



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra

Anna Janková

Stravovací a pitný režim všeobecných sester na vybraných pracovištích

Nutrition and drinking regime of nurses on selected wards

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti prací.

V Praze dne

ANNA JANKOVÁ

.....
Podpis

Identifikační záznam:

JANKOVÁ, Anna. Stravovací a pitný režim všeobecných sester na vybraných pracovištích. [Nutrition and drinking regime of nurses on selected wards]. Praha, 2016. 60 s. , 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Marková, Eva.

Poděkování:

Ráda bych především poděkovala vedoucí své bakalářské práce paní Mgr. Evě Markové, Ph.D. za veškerou pomoc, cenné rady, trpělivost a ochotu při psaní mé bakalářské práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala svoji rodině, za jejich obětavost a podporu při psaní mé bakalářské práce a po celou dobu mého studia.

Abstrakt v českém jazyce:

Tato bakalářská práce se zabývá stravovacím a pitným režimem všeobecných sester na vybraných pracovištích. Osloveny byly všeobecné sestry pracující v třísměnném provozu. Cílem této práce bylo zmapovat stravovací a pitný režim všeobecných sester ve směnném provozu, zjistit jejich stravovací podmínky, vliv stravovacích návyků na jejich zdraví a do jaké míry jsou spokojeny se svým stravovacím režimem. Výzkum byl uskutečněn v rámci Ústřední vojenské nemocnice v Praze. Sběr dat byl realizován pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku vlastní konstrukce. Hlavní vlastnosti získaných dat popisuje deskriptivní statistika a pro lepší přehlednost jsou matematické údaje uvedeny v grafech a tabulkách.

Z výsledků bylo zjištěno, že stravovací režim všeobecných sester je nepravidlený. Více než polovina sester snídá až na oddělení. Více než polovina respondentů uvedla, že nemá čas na pravidelný oběd. Podobné množství sester večeří až na noční směně. Téměř polovina sester ze zkoumaného souboru má možnost přestávky na jídlo podle zákoníku práce. Všeobecné sestry ze zkoumaného vzorku se nejčastěji stravují v místním stravovacím zařízení a tekutiny si na směnu nosí. Více než polovina sester je buď úplně nebo částečně nespokojena se svým dosavadním stravovacím režimem. Sestry mají z větší části povědomí o důležitosti dodržování vhodného stravovacího režimu.

Klíčová slova: výživa, pitný režim, životní styl, všeobecná sestra

Abstrakt v anglickém jazyce:

This bachelor thesis is focused on Nutrition and drinking regime of nurses on selected wards. The chosen target group were nurses working on three-shift operation. The aim of this thesis was to analyze nutrition and drinking regime of nurses on three shift operation, to find out their dietary condition and see if there is any influence of eating habits on their health. My aim was also to find out what are the nurses opinions on their own eating regime. This research was realized in The Military University hospital at Prague. To collect the data the unstandardized anonymous questionnaire has been used. The main characteristics of the obtained data were described by descriptive statistics. For the better clarity are the mathematical information presented in the graphs and tables.

It was found from the final results of this thesis that the nutrition regime of the nurses is irregular. More than half of the nurses which were addressed are having a breakfast on the ward. More than half of the respondents chose that they have no time for regular lunch. A similar amount respondents have a dinner on their night shift. Almost half of the nurses from the surveyed group has the option of lunch break under the labor Code. The nurses mainly visit the local hospital restaurant for their meal and also they are carrying enough fluid on their shift work. More than half of the nurses are either completely or partially dissatisfied with their current eating regime. The nurses are aware of the importance to comply with the healthy eating regime.

Keywords: nutrition, drinking regime, life style, nurses nutrition, drinking regime

Obsah

Úvod.....	1
1 Teoretická část	2
1.1 Výživa	2
1.2 Komponenty výživy	2
1.2.1 Sacharidy	2
1.2.2 Tuky	3
1.2.3 Bílkoviny	3
1.2.4 Mikronutrienty	4
1.2.5 Vitamíny.....	5
1.3 Energetický metabolismus	6
1.3.1 Energie a bazální metabolismus.....	6
1.4 Patologie výživy.....	6
1.4.1 Nádory	7
1.4.2 Obezita.....	8
1.4.3 Diabetes mellitus.....	9
1.4.4 Hypertenze	10
1.4.5 Ateroskleróza	11
1.5 Spánek a stravování ve směnném provozu	11
1.5.1 Směnný provoz	12
1.5.2 Cirkadiánní rytmy a jejich poruchy	12
1.5.3 Odpočinek ve směnném provozu.....	14
1.6 Výživová doporučení	14
1.6.1 Obecná výživová doporučení.....	15
1.6.2 Výživová doporučení vydaná v ČR.....	15
1.6.3 Výživová doporučení pro všeobecné sestry pracující ve směnném provozu	16
1.2 Pitný režim	17
1.3 Lidský organismus a tekutiny	17
1.3.1 Celková tělesná voda (CTV).....	17
1.3.2 Příjem a ztráta vody	18
1.3.3 Dehydratace	19
1.4 Pitný režim	20
1.4.1 Optimální pitný režim.....	20
1.4.2 Možnosti pitného režimu	21
1.4.3 Zásady pitného režimu.....	22
2 Empirická část.....	23

2.1	Cíle práce a hypotézy	23
2.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	23
2.2.1	Údaje o respondentech.....	24
2.3	Metodika empirického šetření.....	27
2.4	Průběh výzkumného šetření	27
2.5	Vyhodnocení empirické části	28
3	Diskuze	39
4	Závěr	43
5	Seznam použité literatury a informačních zdrojů.....	44
6	Seznam zkratk	46
7	Seznam tabulek a grafů.....	47
8	Seznam příloh	48

Úvod

Práce ve zdravotnictví je v mnoha směrech velice náročná. Na zdravotnický personál je kladena zátěž, jak v oblasti psychické, tak i fyzické. Povolání všeobecné sestry není v tomto ohledu žádnou výjimkou. Právě naopak, jsou to často sestry, kdo je vytížen nejvíce. Časová vytíženost a náročnost práce všeobecných sester, má často za následek nevhodné stravování a vznik poruch příjmu potravy. Při své práci, sestra potřebuje být neustále ve střehu a plně koncentrována. Ovšem směnný provoz, který k této profesi patří, může efektivitu práce značně komplikovat. Směnný provoz může každý z nás snášet jiným způsobem, faktem však zůstává, že narušení fyziologických cirkadiálních rytmů má neblahý vliv na naše zdraví a fungování.

Tématem mé bakalářské práce je stravovací a pitný režim všeobecných sester na vybraných pracovištích. Během svého působení ve zdravotnictví jsem se často setkávala s negativním vnímáním směnného provozu, kdy sestry měly problém s dodržováním správných stravovacích návyků a vhodného pitného režimu. Tyto složky správné životosprávy jsou velice důležité a neměly by být opomíjeny či zlehčovány. To byl tedy jeden z hlavních důvodů, který mě inicioval k výběru tohoto tématu. Dalším důvodem mé volby byl pozitivní ohlas mých kolegů a kolegyň.

V teoretické části se budu věnovat výživě, jejímu významu a jednotlivým složkám potravy. Zaměřím se také na jednotlivé choroby, které vznikají právě důsledkem nevhodného stravování či přispívají k jejich vzniku. Dále se budu zabývat tím, jaký vliv má směnný provoz na lidský organismus, jaká jsou nejnovější výživová doporučení, a pitným režimem. Ve výzkumné části zkoumám stravovací a pitný režim u všeobecných sester na vybraných pracovištích, pracujících v třísměnném provozu. Zda jsou spokojeny se svým dosavadním stravovacím režimem. Jestli si nosí na směnu tekutiny.

1 Teoretická část

1.1 Výživa

Pořekadlo „Jste to, co jíte“ se zdá více aktuální, než kdykoli před tím. Konzumace zdravého a čerstvého jídla stimuluje nejen naše chuťové buňky, ale také zlepšuje kvalitu našeho života a prodlužuje jeho délku (Zimmerman & Snow, 2012, s. 726-728). Výživa je zdrojem energie a látek potřebných k růstu a obnově tkání. Základním úkolem správné výživy je zajistit optimální přívod energie a živin přiměřeně k věku, zdravotnímu stavu a životnímu stylu člověka. (Szitányi & Těšínský, 2013, s. 3)

Pro správný průběh všech růstových procesů a tvorbu signalizačních molekul, které udržují buněčné komunikace při morfogenezi, je nutné, aby byl zajištěn dostatečný přívod živin, které v době nitroděložního vývoje plodu dodává matka. Prvním vdechem po narození dostává novorozenec kyslík, který je potřebný k získání energie. Procesy růstu, obnovy buněk a tkání, látková přeměna (metabolismus), krevní oběh, dýchání a vylučování probíhají po celý život a vyžadují neustálý přívod energie a živin zvenčí ve formě potravin, vody a kyslíku stejně, jako je vyžaduje tvorba tepla, činnost nervové soustavy, žláz s vnitřní sekrecí a imunitního systému.

Všechny látky potřebné pro zajištění životních funkcí jsou obsaženy pouze v jídle. Celkem člověk potřebuje pro zachování života a udržení zdraví přes padesát nutričních složek. Bez jídla člověk vydrží více než 40 dní, bez vody jen asi týden. (Turek & Šíma & Michalová, 2013, s. 8)

1.2 Komponenty výživy

1.2.1 Sacharidy

Sacharidy jsou důležitou součástí stravy. Zahrnují jednoduché cukry (monosacharidy, disacharidy) a polysacharidy. Jednoduché cukry jsou především zdrojem energie. Organismus si je ukládá ve formě glykogenu. Důležitým polysacharidem je vláknina.

Sacharidy nevyvolávají diabetes. V dietách působí protistresově a příjem alespoň 50g sacharidů brání rozvoji adaptace na nižší příjem potravin.

Jednoduché sacharidy přijímáme především ve formě monosacharidů (zejména glukózy, fruktózy, galaktózy a z nich složených disacharidů). (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 37)

Glukóza rozhoduje o pozitivní či negativní roli sacharidů v organismu, přičemž vždy záleží jak na množství jejího přívodu, tak na jejím využití. Využití glukózy je závislé jednak na inzulínové rezistenci. To jsou dvě strany jedné mince a vždy záleží na tom, jak rychle se glukóza využije. Glukózová tolerance závisí nejen na množství vyprodukovaného inzulínu, ale také na jeho využití v tkáních. Inzulínová rezistence je stav, kdy je sníženo využití inzulínu, zejména svalovými a tukovými buňkami, které nemají plně funkční inzulínové receptory. To určuje rozdíl mezi diabetem 1. a 2. typu. (Turek & Šíma & Michalová, 2013, s. 19)

Podle nových doporučení Světové zdravotnické organizace by se příjem cukru měl snížit. Cílem tohoto doporučení je snížení zdravotních problémů (jako je obezita, vznik zubních kazů) spojených právě s nadměrným užíváním cukru. (WHO, 2014)

1.2.2 Tuky

Téměř většinu tuku, který je přijat stravou tvoří *triglyceridy* (obvykle kolem 100 g/den). Přibližně polovina tuků je živočišného původu (tučná masa, uzeniny, máslo), polovina rostlinného původu (zejména oleje). Důležité je sledovat i příjem polynasycených, mononenasycených, nasycených a tzv. transmastných kyselin. Hodně tuku přichází do organismu z rostlinných olejů. Velmi kvalitní je například řepkový a olivový olej. Také sója, ořechy, mák a další olejnatá semena obsahují důležitý rostlinný tuk. V rozvinutých zemích, zejména ve vyšších socioekonomických vrstvách, dochází v posledních letech ke změně trendu konzumace tučných výrobků ve smyslu snížení jejich konzumace upřednostňováním nízkotučných výrobků a náhradou červeného masa drůbežím a rybím. (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 37)

1.2.3 Bílkoviny

Bílkoviny (proteiny) tvoří řetězce obsahující stovky až tisíce aminokyselin. Pro jejich funkci je rozhodující jak řazení jednotlivých, v přírodě se vyskytujících 20 aminokyselin, tak spojování jejich řetězců. Proteiny tvoří strukturu živého organismu, fungují jako enzymy a

jsou zásadní pro přepis genetické informace obsažené v genové DNA. Mezi další funkce proteinů patří výživa, transport, imunita, funkce jednotlivých systémů, regulace metabolismu a řada dalších. V těle nepřetržitě probíhá degradace a re syntéza bílkovin.

Po příjmu bílkovin stravou dochází během absorpční anabolické, fáze ke vstřebání aminokyselin v tenkém střevě, zvýšení jejich aktuálních zásob použitelných pro syntézu vlastních proteinů a tím ke zpomalení rychlosti celotělové proteinové degradace. Většinu aminokyselin vychytávají játra, některé, jako je například glutamin, jsou selektivně použity pro oxidaci. (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 43-44)

Aminokyseliny

Bílkoviny jsou složeny z aminokyselin. Esenciální aminokyseliny si lidský organismus není schopen vytvořit. Patří mezi ně látky zvané: valin, leucin, izoleucin, fenylalanin, tyrosin, lysin, methionin, cystein, tryptofan a treonin.

Aminokyseliny jsou využívány k syntéze bílkovin. Při jejich odbourávání vzniká močovina, kyselina močová kreatinin – produkty vylučované zejména ledvinami. Aminokyseliny obsahují dusík, který představuje 16 % hmotnosti aminokyselin. Aminokyseliny konzumované v nadbytku se neskladují, respektive se mohou uložit do svalu při cvičení.

Při vážných onemocněních stoupá spotřeba až na 1,6 – 2 g/kg hmotnosti. Hlavním zdrojem bílkovin je maso, mléko, vejce, rýže, luštěniny, méně pak obiloviny, houby, brambory (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 44). Obiloviny tvoří základ jídelníčku nejen v běžné smíšené stravě, ale dominantní zastoupení obilovin ve stravě je typické i pro některé alternativní výživové směry, především makrobiotiku. (Hlavatá, 2015, s. 30)

1.2.4 Mikronutrienty

Mikronutrienty dělíme na vitamíny a minerální látky. Ty se podle přijímaného množství dělí na makroelementy, mikroelementy a stopové prvky. Jako makroelementy jsou označovány prvky, které tvoří více než 0,005 % tělesné hmotnosti a jejich denní potřeba je větší než 100 mg. Patří sem kalcium, fosfor, síra, sodík, draslík, chlor a magnezium. Prvky s nižším podílem se označují jako mikroelementy – i ty mohou mít svůj zdravotní význam, například jód nebo železo.

Zdravý jedinec konzumující naši běžnou stravu nemůže dospět do stavu nedostatku těchto prvků. Potravinové doplňky s těmito prvky proto nemají žádný smysl. (Svačina & Müllerová

& Bretšnajdrová, 2013, s. 45)

1.2.5 Vitamíny

Vitamíny jsou přírodní látky, které jsou pro člověka nepostradatelné, protože si je až na malé výjimky (vitamín K, vitamín D) neumí ve svém organismu vytvořit. Vitamíny v lidském organismu zajišťují řadu životně důležitých funkcí. Samostatně nebo jako součást mnoha enzymů se účastní metabolických, antioxidačních a detoxikačních procesů, významnou měrou se zapojují do imunitních pochodů a dalších důležitých reakcí.

