

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**  
**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

**Diplomová práce**

Bc. Kateřina Pospíšilová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

**Analýza subjektivního zdravotního stavu učitelů  
mateřských škol v okrese Havlíčkův Brod**

Olomouc 2020

vedoucí práce: Mgr. Petr Zemánek, Ph.D.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Analýza subjektivního zdravotního stavu učitelů mateřských škol v okrese Havlíčkův Brod“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

V Olomouci dne

Podpis

**Děkuji Mgr. Petru Zemánkovi, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce,  
poskytování rad a materiálových podkladů k práci.**

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>6</b>
<b>1 CÍL PRÁCE .....</b>	<b>7</b>
<b>2 TEORETICKÉ POZNATKY .....</b>	<b>8</b>
2.1 Zdraví a nemoc.....	8
2.1.1 Vnímání zdraví.....	9
2.1.2 Teorie zdraví.....	9
2.1.2.1 Model zdraví .....	10
2.1.3 Determinanty zdraví.....	11
2.1.4 Podpora zdraví a prevence.....	12
2.1.5 Péče o zdraví v legislativě .....	14
2.2 Návykové látky .....	14
2.3 Alergie.....	18
2.4 Onemocnění dýchacích cest.....	20
2.4.1 Akutní katary horních cest dýchacích .....	20
2.4.2 Akutní a chronické katary dolních cest dýchacích .....	21
2.4.3 Astma bronchiale .....	22
2.4.4 Dušnost.....	23
2.5 Potíže se sluchem .....	24
2.5.1 Nedoslýchavost .....	24
2.5.2 Tinnitus .....	25
2.5.3 Záněty uší.....	25
2.6 Oční vady .....	26
2.7 Bolesti hlavy .....	27
2.7.1 Pitný režim.....	30
2.8 Bolesti zad.....	31
2.9 Bolesti dolních končetin.....	33
2.10 Únava .....	35

2.11 Poruchy spánku .....	37
<b>3 METODIKA PRÁCE .....</b>	<b>42</b>
3.1 Metodika výzkumu .....	42
3.1.1 Teoreticko-praktická příprava .....	42
3.1.2 Výzkumné problémy .....	43
3.1.3 Charakteristika výzkumného souboru .....	43
3.1.4 Použitá metoda .....	44
3.1.5 Organizace výzkumu .....	44
<b>4 VÝSLEDKY .....</b>	<b>45</b>
4.1 Vyhodnocení výzkumu .....	45
<b>5 DISKUSE .....</b>	<b>83</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>89</b>
<b>Souhrn .....</b>	<b>91</b>
<b>Summary .....</b>	<b>92</b>
<b>REFERENČNÍ SEZNAM .....</b>	<b>93</b>
Seznam použité literatury .....	93
Seznam použitých symbolů a zkratk .....	100
Seznam obrázků .....	102
Seznam tabulek .....	103
Seznam příloh .....	104
<b>PŘÍLOHY</b>	

# ÚVOD

Motto: „*zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví, není ničím*“. Holfdan Mahler  
– bývalý generální ředitel WHO.

Pro svoji diplomovou práci jsem si zvolila téma „Analýza subjektivního zdravotního stavu učitelů mateřských škol.“ V roli zdravotní sestry je zájem o zdraví lidí neodmyslitelnou součástí mé práce. Hodnotím nejen měřitelné a objektivní aspekty zdravotního stavu lidí, ale také naslouchám a reaguji na subjektivní pocity a potřeby všech pacientů. Jako studentka pedagogické fakulty jsem orientovala svou práci na zdravotní stav učitelů. K mateřským školám mám blízko od dětství z rodinného prostředí, proto směřoval záměr mého výzkumu právě sem.

Profese pedagoga v mateřské škole patří dle mého názoru k velmi náročným povoláním, a to nejen z fyzické stránky, ale hlavně psychické. V zájmu mé práce je zjistit, jak se tyto učitelé cítí z hlediska svého zdravotního stavu, zda o něj jeví zájem, případně jakými potížemi trpí. Učitelé MŠ se pohybují mezi nemocnými dětmi, v poměrně hlučném prostředí, náročném na vnímání všemi lidskými smysly, střídají se jim krátké a dlouhé směnné týdny, kolem dětí je nutná určitá fyzická aktivita, která je podstatná např. při pobytu venku. Všechny tyto faktory mají vliv na zdraví učitelů. Stejně tak jako jejich životní styl, společně se zájmem o zdraví ovlivňují pracovní potenciál.

Práce bude rozdělena na teoretickou a praktickou část, přičemž v první části se budu věnovat charakteristice a etiologii vybraných zdravotních potíží a částečně popisu některých aspektů životního stylu. Ve výzkumné části mé práce představím realizaci a výsledky výzkumného šetření. Výzkum pomocí metody dotazování je cíleně zaměřen na otázky týkající se zdravotního stavu učitelů, z mého hlediska mírně připomínající ošetřovatelskou anamnézu. Součástí práce bude porovnání výsledků s předchozími výzkumy na obdobné téma práce.

# 1 CÍL PRÁCE

Cílem diplomové práce je zhodnotit subjektivně vnímaný zdravotní stav učitelů mateřských škol v havlíčkobrodském okrese prostřednictvím kvantitativního šetření pomocí techniky dotazníku.

Dílčími cíli teoretické části práce je vymezit základní pojmy, utřídit dosavadní poznatky o vybraných komponentách subjektivně hodnoceného zdraví, jako jsou např. potíže se spánkem a usínáním, bolesti, dýchací potíže apod. U každé komponenty nastínit etiologii a patofyziologii daného onemocnění či potíží dle získaných informací z odborných zdrojů.

Dílčími cíli praktické části práce je zjistit, jak pedagogové mateřských škol vnímají svůj aktuální zdravotní stav, dále zjistit, zda se pedagogové zajímají o svůj zdravotní stav a jaké subjektivní potíže pociťují, poté tyto výsledky porovnat s jinými dosavadními výzkumy.

V práci bylo definováno několik výzkumných problémů, zformulovaných do výzkumných otázek, odkazujících na naplnění jednotlivých cílů práce. Výzkumné problémy jsou orientovány na hodnocení zdravotního stavu učitelů. Formulace výzkumných problémů viz kapitola 3.1.2.

## 2 TEORETICKÉ POZNATKY

V této kapitole budou popsány teoretické poznatky vztahující se k tématu práce. Teoretická část se bude věnovat především popisu příčin a projevů subjektivních zdravotních potíží, jakou jsou bolesti zad, bolesti dolních končetin, bolesti hlavy, poruchy spánku, únava aj., a na příčiny a projevy některých onemocnění. Dále bude zaměřena na poznatky o zdraví a nemoci, determinanty zdraví, vnímání zdraví apod. Okrajově budou v této části popsány vybrané charakteristiky životního stylu, které mají vliv na zdraví člověka.

### 2.1 Zdraví a nemoc

Slovo „zdraví“ zazní mnohokrát v našich životech, možná každý den. Zdraví si přejeme ve významné dny, zdraví si přejme, i když se zdravíme, neboť kořen slova zdravit, je vlastně odvozen od slova zdraví. K nejvýznamnějším hodnotám života každého z nás by mělo patřit právě zdraví. Protože jsme-li zdraví, můžeme pracovat a uskutečňovat svoje sny a plány (Machová, Kubátová, & kolektiv, 2015).

#### Pojem zdraví

Pojem „zdraví“ lze dle Světové zdravotnické organizace (WHO) definovat jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci. (Machová, Kubátová, & kolektiv, 2015). Jde o stav, kdy je člověk schopen uspokojit všechny své tělesné, duševní a společenské potřeby (Klíma & kolektiv, 2016). Pozitivně lze zdraví hodnotit jako způsobilost a podoba vyrovnanosti. Zdraví tvoří předpoklad dlouhotrvajícího přežití a zároveň plnohodnotného, kvalitního a lidského života se schopností se rozmnožovat (Švamberk Šauerová, 2018).

#### Pojem nemoc

Nemoc (choroba, onemocnění), obecněji porucha zdraví, je patologický stav těla nebo mysli, jež se projevuje změnou funkcí buněk a v důsledku i v morfologickém poškození buněk, tkání, orgánů. Nemoc je porucha adaptace člověka, která je způsobena nedostatečností nebo selháním adaptivních mechanismů na podněty vnějšího a vnitřního prostředí (Čeledová & Čevela, 2010).



## **Klasifikace nemocí**

MKN neboli Mezinárodní statistická klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti vznikla po několikaletých revizích pod záštitou Mezinárodní světové organizace, která tak zavázala všechny členské státy k jejímu užívání. V bývalém Československu byla klasifikace zavedena od 1. 1. 1949. MKN obsahuje celkem 22 tříd nemocí, označené velkými písmeny od A až do Z, spolu s číselným kódem. Systém členění nemocí je na základě etiologie, anatomie a dalších okolností, za kterých k daným jevům dochází (Čeledová & Čevela, 2010).

### **2.1.1 Vnímání zdraví**

Zdraví jako hodnotu lze chápat v životě každého jedince jiným způsobem. Zcela jistě má zdraví nezastupitelnou pozici v hodnotovém systému každého z nás. Řada lidí bere zdraví jako určitou samozřejmost, s kterou se narodí. Až zkušenost s opačnou realitou, je nutí k zamyšlení či jednání, jak o zdraví více pečovat. Roli hraje to, jak zdraví chápeme, zda jako hodnotu cílovou, kdy usilujeme o zdraví jako takové, nebo hodnotu instrumentální, kde je zdraví jakýmsi nástrojem pro dosahování cílů – např. výkon profese, založení rodiny apod. (Švamberk Šauerová, 2018). Kromě individuální hodnoty, má zdraví i hodnotu společenskou, neboť je zdrojem pro hospodářský a sociální rozvoj společnosti (Machová, Kubátová, & kolektiv, 2015).

Specifičnost zdraví tkví v tom, že zahrnuje jak složku objektivní, tak i složku subjektivní, přitom obě nemusí být vždy v souladu. Člověk se může subjektivně cítit zdravý a nemusí tomu tak být, např. u chronického onemocnění, lidé s trvalým postižením apod. Naopak pokud se jedinec objektivně zdá být zdravý, on sám tento stav může pociťovat jinak (Švamberk Šauerová, 2018).

### **2.1.2 Teorie zdraví**

Základní teorii zdraví se zabýval autor Seedhouse (1995) a člení je do čtyř základních skupin:

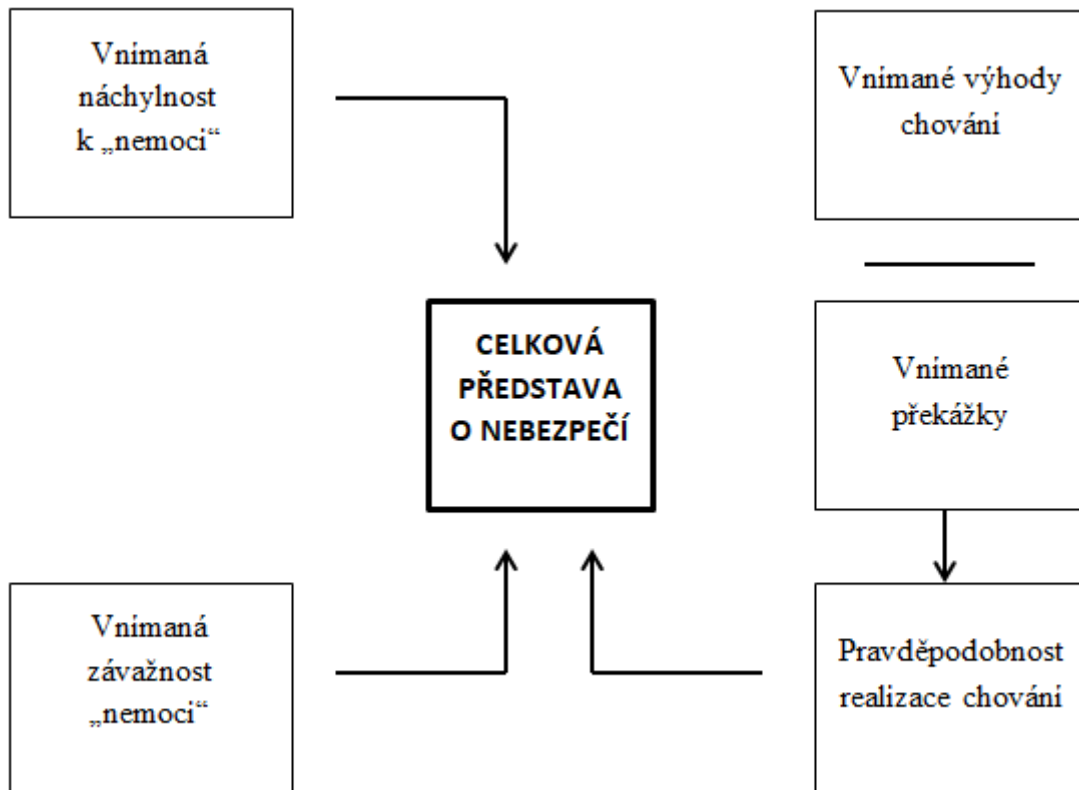
- *„zdraví ve smyslu wellbeing – „cítím se dobře“*
- *zdraví ve smyslu fitness – „dobře funguji“*
- *zdraví jako produkt, zboží*
- *zdraví jako druh síly“ (Švamberk Šauerová, 2018, s. 15).*

Dalšími teoriemi se zabývá autor Křivohlavý (2001). Uspořádal sedm teorií dle pojetí zdraví jako prostředku k určitému cíli nebo jako cíl sám o sobě. Pro zajímavost uvedu pouze názvy těchto teorií:

- zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly
- zdraví jako metafyzická síla
- salutogeneze – individuální zdroje zdraví
- zdraví jako schopnost adaptace
- zdraví jako schopnost dobrého fungování
- zdraví jako zboží
- zdraví jako ideál (Křivohlavý, 2009).

### 2.1.2.1 Model zdraví

V souvislosti s duševním zdravím souvisí tzv. **názorový model zdraví**, který vysvětluje především zájem a postavení k vlastnímu zdraví člověka na úrovni prevence. V péči o zdraví rozhodují tři základní faktory o tom, zda je naše zdraví ohroženo vlivem prostředí nebo nikoliv. Patří mezi ně: **vnímaná náchylnost k onemocnění** (v případě učitelů je to hlavně náchylnost k vlivům stresu), **vnímaná závažnost nemoci nebo stresu** (zlehčování příznaků, podceňování vážnosti důsledků) a **celková představa o nebezpečí onemocnění**, vyplývající z vlastní představy o náchylnosti a vnímání závažnosti nemoci či stresu. Výsledná reakce, to zda zaujmeme vůči negativnímu působení nemoci či stresu preventivní opatření, záleží na tom, jaké výhody a nevýhody nám nové chování přinese. Například rozhodneme-li se vykonávat novou sportovní aktivitu, na základě potřeby uvolnění napětí ze stresu, zvážíme předem, zda nám takové chování přinese požadované uvolnění, lepší náladu, vyšší kondici, zpevnění svalstva apod. nebo unavené tělo, bolavé svaly, horko, pocení se atd. Obdobný mechanismus funguje i u dalších aktivit (Švamberk Šauerová, 2018). Působení daných faktorů znázorňuje schéma na obrázku č. 2.



**Obrázek 1 - Názorový model zdraví**

Inspirováno (Švamberg Šauerová, 2018)

### 2.1.3 Determinanty zdraví

Zdraví každého člověka je podmiňováno kladným i záporným působením vnitřních a vnějších faktorů, které souhrnně nazýváme **determinanty zdraví**. Na zdraví jedince tyto podmínky působí komplexně (Čeledová & Čevela, 2010).

Jednotlivé faktory mohou na zdraví člověka působit přímo, anebo zprostředkovaně, vždy se však navzájem ovlivňují. V konečném důsledku mohou na zdraví působit pozitivně – zdraví posilují, ochraňují, nebo negativně – zdraví oslabují či způsobují určitou chorobu (Machová, Kubátová, & kolektiv, 2015).

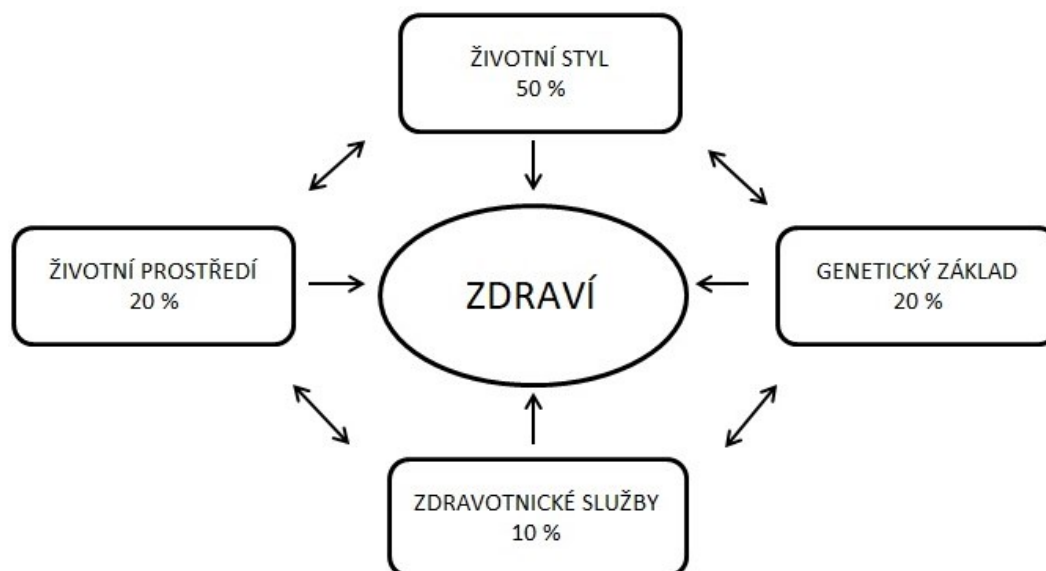
Determinanty zdraví dělíme na **vnitřní a vnější**. Mezi vnitřní determinanty řadíme genetické faktory. Dědičnou výbavu získáváme počátkem našeho ontogenetického vývoje od obou rodičů po splnutí jejich pohlavních buněk. Do genetické výbavy se později promítají vlivy

vnějšího prostředí – společenského i přírodního a určitý způsob života (Machová , Kubátová, & kolektiv, 2015).

Vnější determinanty zdraví se člení do třech základních skupin, patří mezi ně:

- životní styl
- kvalita životního a pracovního prostředí
- kvalita a úroveň zdravotní péče, zdravotnických služeb

Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinanty zdraví naznačuje schéma na obrátku č. 1.



**Obrázek 2 Schéma vzájemných vztahů mezi zdravím a determinanty zdraví**

Inspirováno (Machová, Kubátová a kol., 2015)

#### **2.1.4 Podpora zdraví a prevence**

Podpora zdraví je přístup lidí a celé společnosti k jejich vlastnímu zdraví, je to způsob jejich života a ochota podílet se účinně na péči o zdraví. Hlavním zdrojem péče tedy nejsou finanční prostředky, materiální a technické vybavení, ale lidé samotní, jakožto aktivní účastníci podpory zdraví. Každý člověk sám za sebe může přijmout zásady zdravého životního stylu a pečovat o své životní prostředí. Na úrovni společenské podpory zdraví se uplatňuje vytváření podmínek pro realizaci zdravého životního stylu jednotlivců, ochrana a tvorba zdravého životního prostředí, snaha o dobrou životní úroveň, vytváření pracovních příležitostí společně

s dobrými pracovními podmínkami a vytváření příležitostí k rekreačním, sportovním aktivitám společně s podporou vzdělávání a šíření osvěty ve vztahu ke zdraví (Machová, Kubátová, & kolektiv, 2015).

S podporou zdraví úzce souvisí prevence. Je to činnost, která vede k upevnění zdraví, přechází vzniku nemoci a prodlužuje aktivní délku života. Stejně jako podpora zdraví se prevence provádí na úrovni jedince nebo celé společnosti. Podpora zdraví je pojmem obecnějším, zahrnuje jak prevenci, tak zdravotní výchovu a vytváření podmínek pro příznivé prostředí. Prevence má dvojitý charakter – obecný, nespecifický, který se zaměřuje obecně na podporu zdravého životního stylu a způsob života, chápáno jako součást podpory zdraví. Specifická (profylaktická) prevence se cíleně zaměřuje na prevenci určité choroby, případně důsledků, např. změna životosprávy, rizikového chování, očkování apod. (Čeledová & Čevela, 2010).

Účelem **primární prevence** je chránit, posilovat zdraví a zabránit vzniku nemoci. Opatření by měla být komplexní, zdravotní a sociální, orientovány na ochranu životně-pracovních podmínek, prosazující zdravý životní styl i konkrétní zdravotní výkony. Do primární prevence řadíme např. očkování, ochranu veřejného zdraví (hygienické služby), epidemiologická opatření, podporu racionální výživy, tělesné aktivity, duševní hygienu aj. (Čeledová & Čevela, 2010).

Cílem **sekundární prevence** je předcházet nepříznivým následkům vzniklé nemoci, jejím komplikacím a nezvratným změnám, případně invaliditě. Důležitým faktorem sekundární prevence je čas, rychlost. V prvé řadě je to včasná a správná diagnóza spolu s včasnou a účinnou terapií. Nedílnou součástí sekundární prevence jsou preventivní prohlídky, kde lékař posuzuje zdravotní stav a zdravotní rizika osob, včetně doporučení na podrobná klinická vyšetření a potřebná laboratorní vyšetření. Preventivní prohlídky provádí praktický všeobecný lékař pro dospělé, děti a dorost, zubní lékař a gynekolog (ženský lékař), (Čeledová & Čevela, 2010).

Záměrem **terciární prevence** je zabránit progresi (postupu) již rozvinutého onemocnění, zamezit opakování epizod, a hlavně zabránit vzniku trvalého postižení a ztrátě soběstačnosti. Praktickým příkladem může být léčba infarktu myokardu (implantace stentu nebo srdečního bypasu), který vznikl následkem vysokého krevního tlaku a kouření (Skalská, nedatováno).

S terciární prevencí souvisí také obor adiktologie, tedy předcházení závislostem a jejich negativním dopadům, nejčastěji je prevence spojována s drogovou a alkoholovou závislostí (Kalina, 2015).

### 2.1.5 Péče o zdraví v legislativě

Legislativně spadá péče o zdraví obyvatelstva České republiky pod Ústavu ČR, kterou určuje mezinárodní smlouva „Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2001 Sb. Stát tak garantuje péči o zdraví všech svých obyvatel, ta by měla být komplexní, včetně péče o sociální a psychickou pohodu jedince. Zdraví populace tvoří zdraví každého samostatného jedince. Každý občan má právo na ochranu svého zdraví, je tak dáno zákonem o zdravotnických službách č. 372/2011 Sb. a zákonem o specifických zdravotnických službách č. 373/2011 Sb. Další právní předpisy a zákony jsou obsaženy v novém občanském zákoníku – zákon č. 89/2012 Sb. Dětská práva ukotvena zákonem o sociálně-právní ochraně dítěte (zákon 4. 359/1999 Sb. ve znění pozdějších předpisů), (Klíma & kolektiv, 2016).

## 2.2 Návykové látky

Závislost lze obecně charakterizovat jako duševní i tělesný stav, vyplývající ze vzájemného vztahu tělesného organismu a „drogy“, přičemž touto drogou může být kromě jakékoliv látky také aktivita (Zvírotsky, 2014).

Závislosti lze rozlišit na látkové a nelátkové. Pro závislost jsou typické určité změny v chování, které zahrnují vyhledávání drogy a její užívání. Důvodem přijímání mohou být navozené příjemné pocity před nebo po užití drogy, zároveň to mohou být také obavy z abstinčních příznaků. Nadměrné užívání až zneužívání návykových látek odborně nazýváme *abúzus* (Zvírotsky, 2014).

Zjednodušeně lze návykové látky rozdělit dle jejich účinku:

- **stimulancia** (kofein, amfetaminy, kokain)
- **halucinogeny** (kannabinoidy, LSD)
- **sedativně (tlumivě) působící látky** (alkohol, opiáty), (Venglářová, 2011).

Z hlediska četnosti užívání návykových látek zaujímá první místo **kofein**, dále je to **tabák a jeho výrobky, alkohol (ethylalkohol)**, léky s psychotropním účinkem, kannabinoidy, organická rozpouštědla, halucinogeny, psychostimulancia, opiáty, MDMA (extáze) a taneční drogy (Venglářová, 2011).

Mezi nelátkové drogy, tzn. návykové chování, řadíme patologické hráčství (gambling), závislost na ICT – informační a komunikační technologii (netolismus), na práci (workoholismus), na nakupování (oniomanie) aj. (Zvírotsky, 2014).

Návykové látky na pracoviště nepatří, všem zaměstnancům tuto povinnost ukládá zákoník práce dle ustanovení § 135 odst. 4 písm. e) zákoníku práce: „nepožívat alkoholické nápoje a nezneužívat jiné návykové látky na pracovištích zaměstnavatele a v pracovní době i mimo tato pracoviště, nevstupovat pod jejich vlivem na pracoviště zaměstnavatele“ (ceskaskola.cz). Mezi „tolerované“ (legální) návykové látky jak na pracovišti, tak mimo něj řadíme pouze kofein (nejčastěji konzumován v kávě) a nikotin (nejčastěji ve formě tabákových cigaret.) Za držení, užívání těchto látek nehrozí žádný postih. Jednání po užívání těchto látek, nepodléhají řízení § 274 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku – ohrožení pod vlivem návykové látky (Česko, 2009).

## **Kofein**

Podle Fišara (2009) je kofein nejrozšířenější stimulační droga a patří mezi návykové látky, ačkoliv tak vnímán obvykle nebývá (Dreher, 2017). Chemicky je kofein zařazován mezi alkaloidy, stejně tak jako například kokain. Jeden šálek kávy obsahuje cca. 100 mg kofeinu. Při tělesné váze 70 kg tato dávka způsobuje psychickou stimulaci, zahání únavu a vyčerpání. Pití kávy po ránu je sporné, jelikož i lidé, kteří kávu nepijí, jsou po ránu bdělí. Kofein bývá také využíván ve farmakologii pro svůj analgetický účinek, zejména při migrénách. Kofein totiž způsobuje zúžení cév v mozku, které při migréně bývají abnormálně rozšířené (Dreher, 2017).

Jak bylo výše zmíněno, kofein je jako stimulant návyková látka, proto se při jeho neužívání objevují abstinenční příznaky typu podrážděnost, vyčerpání, bolesti hlavy, může se objevit i zhoršená až depresivní nálada, poruchy koncentrace, nespokojenost, poruchy vyjadřování. O kávě jako takové bylo napsáno mnoho sporných tvrzení, několik studií však dokazuje i příznivé účinky na lidský organismus a vyvrací mýty o tom, že káva například způsobuje deprese, nebo že nadměrný přísun kofeinu způsobuje onemocnění srdce, včetně vyššího rizika ISHC a IM (ischemické choroby srdeční, infarktu myokardu). Známým nepříznivým účinkem kávy je zvýšená diuréza, vlivem většího prokrvení orgánů, včetně ledvin (Pendell, 2010).

Účinky kávy se objevují zhruba po čtvrt až půl hodině po jejím požití a trvají okolo 2 – 8 hodin, závisí to na celé řadě faktorů, jako je tělesná hmotnost, věk, stav jater, užívání léků či těhotenství. Dobra poločas rozpadu kofeinu se v lidském těle liší, u každého to může být jinak. Doporučený denní limit v pití kávy přesně neexistuje, hovoří se však o bezpečné dávce kofeinu okolo 3 mg na 1 kg tělesné hmotnosti. Podle EFSA (Evropský úřad pro bezpečnost potravin) by jednorázová nejvyšší dávka neměla překročit 200 mg. *„Ani celkový denní příjem kofeinu až do hodnoty 400 miligramů (zhruba 5,7 mg na kilogram tělesné hmotnosti) nevyvolává obavy o bezpečnost u běžně zdravé dospělé populace, s výjimkou těhotných žen, uvádí EFSA“* (Havel, 2019).

### **Nikotin (tabák a jeho výrobky)**

Čistý nikotin byl dříve využíván jako insekticid proti sajícímu a kousavému hmyzu, pro vysokou toxicitu byl však od sedmdesátých let 20. století zakázán. Byl nahrazen synteticky vyráběným insekticidem, např. parathionem (Dreher, 2017).

Nikotin obsažený v tabákovém kouři, je stejně jako kofein zařazen to chemické skupiny alkaloidů. Nikotin zvyšuje dráždivost CNS, vyvolává vyplavení adrenalinu, serotoninu a dopaminu. Svou funkcí se nikotin podobá neruotransmitteru Acetylcholinu a sám působí na acetylcholinové receptory, které aktivuje, a tím dochází k vyplavení výše uvedených hormonů. Dochází tak k pocitu uspokojení a požitku, kromě zlepšené nálady je snížena chuť k jídlu (Fišar, 2009). V nižších dávkách nikotin způsobuje zvýšení psychomotorické výkonnosti, pozornosti a paměťových výkonů, toto zvýšení je pouze krátkodobé. Nikotin patří mezi látky s nejvyšším návykovým potenciálem, dokázal by konkurovat ilegálním drogám jako je kokain. Vznik závislost nepůsobí tolik na fyzické vlastnosti, jako na psychiku člověka, kde je závislost podstatně silná (Dreher, 2017). V odvykání kouření způsobuje největší potíže zbavení se požitku, který nikotin vyvolává v systému odměny v našem mozku. Proto je obtížné upustit se od kouření psychicky, fyzické abstinční příznaky se dají zmírnit nikotinovými náhražkami ve formě náplastí, žvýkaček nebo sprejů (Dreher, 2017). Nikotin je velmi toxická látka, za smrtelnou dávku se považuje 60 mg, což odpovídá zhruba šedesáti vykouřeným cigaretám. Jedna cigareta obsahuje 8 – 10 mg nikotinu, do těla kuřáka se však dostane „pouhý“ 1 mg, tudíž při takové dávce otrava nehrozí. Zbylý nikotin shoří spolu s cigaretovým papírkem (Fišar, 2009).



Podle studie Zdravotního stavu a životního stylu učitelů různých stupňů škol (Papršteinová a kol., 2011), je zřejmé, že zúčastnění učitelé kouří mnohem méně než průměrná česká populace. Dle výzkumu z roku 2006 v ČR kouří 29,4 % občanů (Kožená, Kolacia, 2006).

