

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravotní výchovy

Bakalářská práce

Mgr. Michaela Lukešová

Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

Subjektivní zdravotní stav pedagogických pracovníků
v Moravskoslezském kraji

Olomouc 2016

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Subjektivní zdravotní stav pedagogických pracovníků v Moravskoslezském kraji vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

V Příboře dne

Podpis

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

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍL PRÁCE	7
2 TEORETICKÉ POZNATKY	8
2.1 Zdraví	8
2.1.1 Definice zdraví	8
2.1.2 Složky zdraví	9
2.1.3 Determinanty zdraví	10
2.1.3.1 Vnitřní determinanty zdraví	10
2.1.3.2 Vnější determinanty zdraví	10
2.1.4 Nemoc.....	12
2.2 Profese pedagoga	14
2.2.1 Pedagog	14
2.2.2 Osobnost pedagoga	16
2.2.3 Specifika pedagogické profese	17
2.2.4 Zdravotní rizika pedagogické profese	19
2.2.4.1 Stres	20
2.2.4.2 Syndrom vyhoření	23
2.2.4.3 Onemocnění srdce a cév	24
2.2.4.4 Onemocnění pohybového aparátu	26
2.2.4.5 Bolesti hlavy	26
2.2.4.6 Onemocnění trávicího traktu	27
2.2.4.7 Hlasová indispozice	28
2.2.5 Pracovní zátěž pedagogů	29
2.2.6 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu pedagogů	30
3 METODIKA PRÁCE	32
3.1 Metodika výzkumu.....	32
3.1.1 Teoreticko-praktická příprava	32
3.1.2 Výzkumné problémy	33
3.1.3 Charakteristika výzkumného souboru	33

3.1.4 Použitá metoda	36
3.1.5 Organizace výzkumu	36
4 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU	37
5 DISKUSE	58
ZÁVĚR	61
Souhrn	63
Summary	64
REFERENČNÍ SEZNAM	65
Seznam použitých zdrojů	65
Seznam použitých grafů	67
Seznam použitých tabulek	68
Seznam použitých zkratk	69
Seznam příloh	69
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Zdraví je pojem, který je nejen v poslední době skloňován ve všech pádech. Zdravím, zdravým životním stylem, zdravou výživou se zabývají nejen odborníci ale také široká veřejnost.

Jde o pozitivní hodnotu snad ve všech společnostech, napříč různými kulturami i dobou. Jde o důležitou hodnotu nejen pro jedince, ale i pro společnost jako celek. Je důležitým faktorem hospodářského a sociálního rozvoje společnosti.

Důležitost, kterou člověk přikládá svému zdraví, se pochopitelně většinou zvyšuje s přibývajícím věkem.

Pro každého nemusí být zdraví cílem jeho životního snažení, v každém případě je ale prostředkem k uskutečnění životních cílů a ke spokojenému životu vůbec. Pro někoho je zdraví prioritou vždy, někteří lidé si uvědomí hodnotu zdraví až při zdravotních problémech svých či svých blízkých.

Zdravotní stav ovlivňuje významným způsobem náš život, ale také náš život ovlivňuje náš zdravotní stav. Mezi faktory ovlivňující zdraví, patří nejen naše genetické dispozice, výživa, množství pohybové aktivity, ale také naše profese.

Jakým způsobem jsou svou profesí ovlivněni pedagogové? Do jaké míry zasahuje jejich pracovní vytížení, styl práce do jejich fyzického a psychického zdraví? Pedagogická profese má určitě svá specifika, která jsou pro zdravotní stav podstatná. A z druhé strany: jak ovlivňuje zdravotní stav učitele výkon jeho profese?

A protože: „ *somaticky zdravý a psychicky vyrovnaný učitel bezpochyby přispívá k výchově zdravé generace*“ (Iljuk in Řehulka, 1998, s. 135), bude snad přínosné se touto problematikou zabývat.

1 CÍL PRÁCE

Cílem mé bakalářské práce je získat všeobecné poznatky o subjektivním zdravotním stavu pedagogických pracovníků. Z tohoto cíle byly odvozeny následující dílčí cíle:

- Získat přehled o problematice pedagogické profese, jejich specifických podmínkách z hlediska vlivu na zdravotní stav.
- Získat přehled o problematice zdravotního stavu pedagogů.
- Dotazníkovým šetřením zjistit subjektivní hodnocení zdravotního stavu pedagogů, jejich zájem o vlastní zdravotní stav, srovnat zdravotní stav v různých věkových kategoriích pedagogických pracovníků.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

Teoretická část práce nabízí stručné shrnutí problematiky zdraví a pedagogické profese. Poskytuje přehled o základních pojmech jako je zdraví, nemoc, determinanty zdravotního stavu, ... Zabývá se otázkou pedagoga z hlediska osobnosti, zvláštnostmi pedagogické profese, jejími zdravotními riziky, subjektivním zdravotním stavem pedagogů.

2.1 Zdraví

Na problematiku zdraví lze nahlížet z různého úhlu pohledu. Můžeme jej definovat negativně – absence nemoci, lze na něj také pohlížet jako na stav jakési rovnováhy. Nejen definice zdraví, ale vůbec přístup a chápání zdraví procházelo v minulých desetiletích výrazným vývojem.

2.1.1 Definice zdraví

Definice zdraví, kterou uvádí Světová zdravotnická organizace (WHO), zní: „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jako pouhá nepřítomnost nemoci nebo vady.“

Tato definice vešla v platnost 7. dubna 1948. Do značné míry je ale založena na subjektivním hledisku. Otázkou je, co je pohoda, jak ji objektivně určit. V každém případě se ale jedná o posun od tehdejšího spíše biomedicínského pojetí zdraví (zdraví jako nepřítomnost nemoci).

