T1, ale výsledek léčby je nejistý, a proto jsou přednostně ošetřeni ti, u kterých je předpoklad, že přežijí (Drahokoupilová, Forejt, 2005; Klein, Ferko, 2005).

## 5 SESTRA V ARMÁDĚ

### 5.1 Ženy v Armádě České republiky

V současné době nejsou ženy v armádě výjimkou. Z celkového počtu vojáků z povolání je okolo 13 % žen v Armádě České republiky. V roce 1997 to bylo okolo 7 %, v roce 2001 již 10 %.

Prvním dokumentem, který potvrzoval zařazení žen do vojenské služby, byl praporeční rozkaz č. 41, článek 2. z 18. 2. 1942. Na frontě, v září 1943 sloužilo 82 žen na funkcích zdravotnic, telefonistek, radistek a také u obsluhy protiletadlových děl.

Ženy v uniformě slouží na různých postech. Jedna ze skupin zastoupená velkým procentem žen je samozřejmě zdravotnický personál. Dále ženy pracují v oblasti logistiky, letectva a jiné. Ale stále zůstávají místa, kde ženy nevidíme. Není to z důvodu diskriminace, ale v bojových a speciálních jednotkách je velice tvrdý výcvik a kladené

nároky příliš vysoké. Další diskutabilní věcí je nasazení žen v přímém boji. V praxi se toto neděje, a to z více důvodů.

Ať se o feminizaci žen mluví cokoli, jejich schopnosti, odvaha a nasazení jsou nesporné. Na své funkci ženy odvádějí stejně kvalitní práci jako jejich mužští kolegové (Hřebíček, 2006).<sup>10</sup>

## 5.2 Historie vojenských sester

Myšlenku zařadit na bojiště ženu jako ošetřovatelku, poprvé vyslovil ruský chirurg N. I. Pirogov. Během Krymské války (1854 – 1856) bylo rozhodnuto o nutnosti žen pro péči o raněné a nemocné. Jedna z prvních žen, která uplatňovala podobné úsilí byla Florence Nightingale, zakladatelka ošetřovatelství. Společně se skupinou sester přijela do nemocnice v Konstantinopoli. Ze začátku lékaři odmítali pomoc od sester civilistek, a navíc ještě od žen. Tato situace se rychle změnila po velkém přísunu raněných. Doposud se o raněné a nemocné na bojišti i mimo něj starali mniši, vycvičení holiči, řádové sestry, porodní báby, mastičkáři, potulní chirurgové. Nemocniční opatrovnictví bylo výsadou mužů (Klein, Ferko, 2005).

V 1872 byl založen Ženský výrobní spolek bojovnicemi za ženská práva, E. Krásnohorskou a K. Světlou. Hlavním cílem spolku bylo vzdělávat a vychovávat ženy k určitému povolání. Zdravotní sestra se stala pečovatelkou, edukátorkou a nositelkou informací pro raněné a nemocné na bojišti, v nemocnici či doma (Staňková, 1992).

## 5.3 Vstup sester do armády

---

<sup>10</sup>Ženy v AČR[online] [cit. 2012 – 04 – 02] dostupné z <http://www.defenceandstrategy.eu/cs/archiv/rocnik-2006/1-2006/zeny-v-armade-ceske-republiky.html>

Vstup sester do armády byl možný několika způsoby. Jedním ze způsobů bylo absolvování Vojenské zdravotnické školy. Tento systém se postupně opustil a začal nábor absolventů civilních zdravotnických škol. Tyto rekruti absolvovali devítiměsíční praporčický kurz, zajišťovaný Vojenskou lékařskou akademií Jana Evangelisty Purkyně v Hradci Králové. Tento systém se zdál být mnohem efektivnější.

Vzhledem k neustálé poptávce po vzdělaných sestrách, vytvořil se přímý nábor již vystudovaných a pracujících sester, dle tabulkových potřeb AČR. Tyto sestry byly zařazovány převážně na místa v polních nemocnicích. Tento systém se ukázal jako neefektivnější a přetrvává i nadále. Nyní je již zmíněný devítiměsíční kurz tříměsíční a sestry jej absolvují na Vojenské akademii ve Vyškově.

V roce 1998 vznikla 6. Polní nemocnice. Zdravotní sestry byly zařazeny na posty vojáků z povolání. 6. Polní nemocnice byla nasazena v Chorvatsku, Albánii, Turecku, Kuvajtu a Afghánistánu. Tyto mise vybudovaly dobré jméno českému vojenskému zdravotnictví.

Dne 12. 3. 1999 vstoupila Česká republika do NATO. Strategickým záměrem bylo vytvořit moderní, dobře vycvičenou a vybavenou armádu, která je připravená bránit zemi, účastnit se mírových operací v mezinárodním společenství. Tento směr se týká i zdravotnické služby AČR.

V pořadí druhá, 7. Polní nemocnice vznikla v roce 2003.

V současné době probíhají školení vojenských zdravotních sester na Fakultě vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Hradci Králové (bývalá VLA JEP). Armáda zajišťuje školící kurzy pro sestry. Registrace nelékařského zdravotnického personálu je povinná a je podmíněna celoživotním vzděláváním, formou získávání kreditních bodů za absolvované školící akce. Vojenské zdravotní sestry v tomto systému mají stejné povinnosti jako civilní sestry. Posty hlavních, vrchních a staničních sester jsou obsazovány sestrami s vysokoškolským vzděláním.

Nadále zdravotní sestry působí v armádě jako civilní zaměstnanci, ale je jich již minimum a to na posádkových ošetřovnách. Většina sester jsou vojáci z povolání. Tyto sestry jsou umístěny v praporčickém sboru na místa zdravotníků u bojových a speciálních jednotek, na jednotlivých rotách či praporečnických obvazích. Dále pracují na posádkových ošetřovnách, v polních nemocnicích. V 6. a 7. Polních nemocnicích jsou zdravotní sestry vedeny na

vojenských odborných místech, odbornou zdravotnickou praxi vykonávají ve vojenských či civilních zdravotnických zařízeních, pro udržování odborné způsobilosti. Tento systém se momentálně ukazuje jako nejvýhodnější.

Vojenská sestra má dva směry povinností. Za prvé ke svému zaměstnavateli – Armádě České republiky a za druhé musí udržovat kvalitní pracovní vztahy ve zdravotnickém zařízení, kde vykonává odbornou stáž. Po většinu kalendářního roku je ve stážové nemocnici. V intervalech daných velitelem útvaru je přítomna na svém mateřském vojenském útvaru a plní povinnosti vůči němu. Musí splňovat jazykové znalosti, 1x za rok absolvovat zdravotní prohlídku u vojenského praktického lékaře, splnit přezkoušení z tělesné zdatnosti, profesionálního přezkoušení (pochod v uniformě se zátěží). Dále musí mít bezpečnostní prověrku, v pětiletém intervalu obnovovat kurz BARTS – neodkladná péče v poli. Tento kurz je modifikací lékařského kurzu BATLS, který vychází z postupů ATLS aplikovaných do vojenských polních bojových podmínek. Sestra, jako součást vojenské jednotky, jezdí s vojáky na cvičení, účastní se nejrůznějších aktivit a je zodpovědná za zdravotnický dohled při těchto aktivitách. Je zde i možnost, že sestra z polní nemocnice může zajišťovat tato cvičení a aktivity. Pokud velitel příslušného útvaru požádá velitele Nemocniční základny a ten má kapacity na splnění požadavků, sestra na přesně dané dny opouští svou stážovou nemocnici, splní úkol a vrací se zpět. Dále má stejné povinnosti jako civilní sestra. Celoživotně se vzdělávat, vykonávat odbornou praxi. Musí znát vojenské předpisy, dodržovat vojenskou kázeň. Být připravena plnit vojenské úkoly, být dobrou sestrou, vzdělávat se, odjet na zahraniční misi pokud je to vyžadováno zaměstnavatelem (ženy mohou odmítnout do 15 – ti let věku dítěte). Na misi se setkává s nelehkými úkoly, závažnými situacemi, osudy vojáků a místních obyvatel. Bojuje s únavou, stresem, odloučením od rodiny, přátel, musí komunikovat v cizím jazyce, být neustále v pohotovosti, setkává se s jinou mentalitou, vírou, přesvědčením.

Mluví se zde o sestře převážně v ženském rodě, ale v armádě je stále více mužů na postech zdravotních sester, záchranářů.

#### **5.4 Sestra na zahraniční misi**



Práce sester ve vojenském prostředí je v mnohém odlišná než v civilních podmínkách. Před výjezdem do mise absolvují sestry, potažmo veškerý zdravotnický personál, vojenský výcvik, školení na Fakultě vojenského zdravotnictví v Hradci Králové. Tato příprava před výjezdem obsahuje základy střelby, používání ochranných pomůcek, orientaci v terénu. Absolvují odborné semináře o zemi, kam jsou vyslány, o práci, kterou budou vykonávat. Musí znát směrnice NATO. To vše je jim přednášeno od kolegů, kteří byli na rekognoskaci v místě budoucího nasazení několik týdnů před výjezdem celého týmu. Nosí vojenskou uniformu, dodržují ustrojovací kázeň. Jsou probírána specifika zdravotnické péče o raněné vzhledem k odlišnosti mechanismu úrazu. Nejčastěji to jsou úrazy výbuchem, střelná poranění, zranění způsobená minami. Dále musí splňovat zdravotní testy, psychotesty, probíhá kontrola očkování a případné doočkování. Před samotným výjezdem musí každá sestra zařídit mnoho dalších osobních záležitostí. Zajistit s rodinou finanční prostředky, zajistit péči o rodinu, poskytnout možnost právního zastoupení v dané míře a spoustu dalších osobních specifických záležitostí, které má každý jedinec. Dosavadní život se změní ve smyslu práce, standardu stravování, ubytování, hygieny, volného času a celkového organizování života.

V zahraničních misích se sestry setkávají s příslušníky armád, kteří se také účastní mise, s místním obyvatelstvem, s příslušníky humanitárních misí. Proto alespoň minimální znalost angličtiny je nezbytná. Pro komunikaci s místním obyvatelstvem je využíván překladatel. Ve zdravotnických zařízeních to bývají místní zdravotní sestry nebo lékaři. Pomáhají a zároveň se učí od zahraničních kolegů, ale v první řadě zajišťují bezproblémovou komunikaci a hlavně spolupráci s obyvateli při poskytování zdravotnické péče.

Na misích dochází k rotacím jednotlivých týmů v rozmezí 4 – 6 měsíců. Po tuto dobu působí na příslušníky psychická a sociální zátěž, kterou každý jednotlivec vnímá odlišně. Na vojenských základnách jsou převážně muži, je zde odloučení od rodiny, přátel. Je zde omezení kulturního vyžití, sportovních aktivit, nemožnost svévolně opustit prostor základny, velké omezení soukromí. Dále 24 hodinová pohotovost pro hromadný příjem raněných, MASCAL. Pracují v cizím prostředí, v mezinárodní společnosti, působí na ně vojenská hierarchie, musí dodržovat vojenskou kázeň. Nedílnou součástí je i změna klimatu, popřípadě nadmořské výšky.

Sestry se zde setkávají s odlišnými kulturami a je nutné, aby znaly zásady komunikace a pravidla péče o tyto pacienty. V rámci multikulturního ošetrovatelství je tato dovednost nezbytně nutná. I zde samozřejmě platí, že sestra přistupuje k pacientovi jako k holistické bytosti. O to více musí být sestra empatická a vnímavější k potřebám pacienta. Každý nemocný či zraněný člověk je psychicky zneklidněný svým zdravotním stavem a tím spíše, když se nachází daleko od domova, rodiny, v cizí zemi. Starají se o něho často příslušníci jiného národa. Musí věřit, že pro něho udělají maximum. Pokud jeho léčba nemůže být ukončena na misi, s nadějí čekají na co nejvčasnější transport zpět do své země.

V polních podmínkách musí být saturovány pacientovy potřeby stejně jako v civilních podmínkách. Biologické, psychické a sociální potřeby sestry uspokojují pacientovi dle nejlepšího vědomí a svědomí v daných podmínkách. Jen komunikace s rodinou je pouze pomocí internetu a telefonu. Zdravotnický personál se i na misi řídí legislativou České republiky.

Spektrum zranění je trochu odlišné. Převládají poranění střepinová, střelná, popáleniny, Blast syndrom. Ale ošetřují se i běžné věci jako sportovní úrazy, traumata z dopravních nehod, kolapsy z přehřátí, infarkt myokardu, bolesti břicha, záněty slepého střeva, nachlazení a jiné.

Sestra na misi musí být psychicky i fyzicky silná, zvládat dokonale svou práci, zvyknout si na dočasně jiný styl života, vycházet s kolegy, ale také myslet i na odpočinek, své duševní a tělesné zdraví.

## 6 AFGHÁNISTÁN

### 6.1 Historie a geografie

Dějiny Afghánistánu začínají v 1/2 18. stol. V roce 1747 kmenový náčelník Ahmadšáh založil jednotný stát. Skoro celé 19. stol. byla země pod tlakem Ruska a Britské Indie. V roce 1921 byla Afghánistánu potvrzena nezávislost. Roku 1973 byl svržen král Záhír

a byla vyhlášena republika s prezidentem Davúdem. Poté afghánská vláda požádala SSSR o pomoc a tato velmoc toho využila, sovětští vojáci vnikli do země. Po devíti letech tvrdých bojů v partyzánské válce s domorodci sovětská armáda opustila zemi na základě „Smlouvy o Afghánistánu“, která byla uzavřena v Ženevě v roce 1988. Roku 1992 byl vyhlášen Islámský stát Afghánistán. Poté se na scénu dostává hnutí Tálibán, které ovládlo skoro celou zemi. V roce 2001 přišly do země vojenské spojenecké jednotky jako reakce na události v září 2001.

Afghánistán je vnitrozemský stát ležící v jihozápadní Asii. Nemá přístup k moři. Rozloha je 652 225 km<sup>2</sup>, je to hornatá země. Velká část země je suchá a neúrodná, s omezenými zdroji pitné vody. Většina afghánských řek končí ve vnitrozemských jezerech nebo vyschnou v pouštích. Řeky jsou na mnoha místech významným dárcem života. Jsou zde velmi horká léta a chladné zimy. Zemí otrásají častá zemětřesení, dešťové srážky jsou zde minimální. 33 % plochy státu se nachází v nadmořské výšce 1800 – 3000 m. n. m., Hindúkuše je nejvyšší pohoří, jeho vrcholky přesahují 7000 m. n. m. (viz. příloha 3)

Největším městem a zároveň i hlavním, je Kábul. Měna je afghání. Běžně se zde platí i americkým dolarem. Směnný kurz je cca 50 000 afghání = 1 USD (Marek, 2003).

## 6.2 Obyvatelstvo, jeho kulturní a náboženské zvyklosti

V Afghánistánu žije okolo 25 838 000 lidí. Průměrná délka života je 45 let. Obyvatelstvo se dělí na mnoho etnických skupin. Díky tomuto faktu jsou v Afghánistánu dva úřední jazyky – tzv. paština a darí (afghánská perština). Většina obyvatel nemá dostatek potravy, oblečení, bytové podmínky jsou neuspokojivé. Zdravotní péče, školství a sociální péče je v zemi velice špatná. Zahraniční pomoc má velký význam. Největším rizikem pro obyvatelstvo jsou nášlapné miny a nevybuchlá munice z minulých i současných konfliktů. Každý den někdo přijde o končetinu nebo o život. Mezinárodní Červený půlměsíc spolupracuje s protetickou výrobnou.

Vzdělanost je velmi nízká. Údaje z roku 2006 udávají, že negramotných je okolo 57 % mužů a až 87 % žen. Vzdělávání žen je velice omezeno. V roce 2007 bylo funkčních 7 univerzit. V roce 2008 navštěvovalo školu 8 miliónů dětí – z toho 3 milióny byly dívky.

Co se týče armády, oficiální vstup je od 22 let. Praxe je ovšem mnohdy jiná.

Nejvýznamnější svátky zde jsou: Den nezávislosti 19. 8., Nový rok 21. 3. – nyní je v Afghánistánu rok 1332. Tradičním sportem je Buzkazhi. Velice starý sport, který hrají samozřejmě pouze muži. Jezdí na koních a snaží se dostat bezhlavou telecí mršinu do určitého sektoru (branky). Ale nesmí hrát ve sportovním úboru. Hazardní hry jsou zakázané. Hudbu poslouchají výhradně místní. Ne, že by se jim zahraniční hudba nelíbila, ale jsou zakázány televize, internet, zahraniční rádiové stanice.

V této zemi vládne Islám. Základní knihou je Korán. Bůh je Alláh a Mohamed jeho prorok. Alláh je arabské jméno pro označení Boha. Obyvatelstvo žije dle Koránu a jím stanovených pravidel. A kdo se nechová podle zákona, je tvrdě potrestán. Je zakázané jíst vepřové maso a výrobky z něj. Nesmí se pít alkohol a užívat drogy. Jídlu je přikládán velký význam. Při jídle se setkává celá rodina. Každému hostovi je nabídnuto jídlo, pokud by odmítl, urazil by hostitele. Pokud je muslim v nemocnici, mnohdy příbuzní vyjádří prosbu vařit pro svého bližního a stolovat s ním, aby nemusel jíst sám. Možná i z obavy, aby nedostal zakázané jídlo. Islám velice dbá na morálku mezi mužem a ženou. Intimní styk se připouští až po uzavření sňatku. Postavení žen ve společnosti je stále na nízké

úrovni. Ženy musí nosit oblečení, které je chrání před necudnými pohledy. Musí mít zakryté vlasy a šíji, být oblečené ve splývavých šatech s dlouhým rukávem. V dnešní době, spíše ve velkých městech, je v zahalování žen jistá benevolence. Islámský lunární kalendář je o 11 dní kratší než náš.

Rodiny žijí pohromadě. Muslimové dodržují pevné rodinné vazby. Nejsilnější autorita v rodině je otec, popřípadě jeho roli přejímá nejstarší syn.

V islámských zemích často pečují o pacienty v nemocnici jejich příbuzní, nosí jim stravu, dlouhé hodiny tam s nimi pobývají. V Afghánistánu je vyžadováno, aby rodina pečovala o svého příbuzného v nemocnici, přinášela mu stravu. V muslimských zemích je zvykem sdělovat diagnózu v první řadě rodinným příslušníkům, protože pacient má být chráněn a neztratit naději. Příbuzní doprovázejí pacienty i na vyšetření. Žena je doprovázena manželem či příbuznou ženou. V islámské kultuře je nemyslitelné mluvit s cizím člověkem, osobou nevyznávající islám (i zdravotnický personál) o rodinných a intimních problémech – zvláště s osobou opačného pohlaví. Dále hovořit o močení, stolici, fyziologických funkcích, výtoky, zvracení, těhotenství a jiné. Je nemyslitelné ptát se svobodné muslimské ženy na děti, protože mít pohlavní styk mimo manželství je zakázáno. Některým tématům se v nemocnici vyhnout nedá. Proto je důležitá empatie, citlivost, soukromí, komunikace v rámci stejného pohlaví, pokus o získání důvěry. A i přesto se setkáváme s odmítavými reakcemi pacientů. Islám dovoluje lékaři provádět život zachraňující výkony, život prodlužující praktiky, podávat transfuzi (i od nemuslima). Nedovoluje eutanázii, ale zároveň neexistuje povinnost pokračovat v úkonech za každou cenu a prodlužovat utrpení nemocného. Pokud umírá muslim, rodina je vždy přítomna, předčítají mu z Koránu a připravují ho na blížící se smrt. Přítomen též může být stařešina, duchovní. Umírajícímu by mělo být dopřáno ležet tváří k Mekce. Po smrti je tělo speciálně, podle náboženských zákonů, připraveno na pohřbení. Pokud není přítomna rodina, personál vykoná přípravu dle své běžné praxe. Je zakázána pitva a kremace, protože muslimové věří na znovuvzkříšení. Pitva je přípustná v případě nutnosti určení diagnózy, pokud muslim zemře v cizí zemi. Tento fakt se musí velice důkladně prodiskutovat s rodinou. Emocionální projevy na úmrtí příbuzného bývají velice intenzivní.

Intenzivní vizuální kontakt mezi osobami opačného pohlaví je chápán jako pokus o sblížení. Podání ruky při setkání není obvyklé. Mezi mužem a ženou je nepřípustné.

Muslimové, kteří žijí v jiné zemi nebo komunikují s cizinci ve své zemi tento zvyk znají, vědí co znamená, ale jen někteří se k němu připojí. Muslim, který odmítá podání ruky má při setkání většinou ruce za zády. Zdravotnický personál je někdy brán jako osoby neutrální a podání ruky je slušností. Dále je potřeba zdržovat se jakéhokoli tělesného kontaktu při projevech útěchy (ruka na rameni, pohazení po tváři, držení za ruku).

Rozdíly v pojetí lidských práv poukazují na tyto oblasti islámu: svoboda a rovnost náboženství, odlišná práva mužů a žen a tělesné tresty. Muslimské myšlení je vůči ženám velice přísné, nelaskavé až tyranské. Zátěž běžného dne je kladena především na ženy. Korán je určen všem lidem bez rozdílu rasy. Jeho tématem je Alláh, lidé, společnost, rozum, proroctví, zjevení a příroda. Zvyklosti vyplývající z náboženství jsou: vyznání víry, konání modlitby 5x denně, placení náboženské daně, půst v měsíci Ramadán a pouť do svatého města Mekky. Před modlením je nutné vykonat osobní hygienu (obličej, ruce, nohy). Pokud není k dispozici voda, postačí písek. Modlíci je otočen směrem k Mekce. Modlitební koberec a Korán jsou pro muslima náboženské předměty a nemusí se jich nesmí dotýkat.