## **Alkohol**

Chemicky ethylalkohol, je látka vznikající kvašením cukrů. Lidé alkohol znají od starověku, stejně tak problémy s jeho nadužíváním. Společně s nikotinem (tabákem) a kofeinem patří mezi legální drogy (Kalina, 2015). Alkohol je řazen mezi velmi silné drogy a při jeho nadužívání vzniká především fyzická závislost. Na etanol si lidské tělo tvoří postupem času toleranci, podobně jako u dalších tlumivých látek, proto vysazení užívání alkoholu může vést až ke smrti. Hlavním farmakologickým účinkem alkoholu je tlumení centrální nervové soustavy (CNS), (Fišar, 2009). Malé dávky působí většinou stimulačně, vyšší tlumivě. Alkohol je spotřebováván po celém světě, v ČR je to cca 10 l čistého alkoholu na člověka, v konzumaci piva pak zaujímáme dlouhodobě přední příčku žebříčku. Ze závislostí se u nás potýká pravděpodobně kolem 300 000 osob, z čehož je větší zastoupení mužské populace. Účinky alkoholu závisí na požití dávce a vlivu prostředí. Nejvyšší alkoholemie nastává po 30 – 90 minutách. Rychleji etanol odbourávají muži. Stanovení hladiny alkoholu se provádí pomocí toxikologického vyšetření z moče (stanovením ethylglukuronidu) nebo chromatograficky – orientační dechovou zkouškou či papírkovým testem (ALTEST, alkohol tester). Zaměstnavatel má právo kdykoliv při podezření na požití alkoholu svého podřízeného či namátkově na orientační dechovou zkoušku podle zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek § 21 odst. 2. (Česko, 2017).

Prostá opilost neboli ebrieta se projevuje nejčastěji. Na počátku po požití alkoholu se dostavuje zlepšená nálada, pocity sebevědomí a pozitivní energie, později dochází ke ztrátě zábrán a kritičnosti, poté přichází na řadu únava, útlum a spánek. Stav opilosti jsou provázeny mnoha somatickými projevy v závislosti na výši dávky. Typickými znaky opilosti jsou: porucha rovnováhy, svalového napětí, zpomalené reakce, nevolnost, zvracení. Intoxikace alkoholem probíhá ve čtyřech stádiích, v závislosti na obsahu alkoholu v krvi:

- lehká opilost (alkoholemie do 1,5 ‰ čili 1,5 g/kg – tzv. excitační stádium
- opilost středního stupně (alkoholemie 1,6 ‰) – hypnotické stádium
- těžká opilost (alkoholemie více než 2 ‰) – narkotické stádium

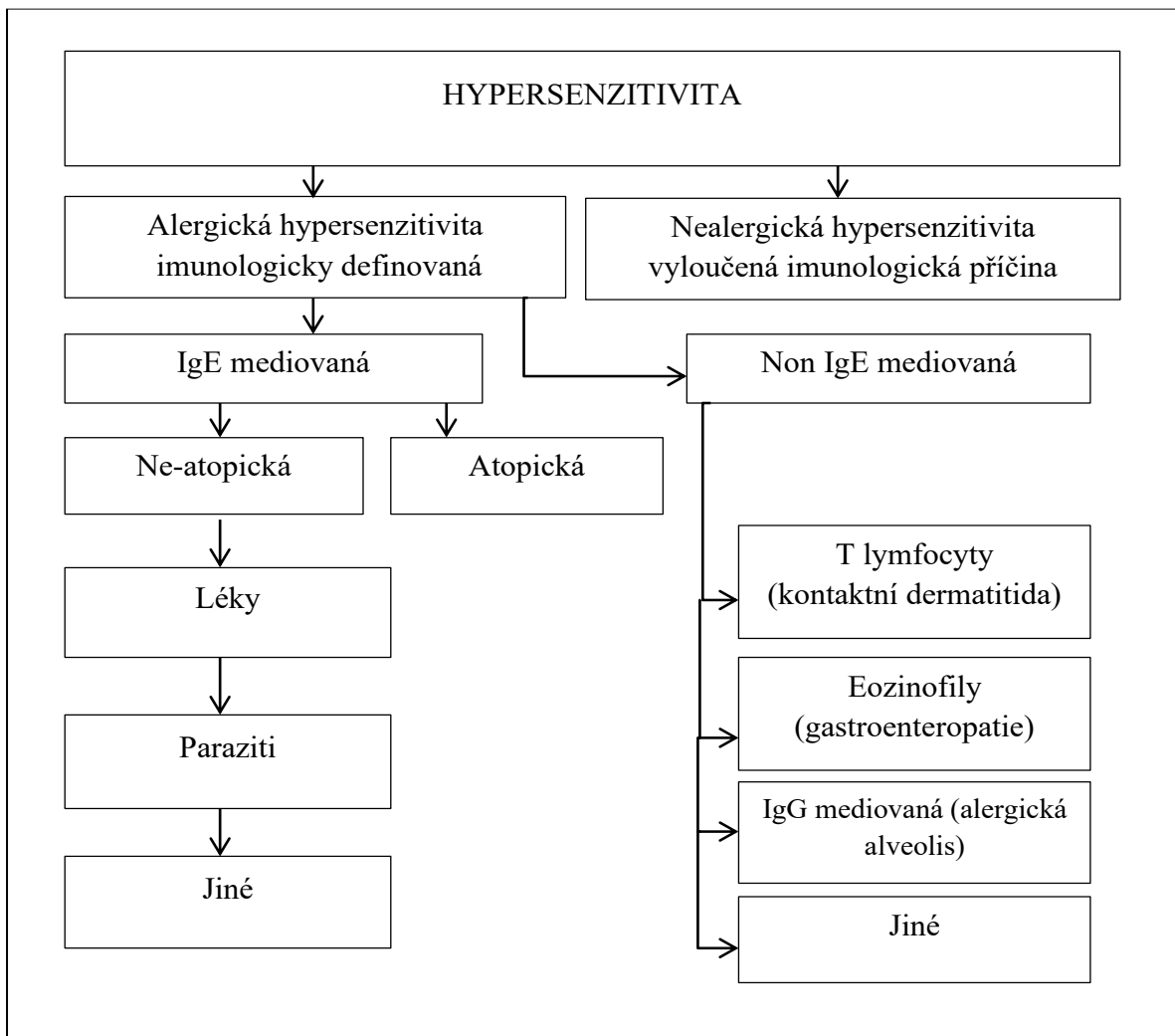
- těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a krevního oběhu (alkoholemie nad 3 ‰) – asfyktické stádium (Kalina, 2015).

Výjimkou nebývají ani poruchy chování doprovázené agresivitou a sníženou sebekritičností, která může vyústit v riskantní chování, včetně úrazů. Při těžkých intoxikacích vznikají kvantitativní poruchy vědomí až smrt (v ČR průměrně na tento stav zemře 300 osob ročně). Z dlouhodobých účinků alkoholu lze vyjmenovat zejména organická poškození, jako jsou: poruchy gastrointestinálního traktu (poruchy trávení, průjmy, gastritidy, jícnové varixy, poškození jater – jaterní cirhóza až nádorové bujení, poškození slinivky břišní vedoucí ke vzniku diabetu), poruchy oběhového systému a krve tvorby (anémie, hypertenze, kardiomyopatie, poruchy hemokoagulace), poruchy spánku, depresivní stavy, poškození endokrinního systému (může vzniknout impotence), poškození nervového systému a organické poškození mozku, u těhotných může dojít k vážnému poškození plodu (Kalina, 2015).

U alkoholismu bývají těžké odvykací stavy, které se rozvíjí do hodin až dní po redukcii či vysazení dávky. Mezi příznaky patří psychomotorický neklid, pocení, úzkost, třes, slabost, tachykardie, nevolnost, zvracení, poruchy spánku. Nejtěžším stavem odvykacího stavu je delirium tremens s poměrně vysokou úmrtností (Kalina, 2015).

## 2.3 Alergie

Gutová (2007) z Ústavu imunologie a alergologie FN Plzeň definuje alergii u člověka jako reakci přecitlivělosti iniciovanou imunologickými mechanismy. Přecitlivělost neboli hypersenzitivita je pak pojmem nadřazeným, vyjadřujícím určité příznaky způsobené expozicí podnětu v takové dávce, která by byla za normálních okolností člověkem tolerovaná. Související pojem atopie vyjadřuje tendence (často dědičné v rodině) produkovat protilátky IgE na malá množství alergenu. Mezi typické projevy patří astma, rinokonjunktivitida nebo ekzém/dermatitida. Vztah mezi pojmy vyjadřuje schéma na obrázku č. 3. (Gutová, 2007).



**Obrázek 3 Schéma vzájemného vztahu pojmů hypersenzitivita – atopie**

Inspirováno (Gutová, 2007).

Alergické choroby patří k nejčastějším poruchám imunity, kterými trpí až 20 % populace. Aby alergie vznikla, musí být splněny dva základní předpoklady: genetická predispozice a interakce s adjuvantními vlivy zevního prostředí.

### **Klinické formy alergie**

- **Atopický ekzém** – jedná se chronické relabující zánětlivé kožní onemocnění, obvykle se objevuje už v prvních pěti letech života, v dospělosti postihuje především flexorové nebo axilární části těla, klinicky je přítomný snížený práh pro kožní citlivost a svědění, které je

typickým znakem atopického ekzému, vyvolávající škrábání, podrážděnost až anxiolitu. Stejně jako alergická rýma se atopický ekzém považuje za preastmatický stav.

- **Alergická rýma** – charakterizovaná jako zánětlivé onemocnění nosní sliznice, klinicky se projevuje svěděním nosu a patra či zvukovodu, zvýšenou sekrecí, kýcháním a nosní obstrukcí. Postihuje populaci lidí produktivního věku i děti, prevalence se odhaduje až na 20 % dospělých a 15 % dětí. Onemocnění často provází i celkové příznaky, jako je únava, poruchy koncentrace, spánku. Alergická rýma je další preastmatickým stavem. (Vernerová ,2012).
- **Astma bronchiale** – viz kapitola 2.4.3.

## 2.4 Onemocnění dýchacích cest

Při práci v prostředí mateřské i jakékoliv jiné školy učitel přichází do styku s mnoho dětmi a kolegy, kde je riziko přenosu virových i bakteriálních infekcí dýchacích cest poměrně vysoké. Společně s prací učitele souvisí hlasová náročnost, tudíž i větší náchylnost k chrapotu. V této kapitole bude popsán výskyt vybraných, takřka nejčastěji se vyskytujících onemocnění (katarů) DC (rhinitida, rinofaryngitida, faryngitida, tracheitida, bronchitida), (Průcha & Zivna, 2008).

### 2.4.1 Akutní katary horních cest dýchacích

Jsou velmi častým a rozšířeným onemocněním, které obvykle postihuje dýchací cesty jako celek, přičemž některé úseky jsou zánětem postiženy výrazněji.

#### **Akutní rýma (rhinitis acuta epidemica) a zánět hltanu (faryngitis acuta)**

Patogeny uplatňující se v etiologii této nemoci jsou viry a bakterie. Způsob přenosu je kapénkovou a kontaktní infekcí. Nemoci často předchází prochlazení při změnách atmosférické teploty, dále se uplatňuje přechod ze zimy do jara a nedostatek vitaminů či slunečního záření.

Onemocnění se zprvu projevuje pocity sucha, pálením, šimráním, škrábáním nosohltanové sliznice, přidává se bolest hlavy, nechutenství a malátnost. Pokračuje zduření sliznice a vodnatá, serózní sekrece. Nemocní trpí dočasnou ztrátou sluchu, často kýchají, slzí jim oči. Po několikadenním trvání může na virové onemocnění nasednout bakteriální infekce, která

se od virové liší především složením hledu, ten bývá hutný, žluté až nazelenalé barvy, s příměsí krve. Infekce se usazuje v ústí části hltanu a je nerozlučně spojená s rýmou. Sliznice je opět zduřená a zarudlá, infekce je častá zejména u osob, které při neprůchodné části HDC dýchají ústy neočištěný, chladný vzduch. U onemocnění se rovněž objevuje zvýšená tělesná teplota. K ústupu dochází po jednom až dvoutýdenním trvání nemoci. Častou komplikací nemoci bývají záněty paranasaálních dutin, faryngitis, laryngitis, laryngotracheitis, u dětí pak bronchitidy, bronchopneumonie a záněty a katary středouší (Průcha & Zivna, 2008).

### **Akutní zánět hrtanu (laryngitis acuta)**

Akutní katar hrtanu bývá často součástí sestupné infekce počínající v nose nebo nosohltanu. Jako samostatné onemocnění se vyskytuje sdruženě s katarom průdušnice nebo průdušek. Příčinou nejčastěji bývá vdechování chladného, suchého vzduchu, znečištěného prachem a mikroby při současné neprůchodnosti nosu. Dále může být na vině pobyt v zakouřených a zaprášených místnostech a dílnách, kontakt s dráždivými plyny a párami (např. kyseliny, chlór) v zaměstnání. Také zvýšená hlasová námaha, přepínání hlasu u zpěváků herců a jiných profesionálů vede častěji a recidivujícím se zánětům hrtanu. Roli může hrát i pobyt venku za nepříznivého počasí, zde je vyšší riziko přechod nemoci do chronického stádia. Projevy nemoci jsou: matné, růžové, později rudé hlasivky, barvou se neliší laryngální sliznice, v těžších případech mohou být patrné katarální eroze. Hlas je zpočátku zastřený, drsný, hluboký, později nemocný chraptí, až je zcela bez hlasu. Onemocnění nejčastěji způsobují viry spolu se známými mikroby, jako jsou pneumokoky, streptokoky, stafylokoky, haemophilus influenza aj. Faryngitida bývá obzvlášť nebezpečné onemocnění u dětí předškolního věku, v některých případech totiž infekce proniká do hlubších tkání v subglotickém prostoru a dochází ke vzniku edému a dušnosti (Průcha & Zivna, 2008).

### **2.4.2 Akutní a chronické katary dolních cest dýchacích**

Jako společné příznaky katarů DC rozlišujeme: suchý kašel, později produktivní až záchvatovitý kašel, u akutních zánětů bývá zvýšená tělesná teplota, chronické jsou bez subfebrilie. Chronické záněty se mohou měnit v akutní a poté zas přecházejí do chronické fáze, typický je pro tento stav suchý produktivní kašel. Mezi onemocněním DDC řadíme tracheitidu a bronchitidu (Šafránková & Nejedlá, 2006).

### **Zánět průdušnice (tracheitis)**

Projevuje se bolestí a pálením za hrudní kostí, nemocný kašle hlavně v noci vleže. Při tvorbě velkého množství hlenu vzniká stridor (pištivý či vrzavý zvuk při výdechu), objevuje se dušnost a hrozí asfyxie (dušení) s následnou ztrátou vědomí (Šafránková & Nejedlá, 2006).

### **Zánět průdušek (bronchitis)**

Projevuje se ranním dráždivým kašlem, později vykašláváním hlenovitého až hnisavého sputa. Rizikem bronchitidy je šíření infekce sestupně směrem do plic a vznik bronchopneumonie. Chronické záněty průdušek vedou k poškození alveolárních sept, a tím ke vzniku plicního emfyzému (rozedma plic) nebo k patologickému rozšíření bronchů. Opakované chronické záněty mohou vyústit v astmoidní bronchitidu, popř. až astma bronchiale se stagnací hlenu v některých průduškách. Tím se nedostává vzduchu do některých úseků plice a vzniká atelektáza (nevzdušná plice). Kombinací obou příčin se zhoršuje proudění vzduchu v dýchacích cestách, vážne výměna plynů a okysličování krve, dochází ke vzniku dušnosti, cyanózy (modravé zbarvení akrálních částí) až k paličkovitým prstům. Těmto uvedeným příznakům odpovídá chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), (Šafránková & Nejedlá, 2006).

Léčba všech akutních zánětů dýchacích cest závisí na stádiu nemoci. V akutní, viremické fázi se obvykle antibiotika nepodávají, neboť jsou neúčinná. Doporučuje se zůstat v klidu, nejlépe ve vlhké a temperované místnosti, podávat antipyretika, přijímat dostatek vitamínu C. Ve fázi nemoci, kdy je produkce hlenu a vznikají případné komplikace katarů jako sinusitidy, otitidy aj. jsou vhodná antibiotika. U akutní fáze laryngitidy je nezbytný hlasový klid, velmi vhodné se jeví popíjení či inhalování luhačovické minerálky (Průcha & Zivna, 2008).

### **2.4.3 Astma bronchiale**

Astma bronchiale se vyznačuje chronickým zánětem dýchacích cest, charakterizovaný neprůchodností průdušek. U nemocných je zánět přítomen trvale, nemusí se však projevovat. Zánět vzniká na podkladě:

- **imunologických faktorů**
  - atopie – schopnost tvořit ve zvýšené míře protilátky IgE proti určitému alergenu (za účasti žírných buněk a uvolňování histaminu)
  - viry – některé viry aktivují žírné buňky bez IgE

- aktivace eozinofilů – některé alergeny aktivují eozinofily, ten opět vyplavuje histamin
- cytokiny – koordinace, prohlubování a udržování zánětlivé reakce
- **neimunologických faktorů**
  - nervová regulace – mediátory vyvolávají bronchokonstrikci a uvolnění látek jako při zánětu (psychické vlivy, tělesná zátěž).

Bronchokonstrikce je vyvolána stahem hladké svaloviny v dýchacích cestách, na její vznik působí několik faktorů:

- **alergeny**
  - inhalační – prach, pyl, zvířecí srst, peří, chemikálie, kouř
  - potravinové – čokoláda, mák, sója, ořechy, mléko, ryby, syrový bílek, ovoce
  - mikrobiální – viry, bakterie, plíseň
  - lékové – ATB, salicyláty (aspirin)
- **fyzická zátěž**
- **psychické vlivy** – strach, úzkosti, rozrušení, emoce

Následkem zánětu dochází v dýchacích cestách k otoku a tvorbě hlenu, tím vzniká bronchokonstrikce. Obstrukce brání výdechu, postiženému i přes aktivní prodloužený výdech zůstává část vzduchu v plicích zadržena. Astma se projevuje obdobími klidu a obdobími astmatických záchvatů, pro které je typické: záchvatovitá, výdechová dušnost, náhlý vznik ve dne i noci, sevření a tíseň na hrudi, úzkost, neklid, dráždivý kašel, při výdechu pískoty a vrzoty, poloha vsedě. V terapii je důležité dostat astma pod kontrolu, doporučuje se kombinace farmakoterapie, eliminace kontaktu s alergeny a klimatická léčba (rehabilitace, pobyty u moře, speleoterapie), (Šafránková & Nejedlá, 2006).

#### 2.4.4 Dušnost

Dušnost je charakterizována jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu, související s tělesnou aktivitou. Obvykle je dušnost doprovázena změnami v dýchací frekvenci a hloubkou dýchání. Rozeznáváme patologickou námahovou dušnost od dušnosti spojenou s otylostí nebo dekondukcí a zvýšenou tělesnou námahou. Hodnoty normální klidové frekvence dýchání se pohybují mezi 12 – 15 dechy za minutu. Mezi patologické stavy řadíme:

- ortopnoe (klidová dušnost, zapojování pomocných dýchacích svalů)

- tachypnoe (klidové zvýšení dechové frekvence nad hranici normy)
- bradypnoe (mělké dýchání, snížení dechové frekvence pod hranici normy)
- hyperpnoe (prohloubené dýchání, zvětšení minutového plicního objemu)
- asfyxie (stav ohrožující život, dušení)
- apnoe (dočasná zástava dechu).

Dušnost může být projevem onemocnění plic, i jakou součástí dalších interních onemocnění, především kardiálních. Rozlišujeme dušnost inspirační (útlak, zúžení DC, stridor, suchý kašel), dušnost expirační (astma bronchiale, CHOPN) a smíšená dušnost (restrikce DC). Mezi hlavní příčiny dušnosti se řadí akutní záněty dýchacích cest, astma bronchiale a CHOPN. Existuje i tzv. psychogenní dušnost, která je popisována u neuroticky laděných osob nebo v průběhu velké bolesti nebo úzkosti. Terapie dušnosti závisí na příčině, hlavním cílem je zvýšení obsahu kyslíku ve vdechované směsi a tím zvýšení nabídky kyslíku ke tkáním. Kardiální insuficience vyžadují farmakologickou léčbu (diuretika, nitráty, katecholaminy, antihypertenziva aj.), (Šmalcová, 2011).

## 2.5 Potíže se sluchem

Sluch je jedním z důležitých smyslů člověka, je založený na percepci (zpracovávání a vedení akustických podnětů). Podstatou je přeměna mechanických zvukových vln na elektrické akční potenciály. Sluch má u člověka nejnižší práh, tj. největší citlivost ze všech smyslů, zvuky slyšíme od 16 Hz do 20 000 Hz (Mourek, 2012).

### 2.5.1 Nedoslychavost

Nedoslychavost (hypacusis) je snížená schopnost vnímat zvukové informace. Příčinou mohou být vrozené vývojové vady, traumata (poškození mechanická, toxická, hlukem), případně onemocnění ucha (záněty, nádory, degenerativní onemocnění). Nedoslychavost dělíme podle místa vzniku na převodní a percepční (Beneš, Kyplová, & Vítek, 2015).

#### **Převodní nedoslychavost (hypacusis conductiva)**

Vzniká poškozením mechanismu převodu akustické energie v zevním nebo středním uchu, může to být např. překážka ve zvukovodu, perforace v bubínku, omezení hybnosti řetězce kůstek při kalcifikaci závěsného aparátu nebo přítomnosti tekutiny ve středouší či pouřazové,



pozánětlivé rozpojení. Samotná převodní nedoslýchavost nezpůsobuje úplnou hluchotu (Navrátil & Rosina, 2019).

### **Percepční nedoslýchavost (hypacusis perceptiva)**

Vzniká poškozením sluchu v oblasti senzoneurální, tj. oblast hlemýžďe, sluchového nervu, podkorových, případně korových center. Podle lokalizace dělíme kochleární, periferní – retrokochleární a centrální typ percepční nedoslýchavosti. Nejčastěji se setkáváme s kochleárním typem, kde dochází k poškození vlasových buněk v hlemýždi, příčinou jsou genetické faktory ototoxické látky, hluk apod. (Beneš, Kyplová, & Vítek, 2015).

### **Stařecká nedoslýchavost (presbyakusie)**

Jde o degenerativní onemocnění, s velmi častým výskytem, jeho výskyt závisí na naší genetické výbavě. Zpočátku se onemocnění projevuje ztrátou schopnosti slyšet zejména tóny o vyšší frekvenci (Beneš, Kyplová, & Vítek, 2015).

## **2.5.2 Tinnitus**

Tinnitus neboli zvuková šelest je chápán jako sluchový vjem, bez vnějšího zvukového zdroje v okolí. Pravděpodobně vzniká při neadekvátní depolarizaci vnitřních vláskovitých buněk či neuronů sluchové dráhy. (Beneš) Pískání v uších může být pro řadu lidí obtěžujícím symptomem, zhoršující kvalitu odpočinku, spánku a soustředění. Lidé trpící tinnitem jsou častěji podráždění a trpí pocity dyskomfortu vedoucích až k závažným psychickým problémům. U některých pacientů je podle výzkumů indikována kognitivně behaviorální terapie a psychologické poradenství. Přestože přínosy takové léčby jsou zatím malé, zvyšují kvalitu života lidí trpících tímto onemocněním (Baguley, McFerran, & Hall, 2013).

## **2.5.3 Záněty uší**

S akutními záněty uší se setkáváme především v dětském věku. Nejjednodušší dělení zánětů je na akutní a chronické. Dále můžeme záněty rozdělit podle lokalizace (záněty vnějšího zvukovodu, záněty středouší apod.), podle infekčních agens vyvolávajících zánět (viry, bakterie, plísně). Za normálních okolností je důležitá přítomnost ušního mazu, který tvoří na citlivé kůži zvukovodu kyselý film s baktericidním účinkem. Na vzniku zánětu se kromě virů, bakterií, plísní

podílí celá řada zevních vlivů a obranyschopnost pacienta. Jsou to např.: zvýšená vlhkost a prašnost prostředí, používání alergizujících přípravků osobní hygieny, manipulace ve zvukovodu a špatné návyky při čištění zvukovodu. Mezi společné příznaky zánětů uší řadíme bolest, zvětšující se zduření, subfebrilie, u mykotických onemocnění se setkáváme s výrazným svěděním a olupováním kůže, u zánětů středního ucha pak navíc pocit zalehnutí ucha, píchání, bolestivé tepání, otok. V případě hnisavých zánětů jsou nezbytnou součástí vhodně zvolená antibiotika. Retinovaný hnis někdy sám způsobí perforaci bubínku, po které nastává úleva a pokles teplot. Záněty středního ucha často probíhají současně s rýmou a mezi nejčastější komplikace patří mastoiditis acuta (akutní zánět výběžku processus mastoideus spánkové kosti). Chronické záněty jsou charakterizovány opakujícími se záněty s perforací bubínku, páchnoucím výtokem a převodní nedoslýchavostí. Cílem léčby je léčit vleklý zánět středoušní sliznice a provést rekonstrukční výkon. Cholesteatom je nepravý nádor tvořený buňkami epidermis se schopností ničit okolní kostěné struktury, jeho léčba je výhradně chirurgická (Jurovčík, 2016).

## 2.6 Oční vady

Mezi patologie očního ústrojí řadíme refrakční vady, poruchy binokulárního vidění, poruchy fotoreceptorů, zánětlivá a nezánětlivá onemocnění. Pro potřeby textu diplomové práce se budu věnovat pouze refrakčním vadám. Ty vznikají na základě špatných vlastností lomivých ploch oka, při nichž se paprsky světla nesbíhají na sítnici. Poté jsou to osově vady oka, kdy jsou lomivé plochy v pořádku, ale je různá délka oka (Janíková, 2017).

### **Myopie (krátkozrakost)**

Nemocní postižení touto vadou vidí špatně na dálku, předměty vzdálené vidí rozostřeně. Příčina této vady je hodně vyklenutá čočka nebo „dlouhé“ oko. Paprsky se protínají před sítnicí, proto se korekce vady provádí rozptylnou čočkou (rozptylkou), (Bártová, 2015).

### **Hypermetropie (dalekozrakost)**

Refrakční vada dalekozrakosti se projevuje rozostřeným viděním blízkých předmětů, postižení touto vadou tedy vidí špatně na blízko. Příčinou vady je zploštělá čočka nebo „krátké“

oko. Paprsky se protínají až za sítnicí, proto se korekce vady provádí spojnou čočkou (spojkou), (Bártová, 2015).

### **Astigmatismus**

Astigmatismus se projevuje jako vada zakřivení rohovky, postižení touto vadou vidí předměty rozostřeně, zakřiveně nebo jinak deformovaně. Paprsky procházející okem tvoří ohnisko ve dvou různých rovinách (namísto jedné). Vada se koriguje cylindrickými skly (cylindry). Neléčený astigmatismus způsobuje bolesti hlavy, podrážděnost, u malých dětí má často za následek vadné držení těla a patologické zakřivení páteře ze snahy „vyrovnat“ optickou vadu (Janíková, 2017).

### **Presbyopie (vetchozrakost)**

Presbyopie je přirozeným jevem stárnutí, způsobený ztrátou pružnosti čočky. Lidská čočka se během života zvětšuje, čím větší velikost je tím nižší je schopnost její akomodace. Lidé trpící touto vadou vidí rozostřeně na blízko (prodlužuje se čtecí vzdálenost, tzv. „krátké ruce“) a zamlženě vidí do dálky (Janíková, 2017).

## **2.7 Bolesti hlavy**

Bolest hlavy (cephalalgia) je charakterizována jako subjektivní pocit bolesti vzhledem k vnitřním a vnějším lebečním strukturám. Je to jeden z nejčastějších příznaků v lidské populaci. Pokud frekvence bolestí přesáhne více jak 15 dní v měsíci, hovoříme o chronické denní bolesti hlavy (CDH). Podle Lukáše a Žáka (2011) existují populační studie, které ukazují, že opakovanými bolestmi trpí 4 – 5 % osob v Evropě, Asii a USA. Nejčastějším typem je tenzní bolest hlavy, při které lidé nadužívají analgetika, což má významný vliv na přetrvávání bolesti. Současně s bolestmi hlavy se později přidávají i psychické problémy, které představují medicínský i socioekonomický problém. Průvodními příznaky s bolestmi hlavy jsou: nauzea, zvracení, aura až poruchy vidění (migréna), hnisavá rýma a tlak na bolestivé výstupy na hlavě (Ehler, 2019),

Užívanou klasifikací bolestí hlavy je dělení do tří hlavních skupin:

- primární bolesti hlavy (1 – 4)

- sekundární bolesti hlavy (5 – 12)
- kraniální neuralgie (13 – 14)

Primární bolesti hlavy nemají žádný známý organický podklad, diagnostika metodami CT a MR je u nich neprokazatelná, nelze je detekovat ani jinou metodou. V tomto případě je užívána metoda popisu, podle projevů bolesti. Příčiny primární bolesti dosud nebyly zcela poznány. Sekundární bolesti jsou projevem určitého organického onemocnění, jednotlivé typy bolesti jsou založeny na známé příčině vzniku obtíží. Sekundární bolest obvykle budí pocit alarmujícího příznaku, projevuje se náhle silou bolestí, postupně se zhoršující, neustupující bolestí nebo bolestí vznikající při fyzické námaze (Marková, 2009). Další samostatnou skupinu bolesti tvoří kraniální neuralgie, charakter a šíření tohoto typu bolesti odpovídají senzitivním vláknům příslušných hlavových nervů, patří sem např. neuralgie trigeminu. Vybrané typy bolestí viz níže.

### **Migréna**

Migréna je záchvatovitým typem bolesti, který probíhá v několika fázích. Zpočátku se dostavuje pokles nálady, snížená chuť k jídlu, podrážděnost, pokles koncentrace apod. (tzv. prodromální fáze). Následuje fáze aury, kterou pozoruje menší část nemocných (okolo 15 – 20 %). Aura představuje projevy různých příznaků zrakových, senzitivních, sensorických, motorických nebo smíšených. Další fází je bolest středně silného až silného charakteru, většinou jednostranná. Migrénu často doprovází nevolnost, zvracení, nechutenství, zvýšená citlivost na světlo, hluk a pachy. Neléčená migréna může trvat od 4 do 72 hodin. Terapie je výhradně farmakologická (Marková, 2009).

### **Tenzní bolest hlavy**

Spouštěcí mechanismus tenzní bolesti může být stres, opakované konflikty a samotné očekávání konfliktu. Objevuje se jako příznak deprese, úzkosti a poruch spánku. Bolest nebývá silného rázu, jen lehce kolísavá, spíše trvalá (v řádu hodin až dní), neomezuje nemocného v běžných denních činnostech, ani nebudí ze spánku. Bolest bývá tupého, tlakového až difúzního charakteru. Průvodním příznakem bývá zvýšená citlivost ve vlasové části, zvláště při česání. V terapii zabírají běžná analgetika (Lukáš, Žák, & kolektiv, 2014).