Definicí výstižnější je definice prof. Žáčka, která již nechápe zdraví jako stav ideální, jde spíše o naplňování osobní celistvosti (Tichá, 2012): „Zdraví je relativně optimální stav tělesné duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí.“ (Žáček, 1984)

Definicí zohledňující dynamiku zdraví (nemoci), je definice profesora Bureše: „Zdraví je potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (působením) vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí.“ (Bureš, 1960)

Následující definice je zajímavá svým pohledem hodnocení zdraví nejen subjektem samotným či lékařskými zprávami, ale také pohledem osob z jeho okolí: „zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu

umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ (Křivohlavý, 2003)

Pojetí zdraví prošla různými změnami, od biomedicínského, přes sociologický model (bral v úvahu sociální prostředí, společenskou roli daného jedince), humanitní přístup zohledňuje spíše morální a volní stránku člověka. Chápání zdraví prochází nejrozumnějšími změnami. V průběhu všech těchto změn zůstává zdraví hodnotou latentní: skutečné hodnoty pro nás nabývá až v okamžiku jeho ztráty, vypuknutí nemoci.

Ať nahlédneme na zdraví z pohledu jakéhokoliv přístupu, je důležitým předpokladem pro aktivní a spokojený život, je nutné pro udržení kvality života jedince (Řehulka, 2004).

2.1.2 Složky zdraví

Jak plyne z definice Světové zdravotnické organizace, zdraví zahrnuje tři oblasti: fyzickou, tělesnou a sociální. Tyto tři složky jsou považovány za rovnocenné, vzájemně spolu souvisejí, ovlivňující se. Psychická nepohoda může negativně ovlivnit zdraví fyzické, fyzické onemocnění narušit sociální vztahy, sociální nepohoda zhorší stav psychiky, ...

Duševní zdraví je označováno jako stav pohody a normality, kdy všechny duševní pochody probíhají adekvátním způsobem, umožňují správně odrážet vnější realitu, přiměřeně reagovat na podněty, mít pocit pohody a uspokojení ze svých aktivit a prožívání. Za zdraví tělesné je považována pohoda tělesná, normální funkčnost a kondice organismu (<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php>).

O tom, jak jsou tyto dvě složky propojeny, svědčí psychosomatická onemocnění, kdy psychický problém - konflikt se promítne do tělesné složky, projeví se jako somatické onemocnění. Duševní neklid, nepohoda se promítne jako porucha orgánů, které s naší psychikou nemají na první pohled žádnou souvislost. Nejčastějšími zdravotními problémy způsobené psychickými problémy jsou bolesti hlavy, zažívací obtíže, kožní onemocnění, bolesti zad, astma, poruchy oběhového systému – vysoký krevní tlak, nepravidelná srdeční akce.

2.1.3 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví dělíme na vnitřní a vnější. Zatímco vnitřní faktory jsou neovlivnitelné, vnější faktory zdraví může člověk sám ovlivnit.

2.1.3.1 Vnitřní determinanty zdraví

Mezi vnitřní faktory zdraví patří genetická výbava jedince: tělesná konstituce, dispozice k onemocnění, vrozená onemocnění. Na vnějších faktorech pak závisí, do jaké míry se dané genetické dispozice projeví. Genetický základ ovlivňuje zdravotní stav jedince z 20 % (Kopecký, 2012).

Stejně jako faktory rizikové vzhledem ke zdraví, existují také faktory protektivní, např. chování typu B, hardiness, sociální podpora.

Pojem hardiness (Kobasa, 1979) je překládán jako nezdolnost. Jedná se o souběh tří vlastností, osobnostních rysů – kontrola (vs. bezmocnost), ztotožnění (vs. odcizení), výzva (vs. hrozba). Tyto rysy napomáhají jedinci zvládnutí zátěže. Hardiness snižuje reakci na stresory, což snižuje dlouhodobý vliv stresorů na zdraví jedince (Tichá, 2012).

Pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku v zátěžové situaci, nazýváme sociální oporou. Příznivý vliv sociální podpory je patrný zejména u psychického zdraví. Jedinci s příznivými sociálními vazbami v dětství mají méně problémů s duševním zdravím, rovněž se sami často stávají zdrojem podpory pro ostatní. Vysoká sociální podpora ale pozitivně ovlivňuje subjektivní pocit zdraví celkově, nejen jeho psychickou stránku.

Chování typu B je dalším faktorem ovlivňujícím vztah mezi stresovými podněty, zvládnutím stresu a zdravím. Osobnost typu B je považována za „normální.“ Má přiměřenou pracovní výkonnost, nesnaží se o mimořádnou úspěšnost, nemá sklon k přehnanému perfekcionismu, je zdravě asertivní, umí se prosadit, je klidná a vyrovnaná. U tohoto typu osobnosti se infarkty myokardu a ischemická choroba srdeční vyskytují dvakrát méně často než u osobnosti typu A (Kohoutek, 2008).

2.1.3.2 Vnější determinanty zdraví

Vnějšími faktory ovlivňující zdraví jsou životní styl, životní prostředí a zdravotnické služby.