Nemocní jsou zproštěni povinnosti modlit se. Ortodoxní muslimové chtějí provádět modlitby i v nemocnici. Většinou nemocnému stačí modlitba 3x denně. Zdravotnický personál by měl muslimovi toto přání umožnit. Normální hygienická péče se do rituální nepočítá. Každý muslim ji provede vždy před modlením, i když je právě umytý. Muslim je považován za „nečistého“ jestliže krvácí, byl na toaletě, spal, byl v bezvědomí, probíhá u něj zánětlivý proces, měl pohlavní styk nebo je-li žena po gynekologickém vyšetření. Islámské náboženství říká, že život a smrt, zdraví a nemoc jsou vůle boží. Také muslimům přikazuje léčit své nemocné, provádět prevenci. Dále ukládá věřit v každý lék.

Ramadán je svatý měsíc. Pro muslimy má hluboký náboženský smysl, upevňuje islámskou komunitu. Hlavním znakem je půst od slunce východu, do slunce západu. Lidé nepijí, nejedí, nekouří, nesmí mít pohlavní styk. Po západu slunce jsou tyto věci povoleny. Výjimku mají těhotné a kojící, staří a slabí lidé, nemocní, menstrující ženy, cestující. Ramadán je protkán modlitbami. V době modlitby jako by se svět zastavil. Dopravní prostředky nejezdí, obchody a restaurace neobsluhují. Všichni se zastaví a pomodlí se. Zákaz příjmu čehokoli ústy dodržují i ortodoxní pacienti. Orální léky jim jsou podávány pouze v noci. Dále je tento měsíc chápán i jako očista těla a duše. (Ryšlinková, 2009; Ivanová a kol., 2005).

### 6.3 Sociální a ekonomické podmínky země

Dvacet let války zanechalo na afghánské ekonomice velkou negativní stopu. V současné době není situace o moc lepší. Musíme si přiznat, že ekonomika je závislá na produkci drog. V roce 2010 bylo osázeno okolo 172000 hektarů půdy opiem a bylo vyprodukováno 5644 kilogramů opia. Paradoxně některé zdroje uvádějí, že takto vysoká produkce byla díky Tálibánu, ale pravda je taková, že produkce za vlády tohoto hnutí klesla z důvodu neslučování se těchto praktik s islámem. Od té doby, co americká vojska přišla do země a tento stát nemá pevné vedení, produkce opia velice stoupla. Afghánistán je největším výrobcem heroinu na světě. V letech 2004 – 2007 byl podíl této země na celosvětové produkci 93 %.

Afghánistán je chudá země. Nejvíce je zde rozšířené zemědělství a chov dobytka. To zajišťuje obživu téměř pro 80 % obyvatel. Pěstuje se pšenice, kukuřice, rýže, brambory, ořechy, melouny, grapefruity, produkuje bavlna a chovají ovce a osli. Průmysl má malý podíl na tvorbě HDP. Tradičními odvětvími jsou: textilní průmysl, mydlářství, výroba nábytku, produkce cementu, tkaní koberců. Na území Afghánistánu jsou velká naleziště kovů, hlavně lithia a dále železa, zlata, stříbra, mědi. Měď, zlato, stříbro se těží v malém množství. Ropa se netěží. Jsou zde velké zásoby uhlí, které se těží ve velkém množství. Problémem je, že naleziště jsou v těžko dostupných oblastech.

Jediná fungující dopravní infrastruktura je silniční, která je ovlivňována aktuální vojenskou situací. V zemi je 21 000 km silnic a jen asi 20 % je asfaltových. Železnice zde prakticky neexistuje. Po celé zemi je asi 25 km kolejí. Řeky jsou využívány pro samosplavování dřevěných trámů. Přeprava obyvatel je pomocí aut, autobusů, nákladních vozů nebo na kole. Letecká doprava funguje díky letišti v Kábulu a v Kandaháru. Jinak jsou v zemi malá letiště pro místní přepravu.

Ze země je exportováno hlavně ovoce (melouny, grapefruity), ořechy, vlna, koberce, drahokamy, opracovaná kůže, sušené ovoce, opium. Nejvíce je export do Pákistánu, Íránu, Německa, Indie, Velké Británie, Belgie, Lucemburska a České republiky.

Importuje se zboží denní potřeby, a to z Pákistánu, Íránu, Japonska, Indie, Singapuru a Německa. Dovozní daň je vybírána na hranicích pouze náhodně, dle vůle vojenských náčelníků.

Zahraniční pomoc má velký význam. Afghánistán je příjemcem humanitární pomoci, především z agentur OSN a mezinárodních nevládních organizací. Pomoc je formou dodávky potravin, léků, školních pomůcek, výstavby škol, rekonstrukce mostů, cest, odminovávání území. Největšími poskytovateli pomoci jsou USA, Japonsko, západoevropské státy (Marek, 2003).

## **6.4 Vztahy Afghánistánu s ČR a se světem**

Oficiální vztahy mezi Afghánistánem a námi začaly v roce 1937. Smlouvy byly o letecké dopravě, hospodářské spolupráci, o přátelství a spolupráci, o spolupráci v oblasti zdravotnictví a v lékařských vědách, kulturní a vědecké spolupráci a jiné. Je jasné, že tyto smlouvy nejsou všechny dnes používány. Funguje, po prokázání původu, dovoz zboží z Afghánistánu dle vyhlášky č. 69/1989 Sb. a sazba cla z rozvojových zemí a dále dle nařízení vlády č. 318/1999 Sb.

Pokud se někdo rozhodne cestovat do této země, musí mít platný pas a vízum. Je nutné si uvědomit všechna nebezpečí, která tam na turistu čekají. Lékařská pomoc je velmi omezená. I když existuje smlouva o zdravotnictví, musí občan ČR za péči v Afghánistánu zaplatit. Ale zde spíše nejde o peníze, ale dostupnost a kvalitu zdravotní péče. Nejlepší ubytování je v Kábulu, Džalálábádu, Mazar-e-Sharifu a Kandaháru. Občané ČR jsou zásadně varováni před cestováním do této země.

V roce 1994 bylo založeno hnutí Tálibán, které chtělo obnovit islámské tradice. Toto hnutí páchalo násilí na obyvatelstvu, a to vše ve jménu Alláha. Tálibán ovládl skoro 95 % celé země. To bylo důvodem, proč celý svět přerušil styky s tímto státem.

Válka v Afghánistánu začala 7. října 2001 jako odezva na události, které se staly 11. září 2001 v USA. Podezření z teroristického útoku padlo na islámskou organizaci al-Káida vedenou Usámou bin Ládinem. Další kroky vedly do Afghánistánu, kde měla



sídlo nábožensko-politická skupina Tálibán. V místě konfliktu probíhají dvě velké vojenské operace – zajištění trvalé svobody, Operation Enduring Freedom (OEF) a druhá je asistence afghánské vládě v udržování bezpečnosti, International Security Assistance Force (ISAF). Česká armáda působí v Afghánistánu od roku 2002. Vojenská zdravotnická služba působila v Afghánistánu v roce 2002, 2007, 2008, 2011 dosud.

## **6.5 Životní styl obyvatel Afghánistánu**

Z výše uvedeného popisu země Afghánistán, je více než zřejmé, že životní úroveň obyvatelstva je na velmi nízké úrovni. Co se týče životního stylu, není taktéž dobrý. Když budeme o tomto pojmu uvažovat jako o věci, která má být v životě člověka tou dobrou, v blízkosti pojmů zdraví a kvalita. Mnoho obyvatel nemá kvalitní stravu nebo má potravy nedostatek. Velmi těžce pracují, moc času na odpočinek není. Na sportovní aktivity mají velmi málo času, ženy nesportují. Fyzicky i duševně není obyvatelstvo nijak zvláště zdravo. Jak již bylo popsáno, spousta obyvatel jsou oběťmi nášlapných min a nevybuchlé munice. Žijí v zemi, kde jsou aktivní místní i zahraniční vojska, vládnou nepokoje. Nemají kvalitní bydlení. Často je možnost vidět afghánské obyvatelstvo jen spoře oděné i v zimním období. Mnozí nosí po celý rok na nohách pantofle, bez ponožek, děti běhají v sandálkách. Průměrná délka života je 45 let. Alkohol je zakázaný, kouří také menší procento obyvatel, za to užívání drog je velice rozšířené. Hlavně na jihu země. Všeobecně řečeno, životní styl afghánského obyvatelstva je zcela odlišný od našeho, evropského. Velký vliv na tuto skutečnost má muslimské vyznání. Afghánci mají zakázanou televizi, internet, rádiové stanice směřjí poslouchat pouze místní. Pro nemuslimy je tento způsob života těžko pochopitelný. Málokdo si svůj život dokáže představit bez televize, internetu, pití alkoholu, svobodného procházení se po ulicích, návštěv kin, posiloven, ženské rovnoprávnosti. Na vojenské základně člověk tyto věci tolik nevidí, ale na základnu dochází místní obyvatelstvo, takže tato kultura a životní styl se mezi příslušníky základen do jisté míry promítá. Obzvláště ve zdravotnické sféře, kam místní obyvatelstvo dochází nebo jsou přivezeni zranění do nemocnice jako příslušníci afghánské národní armády či policie. Příslušníci nemocnice by měli respektovat alespoň některé zásady místního obyvatelstva, s ohledem na jejich zdravotní stav a bezproblémový chod nemocnice. Existují zvláštnosti při styku s muslimy. Na prvním místě je vyvarování se

jakékoliv urážky náboženství nebo proroka a zákaz dotyku Koránu bezvěrcem. Muslimům se nesmí podávat věci levou rukou, tato ruka je pro ně nečistá. Není povoleno oslovovat ženu bez doprovodu muže. Pokud je to možné, udržet co největší intimitu, dát prostor k motlitbám, zajistit stravu bez vepřového masa. Zajistit oddělená místa pro stravování mužů a žen, umožnit návštěvy příbuzných. Žena musí být vyšetřována v přítomnosti jejího manžela nebo otce, ve vyšetřovně musí být přítomna i jiná žena (zdravotní sestra, lékařka). Někteří obyvatelé jsou velice nekompromisní ve svém vyznání. Jiní jsou pro nás již trochu „umírněnější“ a některé zásady nejsou striktně dodržovány. Na druhou stranu, není vše, tak jak se udává v literatuře. Žena sice nemá velká práva, ale na druhou stranu její manžel se o ni musí postarat. Pokud má muž dostatek finančních prostředků, může si dovolit i více manželek. Ale každá musí mít všeho dostatek a nesmí trpět na úkor ostatních. Všechny mají nárok na zajištění bydlení, finanční jistotu, lásku, pozornost. Pokud tomu tak není, může být muž potrestán. A děti? Jedni se drží ostnatého drátu a prosí o jídlo, nosí se jim ovoce, sladkosti. A jiné děti, které byly v nemocnici jako pacienti nebo čekaly na transport, jídlo odmítnou, zamračí se a chtějí peníze.

Každopádně je tato dočasná změna životního stylu vojenské sestry při pobytu na misi velkou zkušeností, plnou zážitků, nových situací a informací. (Mykiska, 2001; Vogelsang, 2010)<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> *Afghánistán* [online] [cit. 2011 – 12 – 12] dostupné z <[cs.wikipedia.org/wiki/Afghánistán](http://cs.wikipedia.org/wiki/Afghánistán)>

# **EMPIRICKÁ ČÁST**

# CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI

- zmapovat životní styl vojenské sestry v mírových podmínkách
- identifikovat oblasti změny životního stylu při pobytu na zahraniční misi
- zjistit důsledky změn během pobytu na misi
- zjistit návrhy zlepšení pobytu na misi

## 7 METODIKA VÝZKUMU

### 7.1 Použitá metoda

K získání informací pro tuto bakalářskou práci byl použit kvantitativní přístup pomocí strukturovaného nestandardizovaného dotazníku, který byl vytvořen na základě osobních zkušeností s touto problematikou. Tato metoda byla doplněna vyprávěním jedné z účastnic této mise k prohloubení, potvrzení a porovnání získaných dat.

Respondenti byli řádně seznámeni se způsobem vyplnění dotazníku. Dotazník byl vyplněn dvěma způsoby. Písemně, po osobním požádání respondentů a dále elektronickou formou. Při druhé možnosti byla dotazovaným poskytnuta emailová adresa pro případné dotazy. Nikdo tuto možnost nevyužil. U první možnosti byly dotazy zodpovězeny přímo na místě.

Zkoumaný vzorek byl vybrán účelově. Byl složen z vojáků z povolání, a to z nelékařského zdravotnického personálu, kteří jsou příslušníci Nemocniční základny AČR. Dotazovaní byli z obou Polních nemocnic, 6 i 7., které jsou v podřízenosti Nemocniční základny. Všichni respondenti byli nasazeni ve vojenské zahraniční misi ISAF v Afghánistánu na základně KAIA v období 4/2007 – 12/2008.

Celkový počet rozdaných nebo poslaných dotazníků byl 105. Návratnost byla 102, tedy 97 %. Validně bylo vyplněno 96 dotazníků, což představuje 94 %. Návratnost i validita je velmi vysoká. Jedním z důvodů bylo osobní požádání a rozdaní dotazníků

během vojenského cvičení, kterého se účastnil velký počet příslušníků Nemocniční základny. Dále také solidarita kolegů, kteří ve velkém počtu rovněž studují vysokou školu.

Dále byl využit i kvalitativní přístup, a sice metoda narativní interview s jednou z účastnic této mise.

## **7.2 Charakteristika dotazníku**

Dotazník je rozdělen na čtyři části a obsahuje celkem 34 otázek. První část dotazníku zjišťuje sociodemografická data. Druhá část se zabývá prvky životního stylu v civilním životě týkající se stravy, pitného režimu, konzumaci návykových látek a jejich případná změna během zahraniční mise. Třetí okruh otázek je zaměřen na sport, volnočasové aktivity, odpočinek, spánek a tělesné ukazatele a opět v souvislosti s jejich možnou změnou na misi. Čtvrtá, poslední část je věnována otázkám týkajících se přímo způsobu života na misi. Většina otázek je uzavřených s nabídkou i více odpovědí, některé obsahují podotázky s možností otevřených odpovědí.

## 8 VÝSLEDKY

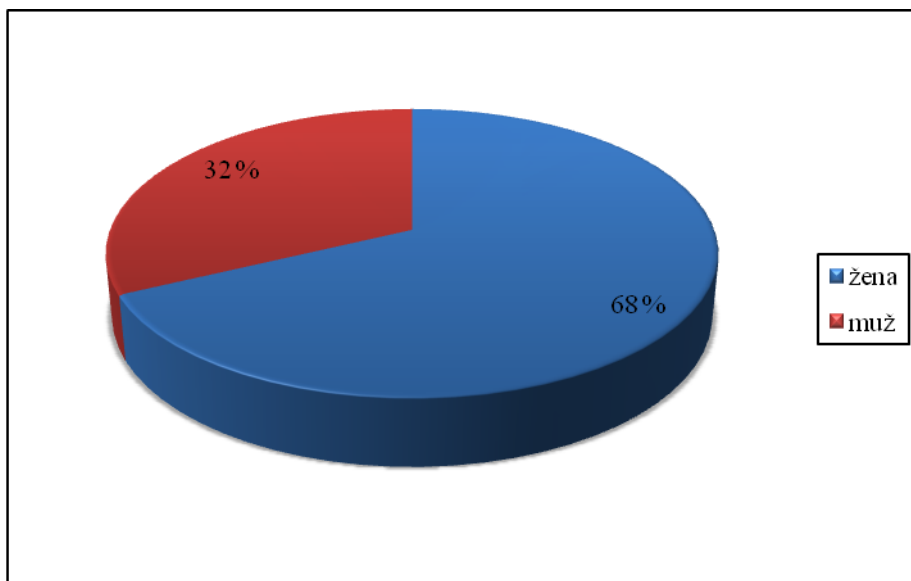
### 8.1 Výsledky dotazníkového šetření

#### 8.1.1 První část dotazníku

Otázka č. 1: Pohlaví

Tabulka 1 - Pohlaví

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
žena	65	68
muž	31	32
celkem	96	100



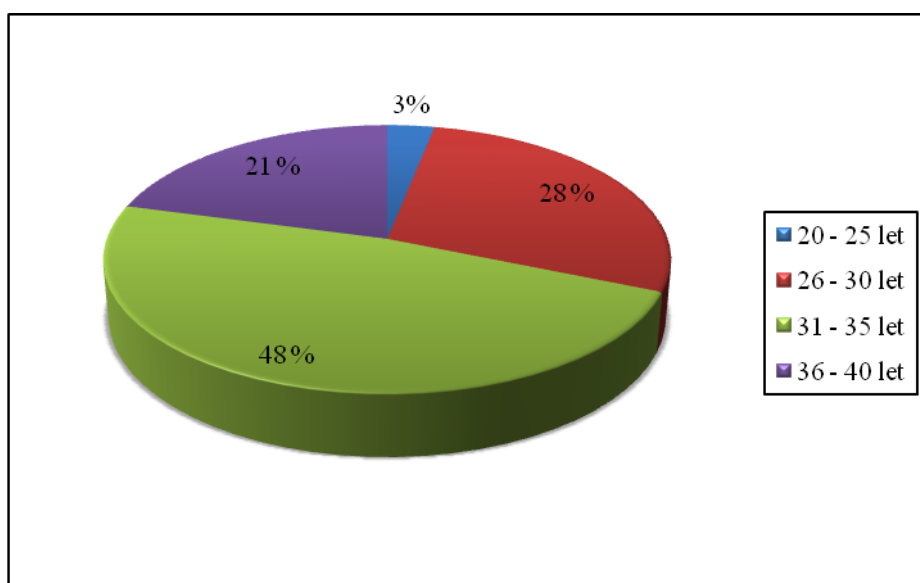
Graf 1 - Pohlaví

Graf 1 ukazuje, že z celkového počtu 96 respondentů bylo 68 % žen a 32 % mužů.

## Otázka č. 2: Věk

Tabulka 2 - Věk

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
20 – 25 let	3	3
26 – 30 let	27	28
31 – 35 let	46	48
36 – 40 let	20	21
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100</b>



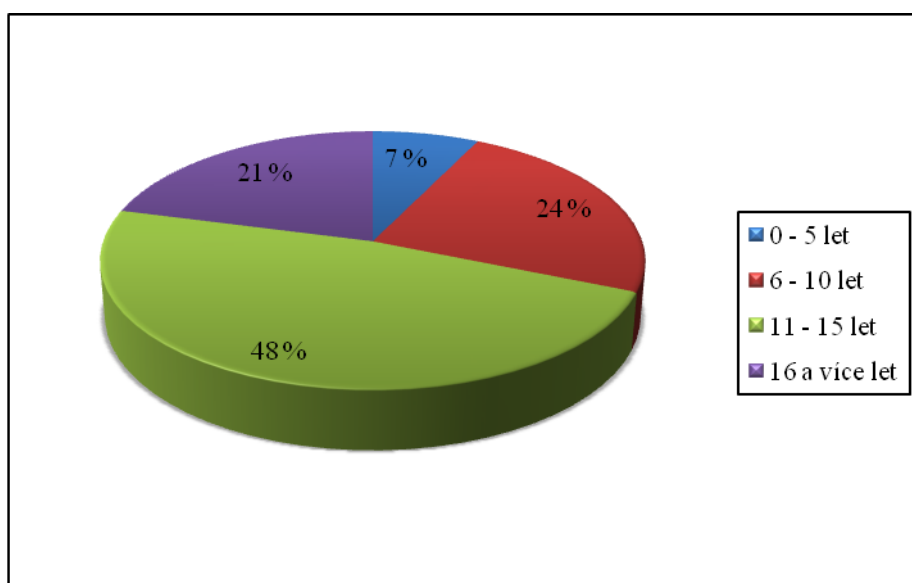
Graf 2 - Věk

Graf 2 znázorňuje věkové zastoupení zkoumaného vzorku. Nejpočetnější skupinu tvoří zdravotníci ve věku 31 – 35 let. Tvoří celých 48 %. Následuje věková skupina 26 – 30 let, zastoupená ve 28 %. Jen o málo procentuelně menší je skupina 36 – 40 let. Tvoří 21 %. Nejmenší počet je mladých respondentů ve věku 20 – 25 let. Zastoupení je ve 3 %.