## **Cluster headache**

Cluster headache (CH) patří k méně častým typům bolesti, zato bývá nejsilnější intenzity. Bolest je velmi silného, šlehavého charakteru, může trvat 4 až 8 týdnů. Bolesti se opakují v cyklických atakách, které trvají okolo 30 až 90 minut (Ashkenazi & Schwedt, 2011). Postižení bývají častěji muži, první epizoda začíná okolo 30. roku věku. Název typu bolesti je nejspíše odvozen od překladu slova cluster = nakupenina. Může tím odpovídat lokalizace, která bývá často kolem jednoho oka nebo nakupení bolesti jako forma záchvatu. Tyto záchvaty se opakují zhruba jedenkrát za rok. Doprovází je slzení oka. Terapie je farmakologická, využívá se inhalace 100 % kyslíku (Marková, 2009).

## **Úrazy hlavy, krku a bolest**

Např. komoče, kontuze mozku (Lukáš, Žák, & kolektiv, 2014).

## **Cévní onemocnění a bolesti hlavy**

Např. cévní mozkové příhody, subdurální, subarachnoideální krvácení (Lukáš, Žák & kolektiv, 2014).

## **Jiná nitrolební postižení a bolesti hlavy**

Zánětlivé afekce (meningitida, encefalitida), nádory hlavy, nitrolební hypertenze i hypotenze (Lukáš, Žák, & kolektiv, 2014).

## **Užívání léků a bolesti hlavy**

Bolesti související si nadužíváním analgetik, o nadužívání se jedná v případě více jak 15 tablet za měsíc (Marková, 2009).

## **Cervikogenní bolesti hlavy**

Velmi častý typ bolesti, skupina sekundárních bolestí zahrnující poruchy funkce a blokády páteře, nejčastěji v krční oblasti vlivem statického přetížení nebo špatných pohybů. V terapii mají kromě farmakologických přípravků velký význam masáže (Marková, 2009).

## **Metabolické poruchy a celková onemocnění**

Např. hypoxie, hyperkapnie, acidóza, hypoglykemie, leukemie, otravy léky, uremie, diabetes, struma, menstruační tenze, menopauza aj. (Lukáš, Žák, & kolektiv, 2014).

## **Patologické procesy v oblasti hlavy a krku:**

- lebka – ostemyelitida, myelom, zlomeniny lebky aj.
- oči – refrakční vady, zánětlivá onemocnění, glaukom, trauma orbity, eroze rohovky, okluze tepen
- uši – zánětlivá onemocnění, cholesteatom
- nos – infekční a alergická onemocnění, granulomatóza, toxické účinky nikotinu, fraktury, polypy, sinusitidy aj.
- zuby – kazy, abscesy, zubní výplně příliš blízko nervu (Lukáš, Žák, & kolektiv, 2014).

## **Jiné příčiny**

Např. nedostatek spánku, psychiatrická onemocnění (např. psychózy), stav po lumbální punkci a jiných výkonech, nedostatek pitného režimu, nevětrané prostory (Lukáš, Žák & kolektiv, 2014).

### **2.7.1 Pitný režim**

Lidské tělo vyloučí během dne okolo 2,5 litru tekutin (močí, stolicí, dýcháním a kůží), stejné množství bychom proto měli tělu dodávat. Nepatrnou část si tělo samo vyrobí metabolickou činností, další množství přijmeme v potravě (cca 900 ml), to znamená, že zhruba 1,5 litru je nutno přijímat přímo ve formě tekutin. Pitný režim je důležitý pro plnou výkonnost tělních orgánů, tělesných i duševních funkcí, dostatek tekutin je základem pro látkovou výměnu a dobrou funkci ledvin – vylučování škodlivých látek z těla. V neposlední řadě jsou tekutiny prospěšné pro normální vzhled pokožky. Nedostatek vody v těle způsobuje řadu akutních i chronických problémů. Mezi akutní potíže řadíme bolesti hlavy, únavu až malátnost, pokles fyzické a duševní aktivity, pokles koncentrace. Dlouhodobější nedostatek vody může mít za následek např. poruchy ledvin a vznik močových kamenů, zvýšené riziko močových infekcí, opakující se bolesti hlavy, zácpa, záněty střev, kardiovaskulární choroby a zvýšené riziko nádorového bujení především ve střevech a močovém měchýři. Každý člověk by si měl najít

optimální množství tekutin, které denně vypije, potřeba tekutin je individuální záležitostí. Doporučovaná množství 3 až 4 litrů denně jsou nadsazená a měla by platit pouze v extrémních podmínkách (velká horka, fyzická zátěž). Potřeba tekutin závisí na věku, pohlaví, tělesné hmotnosti, složení potravy, tělesné aktivitě, ale i na teplotě a vlhkosti prostředí, včetně proudění vzduchu, druhu oblečení a tělesné teplotě, zavodnění organismu. Jako vhodné nápoje ke konzumaci řadíme pitnou vodu, ředěné ovocné a zeleninové šťávy, neslazené čaje (nevhodný je černý, spíše se doporučuje zelený, popř. bylinný – ten nutno střídat). Do denního příjmu tekutin bychom neměli započítávat konzumaci kávy a alkoholu, stejně tak jako mléka či kakaa, které jsou spíše tekutou výživou než nápojem. Jako zcela nevhodné nápoje považujeme slazené limonády a kolové nápoje, ochucené minerální nápoje, nektary, energetické nápoje apod., (Kožíšek, 2005).

## 2.8 Bolesti zad

Stackeová (2012) charakterizuje bolesti zad jako civilizační chorobu, tudíž jako jednu z nejčastějších zdravotních potíží současné celosvětové populace. Bývají nejčastějším důvodem k návštěvám lékaře, pracovní neschopnosti, popř. příčinou hospitalizace.

Základní dělení bolestí zad je podle časového hlediska:

- akutní bolesti (méně jak 6 měsíců)
- subakutní (6 až 12 týdnů)
- chronické (přetrvávající bolesti déle jak 6 měsíců nebo 3 měsíce kontinuálně).

Akutní bolesti mají příznivější prognózu a lépe se diagnostikují. K vyšetření chronických bolestí je potřeba speciálních vyšetřovacích postupů např. zobrazovacích (RTG), někdy i invazivních. Dále lze bolesti zad rozdělit na páteřní a nepáteřní etiologie. Bolest přenesená z jiných zdrojů, než je páteř se projevuje nezávislostí na postavení páteře při bolesti, nebolestivostí při pohmatu páteře, chyběním paravertebrálních spasmů a zmírnění bolesti při léčbě nepáteřní etiologie (Vrba, 2010).

Jako nejčastější příčinu bolestí zad udává Stackeová (2012) vadné držení těla spojené s přítomností svalových dysbalancí (jedná se až o 95-98 % případů). Jako druhou zásadní příčinu udává psychický stres. Tyto dvě příčiny spolu úzce souvisí, jak popisuje autorka, jedním z projevů stresu je „rozladění“ svalového napětí, společně se svalovou dysbalancí a vadným

držení těla, jejichž následkem je změna dechové frekvence, jsou dalším zdrojem stresu. Stres způsobuje jiné vnímání bolesti, tím vzniká další stres a vzniká „začarovaný kruh“ neustálých, zhoršujících se potíží (Stackeová, 2012).

Většina bolestí zad je vertebrogenního charakteru, tedy způsobených v oblasti páteře. Tyto bolesti jsou pak tzv. funkční poruchy (bez změny anatomických struktur). Funkční poruchy zad jsou způsobeny nedostatkem pohybu (hypokinézou) spojeným s nadváhou až obezitou nebo jednostrannou tělesnou zátěží. Obě zmíněné příčiny mají za následek vznik svalové nerovnováhy (dolní či horní zkřížený syndrom). Horní i dolní zkřížený syndrom zahrnují různé kombinace svalových oslabení a zkrácení svalů. Tím dochází k zvýšenému svalovému napětí a vadnému držení těla. Mimo svalové oslabení patří do funkčních poruch i skolióza páteře, jedná se o vadu páteře, kdy dochází jednak k vychýlení a deformaci páteře v obou rovinách (transverzální i frontální) a k rotaci a torzi obratlů. Tím vzniká asymetrie hrudníku a žeber, je patrné vychýlení páteře do boku (Vrba, 2010).

Nejčastějším typem bolestí zad jsou akutní prosté bolesti, charakterizuje je náhlý začátek např. při přetížení, prudkém pohybu, podklouznutí apod. Typické charakteristiky jsou uvedeny v tabulce 1.

**Tabulka 1 – schéma vybraných charakteristik vertebrogenního syndromu (Ehler, 2019)**

Charakteristika vertebrogenních syndromů	
Vznik a průběh potíží	náhlý pohyb, déletrvající poloha, nezvyklá námaha
Provokační moment potíží	při práci, nošení břemen
Bolest	<ul style="list-style-type: none"> <li>• charakter (např. tupá)</li> <li>• lokalizace (např. bederní oblast)</li> <li>• závislost na pohybu (např. vertikalizace)</li> <li>• vyzařování (např. do DK)</li> </ul>
Poruchy citlivosti	hypestezie (porucha čítí), hyperestezie (přecitlivělost) – difúzní, radikální
Dosavadní léčba a její efekt	analgetika, fyzikální léčba, délka efektu terapie
Bolestivý blok	v delších úsecích páteře
Sport	závodní, rekreační – trvání
Trauma v anamnéze	drobná poranění, zlomeniny, dopravní nehody



Charakteristika vertebrogenních syndromů	
Operace	imobilizace, svaly trupu
Menstruace, gravidita	dysmenorea, počet porodů
Další nemoci	astma, alergie, kožní onemocnění

Mezi bolesti zad vertebrogenního charakteru se změnou anatomických struktur řadíme:

- degenerativní změny páteře
- výhřez meziobratlové ploténky
- osteoporózu obratlů
- Bechtěrevova nemoc (ankylozující spondylitida)
- zánětlivá onemocnění páteře
- vrozené vývojové vady
- úrazy apod. (Stackeová, 2012).

Diagnostika příčin a zdrojů bolestí je většinou nesnadná, leckdy i nemožná. Ke zjišťování existuje mnoho vhodných diagnostických metod, je však důležité, je mít k dispozici a umět je využívat (Vrba, 2010). Zpočátku (po dobu jednoho měsíce), kdy má pacienta v péči praktický lékař, se nedoporučuje provádět zobrazovací vyšetření páteře (RTG, CT, MR). Je vhodné sledovat bolest, posuzovat ji dle škály bolesti (např. VAS). Pokud se u pacienta projeví některé z varovných příznaků „red flags“, pak je žádoucí provést rentgenové vyšetření páteře, pánve, kyčlí a laboratorní odběry. V případě radikulárního syndromu je na místě provést magnetickou rezonanci (Ehler, 2019).

Základní přístup k diagnóze a léčbě bolestí zad znázorňuje schéma 1 a 2, k nahlédnutí v příloze (Vrba, 2010).

## 2.9 Bolesti dolních končetin

Další velmi častou příčinou návštěvy praktického lékaře bývají bolesti dolních končetin. Pacient může pociťovat přímou bolest či jakýkoliv diskomfort kdekoliv v dolní končetině. Charakter bolesti může mít různou podobu, od mravenčení až po tupou nebo ostrou bolest spojenou s pohybem. Určitým typem a projevy bolesti lze odhadnout nebo předpokládat možnou příčinu. (Veverková & kolektiv, 2015)

Dle projevů bolesti rozeznáváme několik možných příčin:

- **vertebrogení potíže** – bolest se projevuje při dlouhé stání, je stálejší, rychle nezmizí jako u klaudikačních bolestí
- **protrombotické stavy** – projevují se tlakem v končetině při chůzi, přítomen váz noucí žilní otok a městnání krve v končetině
- **akutní flebotrombóza** – přítomna trvalá tlaková bolest v DK, zhoršuje se ve stoje
- **chronické žilní onemocnění** – projevuje se pocity „těžkých“, oteklých nohou, po celodenním stání, difúzní bolest, křeče, úleva po elevaci končetin
- **neuropatie** – šubavé, palčivé bolesti, pocit neklidných nohou
- **svalové křeče** – náhlý začátek prudké bolesti
- **artróza kyčelního či kolenního kloubu** – bolest odvozena dle postiženého kloubu, bolesti v hýžd'ové oblasti, v lýtku (Veverková & kolektiv, 2015).

Podle typu a lokalizace bolesti lze uvést tyto příčiny:

- **traumata** – bolest je prudká, v místě podle typu úrazu, je závislá na pohybu a úleva se dostavuje po odlehčení a fixaci postižené končetiny, důležitá je správná anamnéza úrazu
- **neurologické postižení** – bolest je prudká, ostrá a vystřelující, přítomny jsou parestzie a mravenčení, lokalizace v kyčli, hýždí, koleni, stehnu a noze, bolest může být i nemusí závislá na pohybu, při stoji končetina většinou bolí, úleva od bolesti se dostavuje při změně polohy, důležitá je anamnéza bolestí zad
- **tepenný systém DK** – bolest se dostavuje po námaze, je křečovitého charakteru, přítomna v kyčli, stehnu, hýždí, koleni i v noze, bolest je závislá na pohybu, ve stoje končetina nebolí, úleva nastává při zastavení, v diagnostice chybí pulzace nebo je šelest nad tepnami
- **žilní systém DK** – bolest je pálivá, dostavují se pocity tlaku, napětí a tíhy, lokalizované většinou ve stehnu a lýtku, při pohybu končetina nebolí, ve stoje však ano, úleva od bolesti nastává při elevaci končetiny, patrný otok končetiny
- **artróza** – bolet je tzv. „startovací“, přítomna v koleni, kyčli a kotníku, je závislá na pohybu, na stoji nikoliv, úleva se dostavuje při změně polohy (Veverková & kolektiv, 2015).

Podle Veverkové (2015) je diferenciací diagnostika bolestí dolních končetin obtížnou disciplínou, která prochází napříč všemi obory medicíny. Diagnostika bolestí se opírá o dvě metody – vylučování možností informací vyplývajících ze symptomů nebo využití diagnostických vyšetření (UZ, RTG, CT – flebografie) k potvrzení pracovní diagnózy. Následovat by mělo nastavení adekvátní léčby podle doporučených standardů. Rozlišujeme konzervativní typ léčby – např. hojně využívaná venofarmaka (Detralex) nebo léčba chirurgická. Podceňování bolestí DKK v klinické praxi může vést k narušení vztahů mezi lékaři a pacienty, vedoucí ke špatnému rozhodnutí samoléčby pacientem, nadužívání analgetik apod. (Veverková & kolektiv, 2015).

## 2.10 Únava

Únava je chápána jako trvalý pocit vyčerpání a snížené schopnosti vykonávat fyzické i psychické aktivity, které nelze provádět, ani když je dotyčný v klidu. Je to subjektivní pocit, který lze těžko objektivizovat, proto mnohdy lékařům nezbývá nic jiného, než, pacientům věřit. Únava bývá také popisována jako stav organismu vyčerpaného – fyzickou námahou, diskomfortem, slabostí aj. Únava se klasifikuje jako:

- **fyziologická únava** – je přiměřená k intenzitě činnosti, které únavě předcházela, odpočinkem odeznívá
- **patologická únava** – charakterizuje se jako abnormální, je nepřiměřená činností, které jí předcházely, po odpočinku neodeznívá, jsou to např. stavy:
  - somatických nebo psychických onemocnění
  - chronický únavový syndrom
  - idiopatická chronická únava – nebyla přesně specifikována, nesplňuje podmínky pro chronický únavový syndrom

Únava může provázet jakékoliv onemocnění, setkáváme se s ní i u běžných nemocí jako jsou nachlazení aj. Výskyt chronického únavového syndromu je zhruba 7 – 8 nemocných na 100 000 obyvatel. Únava má velmi široké spektrum příčin, kdežto etiologie únavového syndromu nebyla doposud přesně popsána. Odhaduje se spojitost s infekčními agens (konkrétní infekce nebyla zatím prokázána), dále s poruchami imunity, stresem a minerálovou dysbalancí (draslík, chloridy), (Lukáš & Žák, 2014).

Únavu můžeme také rozdělit na duševní a fyzickou. V rovině fyzické únavy pociťujeme slabost, celkovou ochablost, vyčerpání a nedostatek energie, objevuje se svalová bolest, snížená svalová síla. Fyzická únava se dále dělí na místní a celkovou. **Místní fyzická únava** se týká menších svalových skupin a jejím hlavním projevem je svalová bolest, snížená síla, je proto obtížné rychle zapojit potřebnou sílu. **Celková fyzická únava** je častá po sportovních aktivitách, negativně působí na celý organismus, působí jak na svalovou soustavu, tak na centrální nervovou soustavu, endokrinní činnost žláz. Hlavním důvodem je vyčerpání pohotovostních energetických zásob a nahromadění rozpadových látek vznikajících při intenzivní zátěži. K projevům místní fyzické únavy se k celkové únavě přidává snížená schopnost soustředění, nižší kvalita a dynamika pohybových stereotypů, kvalita svalových vzruchů, které určují rozsah pohybů. **Duševní únava** ovlivňuje vnímání, soustředěnost i chování. Projevuje se sníženou soustředěností na konkrétní problém, sníženou schopností vnímat nové podněty, zhoršeným tříděním jednotlivých vjemů či neadekvátními reakcemi na různé podněty. Dostavuje znuženost, nedostatek motivace, podrážděnost až depresivní stavy (Pastucha & kolektiv, 2014).

Podle Řehulky (2009) je únava jakýmsi signálem, že bychom měli prováděnou činnost ukončit a odpočinout si. Z tohoto hlediska popisuje únavu jako „pojistku“ zajišťující další výkon. Význam slova únava se v dnešní době velmi rozšířil, nepoužíváme jej jen k popisu psychofyzilogického stavu člověka, ale také k popisu technického stavu věcí jako je např. únava materiálu. Stejně tak je význam slova užíván ve smyslu pracovním. U řady profesí je kladen velký důraz na vysoký a kvalitní výkon, který by měl být dlouhodobý a bez negativních vlivů na pracovníka. Vzhledem k pracovní únavě se objevuje nechut' k práci, nezájem, nejistota, zhoršování pracovního výkonu, nerovnoměrnost výkonu, pokles iniciativy. V kolektivu narážíme na konfliktovost, zhoršení spolupráce, neadekvátní reakce na sociální podněty, nevrlost a snížení tolerance k nedostatkům pracovního prostředí (Řehulka, 2009).

Urbanovská ve své práci popisuje hlavní neurotizující činitele učitelské profese, považuje za ně emocionální únavu v důsledku dlouhodobého styku s velkou skupinou dětí, konflikt rolí (informátor, přítel, dozorce ...), permanentní svázanost s prací, vnitřní konflikt racionální a emocionální složky hodnotících postojů a časový stres. Výše uvedené „stresory“ a mnoho dalších, zejména dlouhodobý chronický pracovní stres, přílišná emocionální zaangażovanost a nenaplněná očekávání jsou označovány pod souhrnným názvem **syndrom vyhoření** (burnout), (Urbanovská, 2011).

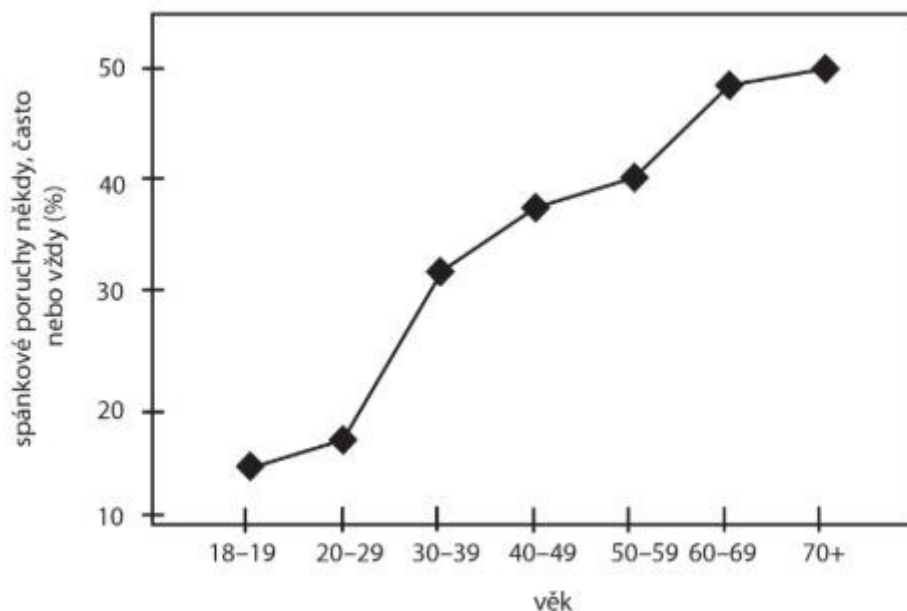
## **Přetížení**

Přetížení organismu vzniká náhle a je dočasné, definujeme ho jako krátkodobé narušení normální činnosti organismu. Zpravidla se dostavuje po více než maximálním výkonu bez přípravy. Mezi projevy patří vyčerpání zejména oběhového systému – zvýšená tepová frekvence a krevní tlak. Subjektivně lze pociťovat bolest na hrudi, celková slabost, bolesti hlavy, palpitace, závratě, dušnost, zvracení až apatie. V těžších případech je nutná léčba, odpočinek by měl být samozřejmostí (Pastucha & kolektiv, 2014).

## **2.11 Poruchy spánku**

V dospělosti potřebuje lidské tělo k odpočinku v průměru 6 – 8 hodin spánku denně. Tato potřeba se během života mění, čím je člověk starší, tím je spánek lehčí a kratší a přibývají spánkové poruchy. Pokud se v noci na delší dobu probouzíme, rychleji se tím uskutečňuje přechod z jednoho stadia spánku do druhého, a tím nepravidelnější jsou spánkové cykly.

Nekvalitní spánek má negativní vliv na zdraví v každém věku. Už v útlém dětském věku se objevují poruchy spánku jako je noční pocení, předčasné probouzení, přerušovaný spánek či dýchací problémy během spánku. Borzová (2009) udává, že více než třetina dětí trpí různými poruchami spánku. Novorozenec spí většinu času přes den i noc, naopak spánek seniora vypadá zcela jinak.



**Obrázek 4** Graf znázorňující výskyt poruch spánku vzhledem k věku

(Borzová & a kolektiv, 2009)

Základní dělení poruch spánku:

- **dysomnie** – kvantitativní poruchy spánku, patří sem poruchy ve smyslu „množství“ spánku vyvolané vnitřními i vnějšími příčinami jako jsou:
  - **insomnie** – nespavost
  - **hypersomnie** – zvýšená spavost
  - **poruchy rytmu spánek/bdění** – u pracujících ve směnném provozu, při překročení časových pásem
- **parasomnie** – kvalitativní poruchy spánku – objevují se epizodické stavy, které jsou ve spánku nežádoucí, např:
  - **noční můry** – děsivé sny, vázané na REM-fázi spánku, lidé s touto poruchou spánku se ze snu probouzí plně orientováni, pamatují si plně obsah snu
  - **noční děsy** – vznikají v nonREM fázi spánku, zmatenost po probuzení je nižší než u náměsíčnosti, lidé s touto poruchou si po probuzení nic nepamatují
  - **poruchy probouzení** – náměsíčnost (somnia bulismus), spánková opilost
  - **jiné** – chrápání, skřípání a cvakání zubů, noční pomočování

- **poruchy spánku spojené s duševní či neurologickou poruchou** – patří sem psychózy, úzkostné poruchy a panické stavy, bipolární afektivní porucha, alkoholismus a jiné závislosti, degenerativní procesy v centrální nervové soustavě, demence, parkinsonismus, epilepsie a bolesti vázané na bolesti hlavy
- **poruchy spánku spojené se somatickým onemocněním** – patří sem somatická onemocnění s potížemi během noci, jako jsou: srdeční ischemie, astma, gastroezofageální reflux, vředová choroba, fibrotický syndrom (Borzová, 2009).

Existují i jiné poruchy tzv. **atypie spánku**, řadíme mezi ně:

- potřeba krátkého nebo naopak dlouhého spánku (někdo potřebuje k odpočinku 9 hodin, někomu stačí 5)
- atypie související s hormonálními vlivy – menstruace, těhotenství, menopauza
- vegetativní dysfunkce – pocení, zrychlené dýchání
- laryngospasmus – zúžení hrtanu vedoucí k dýchacím potížím
- fragmentární myoklonus – rytmické záškuby některou částí těla aj. (Borzová & kolektiv, 2009).

### **Nespavost (insomnie)**

Nespavost je jedna z nejčastěji se vyskytujících poruch spánku, trpí jí až 10 – 20 % populace. Výskyt nespavosti vzrůstá s věkem. Nespavost se projevuje buď poruchou usínání nebo probouzením se během noci či časně k ránu. Lidem postiženým touto poruchou spánek obvykle nepřináší osvěžení, je nekvalitní. Během dne se poté objevuje únava, poruchy koncentrace a paměti, podrážděnost a poruchy nálady, nedostatek energie a denní spavost, bolesti hlavy či potíže trávicího ústrojí. Nespavost může být komplikací nebo symptomem určité choroby. Během noci se můžeme probouzet pro bolesti, dýchací a trávicí potíže i pro psychické potíže. Nejčastější formou nespavosti bývá tzv. psychofyzilogická insomnie, kde je podstatou zvýšený práh probuditelnosti na určité faktory zabraňující kvalitnímu spánku, mohou jimi být i vlivy prostředí. Vyvolávajícím činitelem je často stres či nemoc (Vašutová, 2009). O nespavosti hovoříme až v tu chvíli, trvá-li minimálně 4 týdny. Počet postižených nespavostí lze těžko určit, neboť lékařskou pomoc nevyhledá každý z nich (Zvírotsky, 2014).

## **Narkolepsie (zvýšená spavost)**

Je porucha, charakterizována zvýšenou spavostí během dne, záchvatovitým usínáním a nekvalitním nočním spánkem. Narkolepsii postihuje lidi často v klidu a při vykonávání monotónních, stereotypních činností (např. při řízení motorového vozidla), (Vašutová, 2009). Mohou ji provázet tzv. kataplexie, což je snížení svalového tonu a ochabnutí svalů, kdy od mírných potíží může dojít až k pádům (bez ztráty vědomí). Narkolepsie se vyskytuje v různých formách, od mírné až po velmi těžkou. Její příčina není známá (Vilímovský, 2020).

## **Syndrom neklidných nohou**

Syndrom neklidných nohou je spíše neurologické onemocnění, než spánková porucha. Spánek ale narušuje, neboť charakteristické projevy – parestézie nebo dysestézie se objevují hlavně v noci, kdy dotyčný leží. Jedná se o nepříjemné pocity a vjemy typu mravenčení, pulzování či tahání v dolních končetinách. Neléčená nemoc způsobuje únavu a vyčerpání během dne vlivem nedostatku spánku. Nemoc tak negativně zasahuje do soukromého i pracovního života. Stejně jako u narkolepsie, příčina nemoci je neznámá, odhaduje se, že nemoc souvisí s poruchou jednoho s dopaminergních okruhů bazálních ganglií v mozku, které se podílejí na průběhu volního, přesného svalového pohybu (Vilímovský, 2019).

## **Syndrom spánkové apnoe**

Jedná se o poměrně častou, avšak závažnou poruchu, při které dochází k opakovaným zástavám dechu během spánku. Tato porucha je typická pro muže a je provázena chrápáním (Zvírotský, 2014). Syndrom spánkové apnoe má dva typy, a to obstrukční a centrální. Z hlediska morbidity a mortality je častější obstrukční typ spánkové apnoe, kdy dochází k opakujícím se kolapsům dýchacích cest ve spánku. V horních dýchacích cestách vzniká přechodná obstrukce, která je při chrápání způsobená ochabnutím a „přisátím“ stěn orofaryngu s přerušením nebo omezením průchodnosti vzduchu. Následným poklesem nasycení krve kyslíkem dochází k hypoxémii a narušení spánku, výsledkem je denní spavost. Na hypoxémii reaguje celá řada mechanismů (aktivace chemoreceptorů, sympatiku), postižený hyperventiluje (zrychleně a zhluboka dýchá), zvyšuje se krevní tlak a puls. Vlivem zvýšené ventilace dochází k mikroprobuzením a po následném usnutí se celý cyklus opakuje (Hobzová, 2010).



## **Spánková hygiena**

Hygiena spánku je založená na dodržování několika platných zásad, které však za určitých prostorových a klimatických mohou být obtížně naplnitelné. Desatero spánkové hygieny obsahuje i individuální parametry jako je např. délka spánku. Nedodržováním základních pravidel spánku může dojít k chronickému nedostatku spánku, který je významným rizikovým činitelem pro rozvoj mnoha chorob. Spánková deprivace vede ke snížení imunity, zhoršení kognitivních funkcí, poruchám nálady a ke zvýšené chuti k jídlu (riziko obezity). (Zvírotský, 2014). Desatero spánkové hygieny dle Zvírotského (2014) je součástí přílohy (3).

### 3 METODIKA PRÁCE

V následující kapitole bude stručně popsána metodika výzkumné části práce, která navazuje na předchozí teoretické poznatky. Budou zde popsány podkapitoly, jako jsou výzkumné problémy, charakteristika výzkumného souboru, použitá metoda k výzkumnému šetření či organizace samotného výzkumu.

#### 3.1 Metodika výzkumu

Základní specifika výzkumného řešení:

**Základní pojetí:** kvantitativní výzkum

**Výzkumná metoda:** dotazování

**Technika sběru dat:** dotazník

Podrobná charakteristika jednotlivých částí výzkumného šetření je popsána v následujících podkapitolách.

##### 3.1.1 Teoreticko-praktická příprava

Pro zpracování diplomové práce byla využita celá řada nejrůznějších zdrojů informací. Bylo čerpáno hlavně ze zdrojů tuzemských, ale i zahraničních. V elektronické i tištěné podobě. Teoretická část obsahuje převážně poznatky ze studia odborné literatury a periodik z mnoha odvětví klinické medicíny, v menší míře pak z odborných zdrojů týkajících se psychologie, výchovy ke zdraví či biofyziky. Nezbytnou součástí bylo prostudování právních norem a zákonů z oblasti péče o zdraví a vybranou část z trestního zákoníku. Mnoho cenných informací bylo získáno z elektronických zdrojů v podobě z medicínských periodik nebo z programů zdraví a učitelé 21.

Pro praktickou přípravu posloužily osobní zkušenosti a dovednosti z praxe, neboť zvolená technika sběru dat tak trochu připomíná ošetřovatelskou anamnézu. Přínosem byla orientace ve zdravotnických pojmech, a vzhledem k tomu poměrně snadné sestavení dotazníku. Praktická příprava byla věnována také sběru cenných dat a vyhodnocení výzkumu.