K pokrytí základních fyziologických funkcí je potřeba dodržet přívod vitamínů v množství, které je dáno výživovými doporučenými dávkami. K zajištění ochrany zdraví při zvýšení zátěže organismu je potřebné vitamínové dávky upravit podle charakteru a stupně zátěže.

Vitamíny rozpustné v tucích

Vitamín A

Vitamín D

Vitamín E

Vitamín K

Vitamíny rozpustné ve vodě

Vitamín B1 – Thiamin

Vitamín B2 – Riboflavin, Laktoflavin

Vitamín B3 – Niacin

Vitamín B5 – Kyselina Pantothenová

Vitamín B6 – Piridoxin, Piridoxal, Piridoxamin

Vitamín B9 – Kyselin a listová

Vitamín B12 – Kyanokobalamin

Vitamín C – Kyselina l-askorbová

Vitamín H – Biotin

Makroprvky

Draslík (K), Hořčík (Mg), Chlór (Cl), Síra (S), Bór (B), Fluór (F), Chróm (Cr), Jód (I), Křemík (Si), Mangan (Mn), Měď (Cu), Selen (Se), Zinek (Zi), Železo – Ferrum (Fe) (Turek & Šíma & Michalová, 2013, s. 27-47)

1.3 Energetický metabolismus

1.3.1 Energie a bazální metabolismus

Spotřeba energie je základním předpokladem existence živých organismů a souvisí se všemi metabolickými procesy, membránovým přenosem, pohybem a podobně (Szitányi & Těšínský, 2013, s. 14).

U každého živého organismu, tedy i u člověka, je možno stanovit příjem energie a množství vydané energie. Převažuje-li příjem nad výdejem, hovoříme o pozitivní energetické bilanci, kdy si organismus obvykle vytváří zásoby. Převažuje-li výdej nad příjmem, hovoříme o negativní energetické bilanci – organismus hubne. Negativní bilanci vydrží organismus jen omezenou dobu.

Energetická potřeba organismu je součtem bazálního energetického výdeje, termického efektu přijaté stravy, fyzické aktivity a dalších faktorů, k nimž patří například vliv nemocí, kdy stoupají energetické nároky organismu úměrně závažnosti choroby. Bazální energetický výdej je nejnižší energetický výdej organismu ráno těsně po probuzení za 12-18 hodin po posledním jídle. (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 51-52)

1.4 Patologie výživy

Ve všech věkových skupinách trvale přibývá onemocnění závislých na výživě, především obezity a z ní vyplývajících následných nemocí. Objasňování problémů výživy a poradenská činnost proto vyžadují stále větší počet erudovaných odborných nutričních specialistů, informovaných o akutním stavu vědění.

Ještě před několika málo generacemi představovali infekční choroby nejčastější příčinu smrti, a zejména byly odpovědné za předčasná úmrtí a invaliditu. Pokroky v oblasti profylaxe infekcí a ohlédneme-li se od některých virových onemocnění – objev vysoce účinných antibiotik toto riziko z velké části potlačily.

Na jejich místo nastoupila aterosklerotická cévní onemocnění, hypertenze a její následky, maligní tumory a onemocnění metabolismu, zvláště pak diabetes mellitus typu 2. Za vývoj všech těchto nemocí je kromě genetické predispozice zcela závazně spoluodpovědný typ výživy, obvyklý v západních průmyslových zemích. (Kasper & Burghardt, 2015, s. 107)

Potraviny a způsob výživy populací se podílí na vzniku až 75 % veškerých onemocnění,

přítom u třetiny nemocí jsou hlavními faktory. Mezi nemoci, na kterých se nevhodná výživa podílí méně, ale přesto významně, patří například onemocnění ústní dutiny a trávicího traktu, nervové a infekční nemoci, choroby plic, či vrozené vady. Nemocí bez významného vlivu je málo: úrazy, nemoci svalů, smyslových orgánů, kůže, močových cest a pohlavních orgánů. (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 13)

Naše znalosti o významu chybné výživy jako základní příčiny dnes častých onemocnění vycházejí především z epidemiologických údajů. Ty ukazují, že těchto onemocnění přibývá tam, kde skupiny obyvatel opustily tradiční způsob výživy a převzaly západní stravovací návyky. Tato změna je pravidelně spojena i se snížením tělesné aktivity. (Kasper & Burghardt, 2015, s. 107)

1.4.1 Nádory

Nádorová onemocnění představují druhou nejčastější příčinu úmrtí ve vyspělých zemích. Česká republika bohužel zaujímá čelní místa ve výskytu nádorů obecně, prvenství drží v případech nádorů tlustého střeva. (Hlavatá, 2014, s. 23)

Vznik zhoubných nádorů závisí na třech faktorech (na věku, predispozici a expozici). Čím vyšší je věk, tím častěji se vyvíjejí maligní tumory. Predispozice je podmíněna především geneticky. Jsou rodiny s nadprůměrnou incidencí určitých orgánových tumorů. Odpovědné specifické struktury genomů (onkogeny, supresorové geny tumorů a podobně) jsou částečně známy. Predispozici k maligním tumorům však vytvářejí i určitá onemocnění, např. Cholelitiáza zvyšuje predispozici ke karcinomu žlučníku, ulcerózní kolitidy ke karcinomu tlustého střeva anebo pšístěle ke kožním karcinomům. Expozice zahrnuje veškeré faktory zevního prostředí, které mají vliv na vznik tumoru.

Výsledky epidemiologických studií ukazují, že u nás nejčastější maligní tumory jsou převážně podmíněny působením vlivů životního prostředí.

Přihlédneme-li k obrovským nákladům, které diagnostika a terapie tumorů vyžadují, zdá se nepochopitelné, že obyvatelstvo je o možnostech profylaxe informováno jen málo a že naproti tomu při dostatečné znalosti najde jen málo vůle vzniku tumorů předcházet nekouřením a přiměřenou výživou. Je tedy jisté, že výživa podstatnou měrou spoluurčuje incidenci tumorů. (Kasper & Burghardt, 2015, s. 451)

Vždy je nutné chápat vliv výživy v kontextu celkového životního stylu a zahrnout i pohybovou aktivitu, nekuřáctví, umírněnou konzumaci alkoholu, a podobně. Také zatím nejsou zcela přesvědčivé důkazy o tom, že by nějaká dieta nebo způsob stravování

jednoznačně dokázaly zabránit vzniku nádorových onemocnění nebo je vyléčit. Za vysoce ochranný faktor je považován dostatečný příjem zeleniny a ovoce, kde je známý pozitivní vliv antioxidantů a fytochemikálií. Antikancerogenní účinky se připisují také zelenému čaji a kávě. Diskutován je protektivní vliv vlákniny, vitamínu D a vápníku, výsledky studií však nejsou jednoznačné. Nejvýznamnějším rizikovým faktorem ve stravě je jednoznačně alkohol, konzumace červeného masa a uzenin, nadměrný příjem soli a celkově strava vedoucí ke vzniku nadváhy a obezity. Jako silné kancerogeny mohou působit látky vznikající v potravinách v průběhu nešetrné tepelné úpravy. (Hlavatá, 2014, s. 23)

1.4.2 Obezita

Obezita se stala na přelomu tisíciletí celosvětovou epidemií, která dnes postihuje nejen rozvinuté, ale i rozvojové země. V evropských zemích dosahuje prevalence obezity 10-20 % u mužů a 15-30 % u žen. V České republice je v současnosti každý pátý dospělý obézní a více než polovina dospělé populace trpí obezitou či nadváhou (Středa, 2013, s. 7). Změny ve výživové a fyzické aktivitě jsou častými výsledky změn v prostředí kolem nás a společnosti, spojené s rozvojem a nedostatkem podpůrných projektů v odvětví zdraví, zemědělství, dopravy, územního plánování, zpracování potravin, distribuce, marketingu a vzdělávání. (WHO, 2015)

Odchylka od normální hmotnosti, podmíněna zmnožením tělesné hmoty – převážně podílu tuků – se označuje jako otylost, obezita (adepozitas). Při zmnožení tukové tkáně a tím i při zvýšení tělesné hmotnosti nad určitou hranici přibývá různých onemocnění a zkracuje se očekávaná délka života (Kasper & Burghardt, 2015, s. 246). Nadměrná váha s vysokým podílem tuku je tedy hlavním rizikovým faktorem pro mnoho chronických onemocnění a zhoršuje hypertenzi, dyslipoproteinemii, osteoartritidu a další problémy muskuloskeletální povahy (Golková, 2011, s. 24). Obezita patří k onemocnění, u kterých je dietní léčba nejvýznamnější. Nejde o pouhé uplatnění diety v redukci hmotnosti, ale i o dietní ovlivnění prognózy obézních. Je chybou, že je léčba obezity často ztotožňována s redukcí hmotnosti. Stejně důležitý jako redukce hmotnosti je u obézních zdravý životní styl. Cílem moderní léčby obezity je redukce tělesné hmotnosti o 5-10 % a udržení dosažené hmotnosti. To je cíl reálný pro každého pacienta. Naopak nereálná snaha o dosažení normální hmotnosti může nemocného od léčby obezity odrazovat.

Hlavním postupem v léčbě obezity je tedy dietoterapie. Není to však jediná léčba a je-li

použita samostatně, je obvykle neúspěšná. Léčba obézních může být celkově kombinací až pěti léčebných postupů: dietoterapie, psychoterapie, fyzické aktivity, chirurgické léčby a farmakoterapie. Dietoterapie je postup zásadní a proto nezbytný u každého pacienta (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 105 - 108). Velmi náročným úkolem je přivést klienta k faktu, že v médiích propagované diety při hubnutí nefungují, ale že je nutná trvalá změna životního stylu, která ho ve svém konečném důsledku dovede nejen k váhovým úbytkům, ale i k zvýšení kvality života. (Středa, 2013, s. 30)

1.4.3 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus je chronické onemocnění látkové výměny sacharidů, charakterizované nedostatečnou produkcí nebo nedostatečným účinkem inzulínu v organismu, zvýšenou hladinou cukru v krvi na lačno, postprandiální poruchou látkové výměny a poškození různých orgánů. Vedle látkové výměny sacharidů dochází i k poruše látkové výměny tuků a bílkovin. Patří k nejčastějším onemocněním v našich zemích. Cukrovka není jednotné onemocnění, ale skupina heterogenních klinických příznaků souvisejících s poruchou látkové výměny glukózy a dalšími poruchami látkové výměny. (Stránský, 2014, s. 10)

Diabetes mellitus 1. typu

Diabetes mellitus typu 1 je chronické orgánově specifické autoimunitní onemocnění, vyvolané selektivním zničením β -buněk Langerhansových ostrůvků pankreatu, vytvářejících inzulín. Charakteristický je vznik humorální (protilátkové) a celulární autoimunity sdružený s poruchou imunitní regulace u geneticky predisponovaných osob. Klinickým výsledkem je absolutní chybění inzulínu. (Kasper & Burghardt, 2015, s. 277) Při záchytu cukrovky 1. typu je glykémie obvykle vysoká – nad 10 mmol, nemocný ztrácí hodně tekutin močí a má velkou žízeň. Často je z něho cítit aceton. Do objevu inzulínu po 1. světové válce tito pacienti umírali. Dnes je léčba onemocnění snadná mnoha typy inzulínových injekcí.

V minulosti bývala často uváděna jen jedna diabetická dieta. Dnes víme, že neexistuje jedna dieta pro všechny typy cukrovky, proto v tomto hesle vždy zdůrazňujeme odchylky diety při cukrovce 1. typu od diety při cukrovce 2. typu. Diabetik 1. typu je nucen k velmi pravidelnému příjmu šesti jídel denně účinkem inzulínových preparátů. Dále nemá většinou sklony k otylosti a energetický příjem není výrazně omezen. Rysem moderní diety

u Diabetika 1. typu je určitá volnost. Dobře vzdělaný diabetik může často jíst více či méně cukru, než je předepsáno a podle toho upravit dávku inzulínu. Dnes lze dosáhnout stavu, kdy diabetik není v životě handicapovaný vůči zbytku populace. (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 79 - 80)

Diabetes mellitus 2. typu

Diabetes mellitus 2. typu je charakterizován hyperglykemií na základě inzulínové rezistence a relativně nedostatečné sekrece inzulínu. Je známo, že diabetes mellitus typu 2 se často kombinuje s jinými chorobami metabolismu a kardiovaskulárního systému, obzvláště s obezitou, dislipidemií a hypertenzí (Kasper & Burghardt, 2015, s. 278). Diabetes 2. typu je podmíněn především geneticky. Diabetes mellitus býval nemocí stáří. Dnes, kdy se celé populace přejídají, se běžně vyskytuje ve středním věku a ojediněle se vyskytuje i u dětí či dospívajících.