Životní styl je široký pojem zahrnující nejen výživu, fyzickou aktivitu jedince, osobní duševní pohodu, způsob zvládnutí stresu, vykonávanou práci, ale také sexuální

aktivitu, vztahy k okolí, absenci či naopak přítomnost závislosti (Paprštěnová, 2011). Podstatné je, že životní styl je souhrnem dobrovolných vzorců chování. Přestože jsou tyto vzorce chování do velké míry ovlivněny rodinnými zvyklostmi, kulturním prostředím, společenskými tradicemi, ekonomickou situací vlastní i společenskou, člověk si svůj životní styl do jisté míry vybírá sám.

Významnou složkou životního stylu je samozřejmě výživa jedince. Hraje zde roli jednak kvantitativní hledisko – člověk potřebuje zajišťovat příjem energie, ale také hledisko kvalitativní – dostatečný a vyvážený přísun živin. Příjem energie by měl být v rovnováze s jejím výdejem. Pokud tomu tak není, dochází k ukládání tuků – nadváze nebo v horším případě k obezitě, případně naopak ke strádání organismu – k hubnutí. Nevhodný je nejen nepřiměřený energetický příjem, ale také přemíra živočišných tuků, cukru, soli, nedostatek čerstvé zeleniny a ovoce, nedostatek vlákniny. Vyvážená strava by měla zajistit dostatečný přísun živin, vitaminů a minerálů, v případě nedostatku některých z nich dochází k méně či více závažným zdravotním problémům, oslabení imunitního systému, zvyšuje se riziko kardiovaskulárních i nádorových onemocnění (Machová, 2006).

Dalším významným faktorem životního stylu je pohybová aktivita jedince. Pohyb je základní vlastností živých organismů, je významným faktorem při jejich vývoji. Přiměřená pohybová aktivita přispívá ke správnému držení těla, správné práci svalů i kloubů, ale také vnitřních orgánů. Napomáhá zvýšení výkonnosti srdce a plic, udržuje celkovou tělesnou zdatnost jedince. Rovněž snižuje hladinu cholesterolu, pravděpodobnost vzniku civilizačních chorob. Bezvýznamná není ani psychická stránka: navození duševní pohody, svěžesti, zvýšené odolnosti vůči stresu. Tělesná kondice je tvořena několika složkami: vytrvalostí, svalovou silou, pohyblivostí kloubů, šlach a vazů, koordinací pohybu. Největší význam pro zdraví má složka vytrvalostní. „*Pro zachování a upevňování zdraví je nezbytným a nejpřirozenějším předpokladem aktivní pohyb.*“ (Machová, 2006, s. 33)

Životní prostředí (kvalita ovzduší, vody, klimatické podmínky, míra hluku, pracovní prostředí, doprava, ...) má vliv na zdravotní stav jedince z 20 %.

Životní prostředí lze rozlišit na prostředí regionální (klimatické a geografické podmínky), lokální (menší územní celky – oblast bydlení, trávení volného času, ...), individuální (rodinné prostředí, úroveň bydlení, psychosociální atmosféra rodiny, ...) a pracovní.

Životní prostředí jako takové je tvořeno několika skupinami faktorů ovlivňující zdraví člověka. Jedná se o faktory biologické (např. množství virů, bakterií), fyzikální (teplota, hluk, vibrace, ...), chemické (množství živin, toxické látky, ...) a faktory sociální (životní úroveň, míra socializace...) (Machová, 2006).

Pracovní prostředí zahrnuje nejen faktory ovlivňující fyzické zdraví (fyzická náročnost, míra hluku, prašnosti, dostatek a kvalita pohybové aktivity, míra vystavení infekčním onemocněním, ...), ale také faktory mající vliv na zdraví psychické (stres na pracovišti, pocit nedocenění, míra finančního ohodnocení, sociální klima na pracovišti, pocit zodpovědnosti, ...). (Čeledová, 2010)

Zdraví jedince je tedy téměř ze 70 % ovlivněno životním stylem a životním a tudíž i pracovním prostředím.

Zatímco životní styl a životní prostředí ovlivňují zdravotní stav člověka až ze 70 %, úroveň a kvalita zdravotnických služeb se na něm podílí pouze 10 % (Kopecký, 2012).

Podstatnou roli hrají při volbě životního stylu znalosti, vědomosti. Člověk se může o svém zdravém životním stylu správně rozhodnout pouze tehdy, pokud má dostatek znalostí o tom, co jeho zdraví může podporovat či co mu naopak škodí. Nejen z tohoto důvodu je na základních školách součástí rámcového vzdělávacího plánu předmět Výchova ke zdraví v rozsahu 3 hodiny týdně v průběhu čtyř let na druhém stupni základní školy.

Výchovou ke zdravému životnímu stylu se zabývá relativně nová interdisciplinární věda – valeologie. Jejím předmětem je psychosomatická zdatnost člověka, možné způsoby, jak takovou zdatnost získat, udržet si ji a umět ji využít.

2.1.4 Nemoc

Stejně jako pojem zdraví i pojem nemoc prošel dlouhým vývojem, v různých pojetích byl postoj k nemoci různý. Stejně jako na zdraví i na nemoc bylo původně pohlíženo spíše z biologického pohledu, dnes u obou pojmů převládá postoj holistický.

Nemoc je dnes označována jako porucha systému člověk – prostředí, jedná se o poruchu zdraví nebo poruchu schopnosti člověka plnit očekávané role a úkoly (Tichá, 2012). Křivohlavý (2002) označuje nemoc jako stav, kdy je něco v nepořádku, kdy to, co má něco dělat, funguje jen s obtížemi, kdy se určitá funkce vychyluje z běžných mezí. Z hlediska subjektivního můžeme o nemoci hovořit také jako o stavu, kdy se jedinec

necítí být zdrav. Dále můžeme nemoc definovat jako stav organismu, která vzniká vlivem zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu (Vokurka, Hugo, 2007 in Ježorská, 2014).