### Otázka č. 3: Délka praxe (roky)

Tabulka 3 - Délka praxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
0 - 5 let	7	7
6 - 10 let	23	24
11 - 15 let	46	48
16 a více let	20	21
celkem	96	100



Graf 3 - Délka praxe

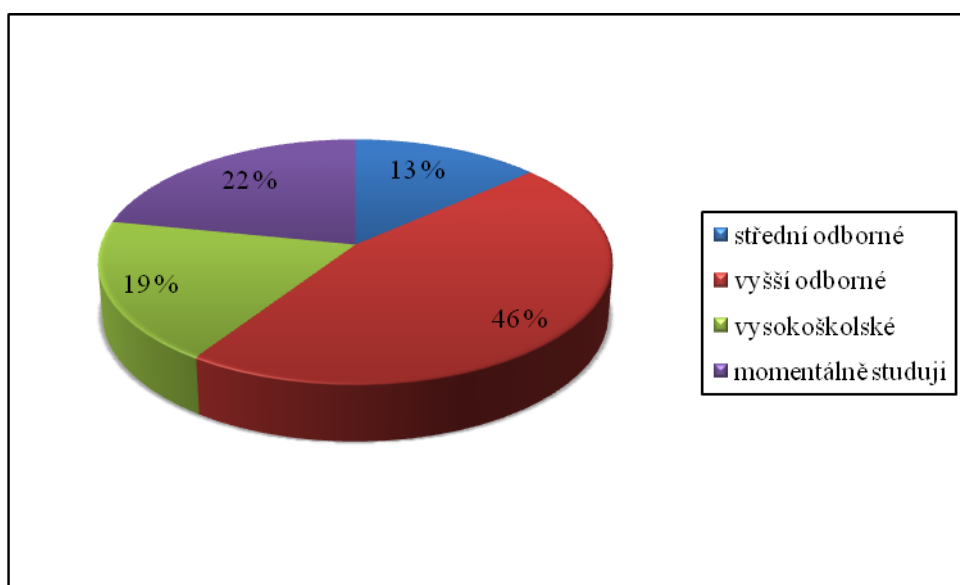
Graf 3 zobrazuje délku praxe nelékařského zdravotnického personálu. Procentuelně se téměř shoduje s věkovým grafem.



**Otázka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání (možnost více odpovědí)**

**Tabulka 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání**

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<b>střední odborné</b>	<b>13</b>	<b>13</b>
<b>vyšší odborné</b>	<b>44</b>	<b>46</b>
<b>vysokoškolské</b>	<b>18</b>	<b>19</b>
<b>momentálně studuji</b>	<b>21</b>	<b>22</b>
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100</b>



**Graf 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání**

Graf 4 udává nejvyšší dosažené vzdělání v oboru. Největšího procentuálního zastoupení, 46 %, dosáhlo vyšší odborné vzdělání. Nejméně procent zastupuje střední odborné vzdělání – 13 %.

#### Podotázka k otázce č. 4, specializace vyššího odborného vzdělání

Tabulka 5 - Vyšší odborné vzdělání, specializace

<b>Vyšší odborné vzdělání - specializace</b>	<b>Absolutní četnost</b>
<b>interna</b>	<b>3</b>
<b>chirurgie</b>	<b>6</b>
<b>ARIP</b>	<b>18</b>
<b>záchranář</b>	<b>17</b>
<b>celkem</b>	<b>44</b>

Tabulka 5 znázorňuje zastoupení jednotlivých oborů, které mají respondenti v rámci vyššího odborného studia nebo pomaturitního specializačního studia dokončené. Celkový počet respondentů v této podotázce byl 44. 18 respondentů má vystudovaný ARIP, 17 zdravotnického záchranáře. Další jsou specializace v oboru chirurgie a interny.

#### Podotázka k otázce č. 4, nynější studium

Tabulka 6 - Nynější studium

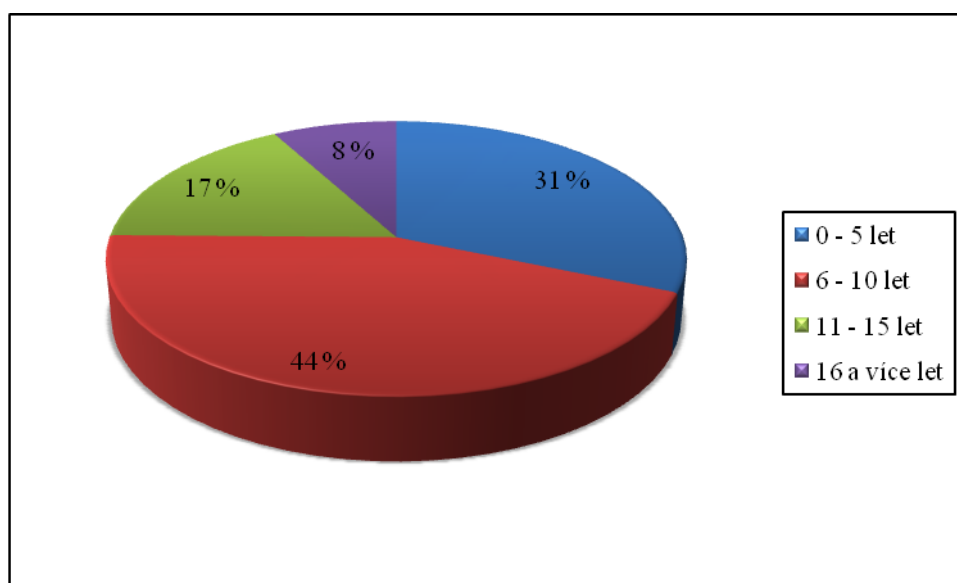
<b>Nynější studium</b>	<b>Absolutní četnost</b>
<b>Bc.</b>	<b>13</b>
<b>Mgr.</b>	<b>2</b>
<b>ARIP</b>	<b>6</b>
<b>celkem</b>	<b>21</b>

Tabulka 6 zobrazuje, kolik respondentů momentálně studuje a jaký obor. Celkový počet je 21. Vysokoškolské studium navštěvuje 15 dotazovaných. 13 jedinců studuje bakalářské, 2 magisterské studium. Zbylých 6 respondentů studuje ARIP.

## Otázka č. 5: Délka služebního poměru u AČR

Tabulka 7 - Délka služebního poměru u AČR

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
0 - 5 let	30	31
6 - 10 let	42	44
11 - 15 let	16	17
16 a více let	8	8
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100</b>



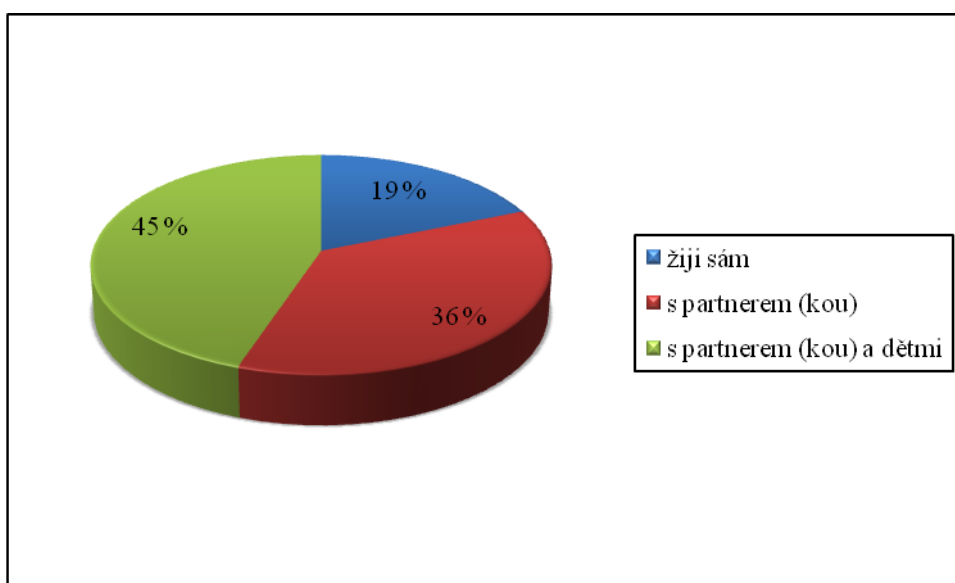
Graf 5 - Délka služebního poměru u AČR

Graf 5 znázorňuje délku služebního poměru zdravotnického personálu jako vojáků z povolání u Armády České republiky. Nejvíce procent dosáhlo rozmezí 6 – 10 let. Bez mála polovina – 44 %. 31 % slouží u armády 0 – 5 let. Delší dobu 11 – 15 let je v armádě 17 % respondentů a 8 % pracuje ve vojenské sféře více jak 16 let.

## Otázka č. 6: Sociální zázemí

Tabulka 8 - Sociální zázemí

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
žiji sám (a)	18	19
s partnerem (kou)	35	36
s partnerem (kou) a dětmi	43	45
celkem	96	100



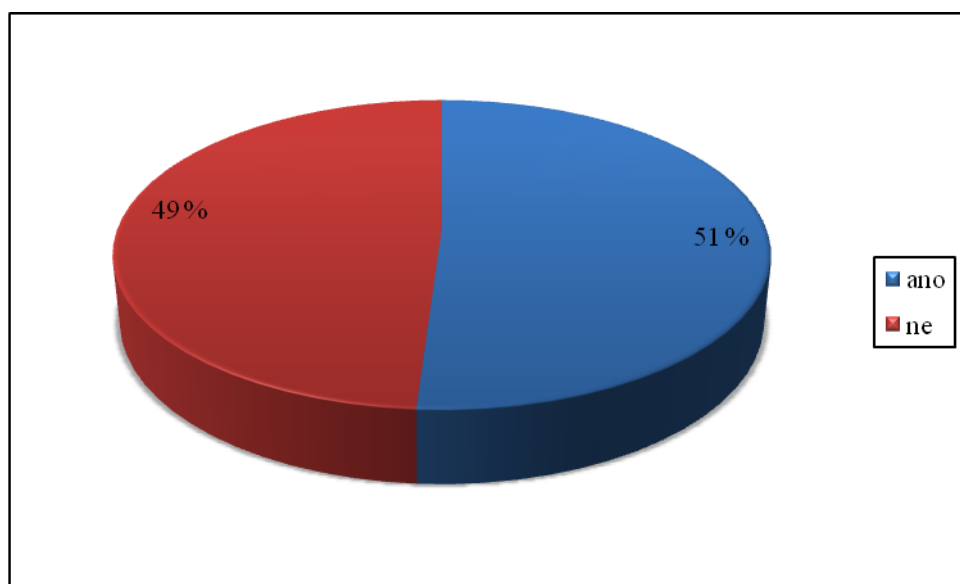
Graf 6 - Sociální zázemí

Graf 6 udává sociální zázemí respondentů. Samo žije 19 % respondentů, s partnerem (kou) 36 %, s partnerem (kou) a dětmi 45 % dotazovaných.

## Otázka č. 7: Děti

Tabulka 9 - Děti

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<b>ano</b>	<b>49</b>	<b>51</b>
<b>ne</b>	<b>47</b>	<b>49</b>
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100</b>



Graf 7 - Děti

Graf 7 zobrazuje přítomnost dětí v životě dotazovaných. Procentuální zastoupení je téměř vyrovnané. Děti má 51 %, naopak děti nemá 49 %.

**Otázka č. 8: Jakých dalších misí jste se zúčastnil (a)?**

**Tabulka 10 - Ostatní mise**

	<b>Absolutní četnost</b>
<b>Albánie 1999</b>	<b>2</b>
<b>Irák 2004</b>	<b>13</b>
<b>Kosovo 2005</b>	<b>11</b>
<b>Pákistán 2005</b>	<b>4</b>
<b>Afghánistán 2002</b>	<b>21</b>
<b>Afghánistán 2011</b>	<b>12</b>

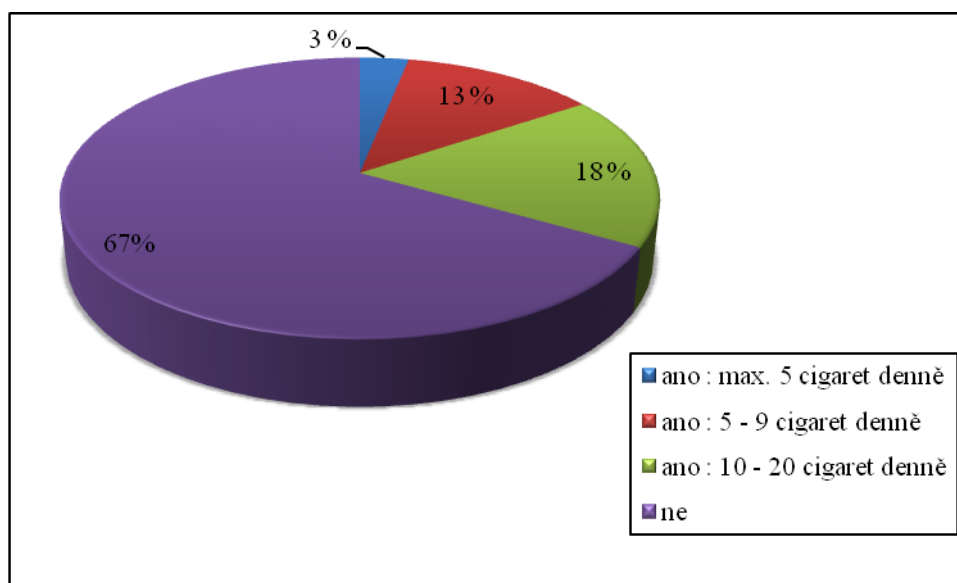
Tabulka 10 udává, jakých dalších misí se respondenti zúčastnili. 33 respondentů se zúčastnilo pouze mise, která je předmětem tohoto výzkumu – Afghánistán Kábul 2007 – 2008. 63 respondentů již bylo v minulosti na zahraniční misi. Největší zastoupení má mise v Afghánistánu v roce 2002 – 21 dotazovaných a dále Irák 2004, této mise se zúčastnilo 13 respondentů.

## 8.1.2 Druhá část dotazníku

Otázka č. 1: Kouříte?

Tabulka 11 - Kouření

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
ano: max. 5 cigaret denně	3	3
ano: 5 - 9 cigaret denně	12	13
ano: 10 - 20 cigaret denně	17	18
ne	64	67
celkem	96	100



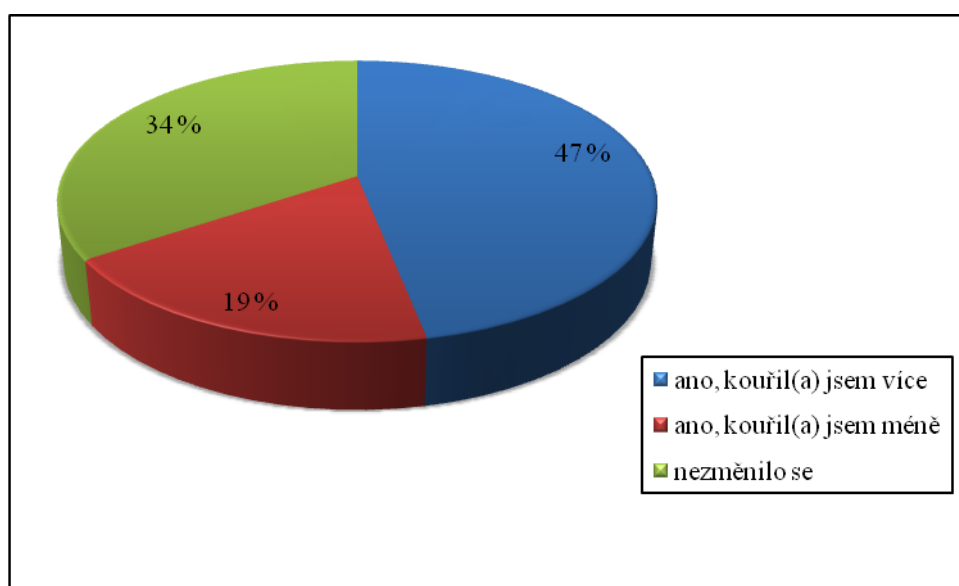
Graf 8 - Kouření

Graf 8 udává procentuální zastoupení kuřáků ve zkoumaném vzorku. Velké procento – 67 % je nekuřáků. 18 % dotazovaných kouří 10 – 20 cigaret denně. 12 % kouří 5 – 9 cigaret denně. Do 5-ti vykouřených cigaret denně udávalo 3 % respondentů.

## Otázka č. 2: Změnilo se kouření na misi?

Tabulka 12 - Změna kouření na misi

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
ano, kouřil (a) jsem více	15	47
ano, kouřil (a) jsem méně	6	19
nezměnilo se	11	34
celkem	32	100



Graf 9 - Změna kouření na misi

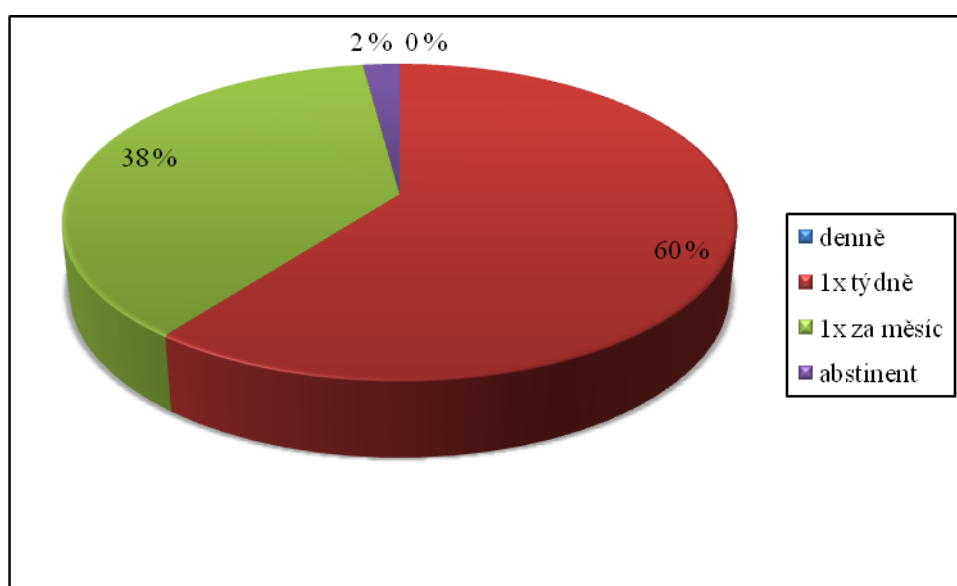
Graf 9 zobrazuje změnu kouření na misi. 47 % respondentů začalo kouřit více. 34 % kouření nezměnilo. Nejméně dotazovaní udávali snížení kouření – 19 %.



### Otázka č. 3: Pijete alkohol?

Tabulka 13 - Požívání alkoholu

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
denně	0	0
1x týdně	58	60
1x za měsíc	36	38
abstinent	2	2
celkem	96	100



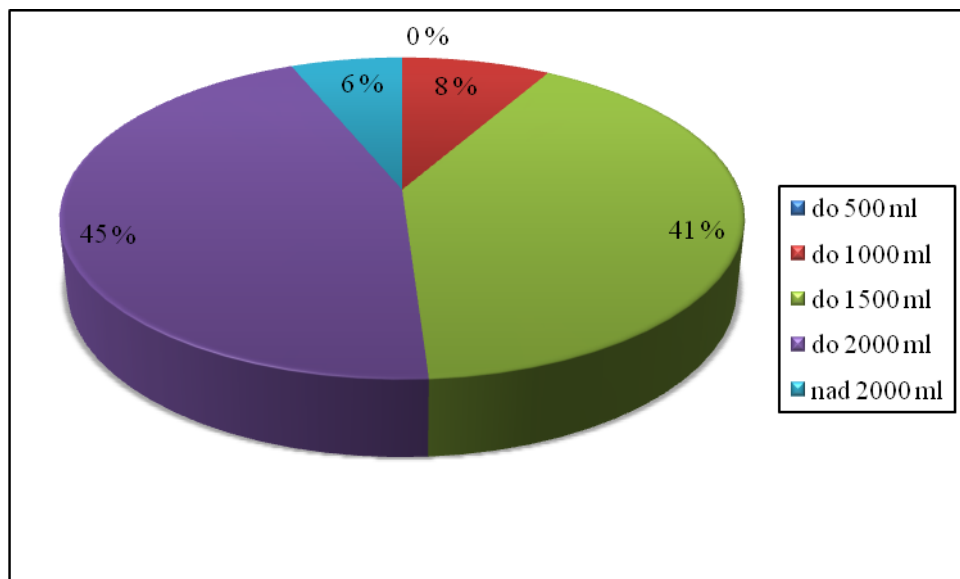
Graf 10 - Požívání alkoholu

Graf 10 znázorňuje, jak respondenti užívají alkoholické nápoje. Více jak polovina – 60 % odpověděla, že pijí alkohol v průměru jedenkrát týdně. Dále velké procento respondentů, 38 %, užívá alkohol jednou měsíčně. Denně konzumaci alkoholu neoznačil žádný respondent. Abstinentů jsou 2 %.