Diabetik 2. typu má zvýšenou tendenci přibírat na hmotnosti s ohledem na celoživotní vývoj metabolického syndromu, a proto musí mít dietu méně energeticky bohatou. U pacientů léčených inzulínem je nutný omezený příjem sacharidů. Je nepochybné, že nárůst diabetiků je dán především celosvětovými změnami životního stylu. Na druhé straně je zřejmé, že bez genetické predispozice nemůže diabetes vzniknout. (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 79 - 86)

1.4.4 Hypertenze

Hypertenze (vysoký krevní tlak) patří ve vysoce industrializovaných zemích k nejčastějším onemocněním. Při vyhodnocování krevního tlaku a potřebných terapeutických postupů se musí vždy přihlížet k celkovému profilu pacienta. (Kasper & Burghardt, 2015, s. 355)

Většina lidí, kteří trpí hypertenzí, nemá žádné příznaky, a proto je také hypertenze známa pod přezdívkou „tichý zabiják“. (WHO, 2015)

Esenciální hypertenze je významné onemocnění, jehož přesnou příčinu neznáme, rozhodně má však blízko k metabolickým onemocněním a metabolickému syndromu. Proto je režimová a dietní léčba u tohoto onemocnění tak důležitá. Významné je na prvním místě odstranění stresu a zvýšení fyzické aktivity a až na druhém místě dieta. Hypertenze je onemocnění především dědičné a částečně podmíněné obezitou a kalorickým excesem

v příjmu. Významnou roli hraje příjem sodíku. Historicky nejvýznamnější dietou v léčbě hypertenze je omezení soli, dnes je však důležité i využití dalších diet. (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 75)

Podle světové zdravotnické organizace je jednou z možností, jak předejít vzniku hypertenze, právě dodržování následujících dietních doporučení:

1. Podporovat zdravý životní styl s důrazem na správnou výživu u dětí a mladých lidí;
2. Omezit příjem soli na méně než 5 g soli na den;
3. Jíst 5 porcí zeleniny a ovoce za den;
4. Omezit příjem tuků. (WHO, 2015)

1.4.5 Ateroskleróza

Ateroskleróza je celkové onemocnění postihující cévy různého průsvitu a různá cévní řečiště. Klinicky nejtypičtějšími projevy jsou ischemická choroba srdeční, cévní mozkové příhody a ischemická choroba dolních končetin. Závažné jsou projevy aterosklerózy v oblasti ledvin a střev. Dietní a další režimové vlivy (negativní vliv kouření a absence pohybu) jsou v prevenci aterosklerózy velmi významné. Aterosklerózu vyvolávají takzvané aterogenní dietní vlivy. Dietní opatření v prevenci aterosklerózy jsou prakticky totožná s dietní léčbou zvýšených hladin tuků, hypertenze a cukrovky. V prevenci aterosklerózy by měl být přijímán vyvážený poměr omega-3 a omega-6 polynenasycených mastných kyselin. Racionální (zdravá) výživa má největší význam v prevenci vzniku a rozvoje aterosklerózy. Nesprávné stravovací návyky jsou spolu s rizikovými faktory (hypertenze, cukrovka, cholesterol a vyšší hladiny tuků, kouření, málo pohybu, stres, nadváha, dědičnost) nejčastější příčinou srdečních a mozkových cévních onemocnění. Racionální výživa nepředstavuje zvláštní dietu, ale způsob jakým bychom se měli stravovat všichni. (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 57-59)

1.5 Spánek a stravování ve směnném provozu

Jeden z předních světových expertů na otázky vazeb metabolismu s cirkadiánní rytmičitou Satchidananda Panda z amerického Salk Institute říká:

“V noci a ve dne jsme zcela odlišní tvorové. Během několika posledních desetiletí jsme se vlastní nedbalostí vystavili velkému experimentu. Denní světlo už nám neurčuje, kdy budeme jíst, a dostáváme se tak do neblahého začarovaného kruhu”. (Jaroslav, 2014, s. 73)

1.5.1 Směnný provoz

Změna životního stylu celé společnosti, která nastala v posledních dekadách, si vynutila změny v chování a návycích velké části populace. Došlo a dochází k rozvoji celých odvětví, která nerespektují klasickou denní pracovní dobu a využívají celého dne včetně noci a víkendů. (Pretl, 2014, s. 25-28)

1.5.2 Cirkadiánní rytmy a jejich poruchy

Cirkadiánní rytmicita patří bezmála k univerzálním zákonitostem pozemského života. Výjimek je jen málo. Člověk patří k tvorům, kteří mají celkem přísnou cirkadiánní rytmicitu, a její narušování pro něj mívá poměrně závažné zdravotní následky. Lidé s narušeným denním režimem, například pracující v třísměnných provozech, čelí zvýšenému riziku obezity a kardiovaskulárních chorob. Toto riziko je u nich zvýšeno o 40 %. Často jsou tyto zdravotní problémy přičítány především poruchám spánku. Ve skutečnosti ale má podobně neblahý vliv i příjem potravy v hodinách, které jsou za normálního denního režimu vyhrazeny odpočinku a spánku. (Jaroslav, 2014, s. 72)

Velkou pozornost i mezi laickou veřejností vzbudila v roce 2013 studie publikovaná týmem pod vedením Fanka Sheera z Harvard Medical School a Marty Garauletové z Universidad de Murcia. Do experimentů bylo zařazeno 420 dobrovolníků, kteří se ve společném programu pokoušeli redukovat svou tělesnou hmotnost. Všichni účastníci studie měli zhruba stejný energetický příjem potravou a stejný energetický výdej tělesnou aktivitou. Nelišili se ani kvalitou spánku. Jediný rozdíl spočíval v rozložení dávek potravy během dne. Mezi dobrovolníky obou skupin nebyl prokázán rozdíl v krevních koncentracích hormonů regulujících příjem potravy. Přesto dobrovolníci, kteří obědvali časněji, vykazovali výraznější redukci tělesné hmotnosti a také dlouhodobější efekt absolvované kůry. Americko-španělská studie tak potvrdila výsledky dřívějších experimentů na laboratorních myších, z nichž vyplynulo, že příjem potravy v době, kdy cirkadiánní rytmy velí organismu útlum jeho aktivit, je spojen s mnohem větším rizikem obezity a s tím souvisejících

patologických stavů. (Jaroslav, 2014, s. 72)

Cirkadiánní rytmy a spánek

Cirkadiánní rytmy jsou fyziologické a behaviorální rytmy s opakující se periodicitou přibližně 24 hodin, generované endogenním biologickým pacemakerem, suprachiasmatickým jádrem (SCN) v předním hypotalamu. Tyto rytmy kontrolují velké množství biologických procesů – rytmus spánku a bdění, tělesnou teplotu, příjem potravy, sekreci hormonů, homeostázu glukózy, regulují buněčné cykly. Desynchronizace rytmů negativně ovlivní zmíněné procesy. Cirkadiánní rytmicitu jedince ovlivňuje prostředí, ve kterém žije (střídání světla a tmy, sociální a fyzické aktivity). Hlavními klinickými projevy jsou insomnie či hypersomnie, eventuálně jejich kombinace. Diagnosticky je nejpřínosnější anamnestické vyšetření, spánkový deník a aktigrafie. V terapii se využívá nejčastěji fototerapie a podávání melatoninu. (Pretl, 2014, s. 25-28)

Mezi poruchy cirkadiálního rytmu řadíme zpožděnou fázi spánku, předsunutou fázi spánku (doba usínání je posunuta o minimálně dvě hodiny oproti konvencím), nepravidelný rytmus spánku a bdění (periody spánku a bdění se vyskytují náhodně během dne), volně běžící rytmus (vlastní biologický rytmus spánku a bdění není synchronizován s vnějším prostředím), poruchu spánku a bdění při směnném provozu a poruchu spánku a bdění při posunu časovým pásem (jet lag syndrom).

Porucha spánku a bdění při směnném provozu

Ve vyspělých zemích pracuje v současné době přibližně pětina populace ve směnném režimu. Podle definice je porucha spánku a bdění definována obtížemi trvajících nejméně jeden měsíc, kdy se projevuje excesivní spavostí během požadované bdělosti anebo příznaky nespavosti v době, kdy by měl nebo mohl jedinec spát ve spojení s nekonvenční pracovní dobou. Patofyziologicky jde o neschopnost synchronizace biologických (endogenních) hodin s realitou, kdy v době přirozené pro spánek je vyžadována bdělost. Pacienti jsou ve vyšším abusu alkoholu, nárůstu hmotnosti, rozvoje hypertenze a kardiovaskulárních chorob. Je popisován vyšší výskyt nádorů prsu a endometria, v souvislosti ze zmíněných chorob dochází k nárůstu sociálních a ekonomických rizik (nehodovost, pracovní neschopnost, pokles produktivity práce, roste potřeba zdravotní péče).

Terapie poruchy spánku a bdění je složitá, zahrnuje tvoření ideálních podmínek ke spánku a dodržování všech zásad spánkové hygieny, fototerapii v různých schématech během noční

směny, snížení expozice vysokého osvětlení během rána při návratu z práce (užíváním tmavých brýlí). Vzhledem k vnitřní periodě našich biologických hodin je lépe tolerován posun směn ve směru hodinových ručiček (ranní – odpolední - noční) než v protisměru. Lépe se též snáší rychlejší střídání rytmu typu směn, např. v dvoudenních intervalech, než střídání v delších, například v čtyř až pětidenních intervalech. (Pretl, 2014, s. 25-28)

1.5.3 Odpočinek ve směnném provozu

Podle zákoníku práce, Zákon č. 262/2006 Sb., je zaměstnavatel povinen poskytnout zaměstnanci nejdéle po šesti hodinách nepřetržité práce přestávku v práci na jídlo a oddech v trvání nejméně 30 minut; mladistvým musí být tato přestávka poskytnuta nejdéle po čtyř a půl hodinách nepřetržité práce. Jde-li o práce, které nemohou být přerušeny, musí být zaměstnanci, i bez přerušování provozu nebo práce zajištěna přiměřená doba pro oddech a jídlo; mladistvým musí vždy být poskytnuta přestávka na jídlo a oddech podle věty první.

Zároveň zaměstnavatel může po projednání s příslušným odborovým orgánem stanovit přiměřeně dlouhou přestávku na jídlo. Začátek a konec těchto přestávek stanoví zaměstnavatel po projednání s příslušným odborovým orgánem.

Přestávky na jídlo a oddech se neposkytují na začátku a konci pracovní doby. Poskytnuté přestávky na jídlo a oddech se nezapočítávají do pracovní doby. (2006, s. 2)

1.6 Výživová doporučení

Zdravý životní styl je považován za nejdůležitější faktor, na kterém závisí kvalita našeho života. Dodržování zdravého životního stylu se stalo aktuálním tématem. Návodů a doporučení, jak „správně žít“ najdeme mnoho, záleží ale jen na nás, jakým způsobem převezmeme odpovědnost za své zdraví a jak se těmito návody budeme řídit (Vybíhalová, 2013, s. 20-21).

Vztahy mezi výživou a rozvojem dnes častých onemocnění jsou přes veškeré obtíže v přítomné době již objasněny natolik, že je možné vyslovit doporučení, jak těmto chorobám předejít. (Kasper & Burghardt, 2015, s. 107)

1.6.1 Obecná výživová doporučení

Hlavní nutriční cíle, jichž je třeba v Evropě a severní Americe dosáhnout, popisují dokumenty WHO. Jde například o globální strategii výživy, fyzické aktivity a zdraví (Global Strategy on Diet, Physical activity and Health), která shrnuje z hlediska aktivity pět hlavních nutričních cílů:

1. Dosáhnout energetické rovnováhy a zdravé hmotnosti
2. Omezit příjem energie z tuků a posunout spotřebu nasycených mastných kyselin (SMK) směrem k nenasyceným, vyloučit trans-formy mastných kyselin.
3. Zvýšit spotřebu ovoce a zeleniny, luštěnin, celozrnných obilovin a ořechů.
4. Omezit příjem volných cukrů.
5. Omezit spotřebu soli (sodíku), jodizovat sůl.

Tato tvrzení vycházejí a jsou v souladu s většinou doporučení mezinárodních vědeckých institucí a společností, zabývajících se kardiovaskulárními a nádorovými chorobami, obezitou či diabetes mellitus.

1.6.2 Výživová doporučení vydaná v ČR

Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo v roce 2005 oficiální dokument Výživová doporučení MZ ČR pro návrhy postupů k implementaci globálních postupů pro implementaci Globální strategie pro Českou republiku v níže uvedených bodech:

1. Jezte vyváženou a pestrou stravu založenou více na potravinách rostlinného původu.
2. Udržujte svou hmotnost a obvod pasu v doporučeném rozmezí.
3. Jezte různé druhy ovoce a zeleniny, alespoň 400 g denně, přednostně čerstvé a místního původu.
4. Kontrolujte příjem tuků, snižte spotřebu potravin s jejich vysokým obsahem (uzenin, tučných sýrů, čokolád, chipsů) a dávejte přednost rostlinným olejům před živočišnými tuky. Denně konzumujte mléko nebo mléčné výrobky se sníženým obsahem tuku.
5. Několikrát denně jezte chléb, pečivo, těstoviny, rýži nebo další výrobky z obilovin.
6. Nahrazujte tučné maso a masné výrobky rybami, luštěninami a netučnou drůbeží.

7. Pokud pijete alkoholické nápoje, vyvarujte se jejich každodenní konzumace a nepřekračujte denní dávku 20 g alkoholu (tj. 0,5 l piva nebo 2 dcl vína nebo cl 40 % destilátu)
8. Omezujte příjem kuchyňské soli, celkový denní příjem soli nemá být vyšší než 5 g (1 čajová lžička), a to včetně soli skryté v potravinách. Používejte sůl obohacenou jódem.
9. Vybírejte potraviny s nízkým obsahem cukru, omezujte sladkosti.
10. Sladké nápoje nahrazujte dostatečným množstvím neslazených nápojů.
11. Podporujte plné kojení do ukončeného 6. měsíce věku, poté kojení s příkrmem do 2 let věku dítěte i déle. (Svačina & Müllerová & Bretšnajdrová, 2013, s. 17-19)

1.6.3 Výživová doporučení pro všeobecné sestry pracující ve směnném provozu

Všeobecné sestry hrají významnou roli v poskytování zdravotnické péče v práci u lůžka, v ordinaci praktických lékařů či v poskytování péče a vzdělávání jako součást veřejného zdraví. Jsou to pečovatelky, záchránkyně životů, lidé, na které se můžete kdykoli s důvěrou obrátit. Je proto velice důležité, aby sestry tak jako pečují o druhé, pečovaly také o sebe. Pokud se zdravotničtí profesionálové, jako například všeobecné sestry, budou starat o své vlastní zdraví, je pravděpodobné, že jim to pomůže i k poskytování kvalitnější péče pacientům.

Hlavním kritickým bodem v dodržování správné výživy je zajištění konzistentního nutričního příjmu. To znamená, že by měl člověk jíst po většinu dní pravidelně v podobě menších porcí a svačin. Pokud je lidské tělo pravidelně živeno, lépe vstřebává živiny a tak je neukládá pro pozdější využití ve formě nadměrných tukových zásob. Tento princip stravování platí nezávisle na noční či denní pracovní směně.

Dalším klíčem k úspěchu jsou velikosti porcí jídel a znalosti o správných zásadách stravování a zdravé výživě. Jednou z častých chyb u plánování jídla jsou nevhodné porce a přesvědčení, že je zapotřebí více kalorií, než je ve skutečnosti nezbytné pro zdraví.

Pokud se rozhodneme jíst zdravě, je to závazek a vyžaduje určité plánování. Pro sestry je tento systém stravování opravdu výzvou, protože pracují na dlouhé pracovní směny, noční směny nebo o víkendech. Existují určitá opatření, která sestrám mohou napomoci ubránit se nástrahám ve výživě, které úzce souvisí se stresory, které právě tato profese přináší. Mezi takové nástrahy, které jsou ve zdravotnictví velmi časté, patří časté využívání nemocniční

kavárny či místní fast food restaurace k nákupu svačiny či hlavního jídla, které svádí svojí chutí k jeho nadměrné konzumaci. Jako další nástrahu mohu uvést používání jídelních automatů či dárkových obchodů, konzumaci kalorických nápojů, kávy a sladkostí k překonání obtížné situace, týkající se pacientů. Nástrahou mohou být také sladké děkovné dary od pacientů. Znalost několika jednoduchých postupů zdravého stravování může sestřám pomoci odolat svodům a podpořit udržení jejich zdravých stravovacích návyků v práci.

Ošetřovatelství je náročná profese, která vyžaduje rozsáhlé znalosti, rychlé uvažování, trpělivost a soucit. Všeobecné sestry pracují v přísném a náročném prostředí s lidmi, které ne vždy dobře znají. To je zátěž, která často vede k poškození jejich zdraví.