Nemoc způsobuje nemocnému obtíže, narušuje navyklý způsob života, mění stereotypy, denní program, omezuje jedince v jeho běžných zvyklostech. Jedná se tedy o zátěžovou situaci, která klade na jedince zvýšené nároky (Ježorská, 2014).

Stejně jako zdraví má i nemoc tři roviny: fyzickou, psychickou a sociální. Dle současného celostního pojetí se zkoumají všechny tři dimenze nemoci.

Každý člověk prožívá danou nemoc jinak, zatímco někoho ničí rýma, jiný „statečně“ přechází zápal plic. Mluvíme o tzv. autoplastickém obrazu nemoci. Toto subjektivní prožívání nemoci má několik složek: Percepční složka zahrnuje vnímání obtíží, práh bolesti. Emoční složka (strach, úzkost) může uzdravovací proces ovlivňovat pozitivně i negativně. Volní složky představuje aktivní snahu o uzdravení. Racionální je založena na vědomostech o daném onemocnění, na objektivitě při hodnocení nemoci. (Tichá, 2012) *„Okamžik setkání s nemocí je ovlivněn osobnostními zvláštnostmi nemocného, jeho předchozí individuální historii, momentální připraveností nemoci čelit“* (Ježorská, 2014, s. 10). Lépe se bude s nemocí vyrovnávat pacient, u kterého se u blízkého člověka již daná diagnóza vyskytla a nemocný ji zvládá, žije plnohodnotným životem a naopak. Vliv na prožívání nemoci má také věk pacienta, momentální životní situace nebo také míra zavinění onemocnění. Jinak prožívá onemocnění člověk zabezpečující finančně rodinu, jinak pacient s vážným úrazem, který si přivodil vlastní nešikovností, ... Někteří pacienti reagují na nemoc aktivně – usilují o uzdravení, u některých převládá pasivní přístup – boj s nemocí vzdávají, nemocný rezignuje.

Různé mohou být rovněž postoje, které nemocný ke svému onemocnění zaujímá. Nejideálnější je postoj normální, odpovídající stavu pacienta a druhu onemocnění. Může se ale vyskytnout postoj bagatelizující (podceňování nemoci), repudiační (vytěsnění, nemocný se chová, jako by byl zdrav), hypochondrický (přehnané obavy o své zdraví), nozofóbní (nevědomý hypochondrický postoj), nosofilní (pocit uspokojení z nemoci), účelové (útěk z nepříznivé životní situace), heroický (překonání svého stavu za účelem splnění úkolu), disimulační (záměrné účelové zatajení zdravotních problémů). (Ježorská, 2014)

Přestože pro většinu osob je nemoc chápána jako něco negativního, v některých případech může být prožívání nemoci příjemné (ohleduplnost, pozornost ostatních, zbavení se povinností). Někteří pacienti mají dokonce sklon k tzv. útěku do nemoci

(způsob řešení konfliktu na vědomé či nevědomé úrovni, obtížná situace je řešena nemocí). (Tichá, 2012)

Vznik nemoci se většinou odehrává ve dvou krocích. Po prvotním ohodnocení, kdy člověk pociťuje vnitřní nepohodu, příznak nějaké nemoci, vytváří si svou laickou diagnózu) následuje druhotné ohodnocení (přichází léčba, návštěva lékaře v případě, že člověk pociťuje ohrožení, není schopen příznaky zvládnout vlastními silami).

Každé onemocnění prochází různými stádii. První stádium, kdy se nemoc nijak neprojevuje, označujeme jako latentní. Druhé stádium, kdy se u nemocného objevují první nespecifické obtíže (bolest hlavy, únava, teplota) nazýváme prodromální. Následuje manifestní stádium se specifickými i nespecifickými příznaky. Poté nemocný prochází rekonvalescencí. Posledním stádiem je východisko z nemoci (úplné či neúplné uzdravení, přechod do chronického onemocnění, smrt).

2.2 Profese pedagoga

Následující kapitola se zabývá problematikou pedagogické profese: osobností pedagoga, specifiky této profese, jejími zdravotními riziky.

2.2.1 Pedagog

Pedagog je osoba profesně se zabývající výchovou a vzděláváním. Do této profese řadíme učitele, vychovatele, asistenty pedagoga, trenéry, lektory, ... Pedagog patří k základním činitelům výchovně – vzdělávacího procesu (pedagog, dítě - žák, výchovné prostředky). Pedagog výchovný proces plánuje, realizuje, vyhodnocuje, zodpovídá za jeho úspěšnost, účinnost.

Úkolem současného pedagoga není jen zprostředkování znalostí, ale také snaha o celkový rozvoj jedince, příprava na úspěšné plnění sociálních rolí, práce na pozitivním klimatu výchovného prostředí.

Mezi základní kvality charakterizující kvalitního pedagoga patří vzdělání, hodnotová orientace, pedagogická dovednost, jeho osobnostní rysy a charakter. (Pospíšil, 2009)

Dnes je u pedagogů vyžadováno vysokoškolské vzdělání, tento fakt ale konkrétně u českých učitelů platí ve srovnání s jinými profesemi (např. lékaři, architekti, stavební či strojní inženýři) poměrně krátkou dobu, od roku 1946. Nejen tento fakt přispívá k tomu, že učitelství není považováno za profesi ale tzv. semiprofesi.