#### Otázka č. 4: Kolik tekutin za den vypijete?

Tabulka 14 - Denní pitný režim

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
do 500 ml	0	0
do 1000 ml	8	8
do 1500 ml	39	41
do 2000 ml	43	45
nad 2000 ml	6	6
celkem	96	100



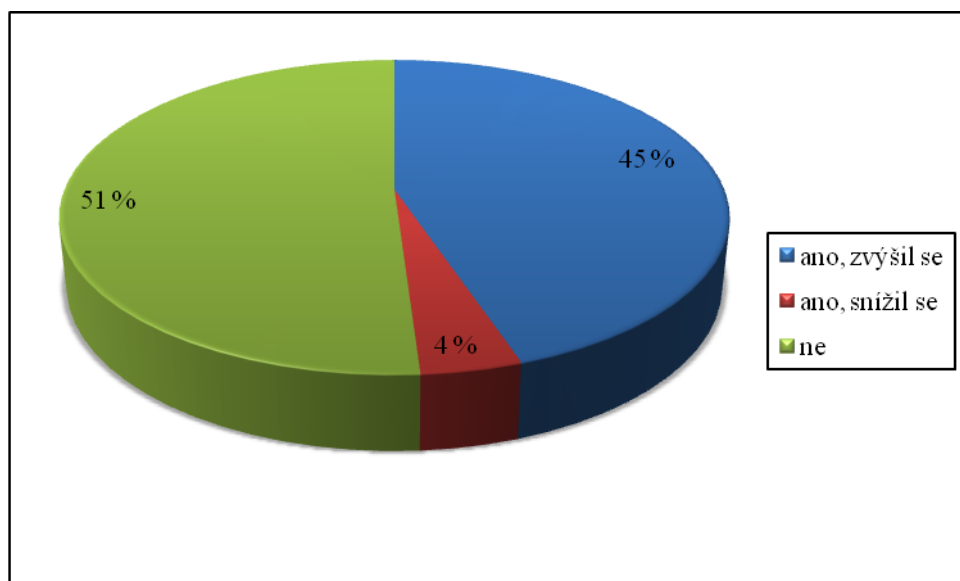
Graf 11- Denní pitný režim

Graf 11 ukazuje pitný režim. Nejvíce byla zastoupena odpověď do 2000ml. 45 %, téměř polovina dotazovaných vypije do 2000ml tekutin za den. Druhá nejčastější odpověď – 41 % byla do 1500ml. Žádný respondent neudal odpověď do 500ml.

## Otázka č. 5: Změnil se Váš příjem tekutin na misi?

Tabulka 15 - Změna pitného režimu na misi

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
ano, zvýšil se	43	45
ano, snížil se	4	4
ne	49	51
celkem	96	100



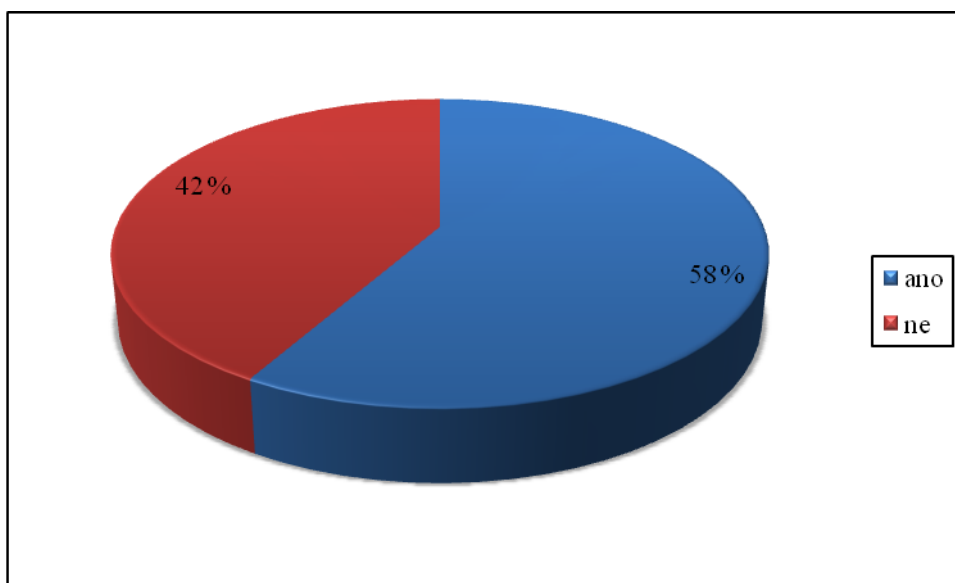
Graf 12 - Změna pitného režimu na misi

Graf 12 zobrazuje změnu pitného režimu na misi. Polovině vzorku se pitný režim nezměnil. 45 % udává zvýšení pitného režimu. Pouze 4 % dotazovaných snížila příjem tekutin.

### Otázka č. 6: Myslíte si, že se stravujete zdravě?

Tabulka 16 - Zdravé stravování

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<b>ano</b>	<b>56</b>	<b>58</b>
<b>ne</b>	<b>40</b>	<b>42</b>
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100</b>



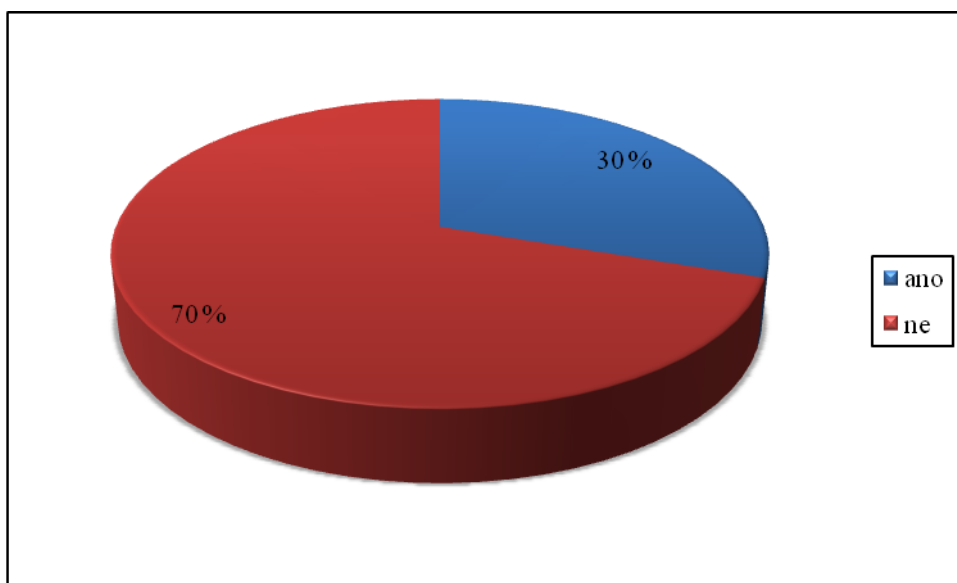
Graf 13 - Zdravé stravování

Graf 13 se zabývá otázkou zdravé výživy. Zde nejsou výsledky jednoznačně vymezené. Více jak polovina respondentů si myslí, že se stravuje zdravě, ale 42 % si myslí, že se zdravě nestravuje. Kladnou odpověď dotazovaní udávali z důvodu konzumace ovoce, zeleniny, celozrnného pečiva, mléčných výrobků. Naopak nezdravé stravování bylo v důsledku nepravidelné pracovní doby, konzumace sladkostí, tučného jídla. A také jedna z odpovědí byla: „Vím, že se jím nezdravě, ale chutná mi to“.

## Otázka č. 7: Chyběly Vám nějaké tekutiny či potraviny na misi?

Tabulka 17 - Chybění tekutin nebo potravin na misi

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<b>ano</b>	<b>29</b>	<b>30</b>
<b>ne</b>	<b>67</b>	<b>70</b>
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100</b>



Graf 14 - Chybění tekutin nebo potravin na misi

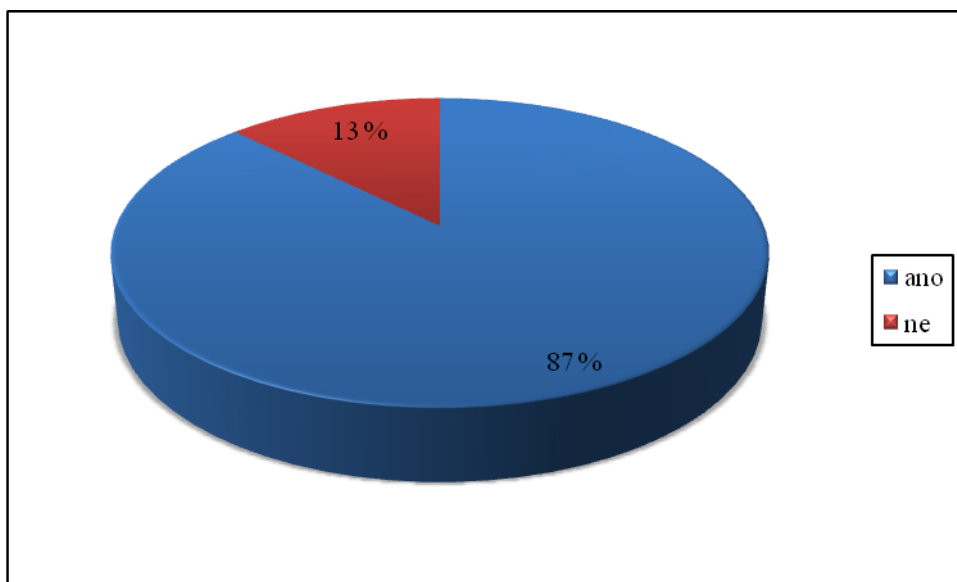
Graf 14 se zabývá chyběním tekutin nebo potravin na misi, na které je jedinec zvyklý ve své zemi. Převážně většině zkoumaného vzorku žádné potraviny nebo tekutiny nechyběly. 30 % nějaké potraviny chyběly. Nejčastěji chybějící potraviny byly – český chléb, knedlíky a omáčky, tavené sýry. Ale jednoznačná odpověď skoro u všech, kteří odpověděli, že jim chyběly nějaké potraviny nebo tekutiny na misi, ve 30 % byla – český chléb. Z tekutin to samozřejmě bylo české pivo.

### 8.1.3 Třetí část dotazníku

Otázka č. 1: Sportujete v civilním životě?

Tabulka 18 - Sport v civilním životě

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<b>ano</b>	<b>84</b>	<b>87</b>
<b>ne</b>	<b>12</b>	<b>13</b>
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100</b>



Graf 15 - Sport v civilním životě

Graf 15 se zabývá pohybovou aktivitou. Převážná většina – 87 % sportuje. Pouze 13 % odpovědělo, že nesportuje vůbec.

## Otázka č. 2. Jaké sporty provozujete?

Tabulka 19 - Provozované sporty

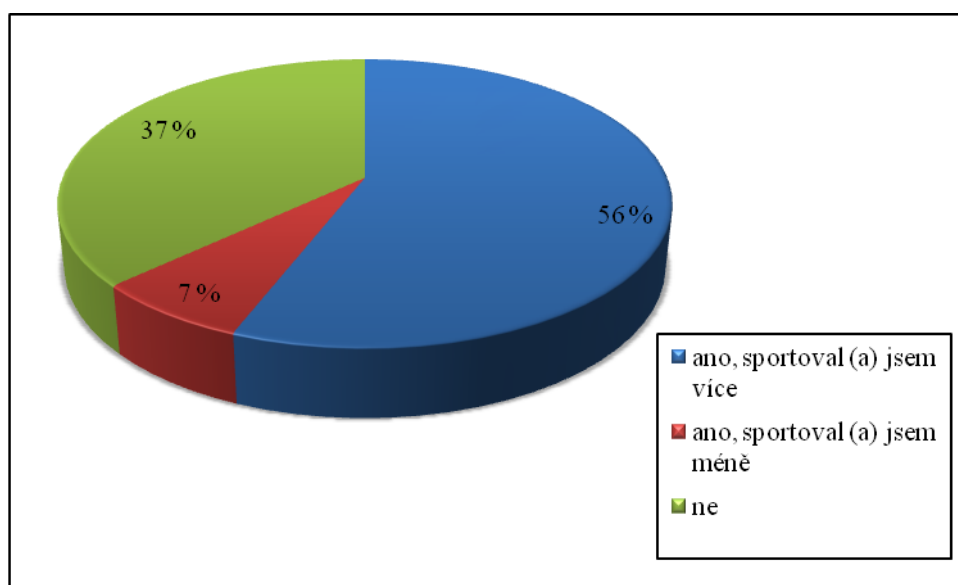
	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<b>squash</b>	<b>29</b>	<b>13</b>
<b>běh</b>	<b>65</b>	<b>29</b>
<b>plavání</b>	<b>33</b>	<b>15</b>
<b>jízda na kole</b>	<b>76</b>	<b>34</b>
<b>zumba, aerobic</b>	<b>9</b>	<b>4</b>
<b>spinning</b>	<b>14</b>	<b>6</b>

V otevřené otázce č. 2 dotazovaní uvedli squash, běh, jízdu na kole, zumbu, aerobic a spinning jako sporty, kterým se věnují. Nejčastěji byl zastoupen běh a jízda na kole. V tabulce jsou uvedeny absolutní četnosti odpovědí. Respondenti uváděli i více odpovědí.

### Otázka č. 3: Změnila se frekvence sportování během mise?

Tabulka 20 - Změna frekvence sportování během mise

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
ano, sportoval (a) jsem více	47	56
ano, sportoval (a) jsem méně	6	7
ne	31	37
celkem	84	100



Graf 16 - Změna frekvence sportování během mise

Graf 16 zobrazuje změnu pohybové aktivity na misi. 56 % respondentů uvedlo, že sportovalo více. 37 % frekvenci sportování nezměnilo. Pouze 7 % respondentů sportovalo méně.



#### Otázka č. 4. Změnil se druh (y) sportů, které jste provozoval (a) na misi?

53 % respondentů z těch, kteří uvedli, že sportují, vyměnilo squash, plavání, kolo, aerobic a zumbu za běh, spinning, orbitrec. Pro 47 % dotazovaných se druhy běžně provozovaných sportů během mise nezměnily.

#### Otázka č. 5. Jak trávíte volný čas?

Tabulka 21 - Volný čas

	Absolutní četnost
televize, filmy	72
četba	41
sport	84
procházky	15
rodina, kamarádi	88
studium	21
jiné	4

Tabulka 21 udává, jak respondenti tráví svůj volný čas. Nejčastěji sportem, rodinou a kamarády, sledováním televize, filmů. Dále četbou, studiem, počítačem, procházkami, s kamarády a dalšími aktivitami (výcvik psů, malování, hudba, tanec a jiné). Tabulka opět udává absolutní četnost odpovědí, kde dotazovaní udali více možností.

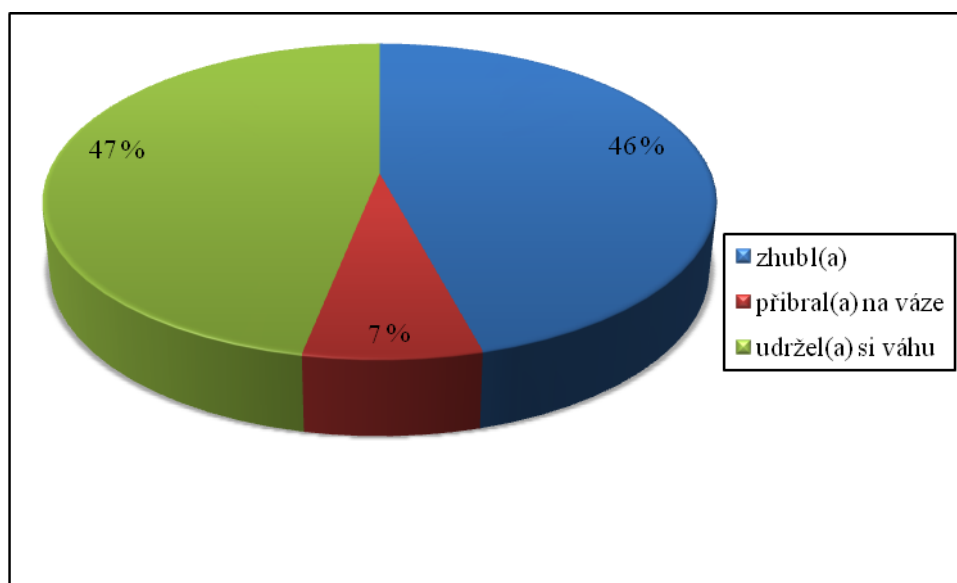
#### Otázka č. 6. Jak jste trávil (a) volný čas na misi?

Dotazovaným se okruh volnočasových aktivit výrazně nezměnil. Ve výčtu zůstal internet, četba, filmy, sport, počítačové hry. V rámci trávení volného času se objevila i odpověď – spánek. Trávení volného času s rodinou a kamarády také zůstalo, jen bylo změněno z osobní komunikace na komunikaci telefonickou či emailovou. Přes 30 respondentů uvedlo, že našlo i nové kamarády z řad obyvatelů základny.

**Otázka č. 7: Na misi jsem:**

**Tabulka 22 - Změna hmotnosti**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>
<b>zhubl (a)</b>	<b>44</b>	<b>46</b>
<b>přibral (a) na váze</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>udržel (a) si váhu</b>	<b>45</b>	<b>47</b>
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100</b>



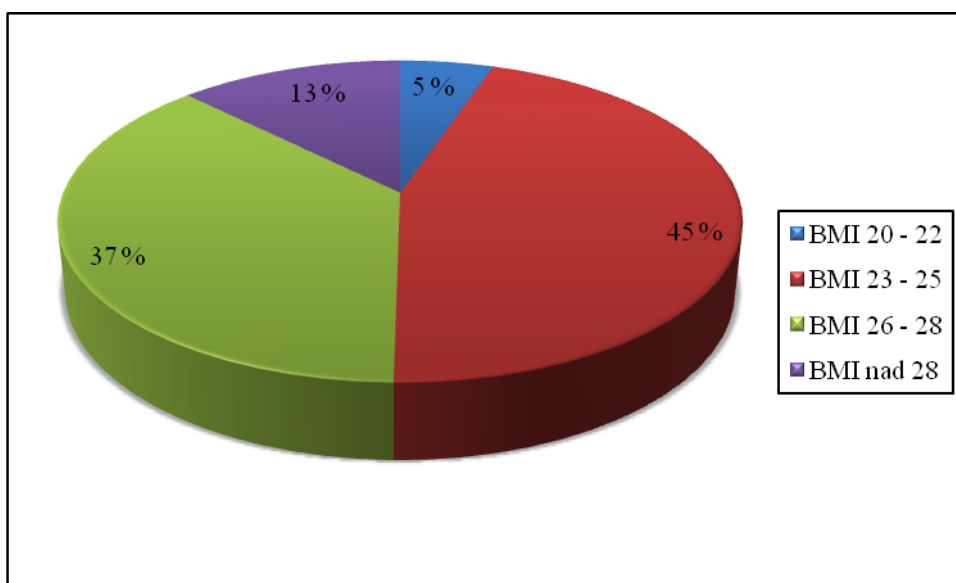
**Graf 17 - Změna hmotnosti**

Graf 17 se zabývá změnou tělesné hmotnosti při pobytu na misi. Pouze 7 % respondentů přibralo na váze. Další možnosti odpovědi jsou téměř identické. 47 % si udrželo váhu, 46 % zhublo.

### Otázka č. 8: Jaká je Vaše váha a výška?

Tabulka 23 - Body Mass Index

BMI	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
BMI 20 – 22	5	5
BMI 23 – 25	43	45
BMI 26 – 28	36	37
BMI nad 28	12	13
celkem	96	100



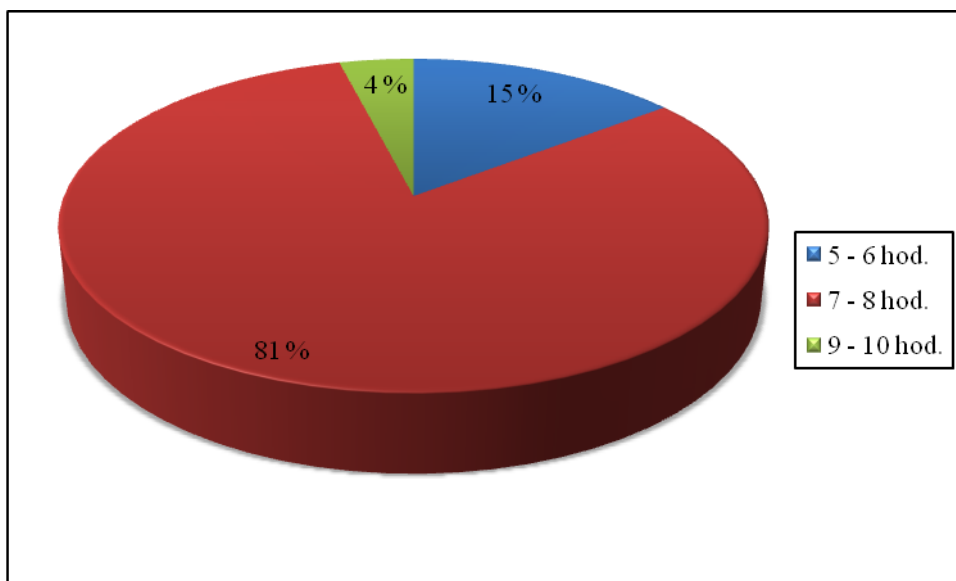
Graf 18 - Body Mass Index

Graf 18 zobrazuje hodnotu Body Mass Indexu u respondentů. 45 % dotazovaných je v rozmezí 23 – 25, tedy v normálních hodnotách BMI. 37 % dotazovaných je v nadváze, 13 % je obézních a 5 % je v normálních hodnotách, ale na spodní hranici.