Je tedy nutné, aby se sestry o sebe začaly starat a pochopily důležitost dodržování správných stravovacích návyků. Zdravý životní styl je důležitý jak pro pacienty, o které pečují, ale především pro ně samé. (Reed, 2014)

1.2 Pitný režim

1.3 Lidský organismus a tekutiny

„Tělní tekutiny důsledně kopírují složení mořské vody. Tělo je velmi pečlivě dodržuje, jinak dochází k chorobám, případně až kolapsu.“ (Zadák, 2014, s. 3)

Funkce vody v lidském těle je rozmanitá. Všechny buňky v těle, v kůži, ve žlázách, ve svalech, v mozku či kdekoli jinde, mohou plnit svou funkci pouze s dostatkem vody. Voda je základním prvkem chemických, biologických a mechanických funkcí organismu. Působí jako reaktant při hydrolitických (většina trávicích procesů) a hydratačních reakcích. (Eliášová & Štarhová, 2012, s. 16). Pro svou velkou tepelnou kapacitu má významnou roli v tepelném hospodářství, slouží k udržení koloidů v rozpuštěném stavu, působí při většině trávicích procesů a hydratačních reakcích, účastní se řízení toku energie. Kromě toho zvlhčuje a chrání sliznice a udržuje odolnost a pružnost kůže. (Šefčíková, 2014, s. 87)

1.3.1 Celková tělesná voda (CTV)

Muži: 62 % podílu celkové tělesné hmotnosti (CTH);

Ženy: 51 % podílu CTH;

Novorozenci: 76 – 78 % podílu CTH;

Intracelulární tekutina (ICT)

Obecně se předpokládá, že tvoří 40 % CTH (v buňkách, měkkých tkáních, ve svalech, v pojivku, v chrupavkách a v kostech).

Extracelulární tekutina (ECT)

Tvoří 20 % CTH. Její objem se u kriticky nemocných může velmi rychle měnit. Dělí se na intersticiální a intravazální tekutinu.

Intersticiální tekutina (IST)

Tvoří 10-15 % CTH. Zajišťuje výměnu látek mezi buňkou a zevním prostředím. Buňky trpí při jeho nedostatku i nadbytku zhoršením této výměny. Iontové složení je podobné jako v plazmě, s výjimkou malé koncentrace bílkovin.

Intravazální tekutina (IVT)

Plazma obsahuje vodu, představující 3,5-5 % CTH.

Transcelulární tekutina

Patří k ní cerebrospinální mok, kloubní tekutina a tekutina v trávicím ústrojí. Nelze ji počítat k žádné ze složek ECT. Celkové množství zpravidla nepřesahuje 500 ml, ale po jídle stoupá na 2-3 litry.

Tekutiny ve třetím prostoru

Vyskytují se jen za patologických situací, funkčně je nelze řadit ani k ECT, ani k ICT. Patří sem například patologické hromadění tekutin v ileu a v peritoneu při peritonitidě. Patří sem i traumatický edém nebo ascitická tekutina (Kazda, 2012, s. 3).

1.3.2 Příjem a ztráta vody

Příjem vody

- Voda jako nápoj – tímto způsobem získáme 1000 – 1500 ml vody.
- Příjem vody v potravě – tímto způsobem získáme asi 1000 ml, závisí na složení potravy, například v zelenině je vody více.

- Voda vznikající při oxidačních pochodech – asi 300 ml/den.

Ztráta vody

- Celkové denní ztráty 2000 –2500 ml.
- Močí – denní diuréza představuje za normálních okolností 1000–1500 ml vody.
- Kůží – neznatelné pocení asi 50 ml vody denně, výdej záleží na intenzitě tělesné činnosti.
- Plícemi – při dýchání se vyloučí 400 ml vodní páry.
- Trávicím traktem – stolicí se vyloučí 100 ml vody (při průjemovitých onemocněních více). Voda se může ztrácet i zvracením.

Trávicích šťáv se vyloučí denně do trávicí trubice 8–9 litrů, ale část se pak zpětně vstřebává v tenkém a tlustém střevě, takže stolicí se vyloučí pouze 100 ml vody. V ledvinách se glomerulární filtrací vytvoří 170 litrů primární moči, z toho se 168,5 litru vstřebá zpět do krve a do moči se vylučuje pouze 1,5 l vody. (Šefčíková, 2014, s. 86)

1.3.3 Dehydratace

Pokud nedochází k vyrovnávání ztrát tekutin a minerálů, dochází v organismu k dehydrataci, což je ztráta a nedostatek vody v organismu. Je nebezpečná zvláště u dětí, které ještě nemají dostatečně vyvinuté způsoby její kompenzace. Kromě čisté vody se z těla mohou ztrácet i ionty sodík, draslík, chlor a podobně. Ty je pak nutné s vodou léčebně doplnit iontovými nápoji, infuzemi. Dehydratace se dělí na hypertonickou dehydrataci, hypotonickou dehydrataci a izotonickou dehydrataci.

Hypertonická dehydratace

Snižuje objem mimobuněčné i vnitrobuněčné tekutiny. Příčinou je nedostatečný příjem tekutin, nebo větší ztráta při diabetes insipidus, při diabetickém kómatu, u hyperventilace nebo iatrogeně navozené osmotické diuréze. Projevuje se sníženým turgorem tkání, suchou sliznicí, žízní, hypovolemií manifestující se snížením centrálního žilního tlaku, hypotenzí a tachykardií. Jako zdroj čisté vody se podává 5 %, 10 % a 20 % glukóza, napřed po malých dávkách, dojde-li ke snížení centrálního žilního tlaku, dávky se zvyšují. Vyznačuje se ztrátou tělesné hmotnosti, sníženým kožním turgorem, bledou pokožkou, mírně oschlými sliznicemi, oligurií, tonus může být normální, nebo zeslaben, tachykardií, v pokročilém

stadiu dochází k poruchám vědomí, křečím, rozvoji šoku až bezvědomí.

Hypotonická dehydratace

Hypotonická dehydratace je snížená mimobuněčná tekutina a zvýšený objem buněk, tedy objem vnitrobuněčné tekutiny, současně dochází ke ztrátě sodíku. Vzniká při hrazení extracelulární tekutiny pitím čisté vody nebo infuzemi glukózy při nedostatečném přívodu sodíku. Příčinou může být renální insuficience, zvracení, průjemy, velké pocení. Projevuje se poklesem krevního tlaku, ortostatickými poruchami, křeče.

Izotonická dehydratace

Izotonická dehydratace je izolovaná ztráta izotonické, mimobuněčné tekutiny, vnitrobuněčná se nemění. Jde o souběžný deficit sodíku a deficit vody, při zachování koncentrace sodíku, a tím normální osmolaritě. Hlavním rysem je zmenšení objemu extracelulární tekutiny. Objevuje se u těžkých průjmů a zvracení, u některých ledvinových onemocnění. Může dojít k anurii, hypotenzi, apatii až rozvoji šoku. Léčba spočívá v hrazení izotonické tekutiny (NaCl). (Šefčíková, 2014, s. 87)

1.4 Pitný režim

1.4.1 Optimální pitný režim

Výživová doporučení zaměřená na vyrovnanou bilanci spotřeby a výdeje vody se nazývají pitný režim. (Výživa a potraviny, 2015, s. 113)

Pod pojmem pitný režim rozumíme vědomé udržování dostatečného množství tekutin a minerálních látek v organismu. Je velmi často opomíjenou částí v oblasti výživy. Lidé běžně řídí příjem tekutin pomocí pocitu žízně. Žízeň už je pro organismus určitá forma stresu, ke kterému by nemělo docházet a který je pro člověka zbytečnou zátěží. Pít bychom měli pravidelně, po menších dávkách po celý den a žízni tak předejít. Pocit žízně je ochranný mechanismus těla. Nastoupí ve chvíli, kdy zaznamená nedostatek vody. Pro zajištění dostatečného množství tekutin během výkonu je důležité pravidelné pití v menších dávkách. Člověk získává denně okolo 800 ml vody z potravin, kdy nejlepšími zdroji jsou ovoce a zelenina, které obsahují více jak 70 % vody. (Šefčíková, 2014, s. 87 - 88)

Faktory ovlivňující pitný režim jsou: cvičení, životní prostředí, počasí, nemoc či zdravotní stav, těhotenství a kojení. (Pruthi, 2014)

1.4.2 Možnosti pitného režimu

Voda

Voda je základ pitného režimu. V dnešní době existuje široký výběr z nabídky balených vod, ale při výběru vody určené k pravidelné dlouhodobé konzumaci je dobré všimnout si hodnot obsahu minerálních látek.

Limonády

Limonády jsou hlavně v dětské populaci velmi oblíbené, obvykle však obsahují příliš mnoho cukrů a jejich sladká chuť nezahání spolehlivě žízeň. Sloužit by měly spíše jako občasný pamlsek, než jako každodenní nápoj.

Čaj

Čaj je ve většině případů vhodnou tekutinou k zahánění žízně a doplnění tekutin. Nejlepší jsou čaje neslazené, vhodný je čaj zelený i černý, slabé bylinné čaje. Příliš silný černý čaj však ve větším množství narušuje vstřebávání železa.

Káva

Káva díky obsahu kofeinu je vhodná jako tekutina povzbuzujícího charakteru, ale do pitného režimu se ovšem nepočítá pro svůj silný dehydratační účinek. (Šefčíková, 2014, s. 88)

Je prokázáno, že pití kávy snižuje riziko diabetu, KV onemocnění, ale také nealkoholického ztučnění jater, cirhózy i karcinomu jater. (Pití nejméně tři šálků kávy denně zlepšuje jaterní funkci, 2015, s. 74)

Alkohol

Alkohol v pitném režimu není vhodný, protože má dehydratační účinky a obsahuje cukr. Žízeň určitě nezažene.

Pivo

Pivo je vhodným nápojem (zejména po těžším jídle), obsahuje mimo jiné stopové prvky (selen, fluorid, jód...). Ale maximální příjem by měl být tak jeden půllitr piva denně. V urologii snižuje riziko vzniku oxalátových kamenů.

Červené víno

Červené víno se doporučuje maximálně dva decilitry denně. Může ovlivnit například rizikové faktory vedoucí ke vzniku vysokého krevního tlaku, srdeční a cévní choroby.

Mléko

Mléko je tekutina (obsahuje téměř 90 % vody) a zároveň obsahuje i nutričně významné složky a je vlastně i výživou, která má sytící účinek. Je zdrojem vápníku, ale obsahuje mléčnou bílkovinu KASEIN, která je v zažívacím traktu nerozpustná. Tato bílkovina se sráží v zažívacím traktu a způsobuje plynatost, průjem a křeče. Vhodnější jsou mléka kysaná, která obsahují méně mléčných bílkovin, a tím jsou lépe stravitelná. (Šefčíková, 2014, s. 87 - 88)

1.4.3 Zásady pitného režimu

1. Základ pitného režimu tvoří neenergetické nápoje – voda z veřejného vodovodu, případně balené vody s mineralizací 150 – 500 mg/l. Tekutiny lze doplnit dle potřeby vodou více mineralizovanou či jiným druhem nápoje.
2. Nápoje s vysokým obsahem sacharidů obsahují zbytečně velké množství energie. Většina slazených nápojů obsahuje i vyšší množství přidaných látek, jejichž příjem není žádoucí.
3. Nekonzumovat často nápoje s vyšším obsahem oxidu uhličitého.
4. Při nákupu balených vod je důležité sledovat obsah minerálních látek, především celkovou mineralizaci. Mělo by být sledováno i skladování balené vody – ne na slunci a při vyšších teplotách.
5. Pít v průběhu celého dne, předcházet pocitu žízně. Pocit žízně je již indikátorem vzniklé dehydratace. Ztráta více než 5 % hmotnosti těla v důsledku dehydratace snižuje výkon o 30 %.
6. Ideální teplota nápoje se má pohybovat kolem šestnácti stupňů a výše. Nižší teploty nápojů pocit žízně následně zvyšují tím, že vedou k překrvení sliznic hltanu. (Pokorná & Matějová, 2010, s. 38 - 40)

2 Empirická část

2.1 Cíle práce a hypotézy

Cíl 1: Zmapovat stravovací a pitný režim všeobecných sester ve směnném provozu.

Cíl 2: Zjistit stravovací podmínky všeobecných sester.

Cíl 3: Zjistit vliv stravovacích návyků na zdraví všeobecných sester.

Cíl 4: Zjistit spokojenost všeobecných sester s vlastním stravovacím režimem.

Hypotézy:

Všeobecné sestry ze sledovaného souboru mají nepravidelný stravovací režim.

Všeobecné sestry ze sledovaného souboru dodržují pravidelné přestávky dle zákoníku práce.

Všeobecné sestry si jsou vědomy toho, že stravovací a pitný režim má vliv na jejich zdraví.

Všeobecné sestry ze sledovaného souboru nejsou spokojeny se svým dosavadním stravovacím režimem.

Všeobecné sestry ze sledovaného souboru si nosí dostatečné množství tekutin na směnu.

2.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Ve výzkumu téměř vždy studujeme nějaký vzorek lidí, díky němuž se pak pokoušíme odhadnout, jak vypadá celá populace. (Walker, 2013, s. 32). Mnou zvolený výzkumný vzor je tvořen všeobecnými sestrami z vybraných oddělení interní kliniky, pohotovosti, neurochirurgické a neurolooonkologické kliniky, kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a chirurgické kliniky Ústřední vojenské nemocnice v Praze. Počet respondentů byl 114. Sestry, které byly požádány o vyplnění dotazníku, pracovaly v třísměnném provozu a působily na lůžkových odděleních, odděleních akutní a intenzivní péče.

2.2.1 Údaje o respondentech

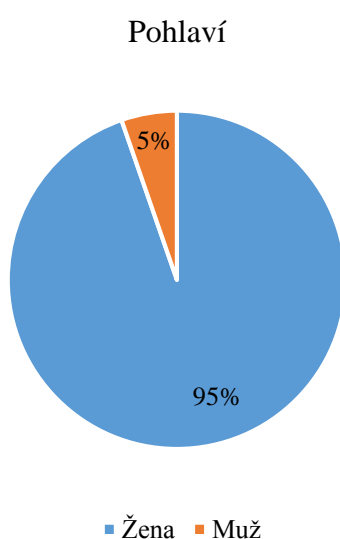
Otázka č. 11: Pohlaví?

a) žena, b) muž

Tabulka č. 1: Pohlaví empirického vzorku

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	107	95%
Muž	6	5%

Graf č. 1: Relativní četnost pohlaví



Otázkou číslo 11 jsem zjišťovala pohlaví oslovených všeobecných sester. Z uvedeného grafu vyplývá, že většinu respondentů, to znamená 95 % vzorku, tvořily ženy. Muži tvořili pouhých 5 %.