Podle kategorizace profesí podle složitosti práce (Machonin, Tuček, 1996 in Průcha 2009) je na škále od 1 do 9 (1 – práce nejméně složité, nekvalifikované, 9 – práce nejsložitější) učitel základní školy řazen do stupně 7 (práce vysoce složitá a kvalifikovaná, s omezenou samostatností) a učitel střední či vysoké školy do stupně 8 (práce vysoce složité a kvalifikované, mnohostranné a samostatné).

V české republice pracuje kolem 150 tisíc pedagogů (zatímco lékařů je na 1000 obyvatel 3,8, učitelů 16,6). Z toho ženy tvoří v průměru 92 % (v mateřských školách 98,4 %, základní školy 82 %, ...), celkový podíl pracujících žen v ČR je 44 %, ve školství lze tedy hovořit o výrazné feminizaci (Průcha, 2009). Přičemž stupeň feminizace je nejvyšší u nejnižších stupňů škol (v mateřských školách 98,4 %, osobně neznám jediného učitele – muže v MŠ, na 1. stupni základní školy 93,6 %) a s vyšším stupněm škol postupně klesá (na středních školách se procento žen – učitelek pohybuje kolem 60 %, na vysokých školách je to 30 %), viz. tabulka 1.

Důvody vysokého podílu žen v pedagogických sborech jsou různé. Jednak jde o jakousi ustálenou dělbou práce, učitelství prostě patří k těm spíše „ženským“ povoláním. Dalším důvodem je zřejmě nízká finanční atraktivita tohoto povolání pro muže. Finanční ohodnocení pedagogů se v České republice dlouhodobě pohybuje pod průměrnou mzdou.

Důsledky feminizace našeho školství nejsou podloženy výzkumy. Dle mého názoru ale chybí ve školách mužský vzor. Také problémy s kázní žáků by se zřejmě lépe řešily a možná ani tak často nevyskytovaly při vyšším počtu mužů – učitelů ve školách. Z mé zkušenosti bývají muži pro děti snáze přirozenou autoritou, nemívají tak často kázeňské problémy ve třídách jako jejich kolegyně.

Tabulka 1. Feminizace českého učitelstva

	Podíl žen (v %) v učitelské profesi Česká republika	Podíl žen (v %) v učitelské profesi Průměr zemí OECD
předškolní výchova	99,8	94,6
primární vzdělávání	84,5	77,0
nižší sekundární vzdělávání	81,0	62,7
vyšší sekundární vzdělávání	56,3	48,9
všechny úrovně vzdělávání	72,1	63,8

Zdroj: Průcha, 2002, s. 27

2.2.2 Osobnost pedagoga

Osobností pedagoga se zabývá věda – pedeutologie. V tomto oboru jsou uplatňovány dva přístupy (analytický a normativní). Cílem analytického přístupu je zjistit, jací učitelé jsou, jaké mají konkrétní vlastnosti (využití metody indukce). Normativní přístup určuje, jaký by měl úspěšný učitel být, určuje jakýsi vzor ideálního učitele (využití metody dedukce). (Kohoutek, 2000)

Již podle Engelbeta (1814) byly pro výkon pedagogické profese významné vlastnosti jako motivace k povolání, talent pro povolání a kognitivní vybavenost učitele.

Z dnešního pedagogického hlediska jsou pro výkon pedagogického povolání významné dvě oblasti: osobnostní charakteristika učitele a charakteristika činnosti pedagoga ve výuce (Průcha, 1997).

Významnými složkami osobnosti pedagoga, které se projevují ve výchovně-vzdělávacím procesu, jsou psychická odolnost, adaptabilita (každý pedagog musí být schopen hledat alternativní řešení problémů), schopnost osvojovat si nové poznatky (neustále se vzdělávat nejen ve svém oboru, ale také pedagogických metodách, přístupech,...). Důležitá je také pedagogova empatie a komunikační schopnost, která se výrazně projevuje při kontaktu s žáky, rodiči, kolegy, vedením, partnery školy. (Dytrtová, 2009)

Za důležitou je v každém případě považována profesionalita pedagoga a to nejen ve směru odbornosti daného učitele v jeho oboru, ale také výchovný aspekt jeho profese. Měl by se tudíž zabývat tím, co učí, podstatné je ale také, koho a jak učí. „*Opakovaně je kladen důraz na pedagogický optimismus, jehož hlavním propagátorem byl J. A. Komenský. Hovoří se o pozitivním přijetí vzdělaného vzdělavatelem.*“ (Dytrtová 2009, s. 16) Zde hraje roli právě výše zmíněná empatie, sociální citění, sebeovládání.

Podstatnou roli hrají při výkonu pedagogické profese verbální schopnosti. Učitelova komunikační dovednost je jedním z nejvýraznějších faktorů podporující učení žáků ve školním prostředí. Schopnost žáky zaujmout je dar, který bohužel ne všichni učitelé mají.

Podle výzkumu J. Pelikána (1991) je úroveň pedagogické práce závislá na těchto osobnostních faktorech: odbornost, interakce se žáky, typ vzdělání, míra sociability, obliba ve sboru, odbornost, přiměřená klasifikace, organizační schopnosti, míra tvořivosti. Naopak mezi faktory, na kterých je úroveň pedagogické práce nezávislá, patří: věk učitele, pohlaví, délka praxe, stupeň neurotičnosti a zdravotní stav. Silně zhoršený

zdravotní stav učitele sice bezpochyby úroveň jeho pedagogické činnosti ovlivňuje, tento vztah mezi zdravotním stavem učitele a úrovní jeho pedagogické práce ale není statisticky významný (Průcha, 1997).