### Otázka č. 9: Kolik hodin denně doma spíte?

Tabulka 24 - Denní doba spánku

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
5 - 6 hod.	14	15
7 - 8 hod.	78	81
9 - 10 hod.	4	4
celkem	96	100



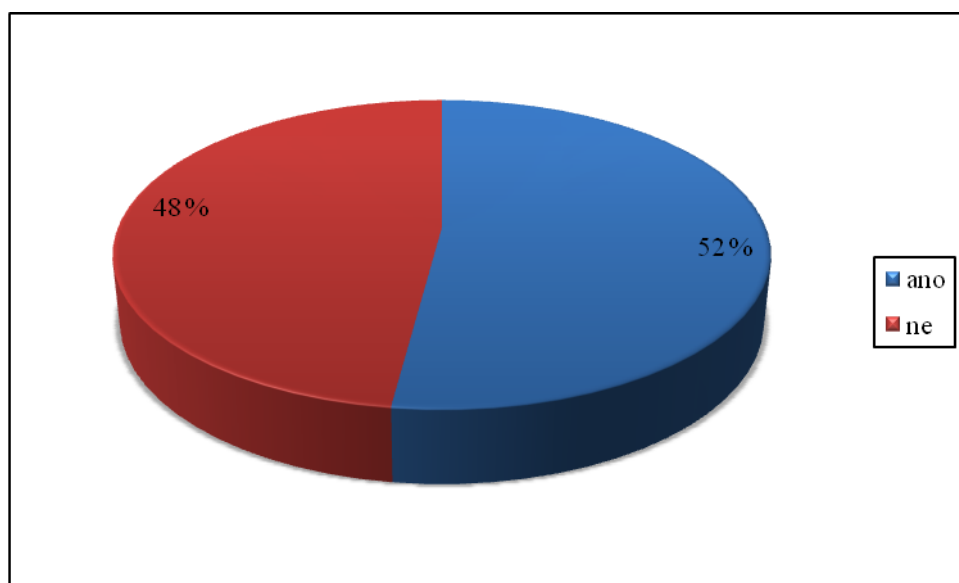
Graf 19 - Denní doba spánku

Graf 19 udává počet hodin, které respondenti denně stráví spánkem. Velké procento – 81 % spí průměrně denně 7 – 8 hod. 15 % spí méně a jen 4 % respondentů spí více jak 8 hod. denně.

### Otázka č. 10: Změnila se doba spánku na misi?

Tabulka 25 - Změna doby spánku na misi

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<b>ano</b>	<b>50</b>	<b>52</b>
<b>ne</b>	<b>46</b>	<b>48</b>
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100</b>



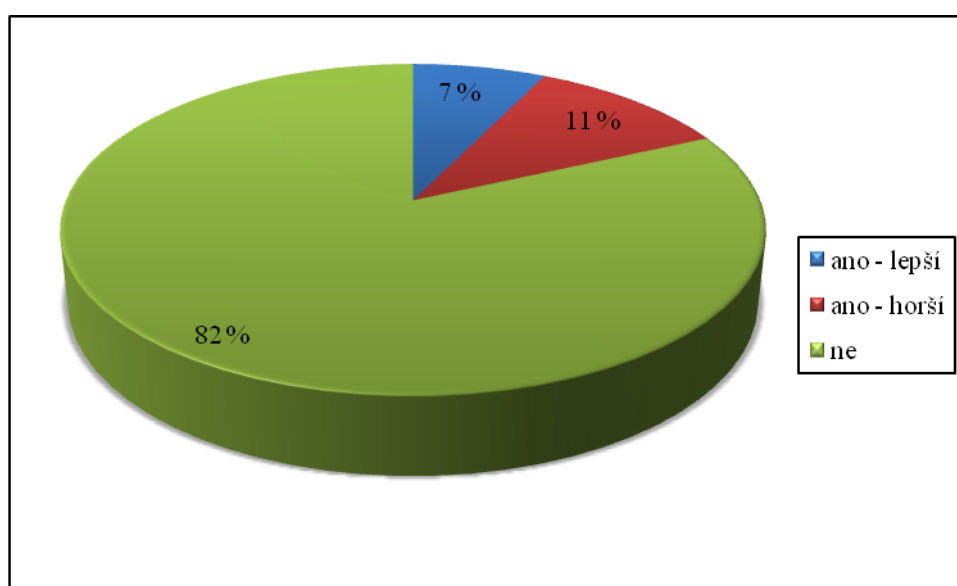
Graf 20 - Změna doby spánku na misi

Graf 20 zobrazuje změnu dobu spánku na misi. Procentuální výsledky šetření jsou zde téměř stejná. 52 % dotazovaných se změnila doba spánku na misi, 48 % se doba spánku nezměnila. Nejčastějším důvodem změny byl spánek či odpočinek během odpoledních hodin, či ve dni volna.

### Otázka č. 11: Změnila se kvalita Vašeho spánku na misi?

Tabulka 26 - Změna kvality spánku na misi

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
ano – lepší	7	7
ano – horší	10	11
ne	79	82
celkem	96	100



Graf 21 - Změna kvality spánku na misi

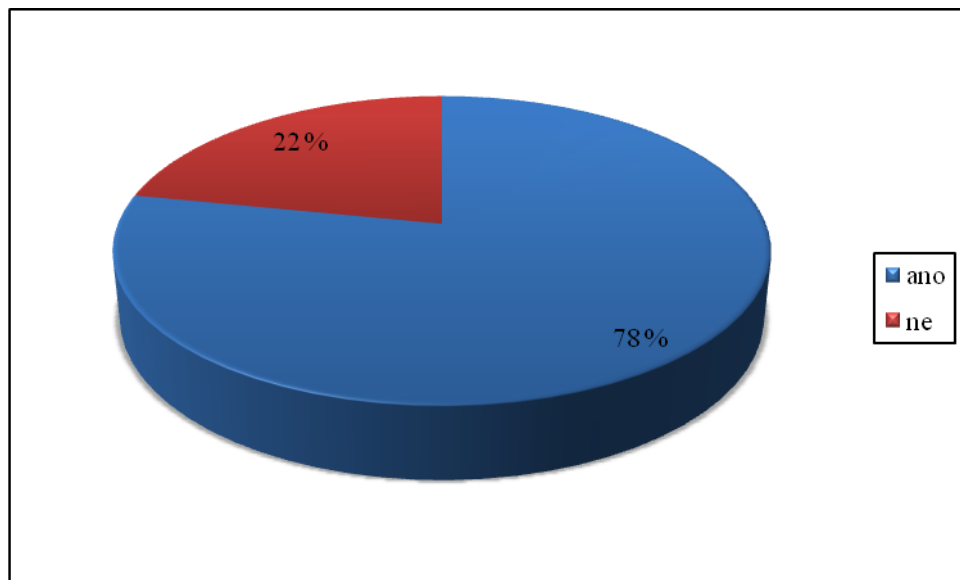
Graf 21 se zabývá kvalitou spánku na misi. Pro 82 % respondentů se kvalita spánku nezměnila. 11 % se vyjádřilo negativním směrem a důvodem bylo nedostatečný klid pro spánek. Pro 7 % respondentů byla kvalita spánku lepší. Uváděli delší dobu spánku, odpadnutí péče o děti.

#### 8.1.4 Čtvrtá část dotazníku

Otázka č. 1: Měl (a) jste dostatek soukromí na misi v daných podmínkách?

Tabulka 27 - Soukromí na misi

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
ano	75	78
ne	21	22
celkem	96	100



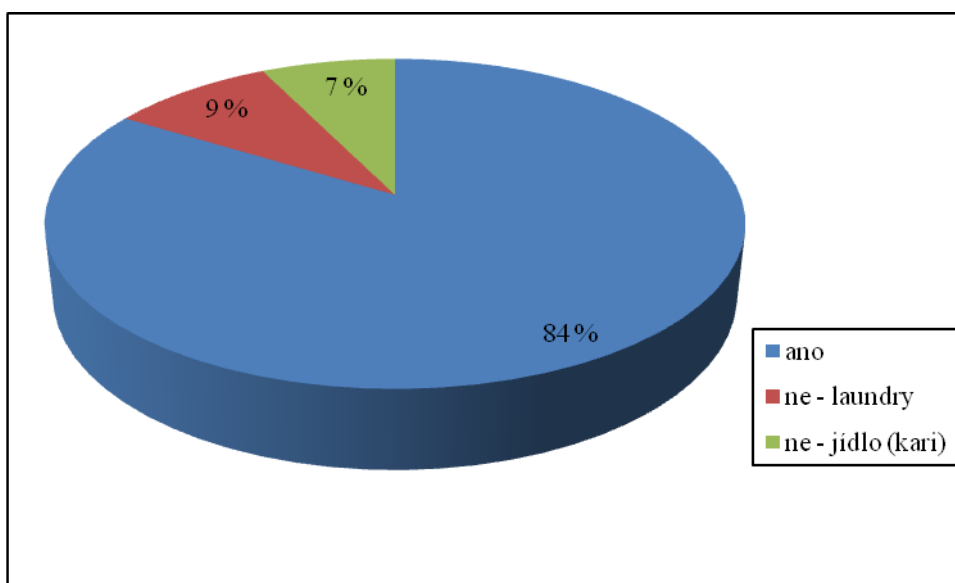
Graf 22 - Soukromí na misi

Graf 22 zobrazuje pocity soukromí na misi. Převážná většina zkoumaného vzorku – 78 % udala, že měla dostatek soukromí v daných podmínkách. 22 % pocíťovala nedostatek soukromí.

## Otázka č. 2: Vyhovoval Vám servis na misi?

Tabulka 28 - Servis na misi

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<b>ano</b>	<b>80</b>	<b>84</b>
<b>ne – laundry</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
<b>ne – jídlo (kari)</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100</b>



Graf 23 - Servis na misi

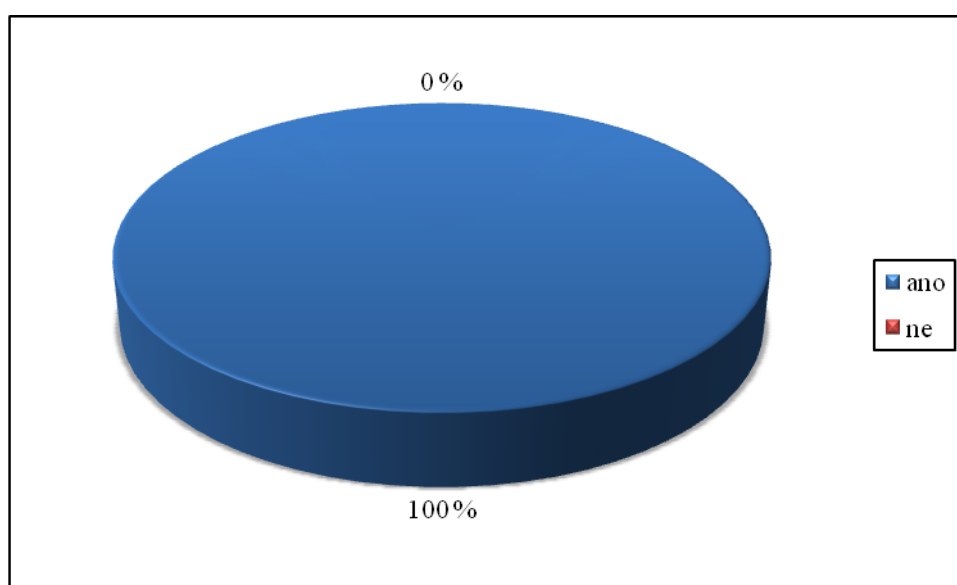
Graf 23 udává spokojenost vojáků se servisem. 84 % respondentů bylo spokojeno. 16 % nebylo. Z toho 9 % bylo nespokojeno s prádelnou a 7 % se stravováním. Konkrétně jim vadilo mnoho koření kari v jídle.



**Otázka č. 3: Měl (a) jste dostatek možností pro komunikaci s rodinou, kamarády v ČR?**

**Tabulka 29 - Komunikace s rodinou, kamarády v ČR**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>
<b>ano</b>	<b>96</b>	<b>100</b>
<b>ne</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100</b>



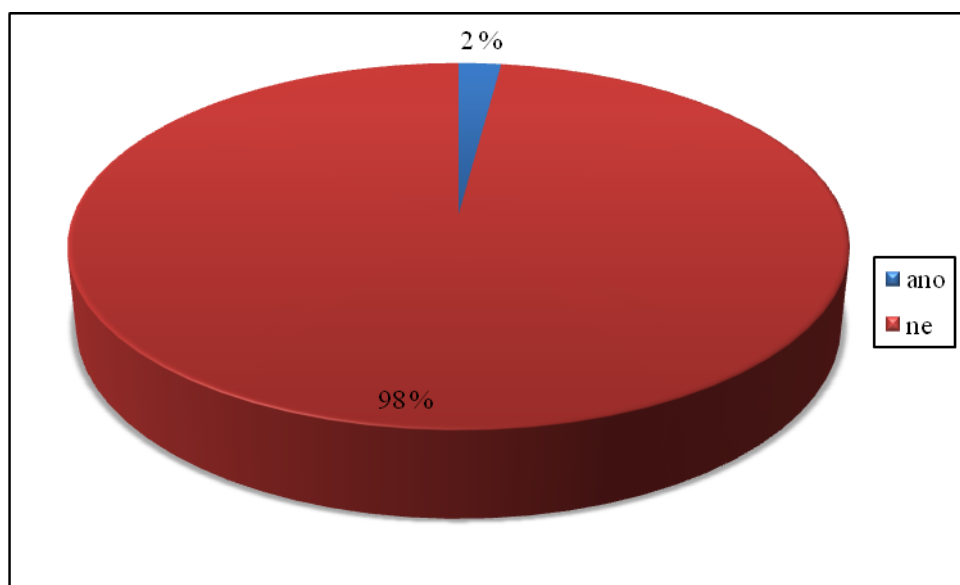
**Graf 24 - Komunikace s rodinou, kamarády v ČR**

V grafu 24, který udává dostatek možností komunikace s rodinou a kamarády doma. Odpověď byla jednoznačná ve 100 % , ano měli.

#### Otázka č. 4: Chyběly Vám domácí práce?

Tabulka 30 - Domácí práce

	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
<b>ano</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>ne</b>	<b>94</b>	<b>98</b>
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100</b>



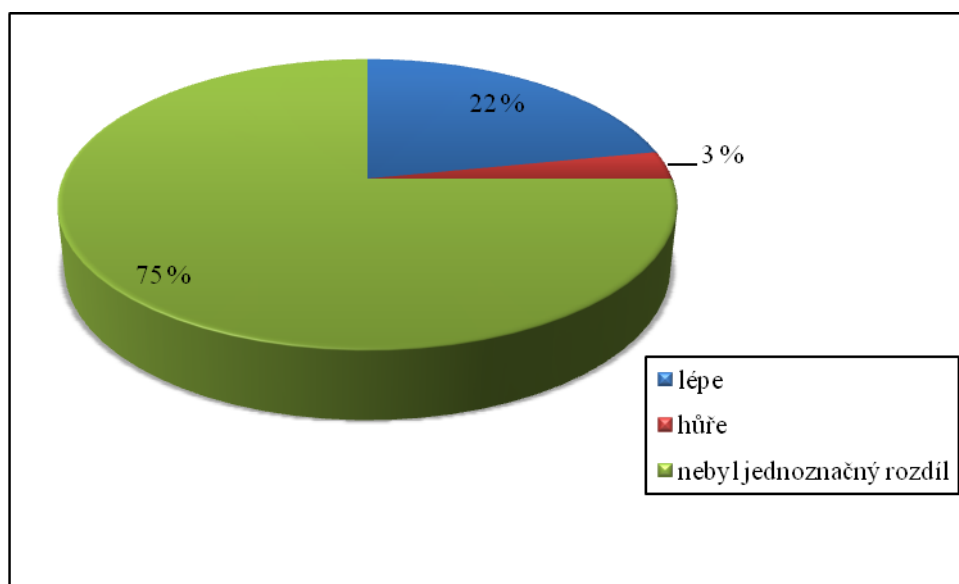
Graf 25 - Domácí práce

Graf 25 zobrazuje chybění domácích prací na misi. Téměř všem – 98 % domácích prací nechyběly.

**Otázka č. 5: Jak se Vám pracovalo s kolegy na misi? (vzhledem ke stážové nemocnici v ČR)**

**Tabulka 31 - Spolupráce s kolegy na misi**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>
<b>lépe</b>	<b>21</b>	<b>22</b>
<b>hůře</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>nebyl jednoznačný rozdíl</b>	<b>72</b>	<b>75</b>
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100</b>



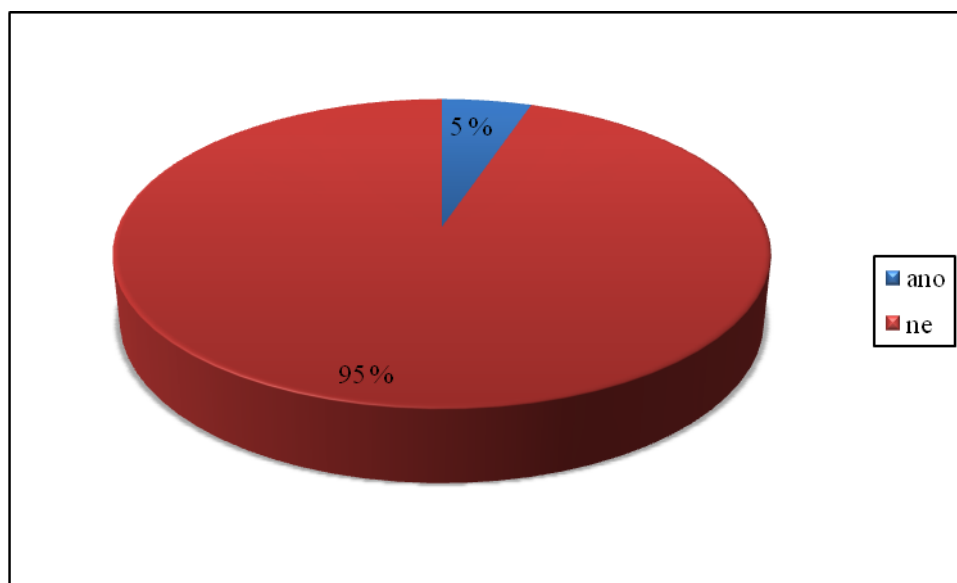
**Graf 26 - Spolupráce s kolegy na misi**

V grafu 26 je zobrazena spokojenost ve spolupráci s kolegy na misi. Tři čtvrtiny respondentů nepocítovali výraznou změnu ve spolupráci s kolegy ve stážové nemocnici v republice nebo s kolegy na misi. 22 % se pracovalo lépe a pouze 3 % se pracovalo hůře.

**Otázka č. 6: Byla pro Vás stresující 24 hod. pohotovost pro signál MASCAL?**

**Tabulka 32 - Pohotovost pro signál MASCAL**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost [%]</b>
<b>ano</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>ne</b>	<b>91</b>	<b>95</b>
<b>celkem</b>	<b>96</b>	<b>100</b>



**Graf 27 - Pohotovost pro signál MASCAL**

Graf 27 znázorňuje, jestli jsou zdravotníci stresováni držením pohotovosti 24/7. Pro 95 % dotazovaných tato pohotovost stresující není. 5 % uvedlo, že tím byli stresováni.

**Otázka č. 7: Jaké byly pro Vás nejdůležitější změny na misi oproti životu v mírových podmínkách?**

**Tabulka 33 - Nejdůležitější změny na misi oproti mírovým podmínkám**

	<b>Absolutní četnost</b>
<b>domácí práce</b>	<b>29</b>
<b>rodina</b>	<b>34</b>
<b>nemožnost opustit svévolně základnu</b>	<b>17</b>

V tabulce 33 jsou vypsány hlavní změny mezi civilním a misijním životem. K této otázce se vyjádřili jen někteří respondenti. Celkem jich odpovědělo 39. Respondenti udávali více odpovědí, jen 5 respondentů udalo pouze jednu odpověď. V tabulce je tedy uvedena četnost odpovědí. Velkou změnou pro většinu z nich byla nepřítomnost rodiny, nemožnost svévolného opuštění základny a dále absence domácích prací.

**Otázka č. 8: Kdyby jste měl (a) možnost cokoliv na misi změnit, co by to bylo?**

**Tabulka 34 - Možnost jakékoliv změny na misi**

	<b>Absolutní četnost</b>
<b>pošta</b>	<b>7</b>
<b>větší sportovní zázemí</b>	<b>23</b>

Tabulka 34 znázorňuje návrhy změn na misi. K této otázce se vyjádřilo jen 24 respondentů. I zde bylo u jednoho respondenta více odpovědí. Uvítali by rychlejší poštovní služby a větší sportovní zázemí.

## 8.2 Narativní interview s účastnicí vojenské mise

Následující text je poskládán z vyprávění jedné sestry z Polní nemocnice o životě na základně KAIA, Kábul, Afghánistán. Zúčastnila se mise v období 4/2007 – 8/2007 a 4/2008 – 8/2008.

### Výživa

Stravování na misích je většinou zajištěno hromadně pro celou základnu. Pověřený stát, potažmo firma po výběrovém řízení, zajišťuje kompletní celodenní stravu. Skladba a výběr jídla byl celkem pestrý. Samozřejmě každý národ je zvyklý na svou stravu, ale nelze se zavděčit všem. Českým vojákům – tedy i sestrám nejvíce chyběly knedlíky, české omáčky, český chléb, tavený sýr. V době, kdy byla polní nemocnice v Kábulu na mezinárodním letišti (4/2007 – 12/2008), zajišťovala stravování na základně filipínská firma. Po návratu z mise spousta příslušníků nemohla přijít na jméno koření kari. Toto koření bylo hojně používáno a vyskytovalo se skoro v každém jídle. Jídla bylo dostatek, výběr teplých pokrmů, druhů mas, ovoce, zeleniny, mléčných výrobků, zákusky byl postačující. Tekutiny se konzumovaly pouze originálně balené. Na základnu byly dováženy palety balené vody, které byly umístěné po celé základně. Džusy byly také vyráběny z balené vody. Dále byla možnost pít sycené nápoje v plechových či plastových obalech.