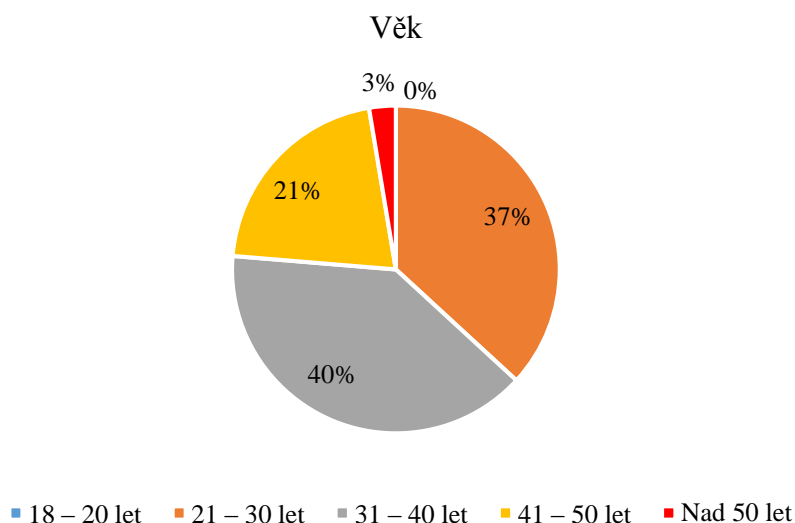
Otázka č. 12: Věk?

a) 18 – 20 let, b) 21 – 30 let, c) 31 – 40 let, d) 41 – 50 let, e) nad 50 let

Tabulka č. 2: Věková škála

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
18 – 20 let	0	0%
21 – 30 let	42	37%
31 – 40 let	45	40%
41 – 50 let	24	21%
Nad 50 let	3	3%

Graf č. 2: Relativní četnost věku



V této otázce bylo zjišťováno přibližné věkové rozmezí účastněných všeobecných sester. Výsledný graf ukazuje fakt, že šetření se nezúčastnily žádné sestry mladší dvaceti let. Nejpočetnější zastoupení měla věková skupina respondentů pohybujících se mezi 31. – 40. rokem (40 %). Dále pak následuje skupina mezi 21. – 30. rokem (37 %), skupina mezi 41. – 50. rokem (21 %) a poslední bylo věkové rozmezí nad 50 let (3%).

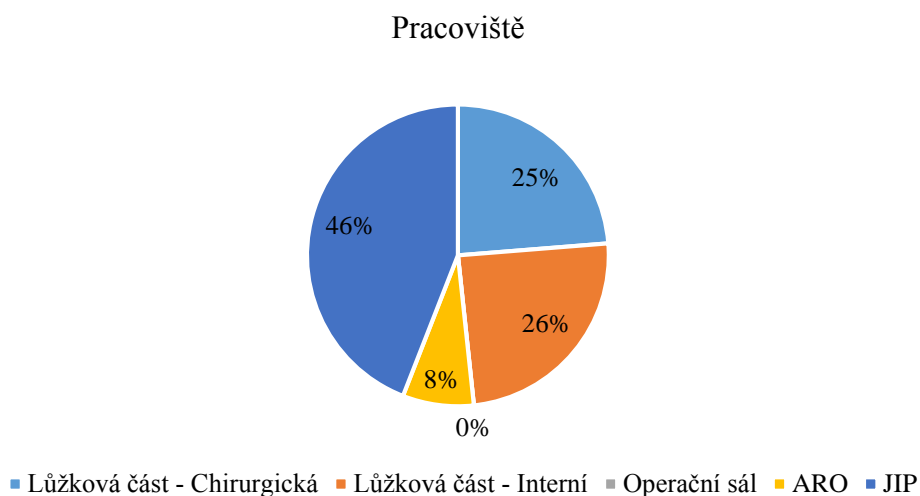
Otázka č. 13: Pracoviště?

a) lůžková část (chirurgická, interní), b) operační sál, c) ARO, d) JIP

Tabulka č. 3: Pracoviště respondentů

Pracoviště	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lůžková část - chirurgická	28	25%
Lůžková část - interní	29	26%
Operační sál	0	0%
ARO	9	8%
JIP	52	46%

Graf č. 3: Relativní četnost působení respondentů



Tato otázka slouží k vytvoření základního přehledu o účasti zkoumaného vzorku v rámci jednotlivých pracovišť. Největší účast byla na odděleních JIP (46 %), dále potom interní oddělení (26 %), chirurgická oddělení (25 %) a oddělení ARO (8 %).

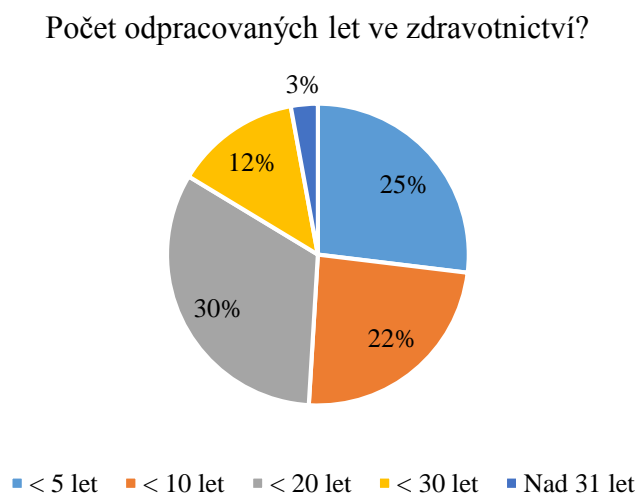
Otázka č. 14: Počet odpracovaných let ve zdravotnictví?

a) < 5 let, b) < 10 let, c) < 20 let, d) < 30 let, e) nad 31 let

Tabulka č. 4: Odpracovaná léta

Počet odpracovaných let ve zdravotnictví?	Absolutní četnost	Relativní četnost
< 5 let	28	25%
< 10 let	25	22%
< 20 let	34	30%
< 30 let	14	12%
Nad 31 let	3	3%

Graf č. 4: Relativní četnost odpracovaných let



Z osloveného vzorku bylo nejmenší zastoupení všeobecných sester působících ve zdravotnictví nad 31 let (3%). Druhé nejnižší zastoupení bylo u sester pracujících méně než 30 let (12%), dále pak méně než 10 let (22 %), méně než 5 let (25 %) a poslední nejpočetnější skupina je pracující méně než 20 let (30 %).

2.3 Metodika empirického šetření

Empirický výzkum byl zpracován kvantitativní metodou. Sběr dat byl realizován pomocí nestandardizovaného anonymního dotazníku vlastní konstrukce.

Celkové množství otázek použitých v dotazníku je čtrnáct. Všechny otázky jsou kladeny uzavřenou formou. V jeho první části se respondentů ptám na jejich stravovací návyky (otázka č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7), dále se dotazuji na jejich pitný režim (otázka č. 8), v otázce č. 9 se zajímám o skutečnost, zda se u výzkumné skupiny vyskytuje jedno či více z níže vypsanych onemocnění, které úzce souvisí právě s nevhodným stravováním. Poslední otázkou této části zjišťuji spojitost mezi způsobem stravování, pitným režimem a zdravotním stavem respondentek. Druhá část dotazníku obsahuje základní informace o dotazovaném (otázky 11 – 14).

2.4 Průběh výzkumného šetření

S žádostí o realizaci mého výzkumu jsem se obrátila na vedoucí orgán Ústřední vojenské

nemocnice v Praze. Po sepsání a odevzdání oficiální žádosti o možnosti realizace šetření v rámci této nemocnice, jsem obdržela písemnou zprávu o souhlasu s uskutečněním výzkumu od paní náměstkyně ošetrovatelské péče. Souhlas Etické komise nebyl v tomto případě potřeba. Po komunikaci s vrchními a staničními sestrami dotazovaných klinik mně bylo umožněno toto šetření realizovat. Pro empirické potřeby bylo nutné získat minimálně 100 respondentů. Celkem jsem rozdala 140 tištěných dotazníků, z toho správně vyplněných jich bylo 114. Výzkumné šetření proběhlo v rozmezí měsíce března a dubna 2016.

2.5 Vyhodnocení empirické části

Výsledky mého empirického dotazníkového šetření jsou zpracovány deskriptivní statistikou za pomoci grafů a tabulek v následujících bodech.

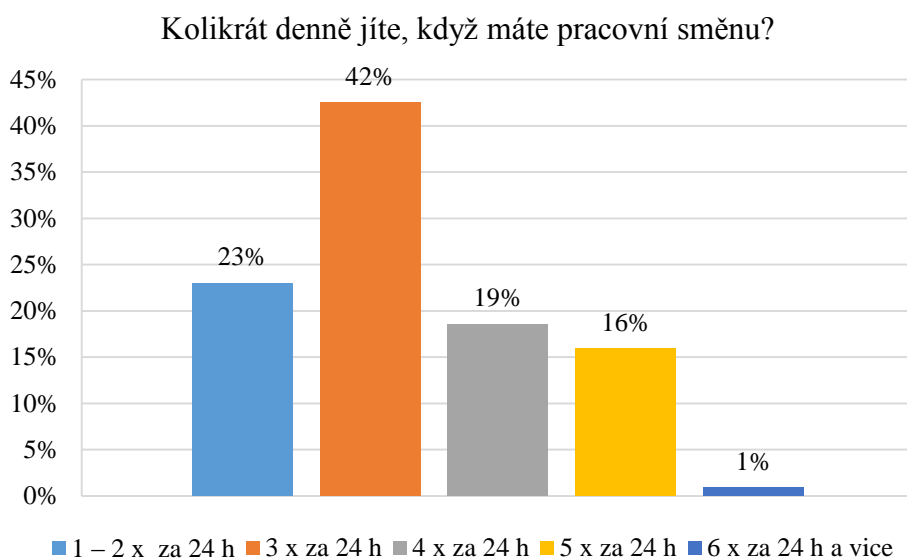
Otázka č. 1: Kolikrát denně jíte, když máte pracovní směnu?

a) 1 – 2 x za 24 h; b) 3 x za 24 h; c) 4 x za 24 h; d) 5 x za 24 h; e) 6 x za 24 h a více

Tabulka č. 5: Frekvence stravování během dne

Kolikrát denně jíte, když máte pracovní směnu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – 2 x za 24 h	26	23%
3 x za 24 h	48	42%
4 x za 24 h	21	19%
5 x za 24 h	18	16%
6 x za 24 h a více	1	1%

Graf č. 5: Relativní četnost stravování během dne



Nejčastější odpovědí dotazovaných na tuto otázku byla druhá možnost. Všeobecné sestry jedí 3 x za 24 hodin (42 %). Pouze 1 – 2 x za 24 hodin se stravuje 23 % respondentů. Okolo 19 % sester zvolilo, že jí nejméně 4 x za 24 hodin a 16 % zkoumaného vzorku jí 5 x za 24 hodin. Jako poslední, nejméně volenou odpovědí je 6 x za 24 hodin (1%).

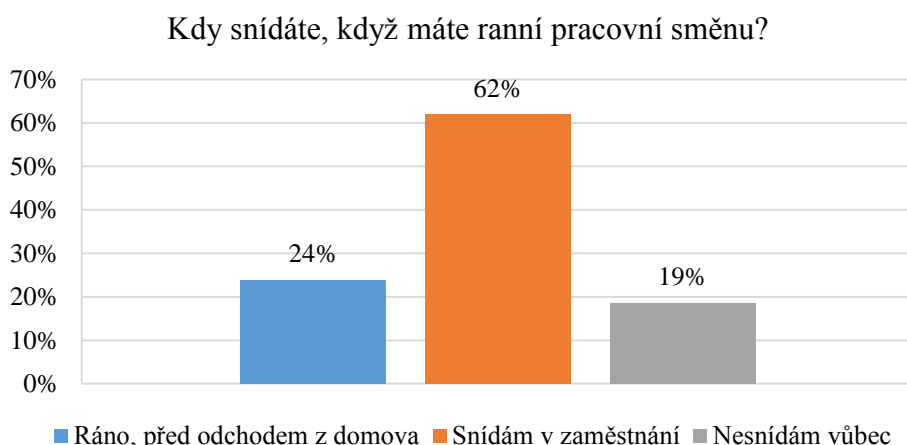
Otázka č. 2: Kdy snídáte, když máte ranní pracovní směnu?

a) Ráno, před odchodem z domova; b) Snídám v zaměstnání; c) Nesnídám vůbec

Tabulka č. 6: Snídání při ranní směně

Kdy snídáte, když máte ranní pracovní směnu?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ráno, před odchodem z domova	27	24%
Snídám v zaměstnání	70	62%
Nesnídám vůbec	21	19%

Graf č. 6: Relativní četnost snídaně při ranní směně



Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že více než polovina všeobecných sester snídá až po příchodu do zaměstnání (62 %). Téměř čtvrtina respondentů snídá ráno před odchodem z domova (24 %) a nemalé množství sester (19 %) uvedlo, že nesnídá vůbec.

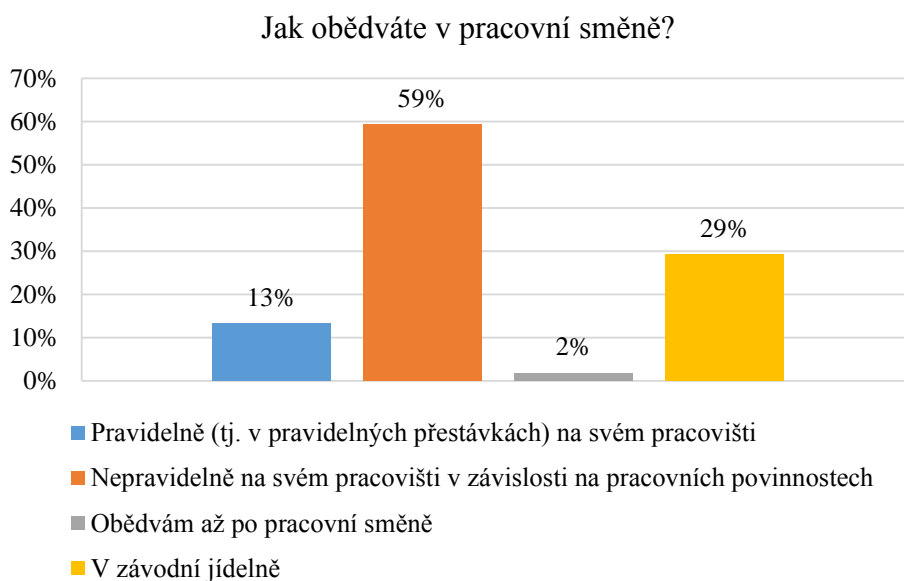
Otázka č. 3: Jak obědváte v pracovní směně?

a) Pravidelně (tj. v pravidelných přestávkách) na svém pracovišti; b) Nepravidelně na svém pracovišti v závislosti na pracovních povinnostech; c) Obědvám až po pracovní směně; d) V závodní jídelně

Tabulka č. 7: Oběd v pracovní směně

Jak obědváte v pracovní směně?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pravidelně (tj. v pravidelných přestávkách) na svém pracovišti	15	13%
Nepravidelně na svém pracovišti v závislosti na pracovních povinnostech	67	59%
Obědvám až po pracovní směně	2	2%
V závodní jídelně	33	29%

Graf č. 7: Relativní četnost oběda v pracovní směně



V této otázce se sester ptám, jak obvykle obědvají v pracovní směně. Více než polovina dotazovaných (59 %) uvedla, že obědvá nepravidelně na svém pracovišti v závislosti na pracovních povinnostech. Další skupina respondentů se stravuje v závodní jídelně (29 %). Pravidelně obědvá 13 % sester a po pracovní směně obědvají pouhá 3 %.