2.2.3 Specifika pedagogické profese

Pedagogická profese má svá specifika, na některá lze pohlížet jako na pozitiva, na jiná jako na negativa tohoto povolání.

Přestože nepedagogická část populace učitelům jejich pracovní dobu závidí, doba, po kterou učitelé týdně pracují, často překračuje 42,5 hodiny. Čeští učitelé základních a středních škol pracují průměrně 45 hodin týdně (Řehulka, 2006). Úvazek pedagogů sice podle nařízení vlády ČR z roku 1999 je 22 vyučovacích hodin (45 minut) týdně u učitelů základních škol, na středních školách pak 21 vyučovacích hodin, mnoho dalších hodin ale tvoří další činnosti související s vyučováním (příprava na vyučování, opravování prací žáků, doučování, činnosti související s třídnictvím, komunikace s rodiči, kolegy, úřady, administrativní úkony, ...), viz. tabulka 2.

Tabulka 2. Struktura pracovního času učitelů 2. stupně ZŠ

Kategorie činností	Podíl času (v % z týdenního objemu pracovního času T = 44,7 hod.)
vyučování	36,8
další služba ve škole, pohotovost, dozor	11,8
doučování, nápravná cvičení	0,6
zájmové kroužky	1,4
příprava na vyučování, oprava žákovských prací, zhotovování a udržování pomůcek	33,5
participace na správě a samosprávě školy, porady a konzultace s vedením školy, s jinými učiteli, poradci, lékaři aj.	2,0
spolupráce s rodiči	1,9
veřejná činnost učitele (osvětová aj.)	0,6
studium, sebevzdělávání	7,3
učitelská agenda, administrativa aj.	3,7

Zdroj: Průcha, 2002, s. 41

Další významnou a často diskutovanou složkou pedagogické profese je její prestiž. Můžeme hovořit o prestiži jednotlivého učitele či profesní skupiny jako celku, celé společenské skupiny. Prestiž tohoto povolání je významně vázána na jednotlivé kategorie učitelů. Zatímco profesor na vysoké škole se v žebříčku české škály prestiže povolání (Tuček, Machonin, 1993 in Průcha 1997) umístil na třetím místě (hned za lékařem a ministrem), učitel na ZŠ obsadil pozici sedmou. Studenti pedagogických fakult by pedagogy umístili na tomto žebříčku výše (Průcha, 1997). Z mého osobního pohledu je celkově prestiž učitelů nižší než v minulých letech, souvisí ale s osobností konkrétního pedagoga. Bohužel je dle mého názoru právě nízká společenská prestiž jedním z důvodů špatné komunikace a zhoršující se spolupráce s rodiči.

Ruku v ruce s poměrně nízkou společenskou prestiží učitele jde jeho finanční ohodnocení. Učitel je nejméně placenou kvalifikovanou profesí u nás. Podle ministerstva školství byl v loňském roce průměrný plat pedagogických pracovníků (bez započtení vedoucích pracovníků) 24 888 Kč, zatímco průměrný plat v ČR činil 25 686 Kč. Tato skutečnost příliš neodpovídá tomu, že cílem každého státu by mělo být zajistit dostatečné množství kvalifikovaných pedagogů. Právě platové podmínky jsou jedním z důvodů feminizace školství, odchodu kvalitních pedagogů do jiných odvětví, hledání práce v jiném oboru u absolventů pedagogických fakult.

Zatímco ve většině jiných povolání si zaměstnanec může vybrat dovolenou v termínu dle svého uvážení, není velkým problémem si vzít volno z osobních či zdravotních důvodů, při onemocnění jít na nemocenskou, na učitele je vyvíjen tlak na stálou přítomnost v práci bez ohledu na zdravotní a osobní důvody. Důvodem je finanční náročnost zajištění suplování. Takže rodinná dovolená v termínu mimo prázdniny je nereálná, návštěvu lékaře si vyučující zajišťují v odpoledních hodinách a běžné virózy i jiná méně vážná onemocnění místo léčby navzdory doporučením lékařů přecházejí.

Pedagogická profese patří mezi ty s vysokou psychickou pracovní zátěží. Jednak je učitel neustále „ve střehu“, často řeší emočně náročné situace nejen s žáky, ale i rodiči, mnohdy se nedokáže od pracovních problémů oprostit, „nosí si práci domů“ (a to nejen ve formě sešitů a písemek ale také starostí o či se žáky). Psychickou zátěží pedagogů se dále zabývá kapitola 3.2.4.

Specifické je také fyzikální prostředí, ve kterém učitelé pracují. Vyznačuje se vyšší prašností (přes čím dál častější využívání interaktivních tabulí je ve třídách křídový prach).

Dalším nepříjemným faktorem je vysoká míra hluku. Celková pohoda prostředí zahrnuje pohodu psychickou, sociální, zrakovou, čichovou a akustickou. Akustická pohoda závisí především na intenzitě hluku, záleží také na jeho charakteru a době trvání. „*Hluk nad 40 dB ruší spánek, 50 – 60 dB vyvolává rozmrzelost, nad 65 dB působí škodlivě na nervovou soustavu, dlouhodobé působení nad 85 – 90 dB poškozuje sluch*“ (Machová, 2006, s. 198). Zejména o přestávkách, ve třídách, na školních chodbách či ve školní jídelně hodnoty hluku často přesahují 70 i 80 dB. Přitom dlouhodobější působení hluku má vliv na vznik civilizačních chorob jako vysoký krevní tlak, kardiovaskulární onemocnění, ale také neuróz či poruch spánku.