Souhrnně lze říci, že strava byla vyhovující v daných podmínkách. Jídelna byla otevřena v dostatečném časovém rozmezí, aby každý měl možnost se najíst bez ohledu na pracovní dobu. Pokud byl v nemocnici větší počet raněných nebo nebyl čas si dojít na jídlo, byla možnost si odnést stravu v plastovém boxu. Dále byly na základně i restaurace. Pokud člověk nechtěl jít na oběd či večeři, mohl si zajít do pizzerie nebo thajské restaurace. V obchodech si bylo možné koupit sladkosti, zmrzlinu a další věci. Samozřejmě i drogistické zboží a oblečení.

## **Pohybové aktivity**

Na každé vojenské misi je voják omezen pohybem mimo základnu. Mimo se vyjíždí pouze z rozkazu, v automobilech a s ochranou. Po základně se chodí pěšky, některé jednotky jezdí automobily, někdo na kole. V areálu bylo sportovní zázemí pro vojáky i civilní zaměstnance. Byla zde aerobní i anaerobní zóna. Posilovna byla otevřena od 5 do 24 hodin. Každý si mohl jít zacvičit, jak mu to vyhovovalo. Samozřejmě byla možnost sportovat i venku. Pokud to bylo v zimních měsících, byla celkem zima a všude sníh nebo bahno. V létě zase bylo velké teplo a všudypřítomný prach a vítr. V teplých měsících bylo nejlepší běhání brzy ráno, když byly pokropené silnice, Kábul ještě spal a vzduch byl relativně svěží a čerstvý. Dále na základně bylo hřiště a my jsme si za nemocnicí postavili hřiště pro beach volejbal. I ve velkých vedrech to bylo příjemné odreagování od práce v nemocnici. Pro spoustu vojáků je cvičení na misi velmi důležité. Vyplní si tím volný čas, zlepší si fyzickou kondici, všeobecně má cvičení dobrý vliv na psychiku. Tím, že zde odpadají věci běžného života jako je nakupování, žehlení, uklízení, starost o rodinu a jiné, volný čas jedinec potřebuje nějak vyplnit a hlavně uvolnit energii jiným směrem.

## **Duševní zdraví**

Duševní pohoda je jedna z nejdůležitějších věcí. Vše je vzájemně propojené. Pokud jedna z věcí nefunguje, ovlivňuje ostatní složky života. Na misi byl nejdůležitější kontakt s rodinou. Člověk byl od ní odloučený a potřeboval udržovat komunikaci pomocí telefonu, emailu nebo také pomocí skypu. Na základnách bývají veřejná místa, kam každý obyvatel může přijít a zatelefonovat domů, napsat na počítači email či se podívat na internet. Dále na těchto místech je i wifi, takže pokud jsou počítače obsazené, není problém si přivést vlastní notebook nebo tablet a využít této dostupnosti internetu. Plní nemocnice je velké zařízení a potřebuje kvalitní logistický support. I díky tomuto faktu jsme měli vytvořené místo pro komunikaci s domovem. Naši spolupracovníci, zodpovědní za telekomunikaci, zřídili tři telefony a pět počítačů s internetovým připojením pouze pro potřeby plní

nemocnice. V této místnosti byla i televize. Pokud byla nálada, mohl člověk sledovat film s kolegy a nemuseli jsme se tísnit na ubytovacích prostorech, které nebyly zrovna velké. Zároveň to bylo dobré místo i pro meetingy a přednášky, které jsme si v rámci vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu připravovali pro sebe navzájem.

Dále je pro dobrou psychiku potřebný kvalitní spánek, odpočinek, dobré vztahy na pracovišti, kvalitní strava, pozitivní a klidné zprávy z domova a samozřejmě samotná bezpečnost na základně.

V nemocnici byl přítomen psychiatr, psycholog nebo kaplan. Každá rotace měla jiného zástupce, dle momentální dostupnosti. V prostorách základny byla kaple. Každou neděli ráno byla otevřena nebo kdykoli jindy na požádání.

Na základně byl i kulturní život. Některé národy (i Češi) měly postavené vlastní kluby. Ty byly otevřené od 19 do 22 hodin, dle nařízení velitelství základny. Většinou byly přístupné pro ostatní národy. Probíhalo v nich promítání filmů, byla zde zábavná zařízení (šipky, stolní fotbal, kulečnick, ping pong a jiné). Vybavení bylo dle možností každého národa. Prodávaly se zde nápoje. Povoleny byl i alkohol, ale v přesně daném množství (2 piva – 0,33dcl, 2dcl vína). Každý příslušník základny mohl být kdykoli zkontrolován mezinárodní policií (IMP – International Military Police) a podrobit se dechové zkoušce na alkohol. Postih byl jednoznačný. Repatriace zpět do vlasti a následné řešení hrubého porušení pracovní kázně a pravidel základny.

Dále se pořádaly mezinárodní turnaje ve volejbale, petangu, fotbale. Vše záviselo na ochotě jednotlivce či skupiny se o tyto aktivity postarat.

V prostorách základny bylo několik obchůdků, provozovaných místním obyvatelstvem, s nabídkou lokálního zboží. Jednou týdně se konal trh. Na základnu přišli místní obchodníci. Ceny na trhu byly nižší než v obchůdcích.

## **Odpočinek**

Harmonie mezi prací a odpočinkem je nezbytná. Jako i v běžném životě, na misi lze odpočinek rozdělit na aktivní a pasivní. Aktivně může člověk trávit volný čas sportem,



procházkou, s kolegy. Pasivní odpočinek na misi zahrnuje spánek, odpočinek, četba, sledování filmů, internet, komunikace s rodinou, společenské hry, studium. Člověk nemá moc volného času, ale ten, který má, musí vyplnit. Jinak čas ubíhá pomaleji a není nic horšího než začít počítat dny a těšit se na každé nové ráno.

I spánek je velice důležitý. Po příletu se člověk cítil celkem unavený. Časový posun je 2, 5 – 3,5 hod. v závislosti na letním či zimním čase v ČR. Dále se ocitnete v nadmořské výšce okolo 1800 m. n. m. Aklimatizace byla důležitá. Většinou se několik prvních dní spalo v tranzitních stanech a až se uvolnily ubytovací prostory, byla možnost se přestěhovat. V té chvíli se člověk poprvé dobře vyspal. V tranzitních stanech bylo okolo 20 lůžek a žádné místo. Všechny věci jsme měli v batozích. Ubytování bylo zajištěno v buňkách (transportních kontejnerech), které byly postavené vedle sebe. V jednom pokoji byli ubytováni 3 lidé. Každý měl svoji postel a šatní skříň. Další vybavení bylo malý stůl, jedna až dvě židle a to bylo vše, víc se tam nevešlo. Člověk se musel sžít se svými spolubydlícími. Domluvit se na teplotě v pokoji, návštěvách, klidu v pokoji a dalších věcech. Ne vždy je voják na misi ubytován s lidmi, které zná. Občas se stane, že sdílíte pokoj i s vojákem jiné národnosti. Ubytovací kapacity jsou omezené a nelze tedy nezaplnit všechna lůžka. Voják má nárok na lůžko, ne na pokoj. Soužití v ubytovacím prostoru je důležité pro psychickou pohodu, kvalitní spánek a odpočinek. Vše se jednoznačně odvíjí od povahy lidí. Zdravotní personál pracuje v denním režimu, ale i ve směnách, službách, drží pohotovost 24/7. Z toho vyplývá, že zdravotníci musí být odpočatí a vyspalí a být kdykoli připraveni na náročnou práci.

## **Osobní hygiena**

Sociální zařízení byla v komplexu ubytovacích buněk. Na úklid těchto prostor bylo najaté civilní obyvatelstvo v rámci finanční pomoci pro tuto zemi. Čistota v daných podmínkách byla dostačující. Nedostatek teplé vody byl spíše výjimkou. V každém tomto prostoru byla umístěna upozorňující cedule s informací o používání sprchy jednou osobou jednou denně, z důvodu omezených vodních zdrojů. Praxe byla často odlišná vzhledem k počasí, pracovnímu nasazení, sportovním aktivitám. Dalším místem pro vykonání osobní hygieny byly personální sociální prostory v naší nemocnici. Na čištění zubů bylo

doporučeno používat pouze balenou vodu, která se nacházela v prostorách sociálního zařízení nebo na chodbě ubytovacího komplexu.

## 9 DISKUZE

Mé výzkumné šetření se soustředilo na čtyři výzkumné cíle. První byl zmapovat životní styl vojenské sestry v mírových podmínkách, druhý zjistit oblasti změn životního stylu během zahraniční vojenské mise. Třetí měl objasnit důsledky změn během pobytu v misi. A poslední, čtvrtý se dotazoval na návrhy změn.

**První** část dotazníku zjišťuje sociodemografická data. Ve výzkumném vzorku bylo více žen než mužů. Mužů – sester sice stále přibývá, ale ženy jsou pořád ještě v množstevní převaze. V mém výzkumném vzorku bylo 68 % žen. Věkově byla nejvíce zastoupena mladší střední vrstva, 31 – 35 let. Další nejpočetnější skupinou byl věk 26 – 30 let. Účastníci mise, se kterou jsem provedla rozhovor, bylo v době mise 25 let a v AČR slouží od roku 2006. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné – sestra pro intenzivní péči. V současnosti studuje bakalářské studium na Karlově Univerzitě.

Délka odborné praxe je úměrná věku respondentů. Z nutnosti dalšího celoživotního vzdělávání je patrné, že velice malé procento respondentů (13 %) má vystudovanou pouze střední odbornou školu. Největšího procentuálního zastoupení, 46 %, dosáhlo vyšší odborné vzdělání. To je pozitivní výsledek. Zdravotnickí pracovníci jsou odborníci a mají vystudovaný obor, kterému se pak většinou věnují i v praxi. To znamená, že jsou dobře teoreticky připraveni a poté navazují praxí a fixováním naučených dovedností. Nejvíce je zastoupena kvalifikace zdravotnický záchranář a specializační studium ARIP. Celých 22 % respondentů se v současné době dále vzdělává při zaměstnání. Vysokoškolské studium navštěvuje 15 dotazovaných. Z toho 13 z nich studuje bakalářské, 2 magisterské studium. Zbýlých 6 respondentů studuje ARIP. Dnešní doba a hlavně systém vzdělávání a kladené požadavky na zdravotnický personál spíše nutí, než motivují, znovu studovat a ne se jen vzdělávat prostřednictvím kurzů, konferencí, seminářů a studiem odborných publikací. Délka služebního poměru v AČR již tak jednoznačná není. Nejvíce procent dosáhlo rozmezí 6 – 10 let. Bez mála polovina – 44 %. Znázorňuje, že zdravotnický pracovník pracuje po dokončení vzdělání nebo i delší dobu v civilních zdravotnických zařízeních, a když přijde bilance osobního nebo pracovního života, vyvstane i možnost vojenského zaměření. Každý dotazovaný měl svůj osobní důvod, proč se rozhodl pro armádu a každý vstoupil do vojenské zdravotnické služby v určité fázi svého života. Z otázky na sociální

zázemi je jednoznačné, že více jak dvě třetiny respondentů žijí v partnerském vztahu. Děti má polovina dotazovaných. Vzhledem k bezproblémové komunikaci s rodinou a přáteli doma, jak uvedli všichni, nebylo odloučení pro ně tak psychicky náročné. Účastnice mise (dále jen Katka, s jejím laskavým svolením) je svobodná, bezdětná, žije v partnerském vztahu.

V otázce dalších misí se 63 respondentů zúčastnilo jiné mise, pro 33 zdravotníků byla již popsána mise první v armádním životě. Souvisí to samozřejmě i s délkou služebního poměru. Pro Katku byla tato mise první. Když odjížděla na druhou rotaci, po ročním pobytu doma, již věděla, co jí bude čekat, které věci a vybavení si s sebou vzít nepotřebuje, neboť je tam nevyužila a co naopak jí poprvé chybělo.

**Druhá** část dotazníku je zaměřena na stravu, pitný režim a návykové látky a jejich případná změna během zahraniční mise. Mé šetření ukázalo velice pozitivní výsledek v oblasti kouření. 67 % nelékařského zdravotnického personálu obou polních nemocnic nekouří. Vzhledem ke zdravému životnímu stylu je tato bilance velice pozitivní. Celých 18 % dotazovaných kouří 10 – 20 cigaret denně. Zbýlý počet respondentů kouří méně než 10 cigaret denně. Na misi začalo 47 % respondentů kouřit více, někteří zůstali na svém počtu, jen málo – 19% jich kouřilo méně. Je to i z důvodu cenově dostupnějších cigaret v této zemi a trávení volného času je spojeno více s kouřením. Katka nekouří a nikdy v životě nekouřila. Jak jsem již uvedla v teoretické části mé práce, ze zprávy ÚZIS, která byla vydána v únoru 2011 vyplývá, že v ČR je 24,5 % denních kuřáků, 7,8 % příležitostných kuřáků, 16,5 % bývalých kuřáků a 51,2 % obyvatel, kteří nikdy nekouřili. WHO má ve svých strategických cílech zahrnutu i „*Evropskou strategii prevence a kontroly nepřenositelných nemocí v letech 2012 – 2016*“. Tato strategie se týká kouření, nadměrné konzumace alkoholu, globální strategie výživy, fyzické aktivity a zdraví.<sup>12</sup>

Možnost denní konzumace alkoholu neoznačil nikdo. Nejvíce odpovědí – 60 % se objevilo v kolonce konzumace jednou týdně. I tento údaj vyznívá velice pozitivně. Katka se zařadila do kategorie uživatelů alkoholu jednou týdně. V březnu tohoto roku se v Dánském Copenhagenu konala konference s názvem „*Alcohol in the European Union 2012*“. Profesor Rehm ve své prezentaci uvádí, že konzumace čistého alkoholu na jednu osobu starší 15-ti let je od roku 2000 stále vysoká a drží se ve stejném rozmezí

---

<sup>12</sup> *European strategy of WHO* [online] [cit. 2012 – 04 – 15 ] dostupné z [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/150614/RC61\\_Res\\_03.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/150614/RC61_Res_03.pdf)

zkonsumovaného množství bez tendence klesat či stoupat. Dále uvádí, že téměř 30 % celosvětové spotřeby alkoholu není zaznamenáno. V Evropě se tato nezaznamenaná spotřeba pohybuje pouze okolo 13 %. Z evropských zemí, kde není kvalitní dokumentace spotřeby alkoholu, jmenuje profesor Rehm např. Švédsko a ostatní severské státy. To je zapříčiněno nakupováním alkoholu za hranicemi těchto států. Dále to jsou nepřiznané vinné produkty ve vinařských zemích a ilegální výroba čistého alkoholu. Celková průměrná hodnota zkonsumovaného alkoholu na jednu osobu se pohybuje okolo 11 litrů za rok. V tomto množství je zastoupeno víno 4 litry, pivo 4,5 litry, dále více jak 2 litry lihovinami a poslední položka, která představuje necelý 0,5 litr je označena jako ostatní.<sup>13</sup>

Výsledky pitného režimu jsou vynikající. Je zde vidět uvědomování si důležitosti pitného režimu. Dle MUDr. Kožíška je pitný režim nutný pro správnou funkci ledvin i ostatních orgánů a potažmo celého organismu. Příznaky nedostatečného příjmu tekutin jsou bolesti hlavy, únava, malátnost, pokles fyzické a duševní výkonnosti. V dlouhodobém pohledu nedostatek tekutin v lidském těle napomáhá ke vzniku močových infekcí, ledvinových a močových kamenů, zácpě atd. V reklamních letáčích se lze dozvědět, že by jedinec měl vypít minimálně 2 – 3 litry tekutin za den. Některé zdroje udávají dokonce 3 – 4 litry. Toto množství možná platí v horkých dnech. Ale obecně platí, že potřeba tekutin je přísně individuální, která je závislá na různých faktorech, jakými jsou věk, tělesná hmotnost, složení a množství stravy, tělesná aktivita, teplota a vlhkost okolního prostředí, celkový zdravotní stav jedince atd. Nejdůležitější je si uvědomit, že žízeň není známkou potřeby vody, ale již projevem lehké dehydratace. Skoro polovina dotazovaných – 45 % vypije denně až 2000 ml tekutin. Na misi se příjem tekutin snížil jen 4 % respondentů. Polovině zůstal stejný nebo se zvýšil. Zvýšení bylo ve 45 %. Je to samozřejmě ovlivněno klimatickými podmínkami. V letních měsících je v Afghánistánu během dne okolo 45°C, na slunci až 60°C. Převážná většina respondentů se této mise zúčastnila dvakrát vzhledem k personální náročnosti na jednotlivé rotace. Někteří absolvovali obě rotace v letních měsících, proto není zvýšený pitný režim překvapující. Katka přiznává, že dříve přijímala tekutiny až při pocitu žízně. Poté se naučila pít během celého dne a cítí se všeobecně lépe. Její denní pitný režim se pohybuje okolo 2 – 2,5 litrů.

---

<sup>13</sup> *Alcohol in the European Union 2012* [online] [cit. 2012 – 04 – 16] dostupné z <http://www.alcoholconference.dk/documentation.html>

V otázce zdravého stravování si byly kladné a záporné odpovědi procentuálně blízké. 42 % dotazovaných se nestravuje zdravě, ale pozitivní na tomto faktu je, že si uvědomují co je toho příčinou. Případná změna stravovacích návyků bude pro tyto respondenty snadnější. Již nebudou muset hledat, kde jsou chyby v jejich stravování, již si je uvědomují. Katka se snaží stravovat zdravě. Má ráda ovoce, zeleninu, mléčné výrobky a celozrnné pečivo. Sděluje mi také, že ráda jí sladkosti. Jako negativní vliv na dodržování zdravého stravování udává fakt, že pracuje ve směnném provozu.

V poslední otázce druhé části se dotazovaní vyjadřovali k absenci potravin na misi vzhledem k domácímu prostředí. Většina byla spokojena, nic jim nechybělo. Servis byl dobrý a člověk si byl vědom, že to byla přechodná věc a za pár měsíců zase bude doma a bude moci jíst stejně jako dříve. Zbytku respondentů chyběly typické české potraviny a jídla. Nejčastější odpověď byla český chléb, omáčky a knedlíky, tavené sýry. Z tekutin samozřejmě české pivo. Katce chyběl tavený sýr.

**Třetí** okruh otázek je směřován ke sportovním aktivitám, odpočinku, spánku a tělesným ukazatelům, včetně jejich změny na misi. Více jak  $\frac{3}{4}$  dotazovaných sportuje v běžném životě. Sport je výborný aktivní odpočinek a navíc sestra, jako voják z povolání, musí každoročně vykonat přezkoušení z fyzické zdatnosti, které se skládá z 12-ti minutového běhu a silových zkoušek. Fyzická zdatnost je jednou z podmínek, kterou musí voják z povolání, tedy i vojenská sestra splňovat. Tento fakt, je dalším důvodem k pěstování sportovních aktivit mých respondentů. Nejčastějšími sporty, kterým se věnují jsou: běhání, jízda na kole, plavání, spinning, squash, zumba, aerobic. Nejvíce je zastoupen běh a jízda na kole. Více jak 50 % respondentů sportovalo na misi více. Pouze 7 % snížilo sportovní aktivitu. Je to dáno hlavně změnou trávení volného času mimo domov. Druhy sportů se změnil v závislosti na dostupnosti. Na misi zůstalo běhání a spinning. Další aktivitou byl orbitrec. Katka ráda běhá, plave a jezdí na kole.

Respondenti tráví svůj volný čas sledováním televize, filmů, četbou, sportem, procházkami, s kamarády, s rodinou, studiem, hraním počítačových her, internetem a dalšími aktivitami (výcvik psů, malování, hudba, tanec a jiné). Na misi některé aktivity nebyly možné, tak se dotazovaní více soustředili na sport, četbu, sledování filmů, ve výčtu se objevil i spánek, hraní počítačových her a surfování na internetu. Komunikace s rodinou a přáteli byla přes email, telefon. Katky volný čas je hodně vyplněn studiem, ale snaží se

najít si čas i na sport, který má velmi ráda a dále na kamarády a rodinu. Během mise hodně sportovala, četla, seznámila se s lidmi z různých zemí.

Celých 45 % respondentů se pohybuje v normálním rozmezí hodnot BMI, třetina trpí nadváhou, 12 je obézních. Lze zde polemizovat o hodnotách BMI vzhledem k mužské muskulatuře. Ale více respondentů je z řad žen, proto si myslím, že výsledné hodnoty jsou validní. Pouze 7 % respondentů přibralo během mise na váze. Další možnosti odpovědí jsou téměř identické. 47 % si udrželo váhu, 46 % zhublo. Důvodem byla pravidelná strava i větší sportovní aktivita. Katka během první rotace přibrala 2 kila, která následně po návratu do 3 měsíců zase ztratila. Při druhém pobytu na misi více sportovala a zhubla 1 kilo. Její momentální hodnota BMI je 21. Jedním z témat na 5. fakulní konferenci studentské tvůrčí činnosti, pořádané 21. září 2010 Fakulní radou studentské tvůrčí činnosti FVZ UO bylo „*Výskyt rizikových faktorů rozvoje metabolického syndromu u příslušníků AČR.*“ Jedním z hodnocených kritérií byl i BMI. Z výsledků vyplývá, že přestože vojáci z povolání jsou výběrovou skupinou, u které je předpoklad nízkého výskytu metabolických onemocnění, v porovnání s civilní populací není incidence výskytu o mnoho menší, ale je stále menší v absolutní hodnotě. Ve výzkumu nebyly brány na zřetel parametry, kterými byly věk a pohlaví<sup>14</sup>.