### **3.1.2 Výzkumné problémy**

Pro praktickou část diplomové práce bylo stanoveno několik výzkumných problémů zformulovaných do jednotlivých výzkumných otázek. Výzkumné otázky se vztahují k naplnění hlavního i dílčích cílů práce.

#### **Výzkumná otázka č. 1:**

Cítí se dotazovaní učitelé subjektivně zdravě?

#### **Výzkumná otázka č. 2:**

Zajímají se pedagogové o svůj zdravotní stav?

#### **Výzkumná otázka č. 3:**

Bude více než 50 % dotazovaných pedagogů vnímat určité subjektivní potíže? (bolesti, poruchy spánku, únava, katary dýchacích cest apod.)

#### **Výzkumná otázka č. 4:**

Jsou mezi subjektivními potížemi učitelů patrné rozdíly v porovnání s jinými výzkumy?

### **3.1.3 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvoří učitelé a učitelky mateřských škol v rámci okresu Havlíčkův Brod. V tomto okresu je podle databáze MŠMT 55 mateřských škol včetně škol soukromých. Záměrný výběr mateřských škol byl proveden na základě okolí bydliště autora práce. Podle Chrásky (2007) je v pedagogickém výzkumu často využíván skupinový výběr, hodí se tam, kde jsou respondenti uspořádáni do určitých skupin (škol) v kraji (okrese). Přičemž nezáleží na velikosti těchto skupin, ale na jejich počtu, pro co největší reprezentativnost vzorku. Skupinový výběr je v pedagogickém výzkumu oblíbený pro svou poměrně jednoduchou proveditelnost, proto byl zvolen pro i pro tuto diplomovou práci. (Chráska, 2006).

### 3.1.4 Použitá metoda

Diplomová práce je kvantitativního charakteru. Podle Gavory (2000) kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji, zjišťuje množství, rozsah nebo frekvenci výskytu zkoumaných jevů. Číselné údaje se dají matematicky zpracovat. Kvantitativní výzkum by měl zabezpečovat nestrannost pohledu tím, že se snaží držet odstup od zkoumaných jevů (Gavora, 2000).

Ke sběru dat byla zvolena výzkumná metoda dotazování, konkrétně dotazník, který Chráska (2007) charakterizuje jako soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny, a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně (Chráska, 2007). V pedagogickém výzkumu je dotazník jedním z nejčastěji využívaných nástrojů. Je považován za ekonomický, neboť jím lze získávat velké množství informací při malé investici času (Gavora, 2000).

Dotazník použitý pro účely diplomové práce tvořilo celkem 20 položek. Z tohoto počtu bylo 16 otázek polouzavřených, 2 uzavřené a 2 otevřené. Poslední 3 položky dotazníku měly charakter faktografických otázek. Využitý dotazník byl anonymní. Ukázka vyplněného dotazníku je součástí přílohy č. 4.

### 3.1.5 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření bylo připravováno na podzim v roce 2019, v listopadu byly postupně osloveny všechny mateřské školy (celkem 55) v okrese Havlíčkův Brod. Školy byly nejprve osloveny telefonickým kontaktem, případně osobní návštěvou (v nejbližším dosahu bydliště). V případě ústního souhlasu vedení škol k zapojení se do výzkumného šetření, byl dotazník distribuován všemi způsoby předání podle Chrásky, a to osobním předáním, poštou a prostřednictvím dalších osob (Chráska, 2007). Některé školy si vybraly v rámci úspory nákladů i času formu elektronického rozesílání dotazníku, následně jej vyplněný a oskenovaný zasílaly zpět. Dotazníkové šetření bylo ukončeno koncem roku 2019. Celkem bylo distribuováno 200 dotazníků, návratnost činí 76,5 %.

## 4 VÝSLEDKY

V nadcházející kapitole budou prezentovány výsledky výzkumného šetření. Pro jednotlivé otázky dotazníku bude zpracováno grafické vyhodnocení výsledků, které bude rozděleno na grafy s výsledky celkovými a na grafy s výsledky klasifikovanými dle věku respondentů a délky jejich pedagogické praxe.

### 4.1 Vyhodnocení výzkumu

Výsledná data byla zpracována v programu Microsoft Excel a následně vyhodnocena pomocí neparametrického statistického testu Kruskal-Wallis s hladinou významnosti  $\alpha = 0,05$ .

#### Otázka č. 1. Subjektivně cítíte se zdravý/á?

Cílem otázky bylo zjistit, jak se pedagogové cítí po zdravotní stránce za období uplynulého posledního měsíce. Jednalo se o polouzavřený typ otázky, kde v případě možnosti „ne“, měli respondenti libovolnou možnost napsat důvod, proč se necítí dobře, případně s jakou nemocí se momentálně léčí. Možnosti odpovědí:

- Ano
- Ne (pokud Vám to nevádí, napište prosím důvod) ...

Na grafickém vyhodnocení je zřejmé, že 90 % respondentů se cítí zdrávo a neuvádí žádnou probíhající nemoc. Naopak 10 % respondentů uvádí, že se po zdravotní stránce necítí dobře, a to nejčastěji z důvodu sezónního onemocnění jako je nachlazení, bolesti v krku, rýma, kašel. Zhruba v polovině těchto případů (7) respondenti uvádí, že se jim onemocnění nedaří zaléčit z důvodu vysoké nemocnosti dětí navštěvující MŠ.

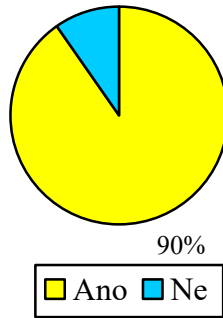
Podle věkové distribuce bylo nejvíce nemocných respondentů ve věkových kategoriích 18 až 30 let a 46 až 60 let.

Nebyla zjištěna statistická významnost.

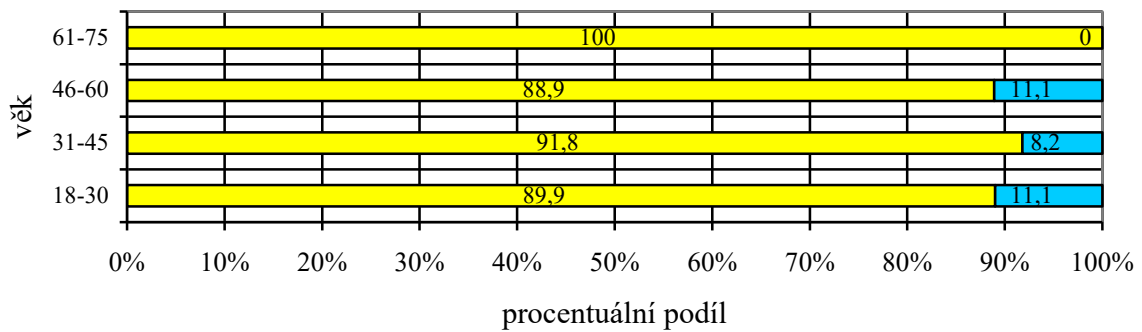
Dle distribuce délky pedagogické praxe, se nejméně osob cítících se dobře po zdravotní stránce, vyskytovalo v kategorii 0 až 5 let praxe.

Nebyla zjištěna statistická významnost.

Celkové vyhodnocení  
10%

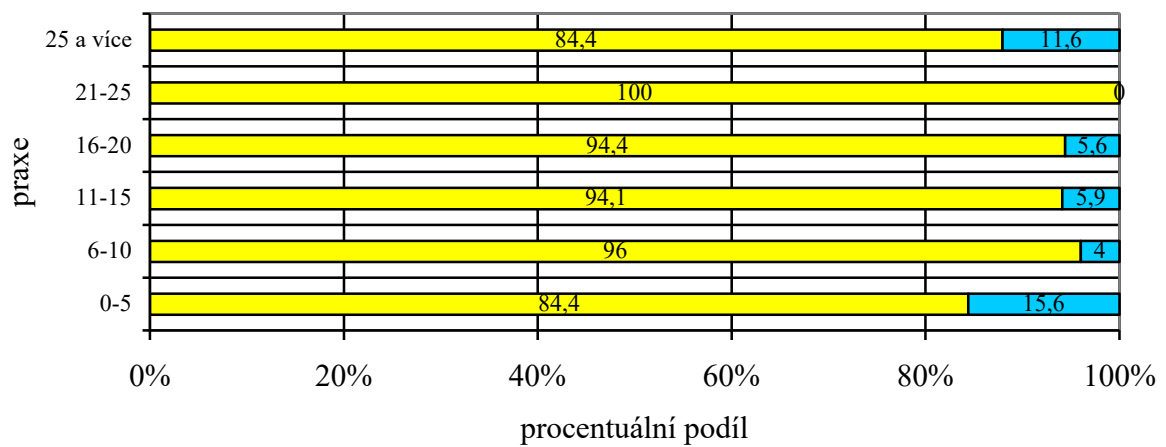


Distribuce podle věku



p = 0,904

Distribuce podle délky pedagogické praxe



p = 0,553

N = 153

Obrázek 5 Grafické znázornění otázky č. 1 Subjektivně cítíte se zdravá/ý? (zdroj: vlastní výzkum).

## Otázka č. 2. Užíváte některé léky, doplňky stravy?

Cílem otázky bylo zjistit, zda respondenti užívají léky či doplňky stravy jako jsou vitamíny, minerály apod. Jednalo se o polouzavřený typ otázky se třemi možnostmi odpovědi, přičemž u léků i doplňků stravy měli respondenti možnost napsat, jaké z nich užívají.

- ne
- léky (jaké ...)
- doplňky stravy (jaké ...)

Z výsledků je patrné, že více jak 65 % respondentů užívá některé léky a doplňky stravy nebo dokonce obojí. V případě léků se jako nejčastější volná odpověď zobrazovala možnost léků na štítnou žlázu (Letrox, Euthyrox), poté antihypertenziva – léky na úpravu vysokého krevního tlaku (např. Prestarium, Lorista), dále léky na astma (Ventolin, Berodual), méně často se objevovaly léky na úpravu tuků v krvi nebo léky na úpravu srdeční činnosti. V případě doplňků stravy byla suverénně nejčastější odpověď vitamin C, poté v různé míře ostatní vitamíny (skup. B, D, multivitaminové doplňky). Dalším častým doplňkem byly minerály (Ca, Zn, Mg).

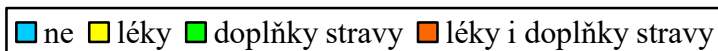
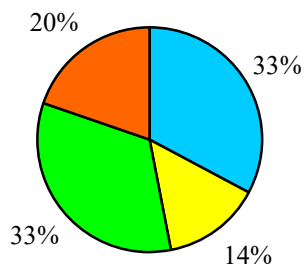
Vzhledem k věku nebyly zjištěny významné odchylky v neužívání/užívání léků či doplňků stravy. Nejpočetnější zastoupení měla věková kategorie 46 až 60 let v užívání jak léků, tak doplňků stravy a věková kategorie 18 až 30 let v užívání pouze doplňků stravy.

Nebyla zjištěna statistická významnost.

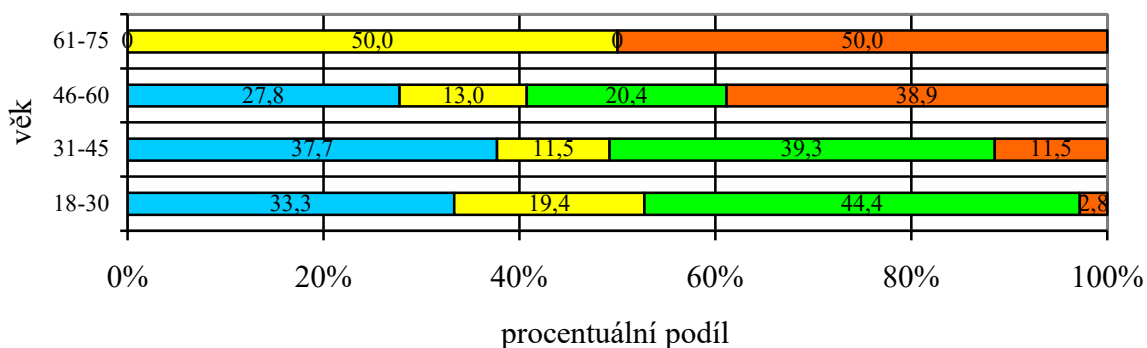
V případě distribuce podle délky pedagogické praxe bylo zjištěno podobných výsledků, nejpočetnější zastoupení (46,5 %) měla kategorie 26 let praxe a více v užívání léků i doplňků stravy, nejvíce doplňků stravy (46,7 % a 44 %) užívala kategorie s 0 až 5 lety a 6 až 10 lety praxe. Minimum léků (5,6 %) užívala kategorie délky praxe 15 až 20 let.

Byla zjištěna statistická významnost.

### Celkové vyhodnocení

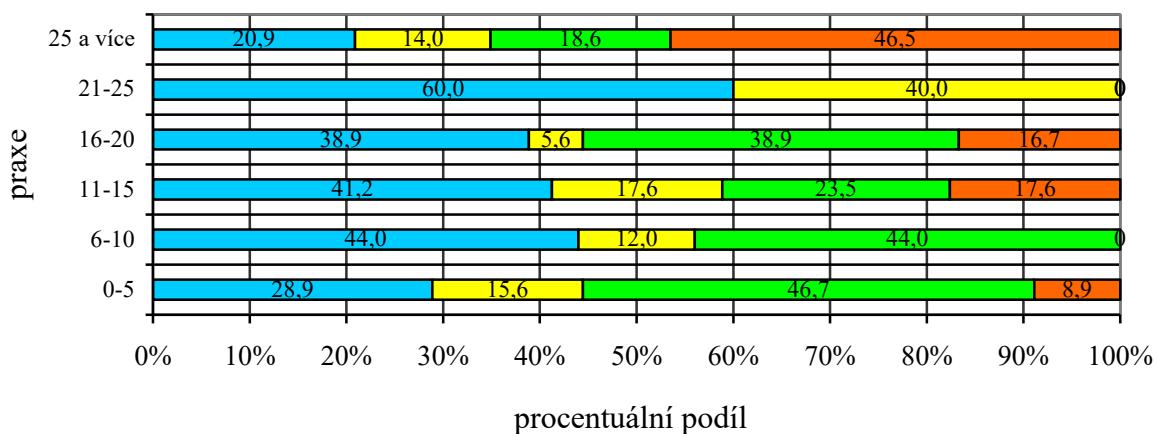


### Distribuce podle věku



p = 0,054

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



p = 0,005

N = 153

Obrázek 6 Grafické znázornění otázky č. 2 Užíváte některé léky nebo doplňky stravy? (zdroj: vlastní výzkum).



### **Otázka č. 3. Zajímáte se o Váš zdravotní stav?**

Cílem otázky bylo zjistit, zda se pedagogové MŠ zajímají o svůj zdravotní stav. Otázka byla polouzavřeného typu, kde respondenti volili ze 2 možností, přičemž doplňující otázkou byly charakteristiky zdravotního stavu jako je tělesná hmotnost, výška a hodnota krevního tlaku.

- ne
- ano (pokuste se doplnit níže uvedené charakteristiky týkající se Vaší osoby)
  - tělesná výška ...cm
  - tělesná hmotnost (váha) ...kg
  - krevní tlak ...mmHg

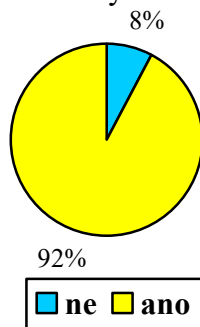
Z výsledku je patrné, že více jak 90 % respondentů uvedlo, že se o svůj zdravotní stav zajímá. Nejmenší zájem o své zdraví vykazuje věková skupina respondentů 18 až 30 let.

Nebyla zjištěna statistická významnost.

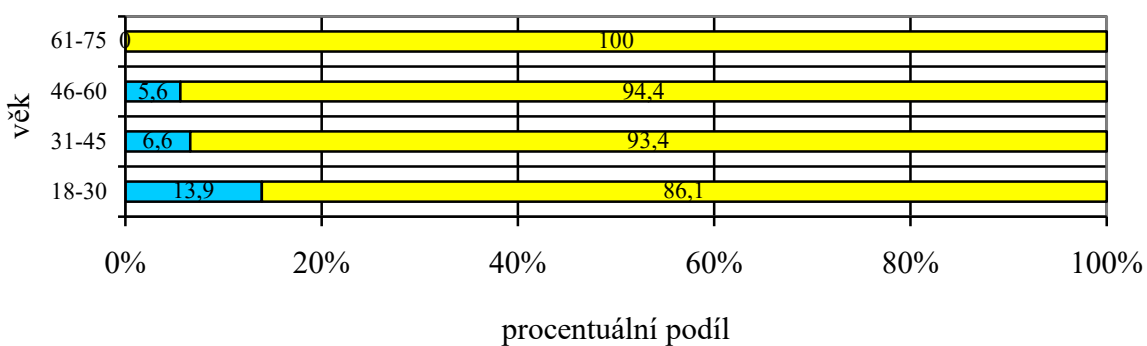
Podle délky pedagogické praxe jeví nejvyšší zájem o své zdraví kategorie respondentů s 11 až 15 lety praxe (100 %).

Nebyla zjištěna statistická významnost.

Celkové vyhodnocení

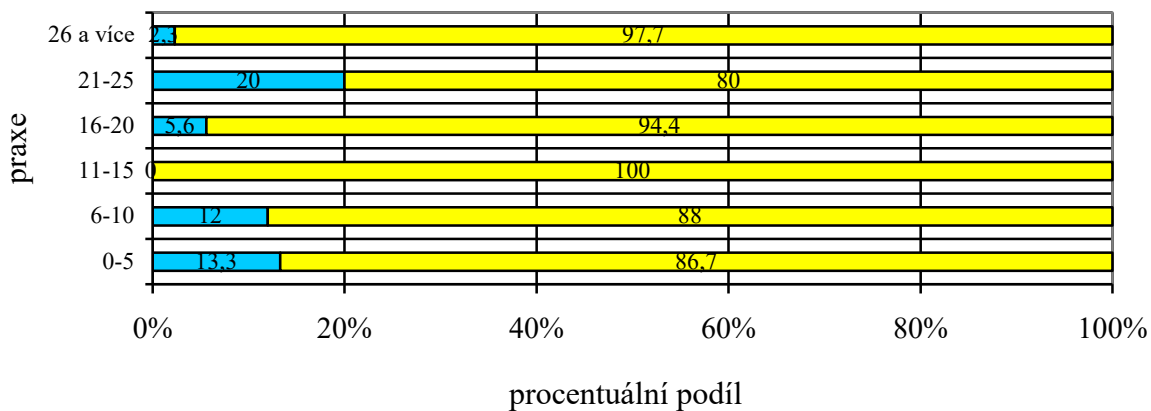


Distribuce podle věku



p = 0,474

Distribuce podle délky pedagogické praxe



p = 0,233

N = 153

Obrázek 7 Grafické vyhodnocení otázky č. 3 Zajímáte se o Váš zdravotní stav? (zdroj: vlastní výzkum).

#### Otázka č. 4. Trpíte alergií?

Cílem otázky bylo zjistit, zda pedagogové trpí některou z alergií, jednalo se o polouzavřený typ otázky, kde měli respondenti možnost volit ze dvou odpovědí. V případě odpovědi „ano“ měli respondenti uvést, jakým typem alergie trpí, zde byla možnost zatržení více odpovědí. Pro zjednodušení práce byl u otázky výčet možných alergií i s možností „jiné“.

- ne
- ano (napište prosím, jakou alergií trpíte)
  - potravinová
  - léková (např. Penicilin)
  - hmyzí bodnutí
  - na zvířecí srst
  - jiné ...

Podle výsledků 65 % respondentů netrpí žádnou alergií. Podle věku měla nejvyšší zastoupení alergiků nejmladší kategorie 18 až 30 let (58,4 %). Naopak nejméně alergiků vykazuje věková skupina 31 až 45 let (75,4 %).

Byla zjištěna statistická významnost.

Podle distribuce délky pedagogické praxe nebyly zjištěny žádné výrazné rozdíly, kromě kategorií délky praxe 16 až 20 a 31 až 25 let, které měli nejnižší zastoupení alergiků (20 % a 16,7 %).

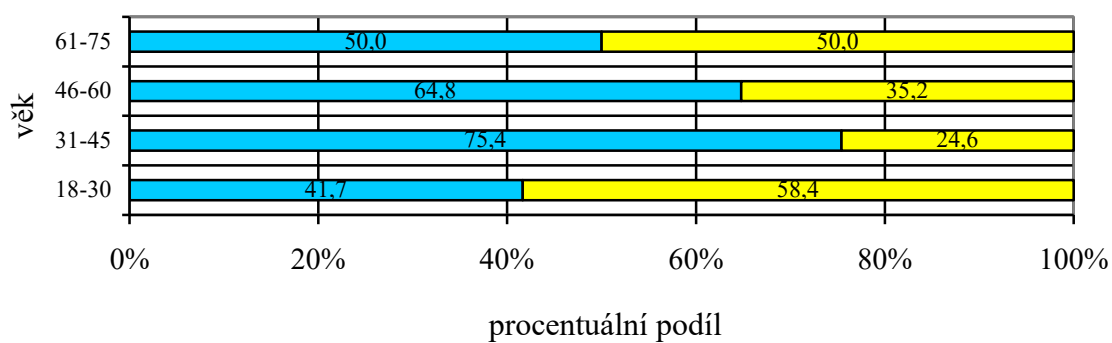
Nebyla zjištěna statistická významnost.

Z možností odpovědí nabízených alergií se ve stejném počtu (16) vyskytovala odpověď alergie na léky a alergie na hmyzí bodnutí. V počtu odpovědí je následovala možnost alergie na zvířecí srst (12). V možnosti „jiné“ se vyskytovala alergie na pyl, prach a roztoče.

### Celkové vyhodnocení

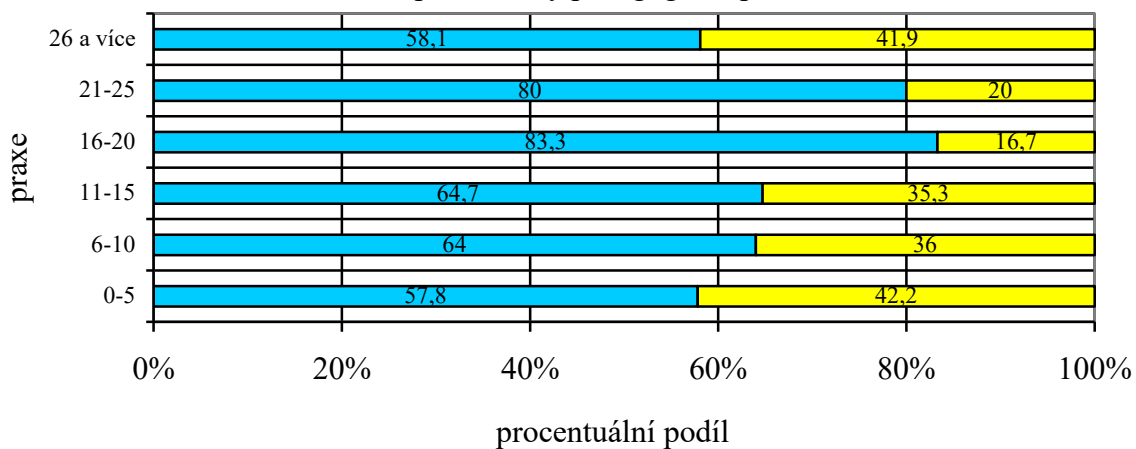


### Distribuce podle věku



**p = 0,008**

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



**p = 0,429**

**N = 153**

**Obrázek 8 Grafické znázornění otázky č. 4 Trpíte alergií? (zdroj: vlastní výzkum).**

### **Otázka č. 5. Míváte bolesti zad?**

Cílem otázky bylo zjistit, zda pedagogové mívají bolesti zad. Hodnotit měli, zda bolest mají či nemají, pokud mají, tak jak často a v jaké lokalizaci na zádech (krční, hrudní, bederní páteř nebo svaly). Jednalo se o polouzavřený typ otázky se dvěma možnostmi a doplňováním, otázka měla možnost zatržení více odpovědí.

- ne
- ano (napište jak často ...)  
(pokuste se Vaši bolest lokalizovat)
  - krční páteř
  - hrudní páteř
  - bederní páteř

Podle výsledků bolestmi zad trpí více jak 60 % respondentů. Nejméně bolestí zad vykazuje věková kategorie 18 až 30 let (69,4 %). Naopak nejvíce bolestí zad uvádí věková kategorie 31 – 45 let (72,1 %).

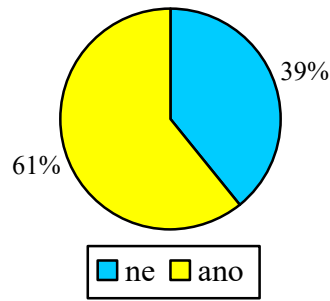
Byla zjištěna významná statistická významnost.

Podle délky pedagogické praxe nejvíce bolestí zad udává kategorie s 11 až 15 lety praxe (76,5 %). Nejméně bolestí mají učitelé s 6 až 10 lety praxe (40 %).

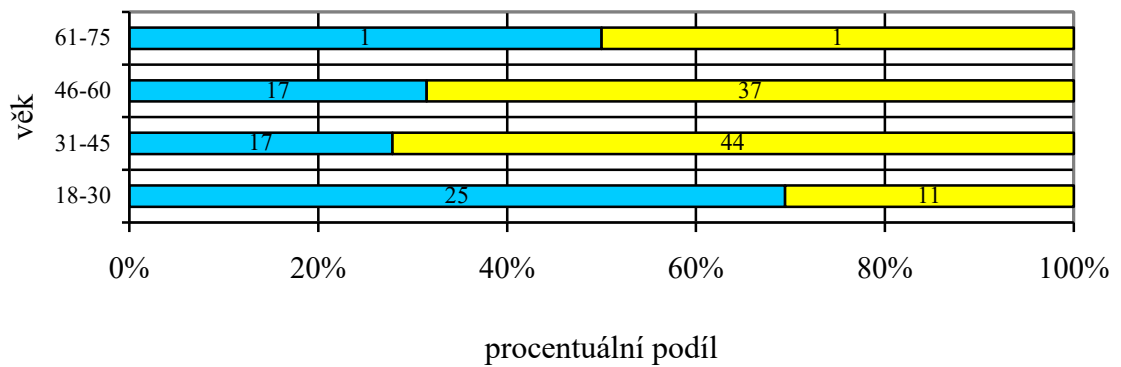
Byla zjištěna statistická významnost.

V četnosti bolestí zad respondenti nejčastěji uváděli: často, občas, 2 × do měsíce, denně, při námaze. Jako lokalizace bolestí zad byla respondenty nejčastěji označována bederní páteř (62 odpovědí), poté krční páteř (51 odpovědí).

Celkové vyhodnocení

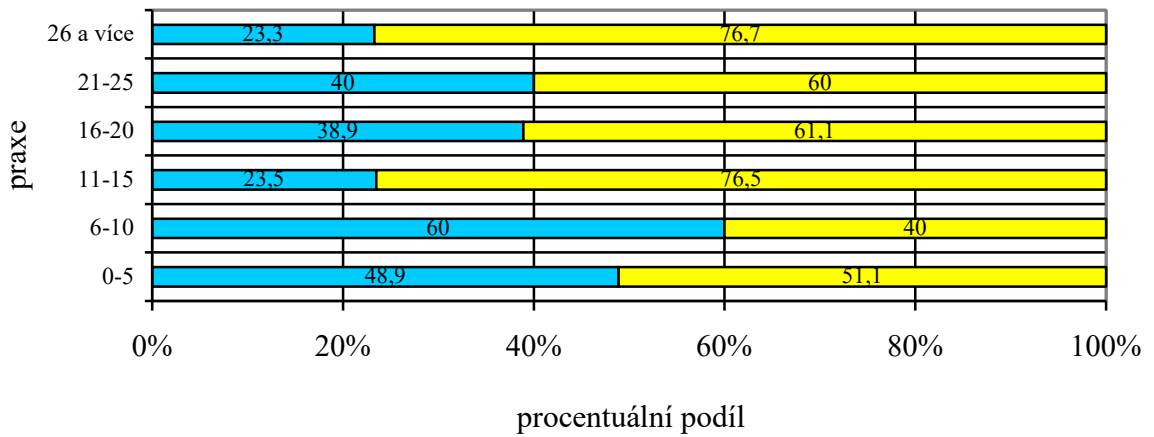


Distribuce podle věku



**p = 0,000**

Distribuce podle délky pedagogické praxe



**p = 0,028**

**N = 153**

**Obrázek 9 Grafické znázornění otázky č. 5 Míváte bolesti zad? (zdroj: vlastní výzkum).**

### **Otázka č. 6. Míváte bolesti dolních končetin?**

Cílem otázky bylo zjistit, zda pedagogové mají bolesti dolních končetin, pokud ano, tak jak často a v jaké lokalizaci na dolních končetinách. Typ otázky byl polouzavřený se dvěma možnostmi odpovědí a doplňováním bližších charakteristik. Otázka měla možnost zatržení více odpovědí ve výčtu možných lokalizací bolesti dolních končetin.

- ne
- ano (napište jak často ...)

(Pokuste se Vaši bolest lokalizovat)

- kyčel
- koleno
- noha
- svaly

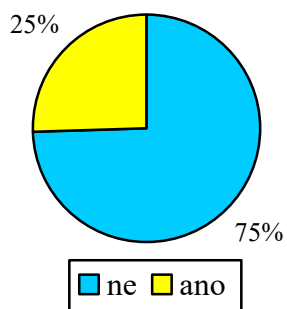
Z výsledků je patrné, že bolestmi dolních končetin trpí pouze 25 % respondentů. Podle věku mají nejvíce bolesti DK učitelé ve věku od 46 do 75 let (40,7 % a 50 %).

Byla zjištěna statistická významnost.

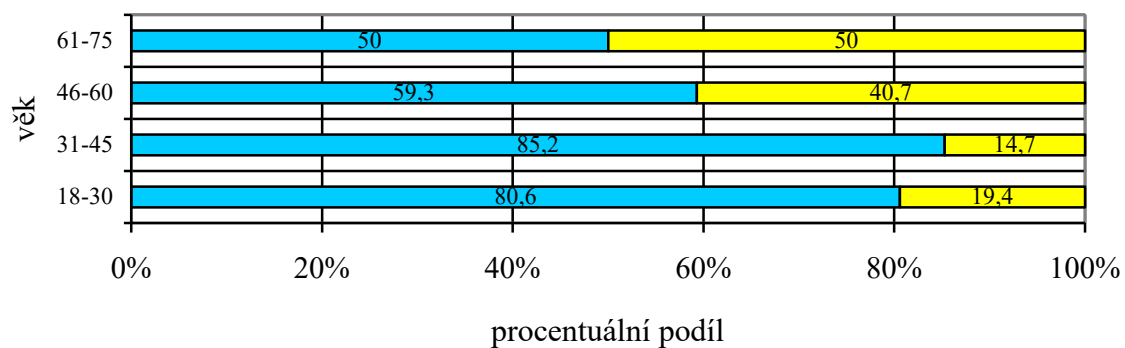
Dle délky pedagogické praxe mají nejméně bolesti DK první tři kategorie učitelů od 0 do 15 let praxe (13,3 %, 16 %, 5,9 %). V četnosti bolestí učitelé uvádějí několikrát do týdne, občas, často nebo při změně počasí. V lokalizaci bolesti zabírá první místo koleno, poté kyčel, svaly.