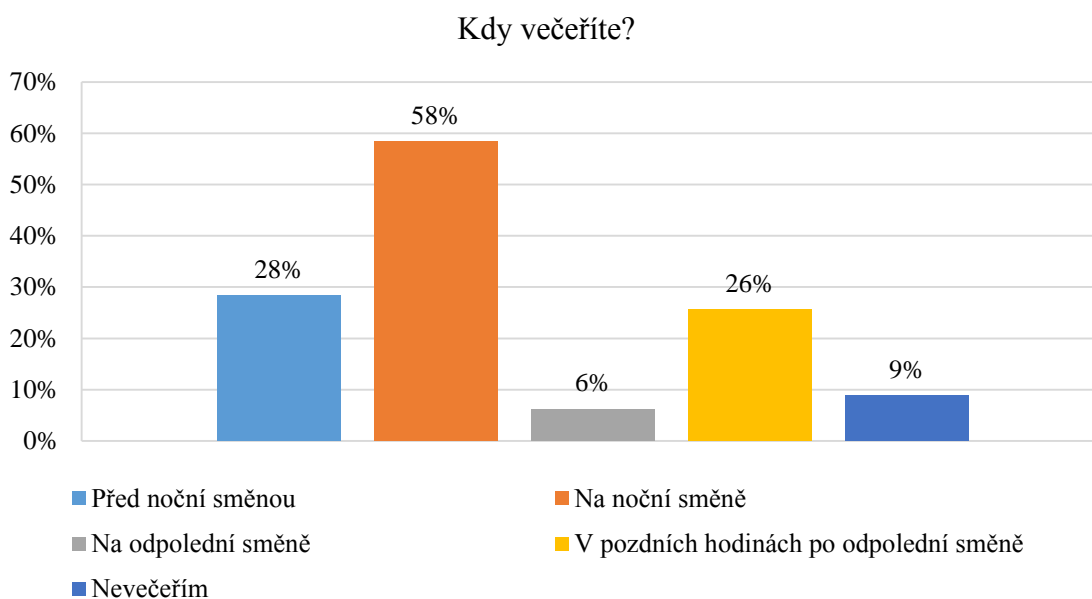
Otázka č. 4: Kdy večeříte?

a) Před noční směnou; b) Na noční směně; c) Na odpolední směně; d) V pozdních hodinách po odpolední směně; e) Nevečeřím

Tabulka č. 8: Večeře během směny

Kdy večeříte?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Před noční směnou	32	28%
Na noční směně	66	58%
Na odpolední směně	7	6%
V pozdních hodinách po odpolední směně	29	26%
Nevečeřím	10	9%

Graf č. 8: Relativní četnost večeře během směny



Tato otázka má za cíl zjistit, v jakou dobu sestry večeří. Zde bylo možné zvolit i více možností. Více než polovina dotazovaných odpověděla (58 %), že večeří na noční směně. Před noční směnou večeří 28 % sester. Bohužel nemalé procento sester (26 %) uvedlo, že k večeři se dostanou až v pozdních hodinách po odpolední směně a 9 % jich nevečeří vůbec. Na odpolední směně se stravuje 6 % respondentů.

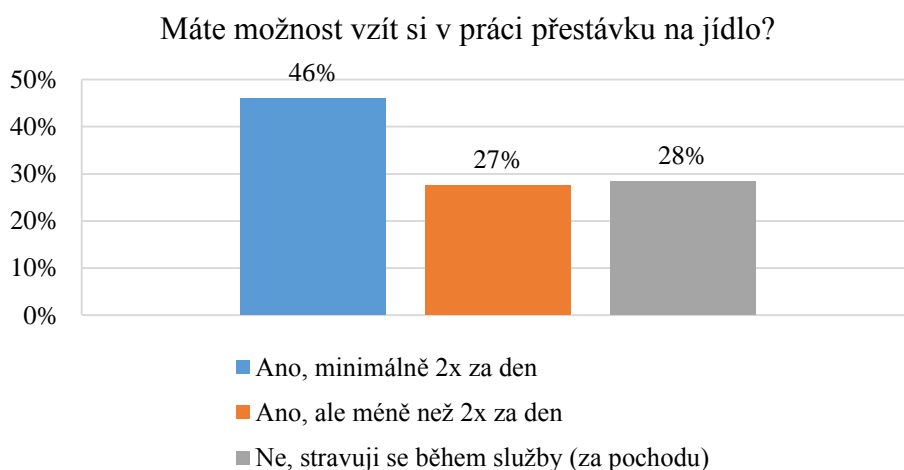
Otázka č. 5: Máte možnost vzít si v práci přestávku na jídlo?

a) Ano, minimálně 2 x za den; b) Ano, ale méně než 2 x za den; c) Ne, stravuji se během služby (za pochodu)

Tabulka č. 9: Přestávky na jídlo během pracovní směny

Máte možnost vzít si v práci přestávku na jídlo?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, minimálně 2 x za den	52	46%
Ano, ale méně než 2 x za den	31	27%
Ne, stravuji se během služby (za pochodu)	32	28%

Graf č. 9: Relativní četnost přestávky na jídlo během pracovní směny



Tato otázka má zjistit, zda si mají sestry možnost vzít během směny přestávku. Zde bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Možnost vzít si v práci přestávku minimálně 2 x za den má 46 % dotazovaných sester. Další procento sester 27 % má sice možnost přestávky, ale méně než 2 x za den. Celých 28 % sester však nemá možnost vzít si přestávku a stravuje se během služby.

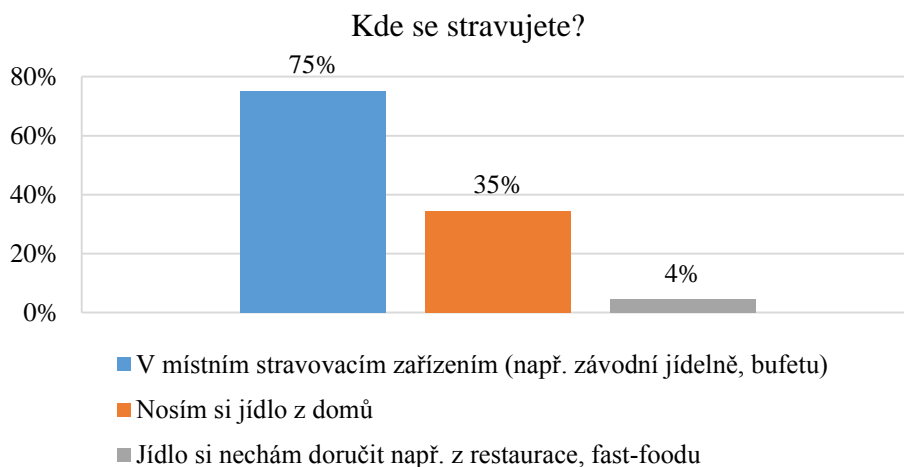
Otázka č. 6: Kde se stravujete?

a) V místním stravovacím zařízení; b) Nosím si jídlo z domů; c) Jídlo si nechám doručit například z restaurace nebo z fast foodu

Tabulka č. 10: Místo stravování

Kde se stravujete?	Absolutní četnost	Relativní četnost
V místním stravovacím zařízení (např. závodní jídelně, bufetu)	85	75%
Nosím si jídlo z domů	39	35%
Jídlo si nechám doručit např. z restaurace, fast foodu	5	4%

Graf č. 10: Relativní četnost místa stravování



Na otázku, týkající se místa stravování, bylo možné zvolit více odpovědí. Celkem odpovědělo 75 % respondentů, že se stravuje v místním stravovacím zařízení, jídlo z domova si nosí 35 % dotazovaných a pouhá 4 % sester si nechává jídlo doručit z restaurace nebo fast foodu.

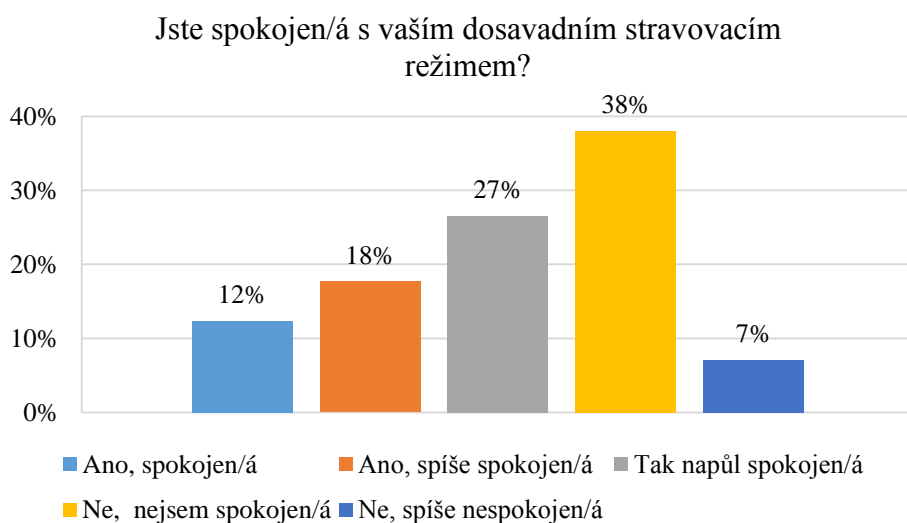
Otázka č. 7: Jak jste spokojen/a se svým dosavadním stravovacím režimem?

a) Ano, spokojen/á; b) Ano, spíše spokojen/á; c) Tak napůl spokojen/á; d) Ne, nejsem spokojen/á; e) Ne, spíše nespokojen/á

Tabulka č. 11: Spokojenost se stravovacím režimem

Jste spokojen/á s vaším dosavadním stravovacím režimem?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, spokojen/á	14	12%
Ano, spíše spokojen/á	20	18%
Tak napůl spokojen/á	30	27%
Ne, nejsem spokojen/á	43	38%
Ne, spíše nespokojen/á	8	7%

Graf č. 11: Relativní četnost spokojenosti se stravovacím režimem



V této otázce bylo hlavním cílem zjistit spokojenost sester s vlastním dosavadním stravovacím režimem. Zde bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Ze všech dotazovaných uvedlo 38 % respondentů, že nejsou spokojeni se svým dosavadním stravovacím režimem. Spíše nespokojených je 7 %. Dalších 27 % je spokojeno jen na půl. Zcela spokojených respondentů je 12 % a spíše spokojených 18 %.

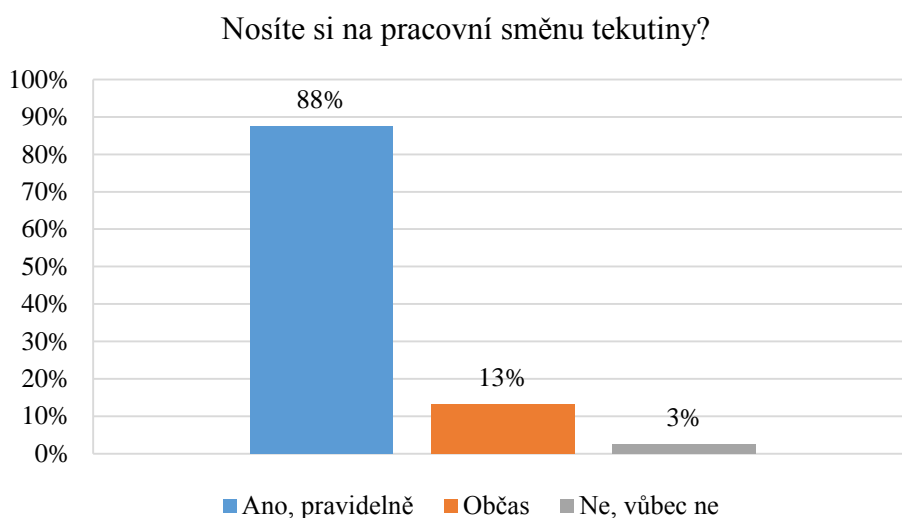
Otázka č. 8: Nosíte si na pracovní směnu tekutiny?

a) Ano, pravidelně; b) Občas; c) Ne, vůbec ne

Tabulka č. 12: Přítomnost tekutin během směny

Nosíte si na pracovní směnu tekutiny?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, pravidelně	99	88%
Občas	15	13%
Ne, vůbec ne	3	3%

Graf č. 12: Relativní četnost přítomnosti tekutin během směny



Tato otázka se zaměřuje na pitný režim všeobecných sester. Zde bylo možné zvolit pouze jednu odpověď. Z výše uvedeného grafu je zjevné, že tekutiny si na směnu nosí 88 % dotazovaných sester. Některé sestry si nosí tekutiny na směnu občas (13 %) a pouhá 3 % respondentů si tekutiny na směnu nenesí vůbec.

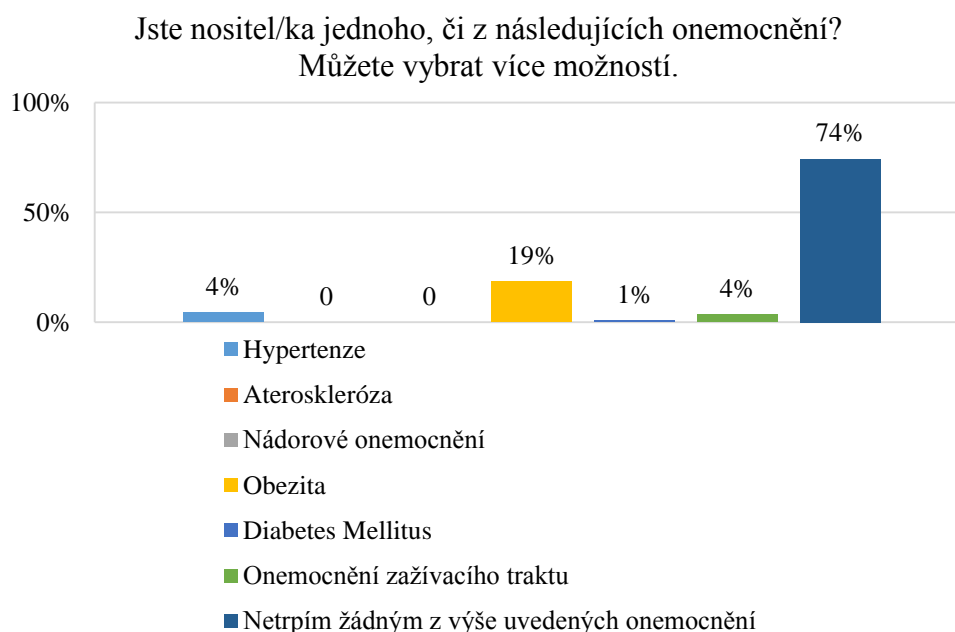
Otázka č. 9: Jste nositel/ka jednoho, či více z následujících onemocnění? Můžete vybrat i více možností.