Průměrná denní doba spánku u 81 % dotazovaných je 7 – 8 hodin. Je zřejmé, že respondenti nutnost spánku nepodceňují. Během mise se polovině změnila doba spánku a polovina spala stejně dlouho. Změna byla pozitivní ve smyslu prodloužení doby spánku. Díky velkému pracovnímu nasazení hodně příslušníků nemocnice využívalo volný čas ke spánku. Celých 82 % respondentů dosahovalo stejné kvality spánku jako doma. Horší kvalita byla důsledkem klimatizace, soužití se spolubydlíci a cizího prostředí. Ne vždy se podaří domluvit se na stejné teplotě v místnosti během spánku, rozdílný směnný provoz spolubydlících taktéž narušuje spánkový režim. Katka není spavý typ. K regeneraci jejího těla a načerpání nových sil jí stačí 7 hodin spánku, někdy i méně. Na misi měla dobu i kvalitu spánku stejnou jako v domácím prostředí.

**Čtvrtá**, poslední část dotazníku je věnována otázkám zaměřených přímo na život na misi. Pocit soukromí pro dané podmínky mělo 78 % respondentů. I toto je velmi dobrý výsledek vzhledem k daným podmínkám, kterými byla společná sociální zařízení pro celý

---

<sup>14</sup>Výzkum studentů FVZ [online] [cit. 2012 – 04 – 16] dostupné z <[http://www.vojenskaskola.cz/skola/uo/fvz/vyzkum\\_vyvoj/Documents/Sk\\_program.pdf](http://www.vojenskaskola.cz/skola/uo/fvz/vyzkum_vyvoj/Documents/Sk_program.pdf)>

ubytovací blok a ubytování po třech osobách na pokoji. 16 % dotazovaných nebylo spokojeno se servisem, poskytovaném na misi. 9 % nebylo spokojeno s prádelnou. Prádlo bylo zaprané a občas ještě vlhké. 7 % dotazovaných vadilo příliš mnoho kari koření ve velkém množství jídla. Ale i přesto 16 % negativních odpovědí je dobrý výsledek. 84 % dotazovaných bylo spokojeno. Katka měla pro své potřeby dostatek soukromí v daných podmínkách. S jídlem a ostatním servisem byla taktéž spokojená.

Jak již bylo zmíněno v otázce komunikace s domovem byla odpověď ve 100 % kladná, ve smyslu spokojenosti. Nebyl překvapením fakt, že 98 % respondentů nechyběly domácí práce. Pouze 2 % pocítovala tuto absenci. Domácí práce Katce v žádném případě nechyběly.

Zdravotníci nepocítili velký rozdíl ve spolupráci s kolegy na misi vzhledem ke stážové nemocnici v České republice. Je pravda, že spolu v civilním životě nepracují, ale převážná většina se již zná z minulých misí a po krátké době se profesionál sžije s novým týmem a společně vytvoří fungující celek. K tomu faktu napomáhaly i nácviky hromadného příjmu raněných. Jak v rámci nemocnice nebo ve spolupráci s ostatními složkami integrovaného záchranného systému letiště. Dokonce 22 % se pracovalo lépe, a to díky změně tváří, pracoviště, země, životního stylu. Pouze 3 % cítila horší spolupráci. Většina takto odpovídajících respondentů byla na misi poprvé. 24 hodinová pohotovost pro signál MASCAL – hromadný příjem raněných, nebyla pro většinu stresující. Člověk měl neustále u sebe komunikační prostředky, takže mohl být klidný. Často se tato situace naštěstí nestávala. Samozřejmostí byly i plané nebo cvičné poplachy pro udržování bdělosti. Svolávací doba v prostorách urgentního příjmu v nemocnici po vyhlášení signálu, byla okolo 15-ti minut. Dostatečně dlouhá doba na dojití z posilovny, oblečení se ve sprše, vzbuzení se a dojití do nemocnice. Pokud se ovšem nejednalo o akutní, předem nenahlášenou událost. V tu chvíli šlo vše stranou, jednalo se o minuty. Jídlo zůstalo na stole, nejnnutnější oblečení, vše muselo počkat. Pro 5 % respondentů byla tato povinnost stresující. Převážně se opět jednalo o jedince, pro něž byla tato mise první. Katka nebyla stresovaná 24 hod. pohotovostí pro signál MASCAL, spolupráce s kolegy, dle jejich slov, byla výborná.

Mezi nejdůležitější změny oproti mírovým podmínkám patřily nemožnost opustit svévolně prostory základny, absence rodiny a přátel, domácích prací. Nemožnost opustit základnu chápali dotazovaní jako omezení volného pohybu oproti domácímu prostředí. V rámci



vlastní bezpečnosti základnu opustit nechtěli, ale pociťovali to jako změnu. Pozitivní změna byla v oblasti domácích prací. Tuto odpověď napsalo 39 respondentů. Někteří dotazovaní napsali více než jednu odpověď. Katka také viděla velkou změnu v nemožnosti samovolného opuštění prostoru základny. Ale v rámci osobní bezpečnosti jí tato skutečnost nepřišla stresující.

Poslední otázka v dotazníku je jednoznačná. Dává respondentům možnost projevit přání k jakékoliv změně. Ne všichni tuto možnost využili. Vojáci by rádi větší sportovní zázemí. Zázemí bylo dobré, ale v odpoledních hodinách byly stroje obsazené a muselo se čekat. Někteří by ocenili rychlejší poštovní služby. Pošta na základně byla, ale délka doručování byla více jak 14 dnů. Z tohoto faktu je jasné, že některé věci, např. potraviny nemohli příbuzní poslat. Katka byla spokojená, nic by neměnila.

Závěrem lze říci, že výsledky mého výzkumného šetření dopadly celkově velmi dobře. Shrňme-li je, pak většina osob z mého výzkumného souboru sportuje, netrpí obezitou, polovina se zdravě stravuje. Nikdo nadměrně neužívá návykové látky. Během mise se nevyskytly závažné problémy či situace. Spokojenost s ubytováním, stravou, servisem, komunikací s domovem, sportovním vyžitím atd. byla vysoká. Z těchto důvodů se domnívám, že není nutné navrhnout nějaká opatření či návrhy na zlepšení.

Vzhledem k úzké specifikaci výzkumného souboru a jedné konkrétní misi nebylo možné porovnat mé výsledky s jinými výzkumy či statistikami. V naší literatuře jsem sice našla práce, které se týkaly problematiky vojenských sester, ale ty byly zaměřené na práci sestry, ne na její životní styl. Výzkumy, které se zabývaly životním stylem všeobecné sestry je poměrně mnoho, ale ty nelze srovnávat s životním stylem vojenské sestry. Některé podobnosti nalézt lze, ale v celkovém pohledu nežijí civilní a vojenské sestry stejně. V zahraniční literatuře je téma vojenská sestra zpracované ve větší míře. Jsou to, ale práce popisující sestry v US Army. Život americké vojenské sestry je odlišný, takže ani toto srovnání nebylo možné. Ve Spojených státech amerických je armáda velice ceněna. Vynaložené finanční prostředky jsou obrovské. Vojenská sestra pracuje pouze ve vojenských nemocnicích, je členem vojenské jednotky. Velký důraz je kladen na vojenské povinnosti, fyzickou zdatnost. Vzdělání a neustálá praxe v oboru je samozřejmostí. Česká vojenská sestra má také své vojenské povinnosti, ale je jich v konečném součtu méně než doba vyplněná zdravotnickou praxí. Na odbornost se klade velký důraz. Další velký rozdíl je ve vzdělání. Americká zdravotní sestra musí mít při vstupu do armády vysokoškolské

vzdělání nebo ho v přesně vyhrazené době začít studovat. Dále musí splňovat věkovou kategorii 21 – 42 let, vlastnit registraci v oboru, být fyzicky zdatná, psychicky odolná. České sestry všechny tyto podmínky splňovat nemusí. Není požadován vysokoškolský titul a věkový limit. V současnosti mnoho sester studuje vysokou školu při zaměstnání. Dříve či později se jistě dostane České vojenské zdravotnictví na úroveň našich amerických kolegů, kteří tato kritéria mají ve své armádě již 20 let. Dále řadová vojenská sestra v US Army, díky vysokoškolskému vzdělání, je zařazena v důstojnickém sboru a nejnižší hodnost, kterou má je poručík. Staniční, vrchní a hlavní sestry jsou zařazeny ve vyšším důstojnickém sboru s hodnostmi major až podplukovník. VAČR je řadová sestra v praporčickém sboru, staniční, vrchní a hlavní sestra s vysokoškolským titulem, je důstojník s hodností od podporučíka, až po kapitána (Býma a kol., 2003)<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup>*Nurse in US Army* [online] [cit. 2012 – 04 – 17] dostupné z [http://www.ehow.com/facts\\_5623598\\_military-nurse-job-description.html](http://www.ehow.com/facts_5623598_military-nurse-job-description.html); [online] [cit. 2012 – 04 – 17] dostupné z <http://www.goarmy.com/amedd/nurse.html>

# ZÁVĚR

Tato práce se věnuje životnímu stylu vojenské sestry v mírových a vojenských podmínkách.

Práce se zabývá popisem zdraví, životního stylu, zdravého životního stylu, nastiňuje jaký je životní styl v profesi všeobecná sestra. Dále popisuje vojenské zdravotnictví, polní nemocnici, stručně se dotýká žen v české armádě. Hlavní kapitolou je sestra v armádě. Poslední kapitola v teoretické části je věnována Afghánistánu a životu v této zemi.

Empirická část se skládá z kvantitativního výzkumu a kvalitativního rozhovoru. Dále z cílů, které byly stanoveny. Kvantitativní výzkum byl proveden pomocí anonymního dotazníku, který je přiložen k práci. Zpracování bylo formou absolutní a relativní četnosti odpovědí. Ty byly dány do tabulek a grafů, každá otázka má i slovní vyjádření k tomu, co bylo zjištěno. Výzkumný vzorek tvořili vojenští zdravotníci 6. a 7. Polní nemocnice Armády České republiky. Celkový počet dotazníků byl 105. Vrátilo se mi 102 dotazníků. Data byla zpracována z 96 validně vyplněných dotazníků. Vysoké procento návratnosti a validity bylo dosaženo díky osobnímu rozdáni dotazníků téměř 80 % dotazovaných. Zbylé dotazníky byly poslány elektronickou formou.

Cíle byly splněny. Dozvěděla jsem se, jak sestry žijí v mírových podmínkách. Jak tráví svůj volný čas, jaký je jejich spánek a odpočinek, jestli se stravují zdravě atd. Dalším cílem bylo zjistit oblasti, ve kterých se životní styl sester změnil, a jaký byl, poté co odjely na zahraniční vojenskou misi. Jaké byly důsledky těchto změn, co jim na misi chybělo, co by rády změnily. Kvalitativní rozhovor byl proveden s účastnicí již popsané vojenské mise.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že se vojenské sestry umí přizpůsobit dočasně jiným životním podmínkám, a to bez větších problémů. Nebyly nalezeny závažné problémy či stresové situace, které by jakkoliv negativně ovlivnily práci sestry nebo její život na misi. Drobné nespokojenosti, které se vyskytly, nebyly zásadní v celkovém pohledu na život na misi. Jak jsem již uvedla v úvodu, jsem si plně vědoma časového odstupu, se kterým byl výzkum prováděn po absolvování mise. Respondenti odpovídali bez bezprostředních emocí, s časovým odstupem. Lze jen odhadovat, zda by výsledky výzkumu byly stejné či

byly ovlivněny čerstvými zážitky v paměti. Dle mého názoru a osobní zkušenosti si myslím, že v tom velký rozdíl není. Čas tyto pocity nijak zvláště neovlivní.

Co se týče výsledků mého výzkumu, tak mohu říci, že mne nepřekvapily. Převážná většina účastníků mise, včetně mne, měla pozitivní zkušenosti a zážitky ze zahraniční vojenské mise v Afghánistánu v období 4/2007 – 12/2008.

Smyslem této práce bylo popsat a podrobněji poukázat na životní styl vojenské sestry a její život na vojenské misi. Snad má práce přispěje k všeobecně větší informovanosti o tom, kdo je a co dělá vojenská sestra. Doufám, že poskytne užitečné informace zdravotní sestře, která bych chtěla vstoupit do armády. Bude si moci lépe představit, co práce vojenské sestry obnáší, jaké jsou její povinnosti a jaká pozitiva či negativa ji budou čekat.

# ANOTACE

<b>Autor:</b>	Lenka Panchartková
<b>Instituce:</b>	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové, Oddělení ošetrovatelství
<b>Název práce</b>	Životní styl vojenských sester v mírových a vojenských podmínkách
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Eva Vachková
<b>Počet stran:</b>	132
<b>Počet příloh:</b>	4
<b>Rok obhajoby:</b>	2012
<b>Klíčová slova:</b>	zdraví a životní styl, armáda, vojenská sestra, polní nemocnice, zahraniční mise, Afghánistán

## **Souhrn:**

Bakalářská práce pojednává o životním stylu vojenských sester v mírových a vojenských podmínkách.

Teoretická část informuje o zdraví, životním stylu. Práce je věnována vojenským sestřím, jejich životnímu stylu. Popsána je vojenská zdravotnická služba, Polní nemocnice AČR. Na konci teoretické části je popsán Afghánistán a život v něm.

Hlavní náplní práce je kvantitativní průzkumné šetření pomocí anonymního dotazníku a kvalitativní rozhovor s vojenskou sestrou. Dotazovala jsem se na životní styl vojenských sester v rodné zemi a na jeho změnu na zahraniční vojenské misi.

Výzkumný vzorek tvořili vojáci z povolání, konkrétně vojenské zdravotní sestry, příslušnice 6. a 7. Polní nemocnice Armády České republiky.

# ANNOTATION

<b>Author:</b>	Lenka Panchartková
<b>Institution:</b>	Social Medicine Institute, Charles University, Faculty of Medicine in Hradec Králové
<b>Title of the thesis:</b>	Lifestyle of military nurses in peacetime and in military conditions
<b>Thesis konsultant:</b>	Mgr. Eva Vachková
<b>Number of pages:</b>	132
<b>Number of appendices:</b>	4
<b>Year of defense:</b>	2012
<b>Key words:</b>	health and lifestyle, army, military nurse, field hospital, foreign mission, Afghanistan

## Summary:

The bachelor thesis deals with the lifestyle of military nurses in peacetime and military conditions.

The theoretical part informs about health and lifestyle. The thesis is devoted to military nurses and their lifestyle. The military medical service and Field Hospital of the Czech republic Army are described and at the end of the theoretical part there is a sort description of Afghanistan and life in it included.

The main content of the thesis is a quantitative survey using an anonymous questionnaire and qualitative interview with a military nurse. I was interested in the lifestyle of military nurses and their homeland and its change when on a foreign military mission.

The research sample consisted of professional soldiers, particularly military nurses, members of the 6th and 7th Field Hospital of the Czech Army.

# KLÍČOVÁ SLOVA

AFGHÁNISTÁN

ARMÁDA

POLNÍ NEMOCNICE

VOJENSKÁ SESTRA

ZAHRANIČNÍ MISE

ZDRAVÍ

ŽIVOTNÍ STYL

## SEZNAM LITERATURY

BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80 – 7013 – 439 – 9.

BAŠTECKÁ, B. A KOL. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 300 s. ISBN 80 – 247 – 0708 – X.

BOND, E. F. *Women's physical and mental health sequelae of wartime service*. Nurs Clin North Am. Mar; 39(1): 53-68. 2004

BRÁZDOVÁ, Z. *Výživa člověka*. Brno: Masarykova Univerzita, 1995. 110 s.

BÝMA, S. A KOL. Rekrutace, vzdělávání a kariéra vojenských sester v US Army. In. *Vojenské zdravotnické listy*. Hradec Králové: roč. 72, 2003, č. 3, s. 90 – 93. ISSN 0372 – 7025.

CELBA, P. A KOL. *Taktika: Vybrané přednášky*. 1. vyd. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně, 2002, 132 s., ISBN nevedeno.

DOHNAL, F., KRÁL, K. *Vybrané kapitoly z vojenské historie pro příslušníky zdravotnické služby. 1. díl*. 1. vyd. Brno: Univerzita obrany, 2008, 78 s., ISBN nevedeno.

DRAHOKOUPILOVÁ, E., FOREJT, J. MC – 362/2 – Zásady a koncepce zdravotnického zabezpečení operací NATO. In *Vojenské zdravotnické listy*. Roč. 74, 2005, č. 3 – 4, s. 85 – 96. ISSN 0372 – 7025.

FAKRAŠOVÁ, D. ET AL. *Ošetrovatelství – teória*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002, 207 s. ISBN 80 – 8063 – 086 – 0.

FÍŠEROVÁ, P. *Životní styl všeobecných sester*. Olomouc, 2011. 101 s. Bakalářská práce obhájena na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

FOREJT, J. *Vojenské zdravotnické listy 3 – 4*, Roč. LXXIV 2005, Fakulta vojenského zdravotnictví, Hradec Králové: 2005. ISSN 0372 – 7025.

GUČKOVÁ, M. Fyzická zátěž sester. In *Sestra*. Roč. 17, 2007, č. 6, s. 21. ISSN 1210 – 0404.



- HAJNÁ, D. *Drogy. Rodina a škola*, 2004, č. 9, s. 10.
- HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál 2001. ISBN 80 – 7178 – 803 – 1.
- HAVLÍNOVÁ, M. PŘIBISLAVSKÁ, P. A KOL. *Pedagogika IV*. Ostrava: Ostravská univerzita, 1996. Kapitola 5, *Výchova ke zdravému způsobu života*, 44 – 53 s. ISBN 80 – 7042 – 110 – X.
- HLÁSENSKÝ, V. *Vojenské zdravotnictví získává novou tvář. Jenže jakou vlastně?* In *Zdravotnické listy*. Roč. 51, 2002, č. 12, s. 12 – 13. ISSN 0044 – 1996.
- HŘEBÍČEK, M. *Ženy v Armádě České republiky*. Brno: Ústav strategických studií Univerzity obrany. 2006.
- HUMLÍČEK A KOL. *Organizace a řízení vojenského zdravotnictví v poli: obecná část: učební pomůcka*. 1. vyd. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně, 2002, 40 s. ISBN neuvedeno.
- IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, 248 s. ISBN 80 – 247 – 1212 – 1.
- JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 288 s. ISBN 80 – 7178 – 535 – 0.
- JANDOVÁ, J., PAVLÍKOVÁ, E. *Ženy Armády České republiky*. In *Závěrečná zpráva z reprezentativního výzkumu*. Personální odbor Personální sekce MO ČR, Praha, 2002.
- JENKINS, R., ELLIOT P. *Stressors burnout and social support: nurses in acute mental health settings*. J. Adv. Nurs. Dec;48(6):622-31, 2004
- JOSHI, V. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. 156 s. ISBN 978 – 80 – 7367 – 211 – 9.
- KALWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 2007. 139 s. ISBN 978 – 80 – 7367 – 299 – 7.
- KLEIN, L., FERKO, A. A KOL. *Principy válečné chirurgie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 140 s. ISBN 80 – 247 – 0735 – 7.

KOTULÁN, J. *Zdraví a životní prostředí*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1991. 280 s. ISBN 80 – 201 – 0158 – 6.

KOTULÁN, J. A KOL. *Zdravotní nauky pro pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita, 2002. 258 s. ISBN 80 – 210 – 2179 – 9.

KRÁLÍKOVÁ, E. *Nikotin je návykovější než heroin*. Svět pojištěnce, 2008, s. 18.

KRÁLÍKOVÁ, E. Rozdělení a účinky návykových látek: Tabák a závislost na tabáku. In KALINA, K. ET AL. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 205-208. - ISBN 80 – 86734 – 05 – 6.

KRATOŠKOVÁ, T. *Role vojenských sester při poskytování ošetrovatelské péče u vojáků a civilistů v zahraničních misích*. České Budějovice, 2008, 72 s. Bakalářská práce obhájena na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

KOŽÍŠEK, F. *Pitný režim*. Praha, 2005, Státní zdravotní ústav.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, 280 s. ISBN 80 – 7178 – 551 – 2.

KUBÍČKOVÁ, M. *Vůle ke zdravému životu*. Praha, Onyx, 1996, 174 s. ISBN 80 – 85 – 228 – 37 – 8.

KUČERA, V. *Zásady organizace poskytování léčebně preventivní péče u vojenských útvarů v míru*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně, 1984, s. 85 – 100. Atestační práce.

KUKAČKA, V. *Zdravý životní styl*. 1. vyd., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zemědělská fakulta, 2008, 176 s. ISBN 978 – 80 – 7394 – 105 – 5.

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., ET AL. *Výchova ke zdraví*. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 296 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2715 – 8.

MARÁDOVÁ, E. *Výživa a příprava pokrmů*. Praha: Fortuna, 1992. 128 s. ISBN 176 – 221 – 92.

MAREK, J. *Afghánistán*. 1. vyd. Praha: Libri, 2003. 123 s. ISBN 80 – 7277 – 128 – 0.

MATOUŠEK, R. BATLS/BARTS v české armádě po pěti letech. In *Listy univerzity obrany*. Roč. 1, 2005, č. 11, s. 11 ISSN neuvedeno.

MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984, 208 s. ISBN 14 – 400 – 84.

MYKISKA, M. *Afghánistán, prach a růže: putování Afghánistánem za Tálíbanu a po jeho pádu*. 1. vyd. Praha: MTM, 2001. 144 s. ISBN 80 – 903044 – 3 – 5.

MZ ČR. *Národní program zdraví – Projekty podpory zdraví pro rok – 2004*, projekt č. 9166.

MZ ČR. *Zdraví 21 – Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie*, Praha: 2004. ISBN 80 – 85047 – 33 – 0.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2000, 150 s. ISBN 80 – 7178 – 432 – X.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. Páté revidované vydání, Praha: 2003.

NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. Praha: JUDr. František Talián – Fortuna, 1999. 53 s. ISBN 80 – 7071 – 123 – X.

POPOV, P. Rozdělení a účinky návykových látek: Alkohol. In KALINA, K. ET AL. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 151-157. ISBN 80 – 86734 – 05 – 6.

PRAŠKO, J., ESPA – ČERVENÁ, K., ZÁVĚŠICKÁ, L. *Nespavost: Zvládání nespavosti*. 1.vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2004. 102 s. ISBN 80 – 7178 – 919 – 4.

PRAŽOVÁ, A. Kábul 2007 až 2008: Intenzivní péče v polní nemocnici. In *Sestra*. Praha: roč. 20, 2010, č. 3, s. 19 – 20. ISSN 1210 – 0404.

RYŠLINKOVÁ, M. *Česká sestra v arabském světě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. 128 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2856 – 8.

TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 186 s. ISBN 80 – 7013 – 324 – 4.

VENGLÁŘOVÁ, M. AT AL. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. 192 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3174 – 2.

VOGELSANG, W. *Dějiny Afghánistánu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 368 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3077 – 6.

WASSERBAUER, S. A KOL. *Výchova ke zdraví*. Praha: Státní zdravotní ústav Praha, 1999, 47 s. ISBN 80 – 7071 – 129 – 9.

ZÁVĚREČNÉ ZPRÁVY O činnosti Polní nemocnice v Kábulu, Afghánistánu, 2007 – 2008.

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

*Afghánistán* [online] [cit. 2011 – 12 – 12] dostupné z <[cs.wikipedia.org/wiki/Afghánistán](http://cs.wikipedia.org/wiki/Afghánistán)>

*Alcohol in the European Union 2012* [online] [cit. 2012 – 04 – 16] dostupné z <http://www.alcoholconference.dk/documentation.html>

*Duševní zdraví* [online] [cit. 2012 – 03 – 08] dostupné z [http://sz.ordinace.cz/lekce\\_uvod.php?lekce=18](http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=18)

*European strategy of WHO* [online] [cit. 2012 – 04 – 15 ] dostupné z [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/150614/RC61\\_Res\\_03.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/150614/RC61_Res_03.pdf)

*Evropská strategie prevence a kontroly nepřenositelných nemocí v letech 2012 – 2016*. [online] [cit. 2012 – 04 – 17] dostupné z <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/150614/RC61\\_Res\\_03.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/150614/RC61_Res_03.pdf)>

*Léčba závislosti na nikotinu* [online] [cit. 2012 – 03 – 07] dostupné z  
<[http://sz.ordinace.cz/lekce\\_uvod.php?lekce=6](http://sz.ordinace.cz/lekce_uvod.php?lekce=6)>

*Mapa Afghánistánu* [online] [cit. 2012 – 04 – 08] dostupné z  
<[http://www.lonelyplanet.com/maps/asia/afghanistan/map\\_of\\_afghanistan.jpg](http://www.lonelyplanet.com/maps/asia/afghanistan/map_of_afghanistan.jpg)>

*Návykové látky, alkohol* [online] [cit. 2012 – 03 – 05] dostupné z  
<[http://pohodaveskole.net/referaty-obcanska\\_vychova/marihuana-alkohol/](http://pohodaveskole.net/referaty-obcanska_vychova/marihuana-alkohol/)>

*Návykové látky, drogy* [online] [cit. 2012 – 03 – 06 ] dostupné z <http://marihuana.web-zdarma.cz/userFiles/prirucka-pro-prvni-stupen.pdf>

*Návykové látky, kouření* [online] [cit. 2012 – 04 – 06] dostupné z <[www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)>,  
[online] [cit. 2012 – 03 – 06] dostupné z <<http://medicinman.cz/?p=nemoci-sympt/nikotinismus>>

*Nurse in US Army* [online] [cit. 2012 – 04 – 17] dostupné z  
<[http://www.ehow.com/facts\\_5623598\\_military-nurse-job-description.html](http://www.ehow.com/facts_5623598_military-nurse-job-description.html)>;  
[online] [cit. 2012 – 04 – 17] dostupné z <<http://www.goarmy.com/amedd/nurse.html>>

*Pyramida zdravé výživy* [online] [cit. 2012 – 03 – 03] dostupné z  
<[www.odbornehubnuti.cz/pyramida-zdrave-vyzivy/](http://www.odbornehubnuti.cz/pyramida-zdrave-vyzivy/)>

*Výzkum studentů FVZ* [online] [cit. 2012 – 04 – 16] dostupné z  
<[http://www.vojenskaskola.cz/skola/uo/fvz/vyzkum\\_vyvoj/Documents/Sk\\_program.pdf](http://www.vojenskaskola.cz/skola/uo/fvz/vyzkum_vyvoj/Documents/Sk_program.pdf)>

*WHO*. [online] [cit. 2012 – 04 – 06] dostupné z <http://www.who.int/en/>;<  
[online] [cit. 2012 – 03 – 03] dostupné z <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>; [online]  
[cit. 2012 – 04 – 04] dostupné z [www.who.cz](http://www.who.cz)

*Ženy v AČR* [online] [cit. 2012 – 04 – 02] dostupné z  
<http://www.defenceandstrategy.eu/cs/archiv/rocnik-2006/1-2006/zeny-v-armade-ceske-republiky.html>

## SEZNAM ZKRATEK

24/7	24 hodin, 7 dní v týdnu
ARIP	Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
atd.	a tak dále
AČR	Armáda České republiky
ATLS	Advanced Trauma Life Support
BARTS	Battlefield Advanced Resuscitation Techniques and Skills
BATLS	Battlefield Advanced Trauma Life Support
Bc.	Bakalář
dcl	decilitr
EU	European Union
FVZ	Fakulta vojenského zdravotnictví
HDP	Hrubý domácí produkt
HIV	Human Immunodeficiency Virus
hod.	hodin
ISAF	International Security Assistance Force
KAIA	Kabul International Airport
LF	Lékařská fakulta
LSD	Diethylamid kyseliny lysergové, halucinogenní droga
MASCAL	Mass Casualty Plan
Mgr.	Magistr
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky

např.	na příklad
NATO	North Atlantic Treaty Organisation
OSN	Organizace spojených národů
pH	potential of hydrogen
PN	Polní nemocnice
SSSR	Svaz sovětských socialistických republik
THC	Tetrahydrocannabinol, psychoaktivní látka nacházející se v květenství konopí setého
tzv.	tak zvané
UK	Univerzita Karlova
UO	Univerzita obrany
USA	Unites States of America
USD	United States Dollar
VLA JEP	Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně
WHO	World Health Organization

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Pohlaví .....	54
Tabulka 2 - Věk.....	55
Tabulka 3 - Délka praxe .....	56
Tabulka 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....	57
Tabulka 5 - Vyšší odborné vzdělání, specializace .....	58
Tabulka 6 - Nynější studium.....	58
Tabulka 7 - Délka služebního poměru u AČR.....	59
Tabulka 8 - Sociální zázemí.....	60
Tabulka 9 - Děti .....	61
Tabulka 10 - Ostatní mise.....	62
Tabulka 11 - Kouření .....	63
Tabulka 12 - Změna kouření na misi.....	64
Tabulka 13 - Požívání alkoholu .....	65
Tabulka 14 - Denní pitný režim .....	66
Tabulka 15 - Změna pitného režimu na misi .....	67
Tabulka 16 - Zdravé stravování .....	68
Tabulka 17 - Chybění tekutin nebo potravin na misi .....	69
Tabulka 18 - Sport v civilním životě.....	70
Tabulka 19 - Provozované sporty .....	71
Tabulka 20 - Změna frekvence sportování během mise.....	72



Tabulka 21 - Volný čas.....	73
Tabulka 22 - Změna hmotnosti.....	74
Tabulka 23 - Body Mass Index.....	75
Tabulka 24 - Denní doba spánku .....	76
Tabulka 25 - Změna doby spánku na misi.....	77
Tabulka 26 - Změna kvality spánku na misi.....	78
Tabulka 27 - Soukromí na misi.....	79
Tabulka 28 - Servis na misi .....	80
Tabulka 29 - Komunikace s rodinou, kamarády v ČR .....	81
Tabulka 30 - Domácí práce.....	82
Tabulka 31 - Spolupráce s kolegy na misi.....	83
Tabulka 32 - Pohotovost pro signál MASCAL.....	84
Tabulka 33 - Nejdůležitější změny na misi oproti mírovým podmínkám.....	85
Tabulka 34 - Možnost jakékoliv změny na misi .....	85

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Pohlaví.....	54
Graf 2 - Věk.....	55
Graf 3 - Délka praxe.....	56
Graf 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....	57
Graf 5 - Délka služebního poměru u AČR.....	59
Graf 6 - Sociální zázemí.....	60
Graf 7 - Děti.....	61
Graf 8 - Kouření.....	63
Graf 9 - Změna kouření na misi.....	64
Graf 10 - Požívání alkoholu.....	65
Graf 11- Denní pitný režim.....	66
Graf 12 - Změna pitného režimu na misi.....	67
Graf 13 - Zdravé stravování.....	68
Graf 14 - Chybění tekutin nebo potravin na misi.....	69
Graf 15 - Sport v civilním životě.....	70
Graf 16 - Změna frekvence sportování během mise.....	72
Graf 17 - Změna hmotnosti.....	74
Graf 18 - Body Mass Index.....	75
Graf 19 - Denní doba spánku.....	76
Graf 20 - Změna doby spánku na misi.....	77

Graf 21 - Změna kvality spánku na misi .....	78
Graf 22 - Soukromí na misi .....	79
Graf 23 - Servis na misi.....	80
Graf 24 - Komunikace s rodinou, kamarády v ČR.....	81
Graf 25 - Domácí práce .....	82
Graf 26 - Spolupráce s kolegy na misi .....	83
Graf 27 - Pohotovost pro signál MASCAL .....	84

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Potravinová pyramida.....	26
Obrázek 2 - Mapa Afghánistánu .....	127
Obrázek 3 - Letecký snímek České polní nemocnice .....	128
Obrázek 4 - Schéma České polní nemocnice.....	128
Obrázek 5 - Vozový park.....	129
Obrázek 6 - P1 area .....	129
Obrázek 7 - Operační sál .....	130
Obrázek 8 - Afghánský voják na jednotce intenzivní péče .....	130
Obrázek 9 - Oddělení dočasné hospitalizace .....	131
Obrázek 10 - Ubytovací blok.....	131
Obrázek 11 - Sestra při práci .....	132
Obrázek 12 - Sestra a malý afghánský pacient .....	132

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Žádost o povolení výzkumného šetření.....	119
Příloha 2 - Dotazník .....	120
Příloha 3 - Mapa Afghánistánu .....	127
Příloha 4 - Fotogalerie .....	128

# **PŘÍLOHY**

## Příloha 1 – Žádost o povolení výzkumného šetření

plk. gšt. prof. MUDr. Jan Österreicher, PhD.  
Velitel Nemocniční základny  
VÚ 6900  
Hradec Králové

Věc : Žádost o povolení výzkumného šetření u nelékařského zdravotnického personálu 6. a 7. polní nemocnice

Vážený pane profesore,

rády bychom Vás požádaly o povolení provedení výzkumného šetření u nelékařského zdravotnického personálu 6. a 7. polní nemocnice.

Toto šetření by mělo být podkladem pro bakalářskou práci Lenky Panchartkové, nar. 14.6. 1982, která je studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství – všeobecná sestra, kombinované formy, Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Bakalářská práce má název : Životní styl vojenských sester v civilních a vojenských podmínkách.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního dotazníku, který je přiložen k této žádosti.

Práce bude zpracovávána pod odborným dohledem Mgr. E. Vachkové, vedoucí oddělení ošetrovatelství.

Pokud budete mít zájem o výsledky dotazníkového šetření, rády Vám jej poskytneme. Prosim o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Lenka Panchartková, DiS  
Labská louka 656/11  
Hradec Králové 11  
50011  
tel. : 773592476  
[lenkapanchartkova@seznam.cz](mailto:lenkapanchartkova@seznam.cz)

Mgr. Eva Vachková  
Ústav sociálního lékařství  
Šimkova 870  
Hradec Králové 1  
50038  
tel. : 495816365  
[vachkovae@lfhk.cuni.cz](mailto:vachkovae@lfhk.cuni.cz)

Rozhodnutí :

souhlasím

nesouhlasím

v Hradci Králové dne 15/2 2011

podpis.....

Příloha : anonymní dotazník

## Příloha 2 – Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

jmenuji se Lenka Panchartková a jsem studentka 3. ročníku bakalářského studia Ošetřovatelství, oboru všeobecná sestra, kombinované formy na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníkového šetření, které bude podkladem pro moji bakalářskou práci s názvem: Životní styl vojenských sester v mírových a vojenských podmínkách. Konkrétně budu téma zpracovávat u vojenského nelékařského personálu, který se zúčastnil vojenské mise ISAF v roce 2007 – 2008, v Afghánistánu, kde působila Polní nemocnice AČR. Dotazník je anonymní a bude použit pouze pro potřeby mé bakalářské práce. Prosím Vás o vyplnění všech otázek. Označit můžete více odpovědí, popř. doplnit vlastním názorem.

Děkuji za ochotu a Váš čas strávený vyplněním tohoto dotazníku. Pokud by vás zajímaly výsledky šetření nebo jste něčemu při vyplňování nerozuměl (a), můžete mne kontaktovat na emailu: [lenkapanchartkova@seznam.cz](mailto:lenkapanchartkova@seznam.cz)





8. Jakých dalších misí jste se zúčastnil (a)? (mimo PN 2007-2008) Prosím napište místo a rok.

.....

## 2. část

1. Kouříte:

- ano – kolik denně?                       ne

2. Pokud jste na otázku 1. odpověděl (a) kladně – změnilo se kouření na misi?

- ano, kouřil (a) jsem více                       ano, kouřil (a) jsem méně  
 nezměnilo se

3. Pijete alkohol:

- denně                       1x týdně                       1x za měsíc                       abstinent

4. Kolik tekutin za den vypijete?

- do 500 ml                       do 1000 ml                       do 1500 ml  
 do 2000 ml                       nad 2000 ml

5. Změnil se Váš příjem tekutin na misi?

- ano, zvýšil se                       ano, snížil se                       ne

6. Myslíte si, že se stravujete zdravě?

ano – proč:

.....

ne – proč:

.....

7. Chyběly Vám nějaké tekutiny či potraviny na misi?

ano – jaké: .....

ne

### 3. část

1. Sportujete v civilním životě?

ano

ne

2. Pokud jste na otázku č.1 odpověděl (a) kladně, jaké sporty provozujete? Prosím vypište druh (y) sportů.

.....

3. Změnila se frekvence sportování během mise?

ano, sportoval (a) jsem více

ano, sportoval (a) jsem méně

ne

4. Změnil se druh (y) sportů, které jsem provozoval (a) na misi?

ano – jaké:

ne

5. Jak trávíte volný čas? Prosím vypište. (filmy, hudba, četba, sport, kamarádi.....)

.....

6. Jak jste trávil (a) volný čas na misi?

.....

7. Na misi jsem:

zhubl (a)                       přibral (a) na váze                       udržel (a) si váhu

důvod:

8. Jaká je Vaše váha a výška? (pro výpočet BMI – body mass index)

váha:

výška:

9. Kolik hodin denně doma spíte?

.....

10. Změnila se doba spánku na misi?

ano                                       ne

11. Změnila se kvalita Vašeho spánku na misi?

ano – jak :                                       ne

4. část

1. Měl (a) jste dostatek soukromí na misi v daných podmínkách?

- ano  ne

2. Vyhovoval Vám servis na misi? (jídelna, laundry, sociální zařízení, posilovna, komunikační prostředky,...)

- ano  ne – co konkrétně:

- proč:

3. Měl (a) jste dostatek možností pro komunikaci s rodinou, kamarády v ČR?

- ano  ne – proč:

4. Chyběly Vám domácí práce? (luxování, praní, žehlení, mytí nádobí,...)

- ano  ne

5. Jak se Vám pracovalo s kolegy na misi? Vzhledem ke stážové nemocnici v ČR.

- lépe – proč:  
 hůře – proč:  
 nebyl jednoznačný rozdíl

6. Byla pro Vás stresující povinnost 24 hod. pohotovost pro signál MASCAL?

- ano  ne

7. Jaké byly pro Vás nejdůležitější (nejvíce vnímány) změny na misi oproti životu v mírových podmínkách? Prosím vypište:

.....

8. Kdyby jste měl (a) možnost cokoliv na misi změnit, co by to bylo? Prosím vypište:

.....

Zde je prostor pro Vaše další vyjádření:

.....

Děkuji za Váš čas při vyplnění dotazníku.

### Příloha 3 – Mapa Afghánistánu



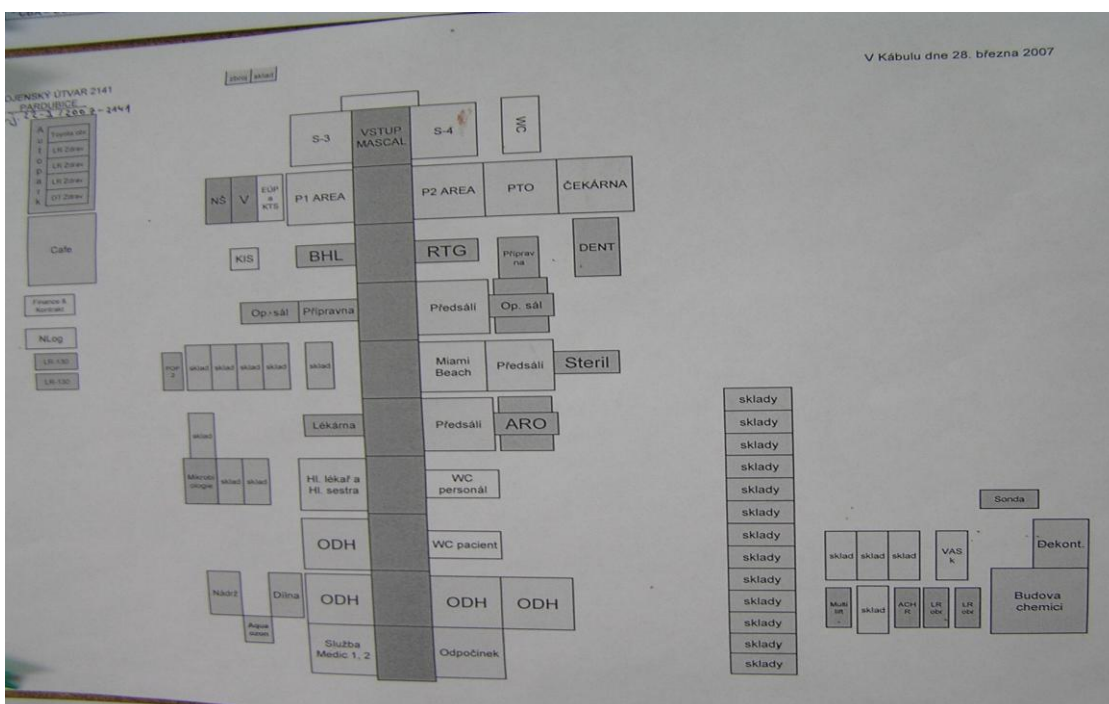
Obrázek 2 - Mapa Afghánistánu<sup>16</sup>

<sup>16</sup>Mapa Afghánistánu [online] [cit. 2012 – 04 – 08] dostupné z  
<[http://www.lonelyplanet.com/maps/asia/afghanistan/map\\_of\\_afghanistan.jpg](http://www.lonelyplanet.com/maps/asia/afghanistan/map_of_afghanistan.jpg)>

## Příloha 4 – Fotogalerie



Obrázek 3 - Letecký snímek České polní nemocnice<sup>17</sup>



Obrázek 4 - Schéma České polní nemocnice<sup>18</sup>

<sup>17</sup> Zdroj vlastní

<sup>18</sup> Zdroj vlastní





Obrázek 5 - Vozový park<sup>19</sup>



Obrázek 6 - P1 area<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Zdroj vlastní

<sup>20</sup> Zdroj vlastní



Obrázek 7 - Operační sál<sup>21</sup>



Obrázek 8 - Afghánský voják na jednotce intenzivní péče<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Zdroj vlastní

<sup>22</sup> Zdroj vlastní



Obrázek 9 - Oddělení dočasné hospitalizace<sup>23</sup>



Obrázek 10 - Ubytovací blok<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Zdroj vlastní

<sup>24</sup> Zdroj vlastní



Obrázek 11 - Sestra při práci<sup>25</sup>



Obrázek 12 - Sestra a malý afghánský pacient<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Zdroj vlastní

<sup>26</sup> Zdroj vlastní