Byla zjištěna statistická významnost.

Celkové vyhodnocení

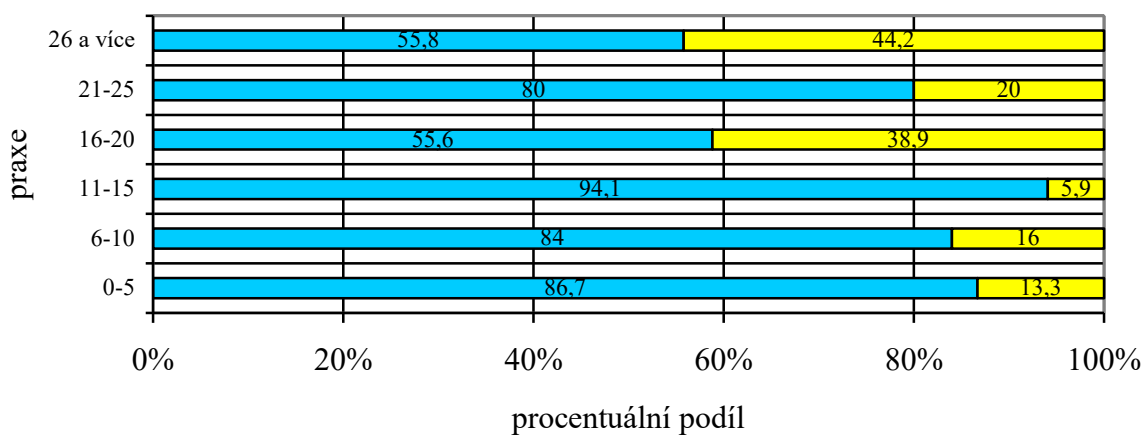


Distribuce podle věku



**p = 0,011**

Distribuce podle délky pedagogické praxe



**p = 0,001**

**N = 153**

**Obrázek 10 Grafické znázornění otázky č. 6 Míváte bolesti dolních končetin? (zdroj: vlastní výzkum).**



### **Otázka č. 7. Trpíte katary horních cest dýchacích (rýma, kašel atd.)?**

Cílem zjištění otázky bylo, zda pedagogové trpí katary horních dýchacích cest jako je rýma, kašel apod. Učitelé měli možnost volit ze dvou odpovědí v polouzavřeném typu otázky, kde bylo součástí doplňování bližších charakteristik-jak často se učitelé potýkají s nemocí DC a zda při nich trpí chrapotem.

- ne
- ano (napište jak často ...)

Trpíte při nich i onemocněním hlasivek (chrapotem)?

- ne
- ano

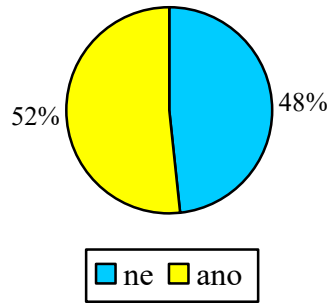
Dle zjištěných výsledků katary HDC trpí asi polovina respondentů (52 %). Nejvyšší procentuální podíl katarů HDC je patrný u nejvyšší věkové kategorie (100 %), ve vyšší míře trpí katary HDC také nejmladší věková kategorie (63,9 %).

Nebyla zjištěna statistická významnost.

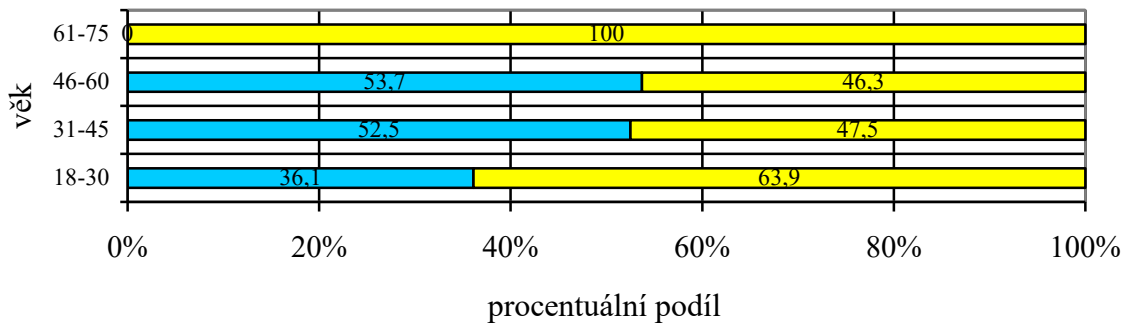
Podle délky pedagogické praxe nejvíce onemocní katary HDC učitelé s 0 až 10 lety praxe (60 %), nejméně pak onemocní učitelé s praxí 21 až 25 let (0 %). V četnosti výskytu katarů HDC učitelé uváděli onemocnění 2x až 4x do roka, nejčastěji sezóně podzim, zima. Zhruba polovina z 52 % respondentů trpí při onemocnění HDC chrapotem.

Nebyla zjištěna statistická významnost.

Celkové vyhodnocení

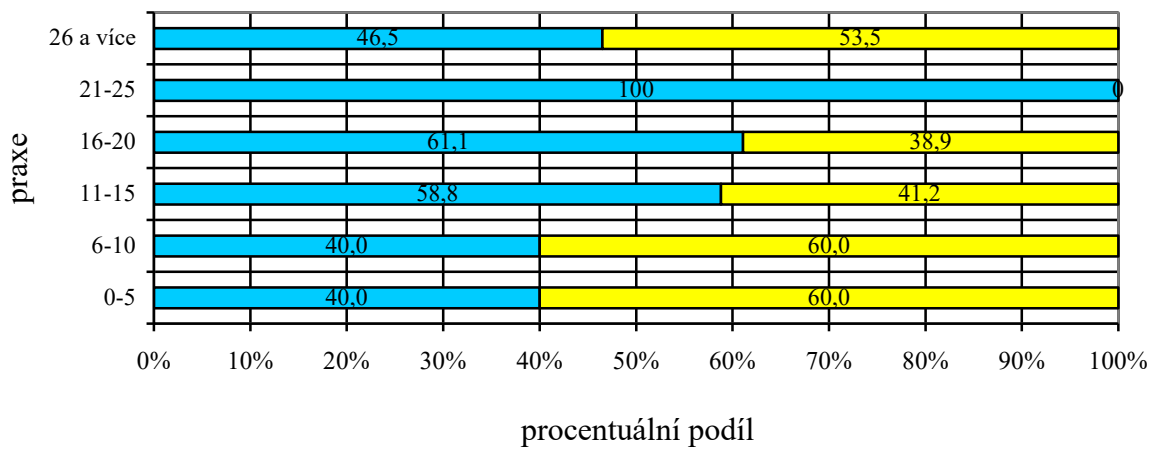


Distribuce podle věku



p = 0,170

Distribuce podle délky pedagogické praxe



p = 0,101

N = 153

Obrázek 11 Grafické znázornění otázky č. 7 Trpíte katary horních dýchacích cest? (zdroj: vlastní výzkum).

### **Otázka č. 8. Míváte bolesti hlavy?**

Cílem otázky bylo zjistit, zda pedagogové mívají bolesti hlavy, a jak často tyto bolesti mají, bližší charakteristiky byly dotazovány v následující otázce. Typ otázky byl polouzavřený, kde respondenti měli volit z 2 možností, součástí odpovědi „ano“ bylo doplnění četnosti bolestí. Otázka obsahovala možnost zatržení více odpovědí. Pokud v této otázce respondenti odpovídali negativně, byli přesměrováni na otázku č. 11.

- ne
- ano (napište jak často ...)

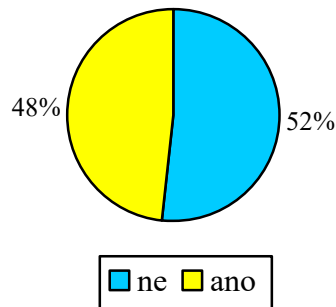
Podle výsledků bolesti hlavy uvádí necelá polovina respondentů (48 %). Podle věku respondentů nejsou patrné žádné významné rozdíly, nejméně bolestí má nejmladší věková skupina (38,9 %).

Nebyla zjištěna statistická významnost.

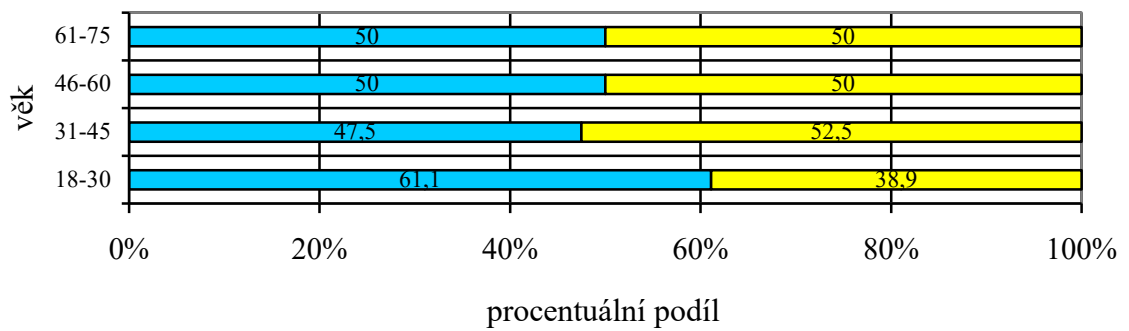
Podle délky praxe mají vyšší procentuální podíl bolesti hlavy u učitelů s delší až nejdelší dobou praxe (61,1 % a 51,2 %). Četnost bolestí hlavy učitelé nejčastěji uváděli 1x – 3x do měsíce.

Nebyla zjištěna statistická významnost.

Celkové vyhodnocení

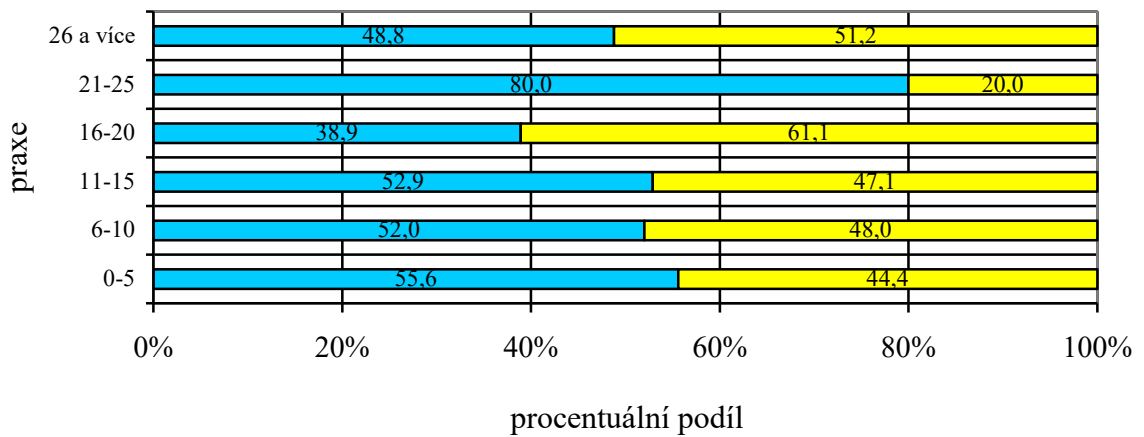


Distribuce podle věku



p = 0,625

Distribuce podle délky pedagogické praxe



p = 0,671

N = 153

Obrázek 12 Grafické znázornění otázky č. 8 Míváte bolesti hlavy? (zdroj: vlastní výzkum).

### **Otázka č. 9. Pokuste se Vaše bolesti hlavy lokalizovat, určit intenzitu, délku trvání bolesti.**

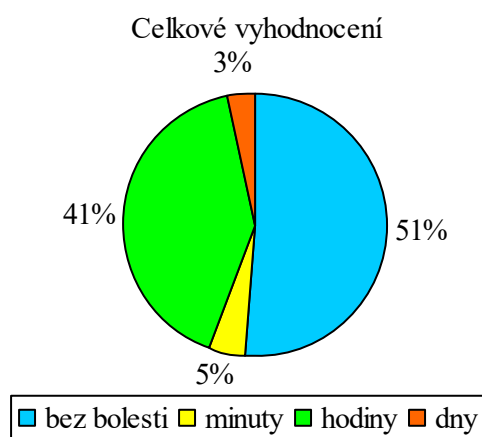
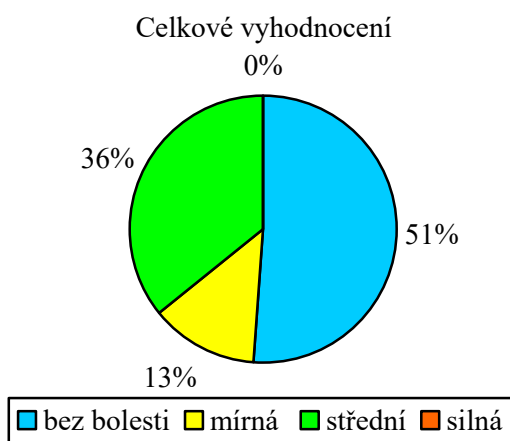
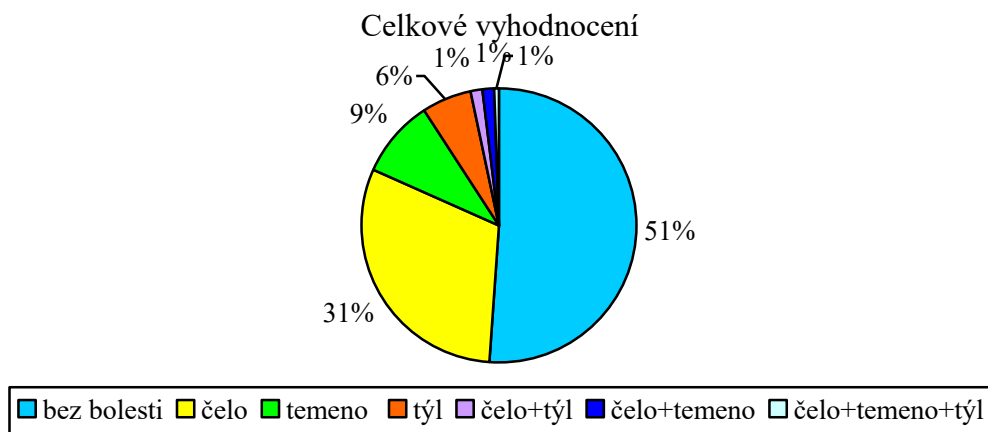
Cílem otázky bylo zjistit, v jaké lokalizaci, jakou intenzitou a jak dlouho trvají bolesti hlavy respondentů. Tento typ otázky byl uzavřený, se třemi podotázkami. Otázka byla určena pouze pro respondenty, kteří v předchozí otázce zvolili možnost „ano“ (mající bolesti hlavy).

- lokalizace na hlavě
  - čelo
  - temeno
  - týl
- intenzita bolesti
  - mírná
  - střední
  - silná
- délka trvání bolesti
  - minuty
  - hodiny
  - dny

Dle výsledků bylo zjištěno, že nejčastěji se lokalizace bolestí hlavy vyskytuje na čele (31 %), následuje temeno (9 %), nejméně často týl (6 %).

V intenzitě bolestí hlavy respondenti nejčastěji uvádí bolest střední (36 %), která jim nedovoluje běžnou činnost a ustoupí po požití medikamentů. Mírnou bolest udává 13 % respondentů a silnou bolest neuvádí nikdo.

Délku trvání bolestí uvádějí respondenti nejčastěji v řádu hodin (41 %), méně často v minutách (5 %) a nejméně často v řádu dní (3 %).



N = 153

Obrázek 13 Grafické znázornění otázky. č. 9 Pokuste se vaše bolesti hlavy lokalizovat, určit intenzitu a délku trvání bolesti (zdroj: vlastní výzkum).

### **Otázka č. 10. Jste kuřák?**

Cílem otázky bylo zjistit, zda pedagogové kouří cigarety nebo nikoliv. Typ otázky byl polouzavřený, respondenti volili z 2 možností, doplňující otázka zjišťovala, kolik cigaret denně respondenti vykouří.

- ne
- ano (kolik cigaret denně vykouříte ...)

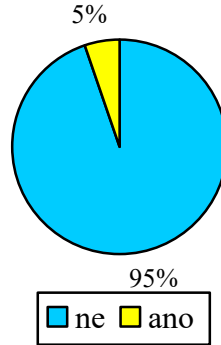
Podle dostupných výsledků bylo zjištěno, že ze 153 respondentů kouří pouhých 5 %. Podle věku zastupují kuřáci věkové skupiny rovnoměrně (okolo 5 %).

Nebyla zjištěna statistická významnost.

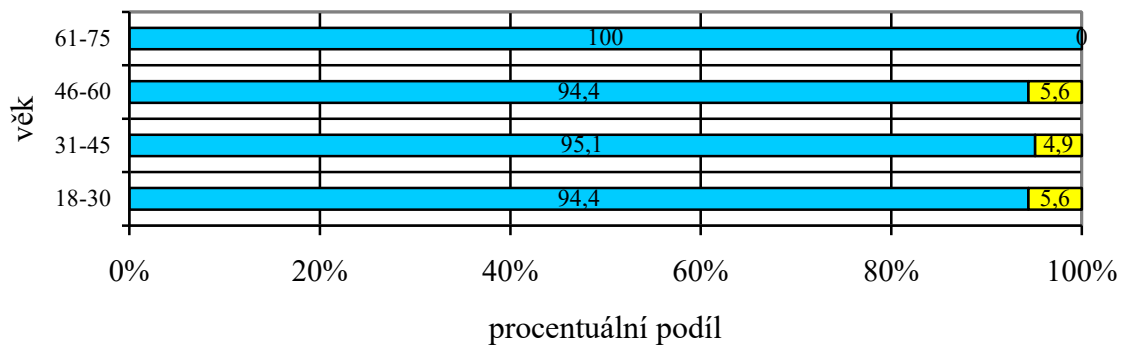
Podle délky pedagogické praxe je nejvíce kuřáků v kategoriích s 0 až 5 lety praxe (6,7 %), s 6 až 10 lety praxe (8 %) a s 26 a více lety praxe (7 %).

Nebyla zjištěna statistická významnost.

### Celkové vyhodnocení

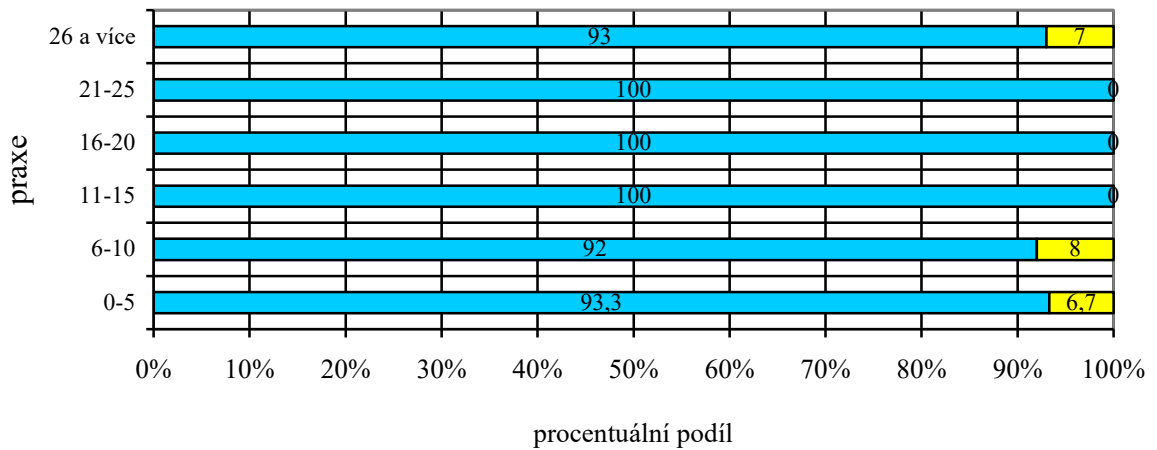


### Distribuce podle věku



p = 0,987

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



p = 0,696

N = 153

Obrázek 14 Grafické znázornění otázky č. 10 Jste kuřák? (zdroj: vlastní výzkum).



### **Otázka č. 11. Máte potíže se zadýcháváním se (dušností)?**

Cílem otázky bylo zjistit, zda pedagogové mají potíže se zadýcháváním, na výběr měli dvě možnosti odpovědí, součástí možnosti „ano“ byl výčet zátěží, při které by mohli učitelé trpět dušností. Polouzavřený typ otázky s možností zatržení více odpovědí (výčet zátěže).

- ne
- ano (vyberte, při jaké zátěži trpíte dušností)
  - klidová dušnost
  - chůze
  - chůze do schodů
  - běh

Podle výsledků bylo zjištěno, že potíže se zadýcháváním se má 18 % respondentů. Zbýlých 82 % respondentů tyto potíže neudává. V závislosti na věku respondentů pozorujeme nárůst potíží s dušností se stoupající věkem. Po věkovou kategorii 18 až 30 let vychází pouhých 8,3 % respondentů s potížemi, pro věkovou kategorii 46 až 60 let je to už 21,1 % respondentů.

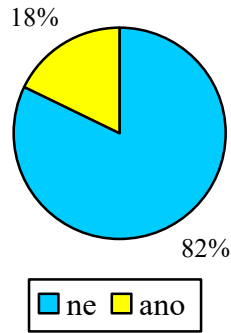
Nebyla zjištěna statistická významnost.

Podle délky pedagogické praxe není patrný vyšší rozdíl mezi jednotlivými kategoriemi. Od nejnižší až po nejvyšší kategorii praxe se procentuální podíl respondentů s dýchacími potížemi pohybuje od 11,8 % až po 23,3 %.

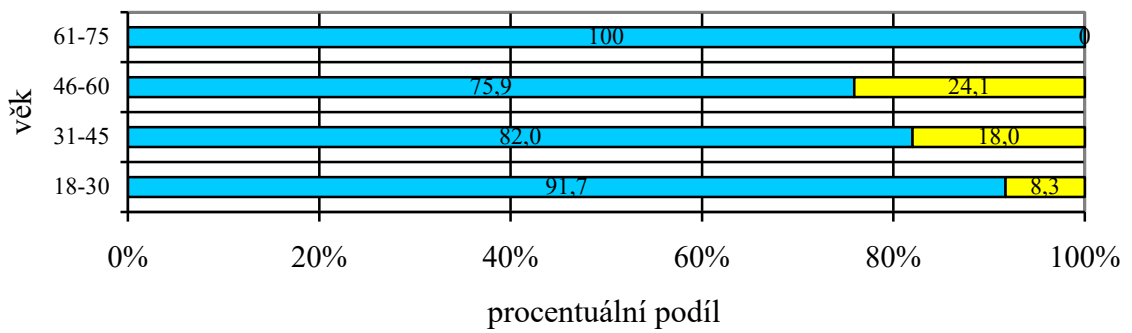
Nebyla zjištěna statistická významnost.

Na podotázku, při jaké zátěži se učitelé zadýchávají, nejčastěji uváděli běh a poté chůzi do schodů. Klidová dušnost a dušnost při chůzi se v dotazníkovém šetření objevila pouze jedenkrát.

Celkové vyhodnocení

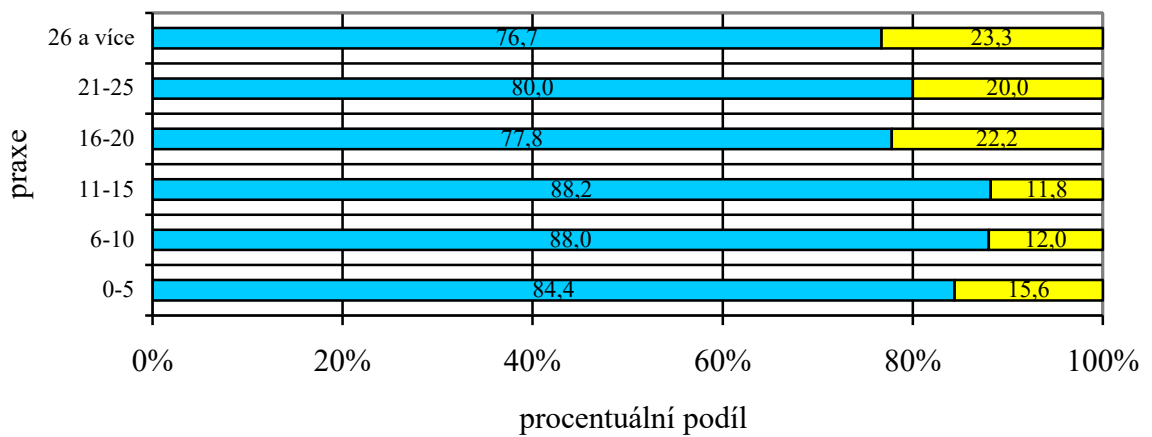


Distribuce podle věku



p = 0,252

Distribuce podle délky pedagogické praxe



p = 0,809

N = 153

Obrázek 15 Grafické znázornění otázky č. 11 Máte potíže se zadýcháváním se (dušností)? (zdroj: vlastní výzkum).

### **Otázka č. 12. Máte potíže se sluchem?**

Cílem otázky bylo zjistit, zda mají pedagogové potíže se sluchem a jakého typu tyto potíže jsou. Otázka byla polouzavřeného typu, respondenti volili mezi dvěma možnostmi, v případě odpovědi „ano“ měli specifikovat, jaké potíže se sluchem mají. Otázka obsahovala možnost zatržení více odpovědí ve výčtu možných sluchových obtíží.

- ne
- ano (napište prosím, jaké potíže)
  - nedoslýchavost
  - Tinnitus (tzv. hučení v uších)
  - opakované záněty uší
  - Jiné ...

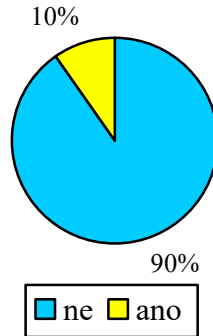
Podle výsledků je patrné, že sluchovými potížemi trpí 10 % respondentů. Nejvíce sluchových potíží uvedli učitelé ve věku 46 až 60 let (18,5 %).

Nebyla zjištěna statistická významnost.

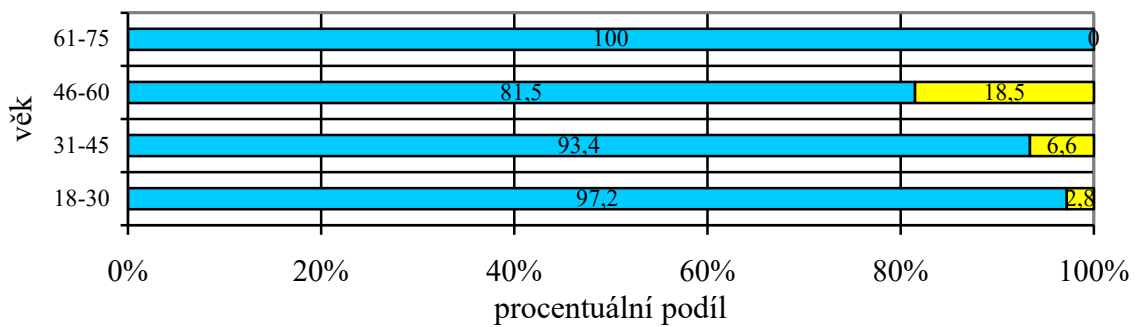
Dle délky pedagogické praxe jsou výsledky různorodé, nejvíce sluchových potíží uvádí učitelé s nejdélší praxí (18,6 %), následují je učitelé s praxí 16 až 20 let (16,7 %), nejméně sluchových potíží mají učitelé s nejkratší praxí (8,9 %). Ostatní kategorie délky praxe neuvádí žádné potíže. Jako nejčastější typ potíží se u respondentů vyskytovala nedoslýchavost, poté Tinnitus, jedenkrát se objevily potíže se záněty uší, a v jednom případě respondent uvedl potíže způsobené hlučností prostředí, ve kterém pracuje.

Nebyla zjištěna statistická významnost.

### Celkové vyhodnocení

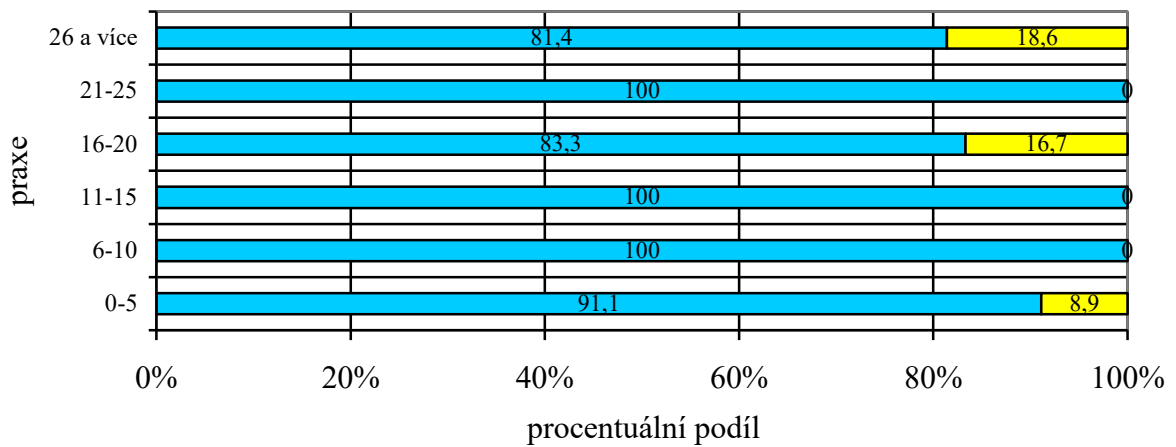


### Distribuce podle věku



p = 0,252

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



p = 0,081

N = 153

Obrázek 16 Grafické znázornění otázky č. 12 Máte potíže se sluchem? (zdroj: vlastní výzkum).