- a) Hypertenze; b) Ateroskleróza; c) Nádorové onemocnění; d) Obezita; e) Diabetes mellitus; f) Onemocnění zažívacího traktu; g) Netrpím žádným z výše uvedených onemocnění

Tabulka č. 13: Incidence onemocnění, souvisejících s nevhodným životním stylem

Jste nositel/ka jednoho, či z následujících onemocnění? Můžete vybrat více možností.	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hypertenze	5	4%
Ateroskleróza	0	0%
Nádorové onemocnění	0	0%
Obezita	21	19%
Diabetes mellitus	1	1%
Onemocnění zažívacího traktu	4	4%
Netrpím žádným z výše uvedených onemocnění	84	74%

Graf č. 13: Relativní četnost incidence onemocnění



U této otázky, která se týká zdravotního stavu dotazovaných, bylo možné volit více odpovědí. Nejčastější zvolenou odpovědí byla poslední možnost, netrpím žádným z výše uvedených onemocnění (74 %). Výskyt onemocnění souvisejících s výživou a stravovacími návyky u všeobecných sester není nijak dramatický, přesto je však přítomen. Jedním z hlavních onemocnění, které respondenti uváděli, je obezita (19 %), dále pak hypertenze (4 %), onemocnění zažívacího traktu (4 %) a diabetes mellitus (1 %). V případě aterosklerózy a nádorových onemocnění byl zaznamenán nulový výskyt.

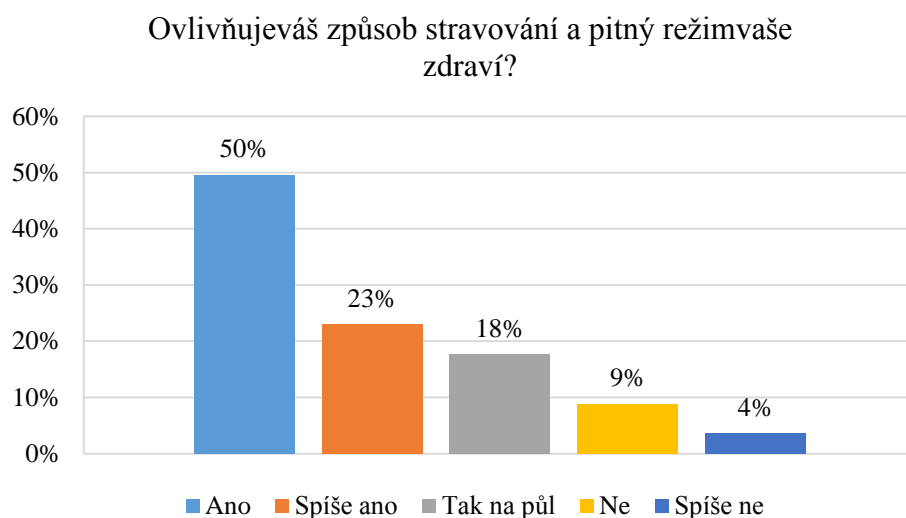
Otázka č. 10: Ovlivňuje váš způsob stravování a pitný režim vaše zdraví?

a) Ano; b) Spíše ano; c) Tak napůl; d) Spíše ne; e) Ne

Tabulka č. 14: Vliv stravování a pitného režimu na zdraví respondentů

Ovlivňuje váš způsob stravování a pitný režim vaše zdraví?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	56	50%
Spíše ano	26	23%
Tak napůl	20	18%
Ne	10	9%
Spíše ne	4	4%

Graf č. 14: Relativní četnost vlivu stravování a pitného režimu na zdraví respondentů



Přesně polovina respondentů (50 %) deklaruje názor, že způsob stravování a pitný režim ovlivňuje jejich zdraví. Dalších 23 % dotazovaných sester se domnívá, že způsob stravování a pitný režim spíše ovlivňuje jejich zdraví, tak napůl (18 %), celých 9 % si myslí, že jejich zdraví spíše není ovlivněno stravovacím a pitným režimem a pouhá 4 % respondentů věří, že výše zmíněný pitný a stravovací režim, nemá na jejich zdraví vůbec žádný vliv.

3 Diskuze

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit stravovací a pitný režim všeobecných sester na vybraných pracovištích. Téma výživy u zdravotnických profesí už bylo zpracováno v několika bakalářských či diplomových pracích. Tématu stravovací režim a pitný režim je obvykle věnována jen určitá pasáž či kapitola práce. To byl jeden z důvodů, proč jsem se rozhodla zaměřit na tento úsek zdravého životního stylu.

Práce všeobecné sestry, jak už jsem ve své práci zmínila, je povolání náročné a to hned v mnoha ohledech. Práce ve směnném provozu je zatěžující a může výrazně zasahovat do kvality života sester. Narušení cirkadiání rytmicity může vyústit ve spánkové poruchy a mnohá závažná onemocnění. Velmi často k těmto obtížím přispívá právě nevhodná výživa a stravovací režim. Samotné sestry si však ne vždy plně uvědomují důležitost dodržování vhodných stravovacích návyků. Podle některých všeobecných sester ze sledovaného souboru (9%) nemá stravování ani pitný režim na jejich zdraví vliv vůbec žádný. Další 4 % respondentů odpověděla, že na jejich zdraví, stravovací a pitný režim vliv spíše nemá. Výsledky tedy ukázaly, že 13 % oslovených sester nepřisuzuje výživě, stravovacímu a pitnému režimu příliš velký význam ve smyslu vlivu na jejich zdraví. Jako příznivou zprávu vycházející z odpovědí na tuto otázku vnímám ten fakt, že 50 % dotazovaných sester si je vědoma vlivu a důležitosti stravovacího a pitného režimu na jejich zdraví. Dalších 23 % sester v dotazníku uvedlo, že je jejich zdraví spíše ovlivněno stravovacím a pitným režimem. Lze tedy říci, že zhruba 70 % respondentů má povědomí o důležitosti výživy a stravovacího režimu. Celkem 18 % sester uvedlo, že jejich zdravotní stav je stravovacím a pitným režimem ovlivněn z poloviny. Další otázka, která souvisí s vlivem stravovacího a pitného režimu na zdraví všeobecných sester, je otázka č. 9. Zde byla uvedena taková onemocnění, která úzce souvisí s výživou a stravovacím režimem. Mým cílem bylo zjistit incidenci těchto onemocnění ve sledovaném souboru. Výsledek nebyl nijak dramatický. Celkem 74 % respondentů uvedlo, že netrpí žádným z uvedených onemocnění. Je možné, že tento pozitivní výsledek byl ovlivněn skutečností, že velké procento dotazovaných se pohybovalo ve věkovém rozmezí 21 – 30 let (37 %) a 31 – 40 let (40 %), to znamená mezi poměrně mladými lidmi. Nejčastěji všeobecnými sestrami uvedené onemocnění je obezita (19 %). Tento výsledek může do jisté míry poukázat na spojitost stravovacích návyků s vlivem na naše zdraví. Všeobecné sestry pracující ve směnném provozu se obvykle nevyhnou práci v noci. Střídání nočních a denních směn, nepravidelnost stravování a nevhodná skladba potravy

nese svá rizika a následky. Dalším, i když už ne tak častým onemocněním, byla sledovaným souborem sester označována hypertenze (4%) a onemocnění zažívacího traktu (4%). Výskyt těchto dvou onemocnění by se dal předpokládat, vzhledem k hektičnosti a celkové fyzické i psychické vyčerpání všeobecných sester. Diabetes mellitus zde měl téměř nejnížší zastoupení (1%) a nulový výskyt u sledovaného souboru byl prokázán v případě aterosklerózy a nádorových onemocnění.

Pro dodržování vhodného stravovacího režimu všeobecných sester jsou velmi důležité podmínky pro stravování. Tomuto tématu se věnuje otázka č. 5 a otázka č. 6. V otázce č. 5 mne zajímá, jestli mají respondenti možnost vzít si během směny přestávku na jídlo. Podle zákoníku práce, Zákon č. 262/2006 Sb., je zaměstnavatel povinen umožnit zaměstnanci přestávku po šesti hodinách nepřetržité práce na jídlo a oddech v trvání nejméně 30 minut. Mladistvým musí být tato přestávka poskytnuta nejdéle po čtyř a půl hodinách nepřetržité práce. Jde-li o práce, které nemohou být přerušeny, musí být zaměstnanci i bez přerušení provozu nebo práce zajištěna přiměřená doba pro oddech a jídlo (2006, s. 2). Zajímalo mě tedy, jak je tomu reálně v praxi. Výsledek byl pro mě do jisté míry překvapivý. Vzhledem k tomu, že jsem se během své praxe setkávala spíše s negativními zkušenostmi sester v oblasti přestávek během směny, očekávala jsem výsledky jiné. Téměř polovina všeobecných sester ze sledovaného souboru (46 %) uvedla, že má možnost vzít si přestávku minimálně 2 x za den. Jak můžeme vidět, procento sester, které dodržují přestávky podle zákoníku práce je poměrně vysoké. Je třeba brát v úvahu, že každé oddělení je jiné a že ne vždy je reálně si přestávku udělat. Záleží také na vedení, zvyklostech a kolektivu oddělení. Dalších 27 % respondentů si přestávku sice vzít může, ale méně než 2 x za den. Celých 28 % všeobecných sester si přestávku na jídlo nemá možnost udělat vůbec a stravuje se během služby. Procento sester, které nemají za celou směnu přestávku, není nízké. Pracovat celých 12 hodin bez jediné přestávky je podle mého názoru veliké riziko a to nejen pro sestru samotnou, ale především pro její okolí. Není možné udržet plnou koncentraci po celou dobu pracovní směny, je pak mnohem snazší udělat chybu, což může mít fatální následky. Ze sebraných dat můžeme tedy konstatovat, že stanovená hypotéza *Všeobecné sestry ze sledovaného souboru dodržují pravidelné přestávky dle zákoníku práce*, se nepotvrdila.

Další část dotazníku se týká vybraných stravovacích zvyklostí dotazovaných všeobecných sester. Tomuto tématu jsou věnovány otázky č. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8. První otázka zjišťuje, kolikrát denně se sestry stravují, když mají pracovní směnu. Celkem 42 % sester se stravuje 3 x za 24 hodin. Sester, které se stravují 4 x za 24 hodin je 19 % ze sledovaného souboru a

16 % jí 5 x za 24 hodin. Pouhé 1 % respondentů uvedlo, že jí pravidelně 6 x za 24 hodin a více. Oproti tomu další skupina respondentů (23 %) se stravuje 1 až 2 x za 24 hodin. Domnívám se, že stravovat se jednou či dvakrát za den je opravdu málo. Všeobecné sestry by měly jíst častěji a v malých porcích, stravu bohatou na zeleninu a ovoce a dodržovat výživová doporučení. Sestra jako profesionál by měla jít příkladem a starat se o své zdraví. U otázky č. 2 jsem se dotazovala respondentů, kdy snídají, když mají pracovní směnu. Více než polovina sester ze sledovaného souboru (62 %) snídá až po příchodu do zaměstnání. Zde bych hodnotila kladně fakt, že sestry vůbec snídají, i když to není hned po probuzení. Sester, které snídají doma, je procento o poznání nižší (24 %). Zbylé procento sester (19 %) uvádí, že nesnídá vůbec. Snídaně je velmi důležitou součástí našeho stravovacího režimu a já se domnívám, že by se vynechávat neměla. Otázka č. 3 se věnuje tématu, jak sestry obědvají v pracovní směně. Jednoznačně největší procento respondentů (59 %) odpovědělo, že obědvá nepravidelně na svém pracovišti v závislosti na pracovních povinnostech. Z výsledků odpovědí na tuto otázku je zřejmé, že více než polovina všeobecných sester nemá dostatek času na pravidelný oběd, zato 13 % sester ze sledovaného souboru obědvá pravidelně. Pouhá 2 % sester obědvá po pracovní směně a 29 % obědvá v závodní jídelně.

U otázky č. 4 se respondentů táži, kdy večeří. Na noční směně večeří nejvyšší počet všeobecných sester (58 %). Před pracovní směnou večeří 28 % sester, na odpolední směně večeří 6 %, okolo 26 % respondentů večeří v pozdních hodinách po odpolední směně a pouhé 1% nevečeří vůbec. To, že více než polovina všeobecných sester večeří na noční směně a téměř čtvrtina jich večeří až v pozdních hodinách, není příliš pozitivní poznatek. Můžeme tedy říci, že i u otázek č. 1, 2, 3, 4 se stanovená hypotéza *Všeobecné sestry ze sledovaného souboru mají nepravidelný stravovací režim* potvrdila. U otázky č. 6 se respondentů dotazují, kde se nejčastěji stravují. Nejvíce sestry uváděly první možnost, to znamená, že (75 %) respondentů se stravuje v místním stravovacím zařízení, dalších (35 %) si nosí jídlo z domů a (4%) všeobecných sester si jídlo nechává doručit z restaurace, či fast foodu.

Otázka č. 7 se zabývá spokojeností sester se svým vlastním stravovacím režimem. U této otázky jsem očekávala spíše negativní odpověď. Reálné výsledky moje očekávání potvrdily. Odpověď spíše nespokojen/na označilo 38 % respondentů, 27 % je spokojeno jenom z poloviny, spokojeno je 12 % všeobecných sester a 18 % je spíše spokojeno. Větší procento sester tedy zaujímá postoj, který ukazuje spíše nespokojenost se svým vlastním stravovacím režimem. Poslední otázka, které se budu v této kapitole věnovat, je otázka č. 8. Tato otázka se týká pitného režimu všeobecných sester. Cílem této otázky bylo zjistit od dotazovaných,

zda si na směnu nosí tekutiny. Zde byl výsledek jednoznačně pozitivní. Více než tři čtvrtiny dotazovaných (88 %) si na směnu tekutiny nosí. Zbýlý počet respondentů si tekutiny nosí na směnu občas (13 %), a nebo vůbec (3 %). U této otázky jsem předpokládala, že většina všeobecných sester ví, jak má vhodný pitný režim vypadat a dodržuje ho.

V poslední otázce se respondentů táži na počet odpracovaných let ve zdravotnictví. Zde jsem uvedla 5 možností odpovědi (méně než pět let, méně než 10 let, méně než 20 let, méně než 30 let a nad 31 let). Později při sběru vyplněných dotazníků jsem byla jednou vrchní sestrou upozorněna, na první možnost této otázky. Rozmezí pěti let je velice široké. Rozdíl mezi sestrou pracující prvním rokem ve zdravotnictví a na druhou stranu sestrou, která je v provozu pět let může být opravdu výrazný. Všeobecná sestra, která je na počátku své profesní kariéry, není ve zdravotnictví natolik dlouho, a proto na ni směnný provoz může mít jiný dopad, než na sestru, která je již ve směnném provozu rok a více. Zde jsem tedy mohla uvést podrobnější rozdělení počtu odpracovaných let. Mohlo dojít ke zkreslení výsledku tím, že byl dotazník vyplněn všeobecnou sestrou, která je ve zdravotnictví pouze po krátkou dobu. K dalšímu zkreslení mohlo dojít v případě, že sestra neměla dostatek času na vyplnění dotazníku. Práce sestry je hektická a najít si dostatek času může znamenat překážku. Úskalí může nastat v případě, že sestra nevěnuje dotazníku plnou pozornost. I to může vést k ovlivnění výsledků. Tomuto zkreslení se ovšem jen obtížně dá zabránit.