Ve svém pracovním prostředí jsou navíc učitelé vystaveni ve zvýšené míře běžným infekčním onemocněním, ale také těm závažnějším infekcím, např. žloutenka. Rovněž mohou být vystaveni některým parazitárním onemocněním. Velkým problémem školských zařízení se v posledních letech stala veš dětská, v roce 2012 se na základních školách začalo objevovat onemocnění způsobené zákožkou svrabovou – svrab. (Kabátová, 2013) Možnou ochranou před infekčními onemocněními nejen pro žáky je častá a účinná výměna vzduchu větráním (při chladném počasí větrat krátce, ale intenzivně). Přínos v tomto ohledu je také správná teplota (18 – 22 °C) a vlhkost vzduchu (30 – 50 %) ve třídách. Důležitá je také osobní hygiena, používání papírových ručníků či elektrických vysoušečů rukou, případně otužování. (Machová, 2006)

2.2.4 Zdravotní rizika pedagogické profese

Kvalita života a zdraví významně souvisí s výkonností člověka. Je tedy velmi důležité podporovat své zdraví a znát rizikové faktory a předejít tak následné snížené kvalitě života preventivním chováním (Kohoutek, 2001).

Pedagogická profese má svá zdravotní rizika, která souvisejí jednak s fyzikálními podmínkami, ve kterých učitelé pracují, zátěží pohybového aparátu (dlouhé stání, sezení) a také psychickou náročností této profese (onemocnění psychická či psychosomatická). Chronickými onemocněními pedagogů se ve svém výzkumu zabývala Paprštejnová v roce 2011, jeho výsledky jsou uvedeny v tabulce 3.

Tabulka 3. Chronická onemocnění respondentů (%)

Onemocnění:	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	celkem
Srdce a cév	8,2	12,8	3,8	6,8	9,1	8,0
Dýchacího ústrojí	2,6	2,6	7,7	6,8	10,9	5,2
Pohybového ústrojí	13,9	15,4	23,1	10,1	14,5	13,4
Trávicí soustavy	2,6	7,7	7,7	6,1	5,5	4,8
Diabetes melitus	0,0	7,7	3,8	0,7	1,8	1,3
Psychická onemocnění	0,5	0,0	3,8	2,7	3,6	1,7
Jiná onemocnění	9,3	12,8	19,2	6,8	12,7	9,7

Zdroj: Paprštejnová, 2011, str. 168

2.2.4.1 Stres

Významným faktorem ohrožujícím lidské zdraví, kterému jsou pedagogové vystaveni ve zvýšené míře, je stres. Vzhledem k tomu, kolik času člověk tráví profesní činností či činnostmi s nimi souvisejícími, je pracovní stres výrazným determinantem zdravotního stavu a délky života (Řehulka, 2006).

Stresové situace můžeme rozdělit do následujících kategorií, přičemž jedna stresová událost se často prolíná kategoriemi hned několika. Mimořádné nebezpečné situace, které se vymykají běžné zkušenosti (přírodní katastrofy, nehody, fyzické útoky) řadíme do kategorie traumatické události. Stresové situace, nad kterými nemáme kontrolu, nazýváme události neovlivnitelné. Další kategorií jsou situace, kdy jejich negativní dopad zvyšuje jejich nečekanost – nepředvídatelné události. Další skupinou stresových situací jsou ty, kdy je sice sami ovlivnit můžeme, jsou předvídatelné, ale vedou nás až na hranici našich možností. Poslední zvláštní kategorií jsou konflikty bez vnějšího stresoru – konflikty vnitřní, ať již vědomé či nevědomé. (Machová, 2006)

Každý člověk má tendence reagovat na stres jistým naučeným vzorcem chování (útěk x útok). Prožívání stresu rovněž ovlivňuje práh stresové tolerance, který je jedinec schopen zvládnout. To, co je pro jednoho eustres, může být pro jiného neřešitelná stresová situace. Na tuto stresovou toleranci může mít pozitivní vliv i přiměřený výskyt stresorů – při občasném vystavení stresu si jedinec „zvyká,“ učí se stresové situace zvládat.

Prožívání stresu pozitivně ovlivňují vlastnosti jako je optimismus, smysl pro humor, kladné sebehodnocení, negativně pak např. neuroticismus, negativní afektivita.

Mezi dopady stresu na úrovni psychické patří úzkost. Jedná se o nepříjemnou emoci, nejčastější reakci na stresor. Další poměrně častou reakcí na stresory je vztek, ten může vést až k agresi, přičemž objektem této agrese nemusí být nutně její zdroj. Reakcí naprosto opačnou je apatie až deprese. Jedinec se uzavírá do sebe, propadá pocitu beznaděje. Dalším nepříjemným projevem provázejícím stres je oslabení kognitivních funkcí – snižuje se schopnost soustředění, logického myšlení. U dlouhodobého působení stresu se objevují také prudké změny nálad, neschopnost empatie.

Stres negativně ovlivňuje nejen stránku psychickou, má ale významný dopad i v rovině somatické. V důsledku působení stresoru může docházet ke zrychlení tělesného metabolismu, zvýšení srdeční frekvence, krevního tlaku, dechové frekvence a svalového napětí, snížení činností nezbytných pro organismus (např. trávení), nechutenství, průjmu, vylučování endorfinů, častějšímu nucení na močení, poklesu sexuální touhy, změnám v menstruačním cyklu, pocitu „knedlíku“ v krku.