### Otázka č. 13. Trpíte některou z očních vad?

Cílem otázky bylo zjistit, zda pedagogové trpí některou z očních vad, případně jinými potížemi týkajícími se očí. Otázka byla polouzavřeného typu, respondenti měli na výběr dvě možnosti odpovědí, součástí odpovědi „ano“ byla specifikace očních potíží. Otázka obsahovala možnost zatržení více odpovědí ve výčtu nabízených očních vad.

- ne
- ano (napište prosím, jakou)
  - dalekozrakost
  - krátkozrakost
  - astigmatismus
  - jiné ...

Z výsledků je patrné, že očními vadami a jinými potížemi s očima trpí více jak polovina respondentů (54 %). Ve věkové kategorii 18 až 30 let je to přesná polovina respondentů (50 %), v kategorii 31 až 45 let procento respondentů s očními vadami lehce klesá (39,4 %), dále se s věkem zvyšuje, pro kategorii 46 až 60 let je to 70,4 % respondentů, pro nejvyšší kategorii je to dokonce 100 % respondentů.

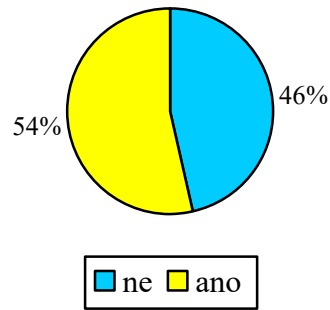
Byla zjištěna statistická významnost.

Nejvíce trpí očními vadami učitelé s nejdelší praxí (81,4 %). Ostatní kategorie délky praxe se pohybují jenně nad nebo pod polovinou procentuálního podílu respondentů trpících očními vadami. Jediná kategorie délky praxe s 21 až 25 lety vykazuje 100 % respondentů, kteří žádnou vadu neudávají.

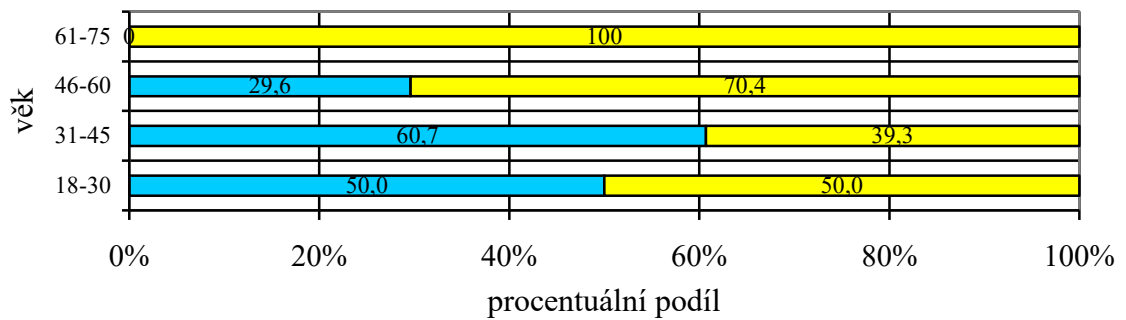
Byla zjištěna významná statistická významnost.

Jako nejčastější oční vadu uváděli učitelé krátkozrakost, která byla přítomna zhruba v 70 % případech všech očních potíží. Dále byla častokrát uvedena dalekozrakost i astigmatismus. Mezi jiné potíže a onemocnění učitelé zařazovali tupozrakost, strabismus a zvýšený nitrooční tlak.

### Celkové vyhodnocení

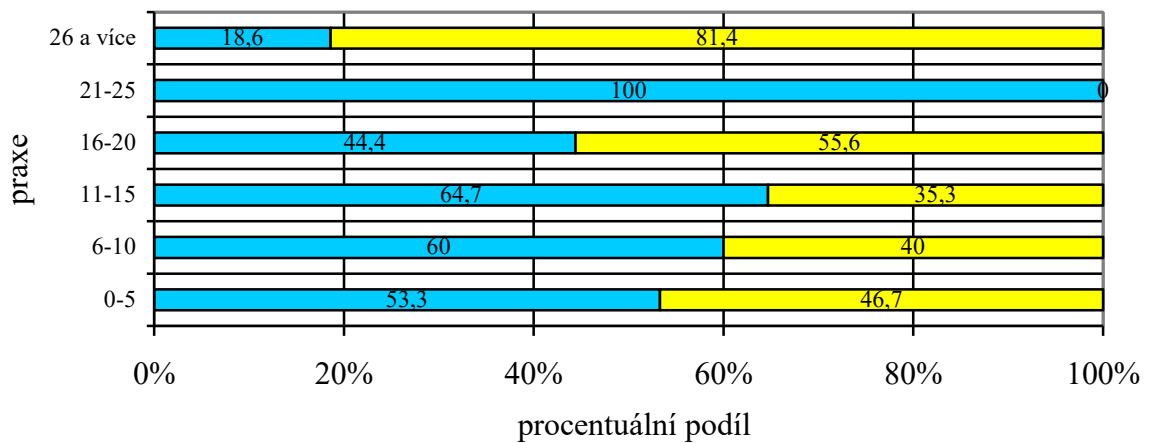


### Distribuce podle věku



**p = 0,005**

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



**p = 0,000**

**N = 153**

**Obrázek 17 Grafické znázornění otázky č. 13 Trpíte některou z očních vad? (zdroj: vlastní výzkum).**

#### Otázka č. 14. Subjektivně cítíte se unavený/á?

Cílem otázky bylo zjistit, zda se pedagogové cítí unavení, a z čeho jejich únava pramení. Otázka byla polouzavřeného typu, kde respondenti vybírali z dvou možných odpovědí. Při odpovědi „ano“ následoval výčet nabízených typů únavy, u kterých měli respondenti možnost zatrhnout více odpovědí.

- ne
- ano (specifikujte prosím)
  - fyzické vyčerpání
  - psychické vyčerpání
  - spánková deprivace
  - jiné ...

Z dostupných výsledků je patrné, že téměř polovina učitelů se cítí unavená (47 %). Se zvyšujícím se věkem stoupá procento respondentů, kteří uvádějí jakoukoliv únavu. Ve věkové kategorii 18 – 30 let je to 36,1 % respondentů, ve věkové kategorii 46 – 60 let je to již 53,7 % respondentů.

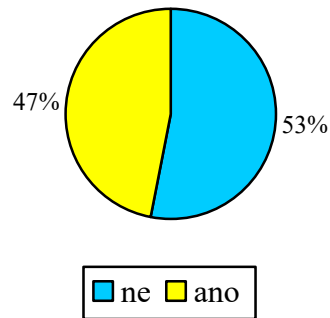
Nebyla zjištěna statistická významnost.

Podle délky pedagogické praxe vycházejí výsledky opět různorodé, avšak pro každou kategorii vychází minimální procentuální podíl 40 % respondentů udávajících únavu. Pro kategorii 6 až 10 let praxe je to dokonce 60 % respondentů.

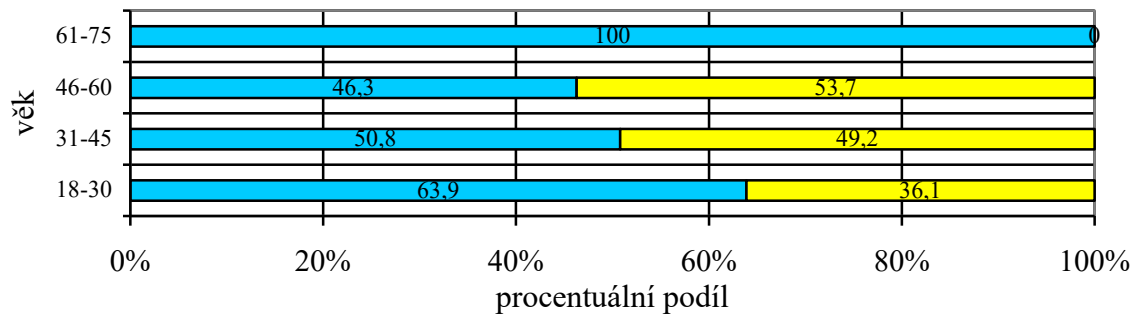
Nebyla zjištěna statistická významnost.

Nejčastěji učitelé jako důvod své únavy uvedli psychické vyčerpání, bylo tomu tak až v 49 případech všech respondentů uvádějících únavu. Poměrně stejně často učitelé dále uváděli fyzické vyčerpání a spánkovou deprivaci, okolo 25 případů. Mimo nabízené příčiny únavy učitelé zmiňovali jiné důvody: těhotenství, málo železa v krvi, stáří, hluk, celkové vyčerpání, onemocnění, bolesti.

### Celkové vyhodnocení

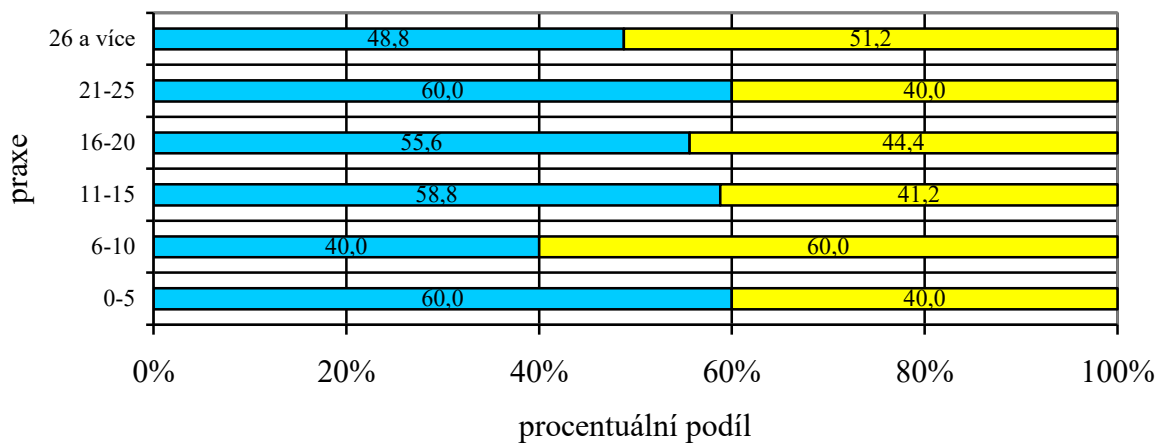


### Distribuce podle věku



p = 0,208

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



p = 0,664

N = 153

**Obrázek 18 Grafické znázornění otázky č. 14 Subjektivně cítíte se unavený/á? (zdroj: vlastní výzkum).**



### **Otázka č. 15. Kolik vypijete denně tekutin (nealkoholických nápojů, mimo kávy)?**

Cílem otázky bylo zjistit, jaký pitný režim pedagogové dodržují, kolik tekutin mimo kávy a nealkoholických nápojů denně vypijí. Typ otázky byl uzavřený, učitelé vybírali ze tří nabízených možností.

- 0,5 – 1 l/den
- 1 – 2 l/den
- více jak 2 l/den

Podle dostupných výsledků je zřejmé, že 57 % respondentů vypije denně mezi 1 – 2 l tekutin denně. Více jak 2 l tekutin denně vypije pouhých 13 % respondentů. Do 1 l tekutin denně vypije 30 % respondentů.

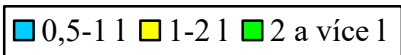
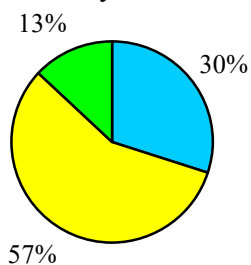
Podle věkové kategorizace má nejmladší věková kategorie vysoké zastoupení respondentů, kteří vypijí nejméně tekutin. Více jak 2 litry tekutin denně uvedli nejčastěji učitelé z věkové skupiny 31 – 45 let. Mezi 1 – 2 l tekutin denně nejčastěji uvedli učitelé z věkové kategorie 46 až 60 let.

Nebyla zjištěna statistická významnost.

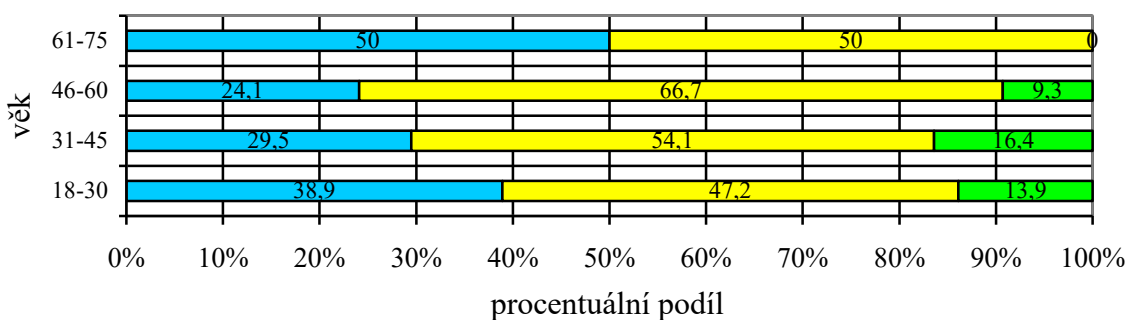
Podle délky pedagogické praxe vykazují učitelé různých výsledků. Nejvyšší zastoupení nejvíce vypitých tekutin během dne mají učitelé s 11 až 15 let dlouhou praxí, ti mají ale zároveň 3. nejvyšší zastoupení nejméně vypitých tekutin během dne. Mezi 1 – 2 litry vypitých tekutin denně nejčastěji uvedli učitelé s 16 – 20 lety praxe, zároveň mají poměrně nízké zastoupení nejméně vypitých tekutin. Velmi podobných výsledků dosáhli i učitelé s 6 – 10 lety a s 26 a více lety praxe.

Nebyla zjištěna statistická významnost.

### Celkové vyhodnocení

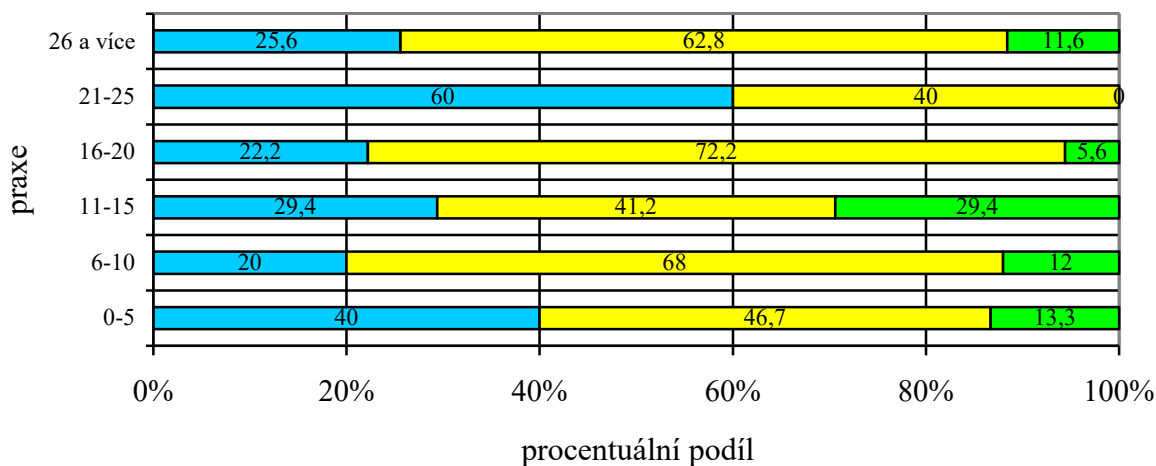


### Distribuce podle věku



p = 0,675

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



p = 0,387

N = 153

Obrázek 19 Grafické znázornění otázky č. 15 Kolik vypijete denně tekutin (nealkoholických nápojů, mimo kávy)? (zdroj: vlastní výzkum).

### Otázka č. 16. Požíváte některou z uvedených návykových látek?

Cílem otázky bylo zjistit, zda pedagogové požívají některou z uvedených návykových látek, případně látky jiné. Mezi uvedené látky byly zařazeny tekutiny, jako je káva a alkoholické nápoje. Typ otázky byl polouzavřený, kde měli respondenti možnost volit mezi dvěma odpověďmi, případně doplnit otázku pod políčkem „jiné“. Součástí uvedených možností byla specifikace toho, jak často dané látky učitelé požívají.

- ne
- ano
  - káva (kofein) – jak často?
  - alkohol – jak často?
  - Jiné ... jak často?

Z výsledků je patrné, že 77 % respondentů některou z uvedených látek (káva, alkoholické nápoje) užívá. Podle věku je nejvíce konzumentů ve věku 31 až 45 let (77,8 %), naopak nejméně je učitelů nad 60 let (50 %).

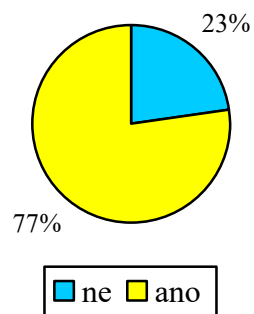
Nebyla zjištěna statistická významnost.

Pro distribuci podle délky pedagogické praxe vycházejí opět různorodé výsledky, vysoký procentuální podíl učitelů užívajících návykové látky je napříč kategoriemi několik. Výsledků přes 80 % dosahují hned 3 kategorie, a to učitelé s kratší praxí 6 až 10 let (84 %), učitelé se středně dlouhou praxí 16 až 20 let (88,9 %), což je podíl nejvyšší, a učitelé s nejdelsí praxí 26 a více let (81,4 %).

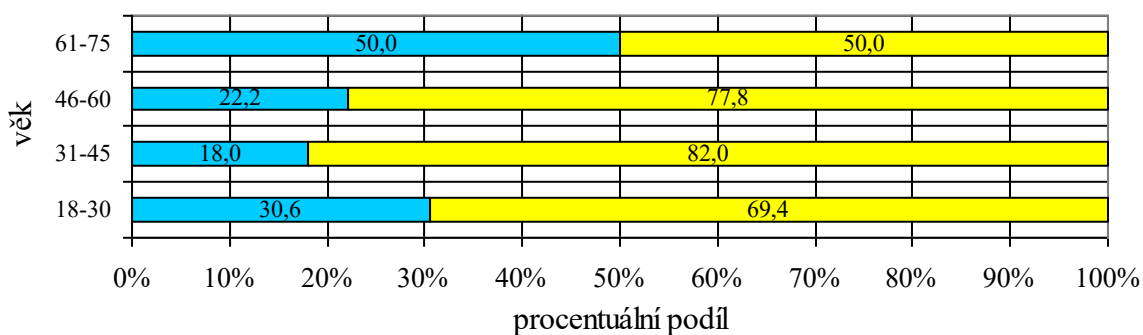
Nebyla zjištěna statistická významnost.

V konzumaci kávy většina učitelů uvedla příjem i několikrát za den. Nejčastěji se objevovala odpověď konzumace kávy 2x za den. V případě alkoholu se převážně vyskytovala odpověď „výjimečně“ nebo „příležitostně“. U několika respondentů se objevila také možnost 1x týdně, zcela ojediněle se vyskytovala odpověď 1x denně večer.

### Celkové vyhodnocení

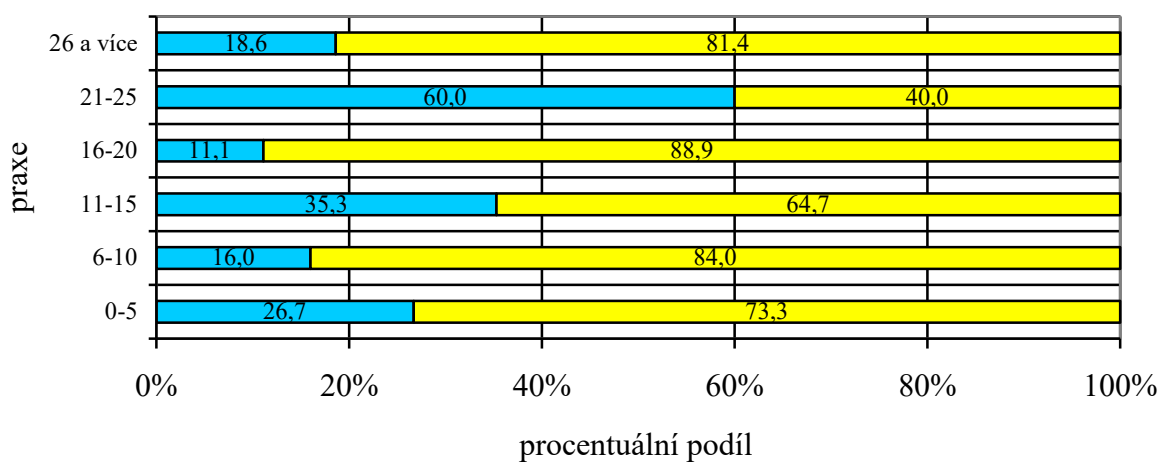


### Distribuce podle věku



p = 0,417

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



p = 0,144

N = 153

**Obrázek 20 Grafické znázornění otázky č. 16 Požíváte některou z uvedených návykových látek? (zdroj: vlastní výzkum).**

### **Otázka č. 17. Míváte potíže se spánkem?**

Cílem otázky bylo zjistit, zda mají pedagogové potíže se spánkem a jakého typu tyto potíže jsou. Typ otázky byl polouzavřený s výběrem 2 možných odpovědí a specifikací otázky, jakými potíže učitelé trpí.

- ne
- ano (pokuste se specifikovat potíže)
  - zdlouhavé usínání
  - probouzení během noci nebo brzy ráno
  - chození na záchod během noci
  - kašláni nebo chrápání
  - špatné sny
  - bolesti
  - jiné ...

Podle výsledků udává únavu 39 % respondentů. Se vzrůstajícím věkem je patrný vyšší procentuální podíl respondentů udávajících únavu. Ve věkové kategorii 18 až 30 let je to 19,4 % respondentů, ve věkové kategorii 46 až 60 let je to už 55,6 % respondentů.

Byla zjištěna statistická významnost.

Dle délky pedagogické praxe se podíl učitelů udávajících únavu příliš neliší. Opět nepatrně vzrůstá s délkou praxe. Pro učitele s praxí do 10 let je to okolo 24 – 6 %, pro učitele s praxí přes 20 let je to 40 až 60 % respondentů.

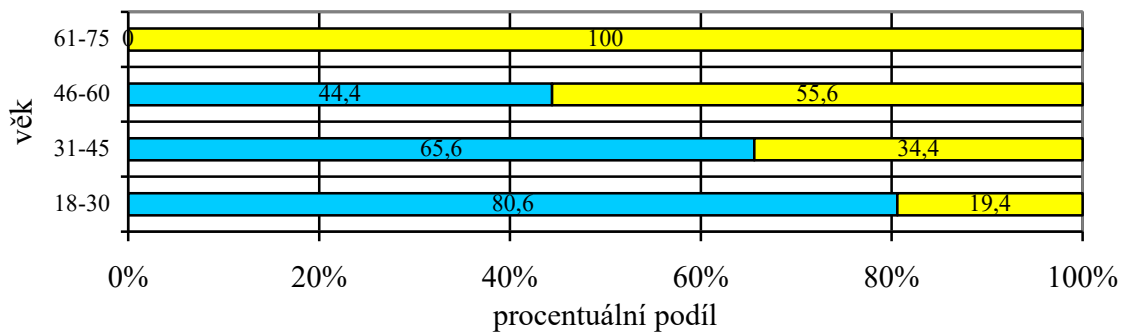
Byla zjištěna statistická významnost.

Mezi respondenty nejčastěji udávané spánkové potíže patří probouzení v noci, méně časté pak bylo zdlouhavé usínání a chození na záchod během noci. Ojedinele se objevovala odpověď špatných snů nebo bolestí během noci.

### Celkové vyhodnocení

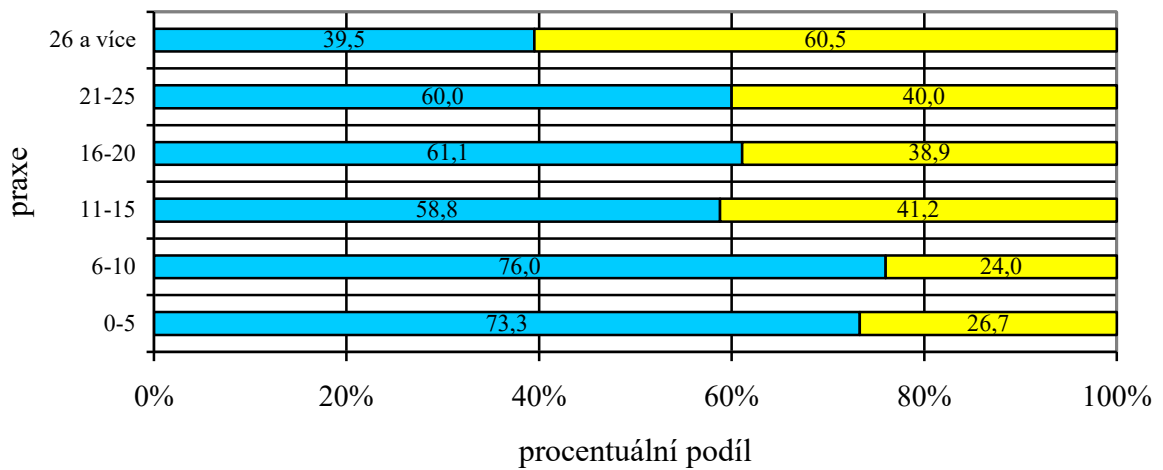


### Distribuce podle věku



**p = 0,001**

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



**p = 0,019**

**N = 153**

**Obrázek 21 Grafické znázornění otázky č. 17 Míváte potíže se spánkem? (zdroj: vlastní výzkum).**

### **Otázka č. 18. Jaké je Vaše pohlaví?**

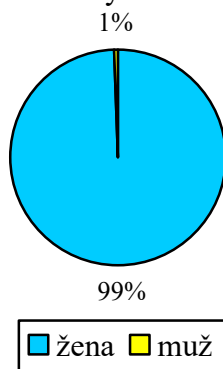
Cílem otázky bylo zjistit, jakého pohlaví jsou respondenti ve výzkumném šetření. Otázka byla otevřená.

- žena
- muž

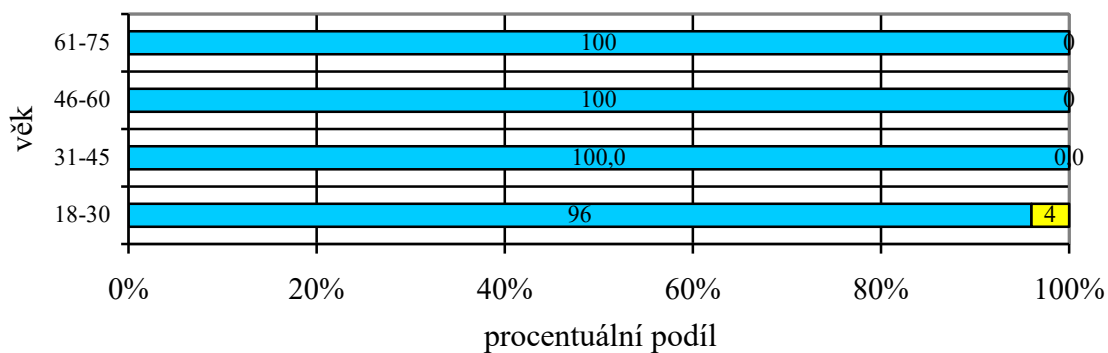
Dle výsledků je patrné, že výzkumný soubor tvořily z 99 % ženy. Vzhledem k těmto výsledkům nejsou výsledky výzkumného šetření srovnávány dle pohlaví respondentů.

Ve věkové kategorizaci a v kategorizaci délky pedagogické praxe nebyla zjištěna statistická významnost.

### Celkové vyhodnocení

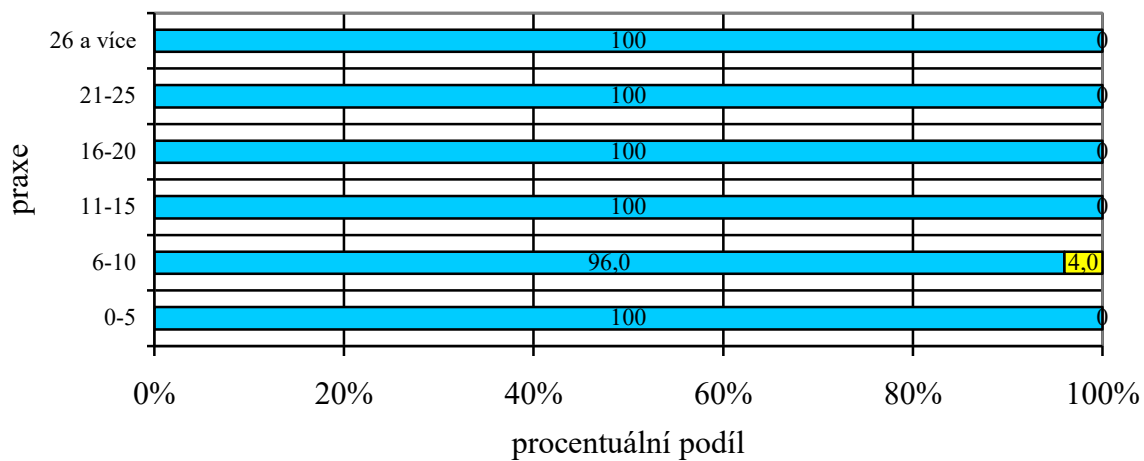


### Distribuce podle věku



p = 0,355

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



p = 0,401

N = 153

Obrázek 22 Grafické znázornění otázky č. 18 Jaké je vaše pohlaví? (zdroj: vlastní výzkum).



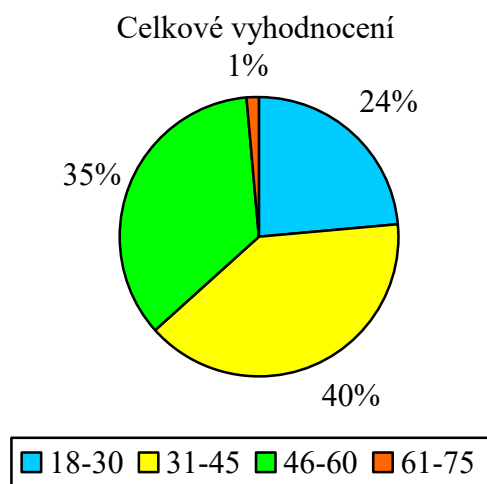
**Otázka č. 19. Napište prosím Váš věk.**

Cílem otázky bylo zjistit věk respondentů. Otázka byla otevřená.

Věk respondentů byl rozdělen do jednotlivých kategorií podle periodizace života autorky Riegerové (1993).

- období plné dospělosti 18 – 30 let
- období zralosti 30 – 45 let
- období středního věku 45 – 60 let
- období stárnutí 60 – 75 let

Podle výsledků výzkumný soubor tvoří 40 % respondentů ve věkové kategorii 31 až 45 let, 35 % respondentů ve věkové kategorii 46 až 60 let, 24 % respondentů ve věku 18 až 30 let a 1 % respondentů ve věku nad 60 let.