Tato bakalářská práce poskytuje náhled na stav pitného, ale především stravovacího režimu vybraného výzkumného vzorku všeobecných sester. Víím, že za dané situace v českých nemocnicích mají sestry obtížné podmínky pro změnu svých stravovacích návyků. Práce je často velice časově náročná a vzít si regulérní přestávku, která trvá déle než deset minut, může být nereálná. Mohu však z vlastní zkušenosti potvrdit, že v zahraničí už se v řešení této situace posunuli značně dopředu. Během svého téměř dvouletého působení jako zdravotnický asistent v anglických nemocnicích Queen Alexandra Hospital a James Cook University Hospital, jsem se setkala s velmi důrazným apelem na dodržení přestávek během směny. Každý člen zdravotnického týmu měl nárok na dvacetiminutovou přestávku po šesti hodinách nepřetržité práce a nesměl být při ní nikým vyrušen. Toto bylo organizačně velmi dobře zvládnuto. Podle mého názoru se tento způsob řešení odpočinku zaměstnanců pozitivně projeví jak v efektivitě práce, tak na fyzické a psychické pohodě sester. Je tedy otázkou, zda by bylo možné obdobný systém jednou zavést i v českých nemocnicích. Domnívám se, že by se tento způsob řešení přestávek během směny setkal s velmi pozitivní odezvou u všeobecných sester i ostatního zdravotnického personálu.

4 Závěr

Bakalářská práce se zabývá stravovacím a pitným režimem všeobecných sester na vybraných pracovištích se zaměřením na třísměnný provoz. Toto téma je neustále aktuální. Situace v českém zdravotnictví, kdy je neustálý nedostatek všeobecných sester, není v mnoha případech příznivá. Sestry musí zastat mnohem více práce a jejich prostor pro jejich odpočinek a stravování se zužuje.

Z vyhodnocených sebraných dat bylo zjištěno, že stravovací režim všeobecných sester je z větší části nepravidelný. Většina sester sice snídá, ale až na oddělení (62 %). Více než polovina z nich nemá dostatek času na pravidelný oběd (59 %). Všeobecné sestry ze sledovaného souboru nejčastěji večeří na noční směně (59 %), dále pak před odpolední směnou (28 %) a na odpolední směně (6 %), někdy až v pozdních hodinách (26 %). Všeobecné sestry se nejčastěji stravují v místním stravovacím zařízení (75%). Tekutiny na pracovní směnu si nosí 88 % sester. Incidence chorob, které souvisí s nedodržením výživových doporučení, byla u zkoumaného vzorku nízká. Celkem 74 % sester netrpí žádným z uvedených onemocnění. Obezitou je postiženo 19 % respondentů, hypertenzi a onemocněním zažívacího traktu (4%). Výsledky, které se týkaly stravovacích podmínek všeobecných sester, ze sledovaného souboru ukázaly, že celkem 48 % má možnost přestávky na jídlo podle zákoníku práce. Vysoké procento respondentů, celkem 70 % sester, má povědomí o důležitosti výživy a stravovacího režimu. Sester, které nejsou spokojeny se svým stravovacím režimem je 38 % a částečná nespokojenost se prokázala u 27 % respondentů.

Přínos mé práce pro ošetrovatelskou praxi je získání náhledu na tyto vybrané aspekty zdravého životního stylu z úhlu profese všeobecných sester. Může být přínosem pro praxi ve smyslu podnětění úvah nad svým vlastním stravovacím režimem a o možnostech jeho změně.

5 Seznam použité literatury a informačních zdrojů

Kasper, H., & Burghardt, W. (2015). *Výživa v medicíně a dietetika* (11. vyd., 572 s.), 1. české vydání, Praha: Grada.

Turek, B., & Šíma, P. (2013). *Jak a proč výživa ovlivňuje zdraví: zdravotní tvrzení na potravinách* (1. vyd., 48 s.) Praha: Potravinová komora České republiky, Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Svačina, Š., & Müllerová, D., & Bretšnajdrová, A. (2013). *Dietologie pro lékaře, farmaceuty, zdravotní sestry a nutriční terapeuty* (2. vyd., 341 s.) Praha: Triton.

Kunová, V. (2011). *Zdravá výživa*, (2. vyd., 140 s.). České Budějovice: Grada.

Středa, L. a kolektiv (2013). *Obézní pacient v interdisciplinárním pohledu*, (1. vyd., 60 s.). Praha: České vysoké učení technické.

Szitányi, P., & Těšínský, P. a kolektiv (2013). *Současné trendy v klinické výživě a intenzivní metabolické péči* (1. vyd., 120 s.). Plzeň: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

Kazda, A., & kolektiv autorů (2012). *Kritické stavy, metabolická a laboratorní problematika*, (1. vyd., 346 s.). Praha: Galén.

Walker, I. (2013). *Výzkumné metody a statistika*, (1. Vyd., 224 s.). Praha: Grada Publishing.

Hlavatá, K. (2015). *Výživa ve zdraví i nemoci, Kazuistiky v angiologii*, 4, 30.

Hlavatá, K. (2014). *Výživa v prevenci nádorových onemocnění, Kazuistiky v diabetologii*, 12 (4), 26.

Stránský, M. (2014). *Výživa v prevenci a léčbě diabetu, Globální problémy veřejného zdravotnictví*, sborník konference, 51.

Fakultní Thomayerova nemocnice, (2011). Průzkum: Jak se stravují zdravotní sestry, *Florence*, 7 (12), 44.

Pretel, M. (2014). Poruchy cirkadiánního rytmu, *Practicus*, 13 (6), 38.

Vybíhalová, L. (2013). Vliv povolání sestry na životní styl, *Sestra*, 23 (2), 66.

Eliášová, J., & Štarhová, D. (2012). Dehydratace versus rehydratace a pitný režim, *Ošetrovatelská praxe*, 2012 (2), 38.

Šefčíková, M., & Sochorová, N., & Hilšerová, S., & Šarapatka, J. (2014). Tekutiny a lidský organismus, *Urologie pro praxi*, 15 (2), 88.

Voda pro pitný režim, *Zpravodaj pro školní stravování, Výživa a potraviny*, 2015, 70 (5), 140.

Zadák, Z., (2014). O vlivu „minerálek“ na lidské zdraví, *Zdravotnické noviny*, 3 (22), 8.

Pití nejméně tří šálků kávy denně zlepšuje jaterní funkci. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*, 2015, 7 (2), 80.

Jaroslav, P., (2014). Narušení cirkadiánních rytmů a civilizační choroby, pneumologie, *Acta Medicinæ*, 3 (6), 82.

Golková, M., (2011). Jídlo je lék i jed, *Bulletin, Sdružení praktických lékařů ČR*, 21 (3), 63.

Pokorná, J., & Matějová, H., (2010). Pitný režim, Lékařská fakulta MU, Brno, Ústav preventivního lékařství, *Výživa a potraviny*, 65 (2), 29 – 56.

World Health Organisation, (2015). Q&As on Hypertension [online].

Dostupné z : <http://www.who.int/features/qa/82/en/>

Zákon č. 262/2006 Sb, Zákoník práce [online].

Dostupné z : http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z65_1965_2#par83

Pruthi, S. (2014). Factors that influence water needs. Mayo Clinic [online].

Dostupné z : <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/water/art-20044256?pg=2>

World health organisation (2015). Obesity and overweight [online].

Dostupné z : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

World health organisation (2014). WHO open public consultation on the draft sugar guideline [online].

Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2014/consultation-sugar-guideline/en/>

Zimmerman, M., & Snow, B. (2012). Nutrition and your health, *An Introduction to Nutrition* [online].

Dostupné z: <http://2012books.lardbucket.org/pdfs/an-introduction-to-nutrition.pdf>

Reed, D., (2014). Healthy Eating for Healthy Nurses: Nutrition Basics to Promote Health for Nurses and Patients, *The Online Journal of Issues in Nursing* [online].

Dostupné z: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-19-2014/No3-Sept-2014/Healthy-Eating-for-Healthy-Nurses.html>

6 Seznam zkratek

WHO – World Health Organisation

ARO – Anesteziologicko – resuscitační oddělení

JIP – Jednotka Intenzivní péče

SCN - Suprachiasmatické jádro

SMK – Nasycené mastné kyseliny

7 Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek

Tabulka č. 1, str. 24: Pohlaví empirického vzorku

Tabulka č. 2, str. 24: Věková škála

Tabulka č. 3, str. 25: Pracoviště respondentů

Tabulka č. 4, str. 26: Odpracovaná léta

Tabulka č. 5, str. 28: Frekvence stravování během dne

Tabulka č. 6, str. 29: Snídaně při ranní směně

Tabulka č. 7, str. 30: Oběd v pracovní směně

Tabulka č. 8, str. 31: Večeře během směny

Tabulka č. 9, str. 32: Přestávky na jídlo během pracovní směny

Tabulka č. 10, str. 33: Místo stravování

Tabulka č. 11, str. 34: Spokojenost se stravovacím režimem

Tabulka č. 12, str. 35: Přítomnost tekutin na pracovní směně

Tabulka č. 13, str. 36 : Incidence onemocnění, souvisejících s nevhodným životním stylem

Tabulka č. 14, str. 37 : Vliv stravování a pitného režimu na zdraví respondentů

Seznam grafů

Graf č. 1, str. 24: Relativní četnost pohlaví

Graf č. 2, str. 25: Relativní četnost věku

Graf č. 3, str. 26: Relativní četnost působení respondentů

Graf č. 4, str. 27: Relativní četnost odpracovaných let

Graf č. 5, str. 29: Relativní četnost stravování během dne

Graf č. 6, str. 30: Relativní četnost snídaně při ranní směně

Graf č. 7, str. 31: Relativní četnost oběda v pracovní směně

Graf č. 8, str. 32: Relativní četnost večeře během směny

Graf č. 9, str. 33: Relativní četnost přestávek na jídlo

Graf č. 10, str. 34: Relativní četnost místa stravování

Graf č. 11, str. 35: Relativní četnost spokojenosti se stravovacím režimem

Graf č. 12, str. 36: Relativní četnost přítomnosti tekutin na pracovní směně

Graf č. 13, str. 37: Relativní četnost incidence onemocnění

Graf č. 14, str. 38: Relativní četnost vlivu stravování a pitného režimu

8 Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Souhlas s realizací šetření

Příloha č. 1

Milé kolegyně a kolegové,

jmenuji se Anna Janková a jsem studentkou 1. lékařské fakulty University Karlovy, obor: Všeobecná sestra. Obracím se na vás s prosbou o vyplnění dotazníku pro moji bakalářskou práci „Stravovací a pitný režim u všeobecných sester s přihlednutím ke směnnému provozu“. Cílem mého výzkumu je zmapovat stravovací a pitný režim všeobecných sester ve směnném provozu a jejich podmínky ke stravování. Prosím zaškrtněte odpověď, která nejlépe odpovídá skutečnosti.

Chtěla bych upozornit, že dotazník je anonymní a veškeré informace budou použity pouze pro vypracování bakalářské práce.

Děkuji za Vaši spolupráci a čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

Anna Janková

1) Výzkumné otázky

2) Kolikrát denně jíte, když máte pracovní směnu?

- 1 – 2 x za 24 h
- 3 x za 24 h
- 4 x za 24 h
- 5 x za 24 h
- 6 x za 24 h a více

3) Kdy snídáte, když máte ranní pracovní směnu?

- Ráno, před odchodem z domova
- Snídám v zaměstnání
- Nesnídám vůbec

4) Jak obědváte v pracovní směně?

- Pravidelně (tj. v pravidelných přestávkách) na svém pracovišti
- Nepravidelně na svém pracovišti v závislosti na pracovních povinnostech
- Obědvám až po pracovní směně

V závodní jídelně

5) Kdy večeříte?

- | | | |
|---|-----|----|
| <input type="checkbox"/> Před noční směnou | ANO | NE |
| <input type="checkbox"/> Na noční směně | ANO | NE |
| <input type="checkbox"/> Na odpolední směně | ANO | NE |
| <input type="checkbox"/> Na odpolední směně | ANO | NE |
| <input type="checkbox"/> V pozdních hodinách po odpolední směně | | |
| <input type="checkbox"/> Nevečeřím | | |

6) Máte možnost vzít si v práci přestávku na jídlo?

- Ano, minimálně 2x za den
- Ano, ale méně než 2x za den
- Ne, stravuji se během služby (za pochodu)

7) Kde se stravujete?

- V místním stravovacím zařízení (např. závodní jídelně, bufetu)
- Nosím si jídlo z domů
- Jídlo si nechám doručit např. z restaurace, fast-foodu

8) Jak jste spokojen/á s vaším dosavadním stravovacím režimem?

- Ano, spokojen/á
- Ano, spíše spokojen/á
- Tak napůl spokojen/á
- Ne, nejsem spokojen/á
- Ne, spíše nespokojen/á

9) Nosíte si na pracovní směnu tekutiny?

- Ano, pravidelně
- Občas
- Ne, vůbec ne

10) Jste nositel/ka jednoho, či z následujících onemocnění? Můžete vybrat více možností.

- Hypertenze
- Ateroskleróza
- Nádorové onemocnění
- Obezita
- Diabetes Mellitus
- Onemocnění zažívacího traktu
- Netrpím žádným z výše uvedených onemocnění

11) Ovlivňuje Váš způsob stravování a pitný režim Vaše zdraví?

- Ano
- Spíše ano
- Tak na půl
- Ne
- Spíše ne
- Ne

12) Údaje o respondentovi

13) Pohlaví?

- Žena
- Muž

14) Věk?

- 18 – 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- Nad 50 let

15) Pracoviště?

- Lůžková část
 - Chirurgická
 - Interní
- Operační sál
- ARO
- JIP

16) Počet odpracovaných let ve zdravotnictví?

- < 5 let

- < 10 let
- < 20 let
- < 30 let
- Nad 31 let

Ještě jednou děkuji za Vaši spolupráci a přeji krásný den!

Žádost o realizaci šetření

Adresa žadatele:
Anna Janková
Tusarova 12, Holešovice
Praha 7
17000

Adresát:
Mgr. Lenka Gutová
NR NZP
U vojenské nemocnice 1200
16902 Praha 6

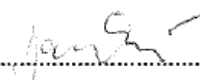
Dobrý den,

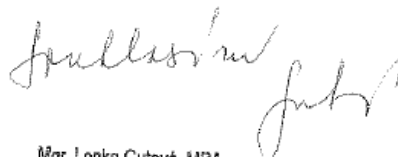
jmenuji se Anna Janková a jsem studentkou 1. lékařské fakulty University Karlovy v Praze, bakalářské studium, obor Všeobecná sestra. Ráda bych se na vás obrátila s prosbou, která se týká uskutečnění šetření ve vaší nemocnici v rámci mého výzkumu k bakalářské práci.

Vedoucí mé bakalářské práce je Mgr. Eva Marková, Ph.D.. Tématem mé bakalářské práce je *"Stravovací a pitný režim všeobecných sester na vybraných pracovištích"*. Cílem mé práce je zmapovat stravovací a pitný režim všeobecných sester, nastínit jejich stravovací zvyklosti a podmínky a zjistit, zda jsou přítomny nějaké negativní dopady na jejich zdraví, související právě s nevhodnou stravovací úrovní. Šetření by proběhlo formou dotazníku na chirurgických a interních odděleních (třisměnný provoz).

Bylo možné můj výzkum ve vaší nemocnici realizovat?

S pozdravem

Podpis: 


Mgr. Lenka Gutová, MBA