**N = 153**

**Obrázek 23 Grafické znázornění věkové kategorizace respondentů (zdroj: vlastní výzkum).**

### Otázka č. 20. Jaká je délka Vaší pedagogické praxe?

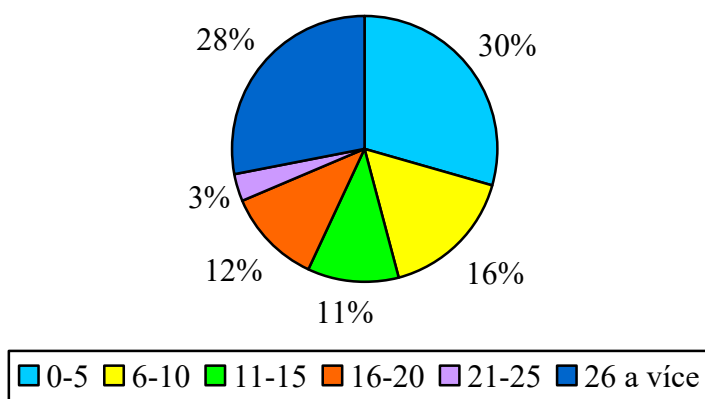
Cílem otázky bylo zjistit, jak dlouho respondenti pracují jako pedagogové. Otázka byla otevřená.

Délka pedagogické praxe byla pro lepší představivost rozdělena do několika kategorií:

- 0 – 5 let praxe
- 6 – 10 let praxe
- 11 – 15 let praxe
- 16 – 20 let praxe
- 21 – 25 let praxe
- 26 a více let praxe

Podle výsledků šetření se nejvíce respondentů (30 %) pohybuje v kategorii s nejkratší pedagogickou praxí 0 až 5 let. Poté je 28 % respondentů v kategorii s nejdelší možnou praxí 26 a více let. Dále 16 % respondentů v kategorii s 6 až 10 lety praxe, 12 % respondentů s 16 až 20 lety praxe, 11 % respondentů s 11 až 15 lety praxe a 3 % respondentů s praxí 21 až 25 let.

#### Celkové vyhodnocení



N = 153

Obrázek 24 Grafické znázornění kategorizace délky pedagogické praxe (zdroj: vlastní výzkum).

## 5 DISKUSE

V této části práce bude provedeno zhodnocení praktické části diplomové práce a srovnání s jinými výsledky prezentovanými v odborné literatuře. Dílčími cíli práce, pro naplnění cíle hlavního, bylo zjistit, jak pedagogové mateřských škol vnímají svůj aktuální zdravotní stav, dále zjistit, zda se pedagogové zajímají o svůj zdravotní stav a jaké subjektivní potíže pociťují, poté tyto výsledky porovnat s jinými dosavadními výzkumy.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 153 respondentů z mateřských škol v havlíčkobrodském okrese. Přičemž 99 % výzkumného souboru tvořily ženy s různou délkou pedagogické praxe a různého věku. Podle věkové kategorizace se šetření zúčastnilo nejvíce učitelů (40 %) ve věku 31 – 40 let, poté 35 % učitelů ve věku 46 – 60 let, 24 % učitelů ve věku 18 – 30 let a pouze 1 % učitelů ve věku nad 60 let. Průměrný věk učitelů MŠ na Vysočině za rok 2019 je 45,5 let, zjišťovalo tak MŠMT v mimořádném šetření ke stavu zajištění výuky učitelů v MŠ, ZŠ, SŠ a VOŠ. Průměrný věk učitelů MŠ na Vysočině pak odpovídá celkovému průměrnému věku učitelů MŠ v celé České republice, a to s nepatrným rozdílem, který činí 0,1 let (45,4 let), (MŠMT, 2019). Vzhledem k vysokému zastoupení žen ve výzkumném šetření nebudou výsledky hodnoceny podle pohlaví respondentů.

Podle délky pedagogické praxe se šetření zúčastnilo 30 % učitelů s praxí do 5 let, 28 % učitelů praxí přesahující 25 let a více, 16 % učitelů s délkou praxe 6 – 10 let, 12 % učitelů s praxí 16 – 20 let, 11 % učitelů s délkou praxe 11 – 15 let a pouhé 3 % učitelů s praxí 21 – 25 let. MŠMT udává, že v případě mateřských škol dominuje jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské maturitní vzdělání, které vykazuje necelých 66 % učitelů. (MŠMT, 2019). V mnoha případech z výzkumného šetření tak dokazuje, že délka pedagogické praxe souhlasí s věkem respondentů, vezmeme-li v úvahu, že by respondenti začali s prací učitele v MŠ kolem 18. či 19. roku života.

### **Výzkumná otázka č. 1:** Cítí se dotazovaní učitelé subjektivně zdravě?

Subjektivně své zdraví hodnotilo celkem 153 respondentů. Jako zdraví se celkem cítilo 90 % dotazovaných. Probíhající nemoc uvedlo 10 % respondentů, nejvíce z nich udává onemocnění DC v podobě nachlazení, virózy nebo angíny, tzn., že 6 % dotazovaných udává akutní

onemocnění. Kombinaci chronického onemocnění jako je artróza, osteoporóza a bolest kolene udává pouze 1 z dotazovaných. Ostatní respondenti důvod své zdravotní nepohody neuvedli. Hodnocením subjektivního zdraví učitelů se zabývaly také (Papršteinová, Šmejkalová, 2011) v jejich výzkumu své zdraví kladně zhodnotilo celkem 92,7 % respondentů. Zbýlých 7,8 % tvoří učitelé, kteří uvedli dlouhodobé zdravotní potíže a 1 z nich dokonce vážné onemocnění. V porovnání s našim výzkumem jsou tak rozdílné výsledky mezi dotazovanými v negativně hodnoceném zdraví.

Zajímavým výsledkem v pohledu na subjektivně hodnocené zdraví je to, že sice 90 % dotazovaných uvedlo, že se cítí zdravo, ale 66 % respondentů zmiňuje pravidelné užívání léčiv. Ať už to byly velmi silné medikamenty proti bolesti, antidepresiva nebo léky na astma, nikdo z respondentů tyto potíže neuvádí jako negativní vliv na zdraví, a přesto se cítí zdrav. Je tedy možné, že v případě kompenzace jejich potíží léčivými a jinými prostředky, respondenti nepovažují své onemocnění za ohrožující nebo raději nechtějí své pocity či onemocnění prozrazovat.

Předpoklad výzkumné otázky potvrdilo celkem 90 % dotazovaných.

## **Výzkumná otázka č. 2:** Zajímají se dotazovaní pedagogové o svůj zdravotní stav?

Z celkového počtu 153 respondentů na tuto otázku odpovědělo 92 % kladně, a to tak, že se o svůj zdravotní stav zajímají. Pouhých 8 % respondentů odpovědělo tak, že se o svůj zdravotní stav nezajímá. Nejvíce respondentů (13,9 %), kteří uvedli negativní zájem o své zdraví, byli podle věkové klasifikace učitelé ve věku 18 – 30 let. (Lukešová, 2016) ve své bakalářské práci zmiňuje zájem pedagogů o své zdraví v Moravskoslezském kraji, kde 91 % respondentů o své zdraví zájem mělo. V uvedení své tělesné hmotnosti, hodnoty krevního tlaku a hodnoty cholesterolu v krvi měla značná část z nich problém. Podobně tak tomu bylo i ve výzkumném šetření této diplomové práce, kdy měli respondenti doplnit charakteristiky týkající se jejich zdravotního stavu. Z celkového počtu 141 respondentů, kteří odpověděli kladně na otázku zájmu o své zdraví, 86,5 % uvedlo svou tělesnou výšku. Tudíž 13,5 % respondentů svou přesnou výšku neznalo nebo ji uvádět nechtělo. Tělesnou váhu uvedlo 80,9 % respondentů, to je o něco více než ve výzkumném šetření Lukešové (2016), která uvádí 75 % dotazovaných. V tomto výzkumu tělesnou váhu nechce uvést nebo nezná 19,1 % respondentů, to je o 5,6 % více než u tělesné výšky. O něco hůře vycházejí výsledky znalosti hladiny krevního tlaku, na tuto charakteristiku odpovědělo 66 % respondentů z celkového počtu 141. Otázkou tedy zůstává, zda

zbylých 33 % respondentů svou hodnotu krevního tlaku nezná, nepamatuje si ji, ačkoliv by třeba chtěli nebo se o ni nezajímají. Ve výjimečných případech (1 %) se od dotazovaných na otázku hodnoty jejich krevního tlaku objevovala odpověď „v normě“ nebo „nízký“. Je tedy možné, že respondenti o hodnotě krevního tlaku mají určité povědomí, ale nevěnují ji zvláštní pozornost. Šmejkalová a kol. (2011) ve své práci (Expozice zdravotně rizikovým faktorům a jejich vnímání učiteli různých stupňů škol) zjišťovali údaje o krevním tlaku učitelů, nejedná se o výzkum učitelů MŠ, ale učitelů ZŠ a vyšších stupňů škol, i tak si dovolím srovnání. Šmejkalová a kol. uvádějí, že přesnou hodnotu krevního tlaku zná 54 % respondentů, 43 % respondentů přesnou hodnotu nezná, ale ví, že má tlak buď v normě nebo zvýšený, či spíše nízký. Pouze 3 % učitelů v jejich výzkumu vůbec neznala hodnotu svého krevního tlaku. V porovnání tak dosahují učitelé mateřských škol lepších výsledků v povědomí o svém krevním tlaku než respondenti výše uvedeného výzkumu.

Výzkumná otázka souvisí také s otázkou č. 2 v dotazníkovém šetření, jejímž cílem bylo zjištění, zda respondenti užívají některé léky nebo doplňky stravy. Na tuto otázku odpovědělo celkem 153 respondentů, kde 66 % uvedlo užívání léků, doplňků stravy nebo obojího dohromady. Užívání léků potvrdilo 34 % respondentů, druhé nejčastěji uvedené přípravky byly právě léky na úpravu vysokého krevního tlaku, jako jsou např. beta-blokátory (Betaloc), ACE inhibitory (Prestarium Neo, Tritace), aj. Tyto přípravky byly uvedeny asi v osmnácti případech, tj. asi u 35 % respondentů užívajících léky. Z dotazovaných, kteří uvedli užívání léků na úpravu krevního tlaku, 3 z nich nenapsali do odpovědi hodnotu svého krevního tlaku. U osob, které mají v léčbě vysoký krevní tlak, by se dalo předpokládat, že jeho hodnotu znají, případně dokážou uvést hodnotu před počátkem léčby.

**Výzkumná otázka č. 3:** Bude více než 50 % dotazovaných pedagogů vnímat určité subjektivní potíže? (bolesti, poruchy spánku, únava, katary dýchacích cest apod.)

K získání odpovědi na výzkumnou otázku, bylo do dotazníku zaneseno několik otázek na subjektivně pociťované potíže respondentů. Z výsledků vyplývá, že největší počet respondentů trpí bolestmi zad (61 %), následují katary horních cest dýchacích, které uvedlo 52 % respondentů. Dále 48 % respondentů uvedlo bolesti hlavy, 47 % respondentů pociťovalo únavu, přičemž 39 % respondentů má potíže se spánkem a usínáním. Bolestmi dolních končetin trpí 25 % dotazovaných. Potíže se zadýcháváním se potvrdilo 18 % respondentů a pouze 10 % uvedlo

potíže se sluchem. U vybraných subjektivních potíží přesahuje 50 % dotazovaných pouze ve dvou případech, přičemž v dalších dvou se hodnota 50 % velmi blíží.

Klapsiová (2018) ve své práci hodnotí subjektivní potíže u pedagogických pracovníků na Frýdecko-Místecku. Z výsledků tohoto výzkumu je patrné, že nejvíce pracovníků uvedlo také bolesti zad, dokonce 72,8 %, což je téměř o 12 % více než v našem výzkumu. Na druhém místě Klapsiová udává bolesti hlavy u 43,7 % respondentů, kterých je v porovnání s našim výzkumem o 3,3 % méně. Jako další v pořadí jsou bolesti zad, kterými trpí 32 % pedagogů na Frýdecko-Místecku, v našem výzkumu je to o něco méně-25 % respondentů.

Výzkumem zdravotního stavu, životosprávy a zátěže učitelů se zabývali také Kožená, Kolacia (2006). Dalším porovnávacím faktorem může být únava, u které Kožená a Kolacia udávají naprosto stejný procentuální podíl jako v našem výzkumu, a to 47 % respondentů. Z celkového počtu 72 respondentů (udávajících únavu) v našem výzkumu označuje 68 % psychické vyčerpání. Kožená, Kolacia z celkového počtu 367 dotazovaných u 65,4 % potvrzují přímo psychické potíže a u 37,9 % psychické napětí. Dále ve své práci uvádí 16,9 % dotazovaných s nedostatkem spánku. V našem výzkumu potvrdilo potíže se spánkem 39 % respondentů, které se nejčastěji projevovaly narušením spánku, a to častým probouzením.

Po bolestech zad jsou další nejčastěji udávané potíže katary horních dýchacích cest, které uvedlo 52 % respondentů, při kterých zhruba polovina učitelů trpí chrapotem (tj. cca 40 respondentů z celkového počtu 153). Přehled nejčastěji udávaných odpovědí na otázku, jak často trpíte katary HDC, zobrazuje tabulka č. 1.

**Tabulka 1 Přehled odpovědí na otázku četnosti onemocnění katary HDC**

Četnost onemocnění katary HDC	Počet dotazovaných/podíl
1 x měsíčně	4, 5,0 %
1 x ročně	7, 8,8 %
2 x ročně	22, 27,8 %
3 x ročně	7, 8,8 %
4x ročně	12, 15,2 %
6 x ročně	3, 3,8 %
Podle nemocnosti dětí v MŠ	2, 2,5 %
občas	4, 5,0 %
často	5, 6,3 %

Podle výsledků onemocnění katary HDC nejvíce učitelů 2x ročně. Výjimkou nejsou ani případy, kde učitelé uvádějí onemocnění 6x ročně, ba dokonce 1x měsíčně. Pouze ve dvou případech odpověděli učitelé tak, že míra onemocnění, závisí na nemocnosti dětí docházejících do MŠ. Kožená, Kolacia (2006) udávají prostou nemocnost u 51,7 % respondentů a 12, 6 % sníženou imunitu z celkového počtu 367 dotazovaných.

**Výzkumná otázka č. 4:** Jsou mezi subjektivními potížemi učitelů patrné rozdíly v porovnání s jinými výzkumy?

Mezi výše uvedenými výzkumy jsou patrné určité rozdíly, které však nejsou statisticky příliš významné. Jelikož podobných prací zabývajících se pouze učiteli mateřských škol je nedostatek, pro účely porovnání výsledků výzkumů poslouží práce zahrnující i jiné stupně škol. Například lze uvést práci Klapsiové (2018), která porovnává bolesti hlavy učitelů mateřských škol a základních škol. Pedagogové MŠ trpí více bolestmi hlavy a to v 62,5 %. Což je o ještě o 14,5 % více než v tomto výzkumu. Dále Klapsiová zmiňuje bolesti zad a bolesti dolních končetin, kterými opět trpí učitelé mateřských škol, v případě bolestí zad je to 79,2 %, v případě bolestí dolních končetin 33,3 %. V porovnání s našimi výsledky je to v případě bolestí zad o 18,2 % více a v případě bolestí DKK o 8,8 % více. Nutno dodat, že výzkumný soubor učitelů v MŠ v uvedeném výzkumu činí pouze 24 respondentů.

Jako další příklad srovnání lze uvést práci Suchánkové (2016), která porovnává bolesti DKK u učitelů středních odborných učilišť (15,4 %) a učitelů středních odborných škol (30,4 %). V porovnání s učiteli mateřských škol našeho výzkumu (25 %), se výsledky přiklání k vyššímu procentuálnímu podílu.

Ve výzkumu Suchánkové je především rozdílné uspořádání v četnosti subjektivních potíží dotazovaných. Ze zkoumaného souboru trpí pedagogové nejvíce únavou (46,2 %), která v našem výzkumu byla až na 4. místě (47 %). Dále bolesti zad (45,6 %), v našem výzkumu obsadily 1. místo s 61 % respondentů. Následují potíže s hlasivkami (31 %), se kterými lze srovnat katary HDC v našem výzkumu, jež byly druhými nejčastějšími potížemi (52 %). Poté následují bolesti hlavy (28 %), ty byly mezi našimi respondenty na 3. místě (48 %) a poslední téměř shodné bolesti dolních končetin (26,3 %) a (25 %), pouze s tím rozdílem, že v našem výzkumu se před nimi umístily ještě potíže se spánkem (39 %), které autorka uvedeného výzkumu nezmiňuje.



## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zhodnotit subjektivně vnímaný zdravotní stav učitelů mateřských škol v havlíckobrodském okrese. Kvantitativní výzkum pomocí metody dotazování probíhal na přelomu měsíců listopad a prosinec roku 2019. Osloveno bylo celkem všech 55 mateřských škol na Havlíckobrodsku. Výzkumného šetření se zúčastnilo 153 respondentů, mezi kterými byl pouze jeden muž. Sestavený dotazník obsahoval 20 otázek převážně polouzavřeného typu, 2 otázky byly otevřené a 2 uzavřené. Dotazník byl anonymní a soustředil se především na zjištění subjektivních pocitů týkajících se zdraví či nemoci oslovených respondentů.

V úvodu práce byly stanoveny dílčí cíle, pro které byly formulovány výzkumné problémy v podobě výzkumných otázek. Všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny. Výsledná data byla vyhodnocena pomocí neparametrického statistického testu Kruskal-Wallis s hladinou významnosti  $\alpha = 0,05$ . Dílčí cíle práce i cíl hlavní byly naplněny.

Výsledky výzkumu dokazují, že 90 % učitelů mateřských škol, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, svůj zdravotní stav vnímají jako dobrý. Tito respondenti se jako nemocní necítí, ačkoliv uvádí mnoho subjektivních zdravotních potíží. Zbylí respondenti (10 %) udávají akutní onemocnění dýchacích cest jako jsou virová nachlazení nebo bakteriální infekce. Mezi nejčastěji udávané potíže všech respondentů patří bolesti zad, které uvedlo až 61 % dotazovaných, s vyšším věkem respondentů bolesti přibývají. Přes 50 % dotazovaných trpí na kataru horních dýchacích cest během celého roku, průměrně respondenti uvádějí onemocnění 2-3 x ročně, ve výjimečných případech i 6x ročně, zde naopak s vyšším věkem respondentů ubývá. Dále trpí téměř polovina respondentů bolestmi hlavy, které jsou nejčastěji lokalizovány v oblasti čela, jsou střední intenzity a délka jejich trvání je v rámci hodin. S věkem se počet respondentů příliš nemění. Poslední často udávanou potíží, je únava, dosahující téměř 50 % respondentů. Únavu ve smyslu psychického vyčerpání udává až 68 % respondentů z celkového počtu 72. S vyšším věkem opět počet respondentů roste. Jako méně udávané subjektivní potíže lze jmenovat potíže se spánkem, bolesti dolních končetin, zadýchávání se či potíže se sluchem.

Výsledky výzkum dále ukazují, že více jak 65 % respondentů užívá některé léky nebo doplňky stravy. Mezi nejčastěji zmiňované léky lze uvést přípravky na úpravu krevního tlaku, léky na činnost štítné žlázy nebo léky na astma. Nejužívanějšími doplňky stravy pak jsou vitaminy

skupiny C a B, minerály (Mg, Fe). Přes poměrně vysoké procento respondentů užívajících léky, je přesto velmi mnoho dotazovaných, kteří jsou se svým zdravotním stavem spokojeni.

Pozitivním výsledkem je, že zájem o své zdraví jeví velmi vysoké procento respondentů (92 %). Tělesné parametry své osoby jako je váha, výška se podařilo uvést mnoha učitelům, hodnotu svého krevního tlaku pak neznalo 44 % dotazovaných z celkového počtu 141.

Mezi další zjišťované parametry zdravotního stavu patřily alergie, kterými trpí 35 % respondentů, a to nejčastěji lékovou alergií a alergií na hmyzí jed. Očními vadami trpí 54 % respondentů, nejčastěji krátkozrakostí, která lze kompenzovat rozptylnou čočkou.

Okrajově byly mezi respondenty zjišťovány charakteristiky životního stylu, a to pitný režim, kouření tabáku a jiné návykové látky. Pozitivním výsledkem je, že mezi dotazovanými bylo pouze 5 % kuřáků, méně pozitivních výsledků bylo dosaženo v pitném režimu, kde více jak 2 l tekutin mimo kávu a alkoholického nápoje vypije pouze 13 % respondentů. Konzumaci kávy a alkoholických nápojů potvrdilo 77 % dotazovaných. Nejčastěji pijí učitelé kávu 2 x denně a alkoholové nápoje si dopřávají příležitostně.

Diplomová práce se opírá o nejnovější odborné poznatky v problematice zdravotního stavu a slouží jako jakýsi vhled do zdravotní stránky života učitelů mateřských škol. Poukazuje na nejčastější zdravotní potíže, které učitelé mohou trápit a porovnává data získaná výzkumným šetřením vzhledem k věku, délce praxe respondentů a vzhledem k výsledkům prací jiných. Diplomová práce může posloužit jako námět k dalším a podrobnějším výzkumům nebo jako zdroj informací pro učitele samotné.

## SOUHRN

Diplomová práce je zaměřena na subjektivní zdravotní stav pedagogů v mateřských školách na Havlíčkovobrodsku. Teoretická část práce je věnována současným poznatkům o zdraví a nemoci, determinantám zdraví, vnímání zdraví apod. Dále jsou v práci popisovány vybrané charakteristiky životního stylu, které mají vliv na zdraví člověka. Podstatná část teoretické části práce je zaměřena na popis subjektivních potíží, jakou jsou bolesti zad, bolesti dolních končetin, bolesti hlavy, poruchy spánku, únava aj., a na příčiny a projevy některých onemocnění.

V praktické části diplomové práce je popsána realizace výzkumného šetření, které bylo provedeno na výzkumném souboru 153 učitelů mateřských škol. Výzkum formou dotazníkového šetření zjišťuje, jak se učitelé cítí po zdravotní stránce, jaké nejčastější subjektivní potíže udávají a jaký postoj mají ke svému zdraví. Výsledky výzkumu jsou následně porovnány z hlediska věku a délky pedagogické praxe respondentů, zároveň jsou porovnány s výsledky jiných výzkumných šetření.

**Klíčová slova: zdraví, nemoc, zdravotní stav, životní styl, subjektivní potíže, bolest, učitel, mateřská škola**

## **SUMMARY**

The master thesis aims at the subjective health condition of educators in nursery schools in the Havlíčkův Brod district. The theoretical part focuses on current findings of health, illness, determinants of health, perception of health, etc. Moreover, selected characteristics of lifestyle, which have an influence on a human's health, are delineated in the thesis. An essential aspect of the theoretical section targets the description of subjective disorders such as back pain, lower limb pain, headache, sleep disorders, fatigue, etc., and the causation and manifestations of the particular diseases. The empirical section of this master thesis focuses on the realization of research conducted on a research cohort of 153 teachers of the nursery schools. The research, which was done via survey, looks into how these teachers feel according to their health condition, which subjective health problems they state, and their attitude to their own health. Afterward, the results of the research are compared with respect to the ages and the length of the pedagogical practice of the respondents. Furthermore, at the same time, the results are being compared to other research surveys.

**Keywords: health, illness, health condition, subjective health problem, pain, educator, nursery school**

# REFERENČNÍ SEZNAM

## Seznam použité literatury

ASHKENAZI, Avi a Todd SCHWEDT. 2011. Cluster Headache — Acute and Prophylactic Therapy. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* [online]. 2011, (51), 272-286 [cit. 2020-06-25]. DOI: 10.1111/j.1526-4610.2010.01830.x. Dostupné z: <https://headachejournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1526-4610.2010.01830.x>

BAGULEY, David, Don MCFERRAN a Deborah HALL. 2013. Tinnitus. *The Lancet* [online]. Cambridge University, 2 July 2013, **382**(9904), 1600-1607 [cit. 2020-06-07]. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60142-7. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23827090/>

BÁRTOVÁ, Jarmila. 2015. *Přehled patologie*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, ISBN 978-80-246-2745-8.

BENEŠ, Jiří, Jaroslava KYMPLOVÁ a František VÍTEK. 2015. *Základy fyziky pro lékařské a zdravotnické obory: pro studium i praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4712-5.

BERKA, Vít. 2002. Vít Berka: Zjištění alkoholu v krvi učitele. *Ceskaskola.cz* [online]. [cit. 2020-06-17]. Dostupné z: <http://www.ceskaskola.cz/2002/10/vit-berka-zjisteni-alkoholu-v-krvi.html>

BORZOVÁ, Claudia. 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2978-7.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČESKO. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. MŠMT: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [online]. MŠMT, ©2019 [cit. 2020-05-30].

Dostupné z: <https://www.msmt.cz/ministerstvo/novinar/ministerstvo-zjistovalo-stav-ucitelu-v-regionalnim-skolstvi>

ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 trestního zákoníku, HLAVA VII, TRESTNÉ ČINY OBECNĚ NEBEZPEČNÉ, DÍL 1, Trestné činy obecně ohrožující, § 274 Ohrožení pod vlivem návykové látky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009. Dostupný také z: <http://zakony.centrum.cz/trestni-zakonik/cast-2-hlava-7-dil-1-paragraf-274>.

DREHER, Jan. 2017. *Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně*. Přeložil Leoš LANDA. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0133-7.

EHLER, Edvard. 2019. Diferenciální diagnostika bolestí zad Část II – Z pohledu neurologa. *Medicína po promoci* [online]. (2) [cit. 2020-02-18]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/44579-diferencialni-diagnostika-bolesti-zad-cast-ii-z-pohledu-neurologa>

FIŠAR, Zdeněk. 2009. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2737-0.

GAVORA, Peter. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 8085931796.

GUTOVÁ, Václava. 2007. Alergie - systémové onemocnění s lokálními projevy. *Dermatológia pre prax* [online]. Ústav imunologie a alergologie FN, Plzeň, (1), 30-33 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/83b7b46768431c4acd8529f87cb40ea3.pdf>

HAVEL, Petr. *Jaké množství kofeinu je pro člověka bezpečné?* [online]. 15. 2. 2019 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/jake-mnozstvi-koferinu-je-pro-cloveka-bezpecne/>

CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: GRADA Publishing. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.

CHRÁSKA, Miroslav. 2006. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1367-1.

JANÍKOVÁ, Jitka. 2017. *Patologie pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0375-1.

JELIGOVÁ, Hana a František KOŽÍŠEK. 2010. Pitný režim: proč, kolik a co vlastně pít? *Interní medicína pro praxi* [online]. Státní zdravotní ústav, Praha, Ústav obecné hygieny 3. lékařské fakulty UK, Praha, **12**(7, 8), 388-389 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/07/13.pdf>

JUROVČÍK, Michal. Zánětlivá onemocnění ucha. 2016. *Praktické lékárenství* [online]. Klinika ušní, nosní a krční UK 2. LF a FN v Motole, **12**(3), 98-101 [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: [https://www.solen.cz/artkey/lek-201603-0004\\_Zanetliva\\_onemocneni\\_ucha.php](https://www.solen.cz/artkey/lek-201603-0004_Zanetliva_onemocneni_ucha.php)

KALINA, Kamil. 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KLAPSIOVÁ, Darina. Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogických pracovníků v okrese Frýdek-Místek [online]. Olomouc, 2018 [cit. 2020-06-07]. Dostupné z: <<https://theses.cz/id/ik1y8p/>>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Petr Zemánek, Ph.D..

KLÍMA, Jiří. 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.

KOŽENÁ, Ludmila a Luděk KOLACIA. 2006. Zdravotní stav, životospráva a pracovní zátěž pedagogů z projektu zdravá škola. *Škola zdraví 21: 2. KONFERENCE, BRNO 2006* [online]. Brno, s. 1-7 [cit. 2020-06-07]. Dostupné z: [http://www.ped.muni.cz/z21/sbornik\\_2006.htm](http://www.ped.muni.cz/z21/sbornik_2006.htm)

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2009. *Psychologie zdraví*. 3. Vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. 2011. *Chorobné znaky a příznaky 2: 35 vybraných znaků, příznaků a některých důležitých laboratorních ukazatelů v 32 kapitolách s prologem a epilogem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3728-7.

LUKÁŠ, Karel a Aleš ŽÁK. 2014. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5067-5.

LUKEŠOVÁ, Michaela. 2016. *Subjektivní zdravotní stav pedagogických pracovníků v Moravskoslezském kraji* [online]. Olomouc, [cit. 2020-06-07]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/dw7exf/>. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Petr Zemánek, Ph.D.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.

MARKOVÁ, Jolana. 2009. Diagnostika a léčba bolestí hlavy v České republice. *Neurologia pre prax* [online]. 10(3), 161-164 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: [http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=3889&magazine\\_id=3](http://www.neurologiapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3889&magazine_id=3)

MOUREK, Jindřich. 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. dopl. vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-247-3918-2.

NAVRÁTIL, Leoš a Jozef ROSINA. 2019. *Medicínská biofyzika*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0209-9.

PAPRŠTEINOVÁ, Markéta, ŠMEJKALOVÁ, Jindra a kol. 2011. Zdravotní stav a životní styl učitelů různých stupňů škol. *Pedagogika: Časopis pro vědy o vzdělání a výchově*, č. 2, s. 164-174. ISSN 0031-3815.



PASTUCHA, Dalibor. 2014. *Tělovýchovné lékařství: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4837-5.

PENDELL, Dale. 2009. *Pharmako dynamis: stimulating plants, potions, and herbcraft: excitantia and empathogenica*. Berkeley, Calif.: North Atlantic Books. ISBN 9781556438035.

PRŮCHA, Ivan a Iva ZIVNA. 2008. Akutní katary horních dýchacích cest. *Medicina Pro Praxi* [online]. Massachusetts, USA, 5(11), 420-422 [cit. 2020-04-06]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/11/05.pdf>

RIEGEROVÁ, Jarmila. 1993. *Aplikace fyzické antropologie v tělesné výchově a sportu: (Příručka funkční antropologie)*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 8070673079.

ŘEHULKA, Evžen. 2009. Únava učitelů. *Škola zdraví 21: Aktuální otázky výchovy ke zdraví* [online]. s. 125-133 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: [http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2009/28/28/texty/aktualni\\_cze\\_clanky/14\\_rehulka.pdf](http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2009/28/28/texty/aktualni_cze_clanky/14_rehulka.pdf)

MARIE, Skalská. Jaké jsou druhy prevence. *Profitinstitut.cz* [online]. Praha [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: [http://www.profitinstitut.cz/Jake\\_jsou\\_druhy\\_prevence-188](http://www.profitinstitut.cz/Jake_jsou_druhy_prevence-188)

STACKEOVÁ, Daniela. 2018. *Cvičení na bolavá záda*. Druhé, rozšířené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Fitness, síla, kondice. ISBN 978-80-271-0411-6.

SUCHÁNKOVÁ, Marie. 2016. Subjektivní zdravotní stav dnešního učitele středních a základních škol okresu Opava [online]. Olomouc, [cit. 2020-06-07]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/vdlbyu/>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Petr Zemánek, Ph.D..

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. 2006. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1148-6.

ŠMALCOVÁ, Jana. 2011. Dušnost – diagnostika a léčba. *Interní medicína pro praxi* [online]. **13(3)**, 120-122 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/03/06.pdf>

ŠMEJKALOVÁ, Jindra, PAPRŠTEINOVÁ, Markéta a kol. 2011. Expozice zdravotně rizikovým faktorům a jejich vnímání učiteli různých stupňů škol. *Hygiena: časopis pro ochranu a podporu zdraví*, č. 2, s. 40-50, ISSN 1802-6281.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. 2018. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN isbn978-80-271-0470-3.

URBANOVSÁ, Eva. 2011. Profesní stresory učitelů a syndrom vyhoření. *Škola zdraví 21: Výchova ke zdravotní gramotnosti* [online]. s. 309-322 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: [http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/39/texty/cze/32\\_urbanovska\\_cze.pdf](http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/39/texty/cze/32_urbanovska_cze.pdf)

V AŠUTOVÁ, Kateřina. 2009. Spánek a vybrané poruchy spánku a bdění. *Praktické lékařství* [online]. **5(1)**, 17-20 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: [https://www.praktickelekarenstvi.cz/artkey/lek-200901-0004\\_Spanek\\_a\\_vybrane\\_poruchy\\_spanku\\_a\\_bdeni.php](https://www.praktickelekarenstvi.cz/artkey/lek-200901-0004_Spanek_a_vybrane_poruchy_spanku_a_bdeni.php)

VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

VERNEROVÁ, Eva. 2012. Alergie a astma, současný stav poznání a léčby. *Medicína pro praxi* [online]. **9(4)**, 165-162 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: [https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201204-0003\\_Alergie\\_a\\_astma\\_soucasny\\_stav\\_poznani\\_a\\_lecby.php](https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201204-0003_Alergie_a_astma_soucasny_stav_poznani_a_lecby.php)

VEVERKOVÁ, Lenka, Petr VLČEK a Ivan ČAPOV. 2015. „Pane doktore, bolí mne nohy...“ Diferenciální diagnostika bolestí dolních končetin. *Interní medicína pro praxi* [online].

I. chirurgická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně, 17(3), 133-136 [cit. 2020-05-21].  
Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2015/03/08.pdf>

VILÍMOVSKÝ, Michal. 2019. Syndrom neklidných nohou: Co to je, jak vzniká, jaké jsou příznaky, diagnostika a možnosti léčby a prevence. *Https://cs.medlicker.com/* [online]. 13. ledna 2019 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/242-syndrom-neklidnych-nohou-priciny-priznaky-diagnostika-a-lecba>

VILÍMOVSKÝ, Michal. 2020. Narkolepsie: Co to je, jaké jsou příčiny, příznaky a možnosti léčby? *Https://cs.medlicker.com/* [online]. 24.3.2020 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: <https://cs.medlicker.com/1693-narkolepsie>

VRBA, Ivan. 2010. Některé příčiny bolestí dolních zad a jejich léčba. *Neurologie pro praxi* [online]. ARO, Nemocnice Na Homolce, Praha Ústav psychologie a psychosomatiky LF MU Brno, 11(3), 183-187 [cit. 2020-05-21]. Dostupné z: [https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201003-0010\\_Nektere\\_priciny\\_bolesti\\_dolnich\\_zad\\_a\\_jejich\\_lecba.php](https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201003-0010_Nektere_priciny_bolesti_dolnich_zad_a_jejich_lecba.php)

WHO: World Health Organization. 2020. In: *Dr. Halfdan Mahler* [online]. [cit. 2020-05-25].  
Dostupné z: <https://www.who.int/dg/mahler/en/>

ZVÍROTSKÝ, Michal. 2014. *Zdravý životní styl*. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-661-1.

## Seznam použitých symbolů a zkratek

%: procento

‰: promile

ACE inhibitory: inhibitory enzymu angiotenzin-konvertázy

aj.: a jiné

apod: a podobně

ATB: Antibiotika

atd: a tak dále

CDH: Chronická denní bolest hlavy

CT: počítačová tomografie

DC: Dýchací cesty

DDC: Dolní dýchací cesty

DK: dolní končetina

DKK: dolní končetiny

EFSA: European Food Safety Authority - Evropský úřad pro bezpečnost potravin

g: gram

HDC: Horní dýchací cesty

Hz: Hertz

CH: Cluster Headache

CHOPN: Chronická obstrukční pulmonální nemoc

ICT: Information and Communication Technologies - informační a komunikační technologie

kg: kilogram

l: litr

mg: miligram

MKN: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti

MR: magnetická rezonance

MŠ: mateřská škola

MŠMT: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

např.: například

RTG: radioizotopový termoelektrický generátor

SŠ: Střední škola

tzn: to znamená

tzv.: takzvaný

USA: United States of America - Spojené státy americké

UZ: ultrazvuk

VAS: Vizuální a analogická škála bolesti

VOŠ: Vyšší odborná škola

WHO: World Health Organisation - Světová zdravotnická organizace

ZŠ: Základní škola

## Seznam obrázků

Obrázek 1 - Názorový model zdraví.....	11
Obrázek 2 Schéma vzájemných vztahů mezi zdravím a determinanty zdraví .....	12
Obrázek 3 Schéma vzájemného vztahu pojmů hypersenzitivita – atopie .....	19
Obrázek 4 Graf znázorňující výskyt poruch spánku vzhledem k věku .....	38
Obrázek 5 Grafické znázornění otázky č. 1 Subjektivně cítíte se zdravá/ý?.....	46
Obrázek 6 Grafické znázornění otázky č. 2 Užíváte některé léky nebo doplňky stravy? .....	48
Obrázek 7 Grafické vyhodnocení otázky č. 3 Zajímáte se o Váš zdravotní stav? .....	50
Obrázek 8 Grafické znázornění otázky č. 4 Trpíte alergií?.....	52
Obrázek 9 Grafické znázornění otázky č. 5 Míváte bolesti zad? .....	54
Obrázek 10 Grafické znázornění otázky č. 6 Míváte bolesti dolních končetin? .....	56
Obrázek 11 Grafické znázornění otázky č. 7 Trpíte katary horních dýchacích cest? .....	58
Obrázek 12 Grafické znázornění otázky č. 8 Míváte bolesti hlavy? .....	60
Obrázek 13 Grafické znázornění otázky. č. 9 Pokuste se vaše bolesti hlavy lokalizovat, určit intenzitu a délku trvání bolesti .....	62
Obrázek 14 Grafické znázornění otázky č. 10 Jste kuřák?.....	64
Obrázek 15 Grafické znázornění otázky č. 11 Máte potíže se zadýcháváním se (dušností)? .....	66
Obrázek 16 Grafické znázornění otázky č. 12 Máte potíže se sluchem?.....	68
Obrázek 17 Grafické znázornění otázky č. 13 Trpíte některou z očních vad?.....	70
Obrázek 18 Grafické znázornění otázky č. 14 Subjektivně cítíte se unavený/á? .....	72
Obrázek 19 Grafické znázornění otázky č. 15 Kolik vypijete denně tekutin (nealkoholických nápojů, mimo kávy)? .....	74
Obrázek 20 Grafické znázornění otázky č. 16 Požíváte některou z uvedených návykových látek? .....	76
Obrázek 21 Grafické znázornění otázky č. 17 Míváte potíže se spánkem? .....	78
Obrázek 22 Grafické znázornění otázky č. 18 Jaké je vaše pohlaví?.....	80
Obrázek 23 Grafické znázornění věkové kategorizace respondentů.....	81
Obrázek 24 Grafické znázornění kategorizace délky pedagogické praxe .....	82

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 Přehled odpovědí na otázku četnosti onemocnění katary HDC .....	87
---	----

## **Seznam příloh**

Příloha 1 Schéma základního diagnostického přístupu k bolestem zad.

Příloha 2 Schéma znázorňující přístup k vyšetření a léčbě akutních bolestí zad.

Příloha 3 Desatero spánkové hygieny.

Příloha 4 Ukázka nevyplněného dotazníku

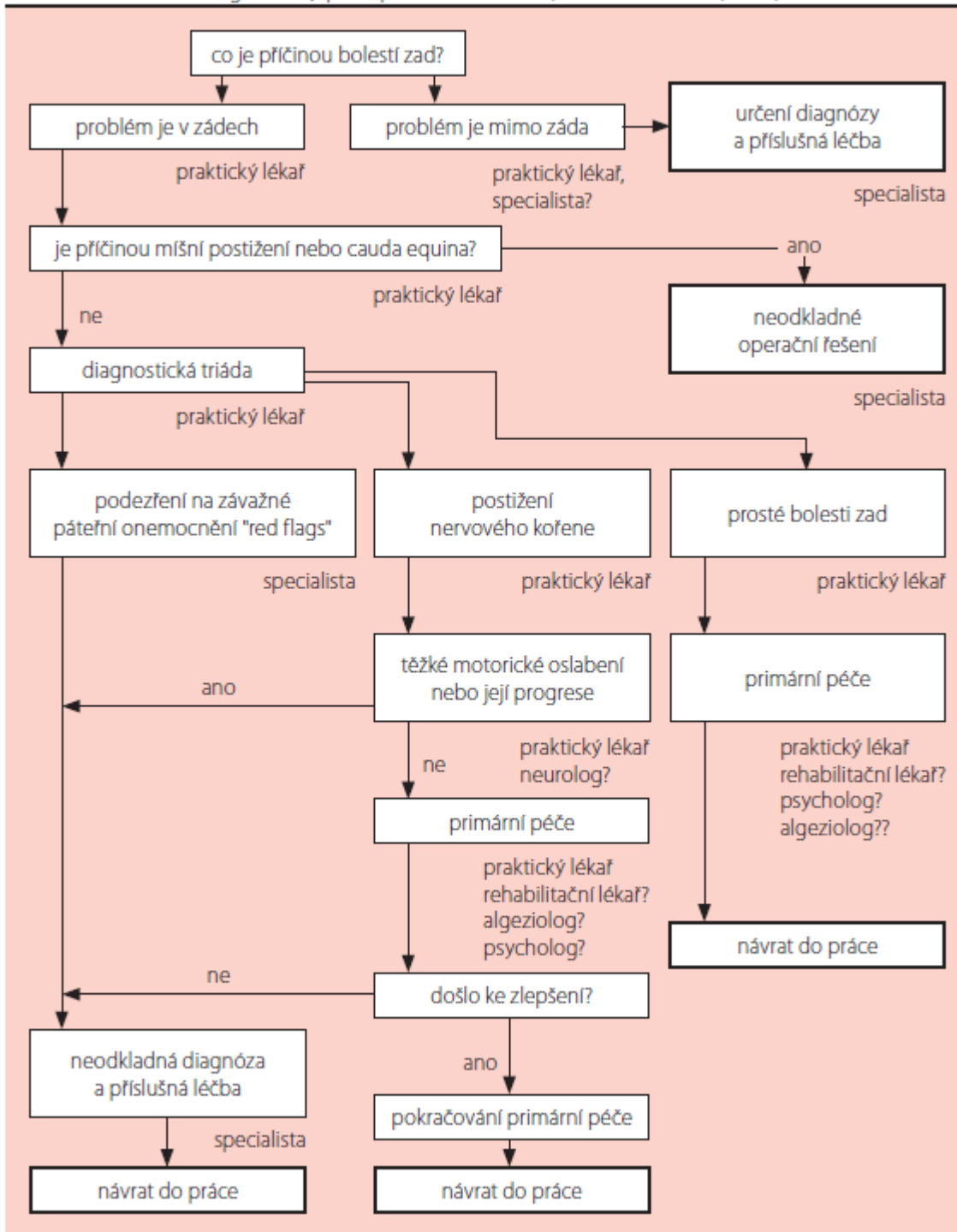
Příloha 5 Ukázka vyplněného dotazníku



# PŘÍLOHY

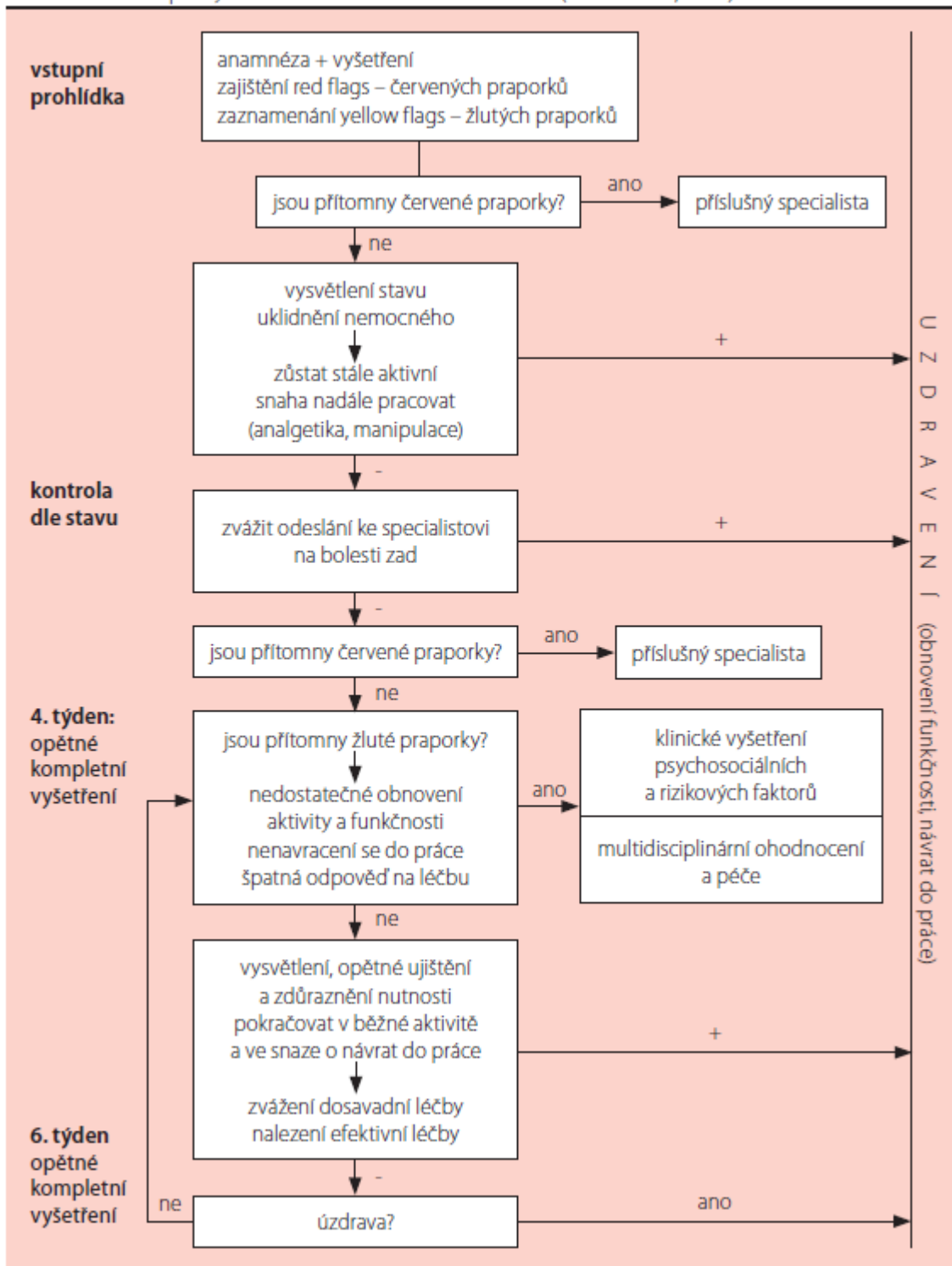
## Příloha 1 Schéma základního diagnostického přístupu k bolestem zad (Vrba, 2010).

Schéma 1. Základní diagnostický přístup k bolestem zad (volně dle Wadella, 1998)



**Příloha 2 Schéma znázorňující přístup k vyšetření a léčbě akutních bolestí zad (Vrba, 2010).**

**Schéma 2.** Přístup k vyšetření a léčbě akutních bolestí zad (dle Wadella, 1998)



### **Příloha 3 Desatero spánkové hygieny (Zvírotský, 2014).**

#### **Desatero spánkové hygieny**

1. Uléhat a vstávat každý den (i o víkendu) ve stejnou dobu, s tolerancí deset až patnáct minut.
2. Poslední pokrm zkonsumovat nejméně dvě hodiny před usnutím, večer zcela vynechat těžká, hůře stravitelná jídla.
3. Nejméně čtyři hodiny před usnutím nepít povzbuzující a energetické nápoje (kávu, čaj, kolové nápoje apod.).
4. Nejméně dvě hodiny před usnutím neprovozovat žádnou namáhavou fyzickou ani psychickou aktivitu, nesportovat.
5. Nejméně hodinu před usnutím věnovat přípravě na spánek, neřešit důležité věci, nesledovat vzrušující a napínavé pořady apod. Vhodnou činností je např. relaxace, uklidňující a příjemná četba, popř. nějaký individuální předspánkový rituál.
6. Kuřáci by neměli kouřit před usnutím a v době případného nočního probuzení.
7. Před spaním nepít alkohol – má sice tlumivý účinek, ale zhoršuje kvalitu spánku.
8. Ložnice by měla být využívána pouze pro spánek a předspánkové aktivity, tzn. neměla by v ní být televize, počítač a další spotřebiče.
9. Postel by měla být vybavena vhodnou matrací a sloužit pouze ke spánku, nikoliv k odpočinku během dne.
10. V ložnici je vhodné udržovat maximální čistotu a pořádek, dobré větrání, v době spánku pokud možno ticho, tmu a teplotu v rozmezí 16–18 °C.

## Příloha 4 Ukázka nevyplněného dotazníku (zdroj: vlastní výzkum)

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Pospíšilová a studuji pedagogickou fakultu univerzity Palackého v Olomouci, obor učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy. Tématem mé diplomové práce je *subjektivní zdravotní stav učitelů mateřských škol*. Chtěla bych Vás požádat o pár minut Vašeho času k vyplnění krátkého dotazníku. Výsledky šetření budou využity pouze pro studijní účely. Dotazník je *anonymní*. Následujících 20 otázek se týká hodnocení Vašeho subjektivního zdravotního stavu za *poslední měsíc* (posledních 30 dnů), pokud v otázce není uvedena *možnost zatržení více odpovědí*, zatrhněte prosím jen jednu odpověď.

Děkuji za Váš čas.

### 1. Subjektivně cítíte se zdravý/á?

a) ano

b) ne (pokud Vám to nevadí, napište prosím důvod)

.....

### 2. Užíváte některé léky, doplňky stravy?

a) ne

b) léky (jaké?).....

c) doplňky stravy (jaké? např. vitaminy, minerály).....

### 3. Zajímáte se o Váš zdravotní stav?

a) ne

b) ano (pokuste se doplnit níže uvedené charakteristiky týkající se Vaší osoby)

tělesná výška .....cm

tělesná hmotnost (váha ) ..... Kg

krevní tlak ..... /..... mmHg

### 4. Trpíte alergií?

a) ne

b) ano (napište prosím, jakou alergií trpíte)

**(možnost zatržení více odpovědí)**

I. potravinová

II. léková (např. Penicilin)

III. hmyzí bodnutí

IV. na zvířecí srst

V. Jiné.....

**5. Míváte bolesti zad?**

a) ne

b) ano (napište jak často) .....

pokuste se lokalizovat oblast Vaší bolesti

**(možnost zatržení více odpovědí)**

I. krční páteř

II. hrudní páteř

III. bederní páteř

IV. svaly

**6. Míváte bolesti dolních končetin?**

a) ne

b) ano (napište jak často) .....

pokuste se Vaši bolest lokalizovat

**(možnost zatržení více odpovědí)**

I. kyčel

II. koleno

III. noha

IV. svaly

**7. Trpíte katary horních cest dýchacích (rýma, kašel, atd.)?**

a) ne

b) ano (napište jak často).....

Trpíte při nich i onemocněním hlasivek (chraptem)?

I. ne

II. ano

**8. Míváte bolesti hlavy? (pozn. u žen v nezávislosti na menstruačním cyklu)**

a) ne (přejděte k otázce č. 10.)

b) ano (napište jak často) .....

**9. Pokuste se Vaše bolesti hlavy lokalizovat, určit intenzitu bolesti, délku trvání bolesti.**

**lokalizace na hlavě**

a) čelo

b) temeno

c) týl

**intenzita bolesti**

a) mírná (dovoluje běžnou činnost a nemusí být léčena medikamenty)

b) střední (nedovoluje běžnou činnost a ustoupí po požití medikamentů)

c) silná (nutí vyhledat lékařskou pomoc)

**10. Jste kuřák?**

a) ne

b) ano (kolik cigaret denně vykouříte?) .....

**11. Máte potíže se zadýcháváním se (dušností)?**

a) ne

b) ano (vyberte, při jaké zátěži trpíte dušností)

**(možnost zatržení více odpovědí)**

I. Klidová dušnost

II. Chůze

III. Chůze do schodů

IV. Běh

**12. Máte potíže se sluchem?**

a) ne

b) ano (napište prosím, jaké potíže)

**(možnost zatržení více odpovědí)**

I. nedoslýchavost

II. tinnitus (tzv. hučení v uších)

III. opakované záněty uší

IV. jiné.....

**13. Trpíte některou z očních vad?**

a) ne

b) ano (napište prosím, jakou)

**(možnost zatržení více odpovědí)**

I. dalekozrakost

II. krátkozrakost

III. astigmatismus (snížená ostrost vidění)

IV. jiné.....

**14. Subjektivně cítíte se unavená/ý?**

a) ne

b) ano (specifikujte prosím)

**(možnost zatržení více odpovědí)**

I. fyzické vyčerpání

II. psychické vyčerpání

III. spánková deprivace

IV. jiné.....

**15. Kolik vypijete denně tekutin (nealkoholických nápojů, mimo kávy)?**

- a) 0,5 – 1 l/den
- b) 1 – 2 l/den
- c) více jak 2 l/den

**16. Požíváte některou z uvedených návykových látek?**

- a) ne
- b) ano
  - I. káva (kofein) Jak často?.....
  - II. alkohol Jak často?.....
  - III. jiné..... Jak často?.....

**17. Míváte potíže se spánkem?**

- a) ne
- b) ano (pokuste se specifikovat potíže) **(možnost zatržení více odpovědí)**
  - I. zdlouhavé usínání
  - II. probouzení během noci nebo brzy ráno
  - III. chození na záchod během noci
  - IV. kašláni nebo chrápání
  - V. špatné sny
  - VI. bolest/i
  - VII. jiné.....

**18. Jaké je vaše pohlaví?**

- a) žena
- b) muž

**19. Napište prosím Váš věk.**

.....

**20. Jaká je délka Vaší pedagogické praxe?**

.....

## Příloha 5 Ukázka vyplněného dotazníku (zdroj: vlastní výzkum)

112

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Pospíšilová a studuji pedagogickou fakultu univerzity Palackého v Olomouci, obor učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy. Tématem mé diplomové práce je *subjektivní zdravotní stav učitelů mateřských škol*. Chtěla bych Vás požádat o pár minut Vašeho času k vyplnění krátkého dotazníku. Výsledky šetření budou využity pouze pro studijní účely. Dotazník je *anonymní*. Následujících 20 otázek se týká hodnocení Vašeho subjektivního zdravotního stavu za *poslední měsíc* (posledních 30 dnů), pokud v otázce není uvedena *možnost zatržení více odpovědí*, zatrhněte prosím jen jednu odpověď.

Děkuji za Váš čas.

### 1. Subjektivně cítíte se zdravý/á?

a) ano

b) ne (pokud Vám to nevádí, napište prosím důvod)

.....

### 2. Užíváte některé léky, doplňky stravy?

a) ne

b) léky (jaké?).....

c) doplňky stravy (jaké? např. vitamíny, minerály).....

### 3. Zajímáte se o Váš zdravotní stav?

a) ne

b) ano (pokuste se doplnit níže uvedené charakteristiky týkající se Vaší osoby)

tělesná výška ..... 164 ..... cm

tělesná hmotnost (váha) ..... 61 ..... Kg

krvní tlak ..... 128 / 68 ..... mmHg

### 4. Trpíte alergií?

a) ne

b) ano (napište prosím, jakou alergií trpíte)

(možnost zatržení více odpovědí)

I. potravinová

II. léková (např. Penicilin)

III. hmyzí bodnutí

IV. na zvířecí srst

V. Jiné.....



**5. Míváte bolesti zad?**

a) ne

b) ano (napište jak často) .....

pokuste se lokalizovat oblast Vaší bolesti

(možnost zatržení více odpovědí)

I. krční páteř

II. hrudní páteř

III. bederní páteř

IV. svaly

**6. Míváte bolesti dolních končetin?**

a) ne

b) ano (napište jak často) .....

pokuste se Vaši bolest lokalizovat

(možnost zatržení více odpovědí)

I. kyčel

II. koleno

III. noha

IV. svaly

**7. Trpíte katary horních cest dýchacích (rýma, kašel, atd.)?**

a) ne

b) ano (napište jak často) .....

Trpíte při nich i onemocněním hlasivek (chraptem)?

I. ne

II. ano

**8. Míváte bolesti hlavy? (pozn. u žen v nezávislosti na menstruačním cyklu)**

a) ne (přejděte k otázce č. 10.)

b) ano (napište jak často) *občas* .....

**9. Pokuste se Vaše bolesti hlavy lokalizovat, určit intenzitu bolesti, délku trvání bolesti.**

lokalizace na hlavě

a) čelo

b) temeno

c) týl

intenzita bolesti

a) mírná (dovoluje běžnou činnost a nemusí být léčena medikamenty)

b) střední (nedovoluje běžnou činnost a ustoupí po požití medikamentů)

c) silná (nutí vyhledat lékařskou pomoc)

- délka trvání bolesti a) minuty  
 b) hodiny  
c) dny

10. Jste kuřák?

- a) ne  
b) ano (kolik cigaret denně vykouříte?) .....

11. Máte potíže se zadýcháváním se (dušností)?

- a) ne  
b) ano (vyberte, při jaké zátěži trpíte dušností) (možnost zatržení více odpovědí)
- I. Klidová dušnost
  - II. Chůze
  - III. Chůze do schodů
  - IV. Běh

12. Máte potíže se sluchem?

- a) ne  
b) ano (napište prosím, jaké potíže) (možnost zatržení více odpovědí)
- I. nedoslýchavost
  - II. tinnitus (tzv. hučení v uších)
  - III. opakované záněty uší
  - IV. jiné.....

13. Trpíte některou z očních vad?

- a) ne  
 b) ano (napište prosím, jakou) (možnost zatržení více odpovědí)
- I. dalekozrakost
  - II. krátkozrakost
  - III. astigmatismus (snížená ostrost vidění)
  - IV. jiné..... *hyovalat* .....

14. Subjektivně cítíte se unavená/ý?

- a) ne  
b) ano (specifikujte prosím) (možnost zatržení více odpovědí)
- I. fyzické vyčerpání

- II. psychické vyčerpání
- III. spánková deprivace
- IV. jiné.....

15. Kolik vypijete denně tekutin (nealkoholických nápojů, mimo kávy)?

- a) 0,5 – 1 l/den
- b) 1 – 2 l/den
- c) více jak 2 l/den

16. Požíváte některou z uvedených návykových látek?

- a) ne
- b) ano
  - I. káva (kofein) Jak často? *1x za měsíc*
  - II. alkohol Jak často? *příležitostně*
  - III. jiné..... Jak často?.....

17. Míváte potíže se spánkem?

- a) ne
- b) ano (pokuste se specifikovat potíže)
  - (možnost zatržení více odpovědí)
  - I. zdlouhavé usínání
  - II. probouzení během noci nebo brzy ráno
  - III. chození na záchod během noci
  - IV. kašláním nebo chrápáním
  - V. špatné sny
  - VI. bolestí
  - VII. jiné.....

18. Jaké je vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

19. Napište prosím Váš věk.

..... *27* .....

20. Jaká je délka Vaší pedagogické praxe?

..... *6 let* .....

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Kateřina Pospíšilová
<b>Katedra:</b>	Antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Petr Zemánek, PhD.
<b>Rok obhajoby:</b>	2020

<b>Název práce:</b>	Analýza subjektivního zdravotního stavu učitelů mateřských škol v okrese Havlíčkův Brod
<b>Název v angličtině:</b>	Analysis of subjective health condition of nursery teachers in the district of Havlíčkův Brod
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce je zaměřena na subjektivní zdravotní stav pedagogů v mateřských školách na Havlíčkovobrodsku. Teoretická část práce je věnována současným poznatkům o zdraví a nemoci, popisu příčin a projevů vybraných zdravotních potíží a okrajově charakteristikám životního stylu. Praktická část popisuje realizaci kvantitativního výzkumu, který byl proveden pomocí dotazníkového šetření na výzkumném souboru 153 učitelů mateřských škol. Ve výsledcích výzkumu bylo žádoucí zjistit, jak se učitelé cítí po zdravotní stránce, jaké nejčastější subjektivní potíže udávají a jaký postoj mají ke svému zdraví.
<b>Klíčová slova:</b>	zdraví, nemoc, zdravotní stav, životní styl, subjektivní potíže, bolest, učitel, mateřská škola
<b>Anotace v angličtině:</b>	The master thesis aims at the subjective health condition of educators in nursery schools in the Havlíčkův Brod district. The theoretical part focuses on current findings of health, illness, description of the causation and manifestations subjective disorders, moreover, characteristics of lifestyle. The

	empirical section focuses on the realization of conducting research, which was done via survey and research cohort consists of 153 teachers of the nursery schools. The results of the research looks into how these teachers feel according to their health condition, which subjective health problems they state, and their attitude to their own health.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	health, illness, health condition, subjective health problem, pain, educator, nursery school
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha 1 Schéma základního diagnostického přístupu k bolestem zad. Příloha 2 Schéma znázorňující přístup k vyšetření a léčbě akutních bolestí zad. Příloha 3 Desatero spánkové hygieny. Příloha 4 Ukázka nevyplněného dotazníku Příloha 5 Ukázka vyplněného dotazníku
<b>Rozsah práce:</b>	104 stran
<b>Jazyk práce:</b>	český