V chování se působení stresu může projevat jako přejídání se (popř. odmítání potravy), nerozhodnost, větší nehodovost, vyšší konzumace návykových látek, pracovní absence. (Ježorská, 2014)

Nadměrné vystavení stresovým situacím je jedním z nepříznivých faktorů nejen pedagogické profese. Přestože stres má do jisté míry i pozitivní účinky (eustres), pokud překročí určitou míru (distres), pak ve svém důsledku negativně ovlivňuje zdraví ve všech jeho složkách. Vysokou pracovní psychickou zátěž uvádí 80 % učitelů, vystavení nadměrnému stresu 60 % učitelů, snížená odolnost vůči stresu se pak projevu je u 25 % učitelů. (Řehulka, 2004). Furnaham a Paynová (1987) definovali základní faktory učitelského stresu. Patří mezi ně zvládnutí času, autorita, chování žáků, profesionalita, způsobilost – jistota, vztahy mezi spolupracovníky, byrokratické překážky, pracovní podmínky. Jako nejvýznamnější z těchto faktorů se jeví chování žáků, jako nejméně zatěžující pak administrativní překážky.

Za stres v tomto případě považujeme situaci, kdy pracovní nároky kladené na učitele trvale či výrazně převažují nad jeho pracovními možnostmi, jeho pracovní kapacitou. Pedeutologie využívá označení pedagogický stres. Nadměrný stres je ve velké míře způsoben špatnými postoji žáků k práci, náročností výuky žáků se špatným chováním, nízkým společenským i finančním ohodnocením pedagogů. (Řehulka, 2006)

Výzkumy ukazují, že přestože se většina učitelů (20 – 40 %) cítí v práci přetěžována a obtěžována rušivými vlivy, jejich pracovní spokojenost je poměrně vysoká (2/3 učitelů jsou spíše spokojeni či spokojeni). (Řehulka, 2006) Přetěžování pracovními úkoly je zřejmě vyváženo jinými pozitivními faktory této profese.

Podle pilotní studie výzkumu Psychická zátěž učitelů a další rizikové faktory (Blažková, Malá, 2001 a 2002) somatický zdravotní stav 60 % učitelů vykazuje problémy s výkonností, fyzickou kondicí (únavnost, nemocnost) a vegetativní disregulací projevující se bolestmi hlavy, závratěmi, pocením, mdlobami atd. Četné subjektivní zdravotní potíže vykazuje téměř 75 % učitelů, např. poruchy soustředění, zhoršení paměti, frustrace, sklon k depresím, neurotické tendence, tělesná i duševní únava v souvislosti s prací.

Pro určení zdrojů stresu učitelů byl proveden průzkum. Respondenti měli ze seznamu 40 zátěžových situací vyjádřit četnost výskytu dané situace a intenzitu pociťované zátěže. Zátěžové faktory byly pociťovány odlišně u různých druhů škol, vyšší zátěž byla pociťována u učitelů škol základních, výsledky uvedeny v tabulce 4.

Tabulka 4. Vlivy nejvíce obtěžující učitele základních škol (ZŠ) a středních škol (SŠ)

Faktor	ZŠ	SŠ
nízké společenské hodnocení (prestiž)	1	1
neodpovídající plat	2	4
nutnost podřizovat se administrativním rozhodnutím, která neberou v úvahu názor učitelů	3	2
nedostatek času pro odpočinek a relaxaci	4	10
učení ve třídách s velmi rozdílnou úrovní žáků	5	-
nedostatečná spolupráce ze strany rodičů	6	-
špatné postoje žáků k práci	7	3
nedostatek pomůcek a potřeb pro vyučování	8	6
špatné chování žáků	9	9
velký počet žáků ve třídách	10	-

Zdroj: Průcha, 2002, s. 68

2.2.4.2 Syndrom vyhoření

Délka vykonávání pedagogické praxe může mít na výkon jeho profese vliv kladný, ale i záporný. Mezi negativní projevy delší doby praxe patří profesní vyhasínání. Tento jev – syndrom vyhoření (burnout) je chápán jako negativní důsledek chronického emocionálního přetěžování u tzv. pomáhajících profesí (profese typické častými bezprostředními, emocionálně náročnými interpersonálními kontakty). Podle Freudenbergera se jedná o konečné stádium procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení, svou motivaci.

Pocity související se syndromem vyhoření se dostávají v závislosti na délce praxe, ale také typu školy, věku, pohlaví (ženy podléhají burnout syndromu častěji), rodinném stavu, osobnostních rysech pedagoga. Nejintenzivnější emoční vyčerpání prožívají učitelé nad 50 let s délkou delší než 16 let. (Řehulka, 2006)

Příznaky syndromu vyhoření mají širokou škálu. Od emocionálních (pocity zoufalství, beznaděje, nedocení, podrážděnost, náládovost), přes kognitivní vyčerpání (snížení pracovního výkonu, potíže s koncentrací pozornosti, ztráta zájmu o profesi) a depersonalizaci až po celkové vyčerpání (oslabení imunitního systému, dýchací, srdeční a zažívací potíže, bolesti hlavy, vysoký krevní tlak). (Urbanovská, 2012)

Příčiny syndromu vyhoření nejen u pedagogů můžeme rozdělit do dvou skupin. První skupinou jsou osobnostní faktory jako přílišný idealismus, introverze, perfekcionismus. Další skupinou faktorů jsou tzv. situační proměnné: problémoví žáci, dohled školského systému (nadřízení, inspekce), podmínky školního prostředí (fyzikální prostředí, aprobace, časový tlak), učitelský sbor, rodiče, vedení školy, hodnocení pedagogické profese veřejností, kvalifikace. (Dan, 1998 in Řehulka, 1998) Pokud se vyskytuje více rizikových faktorů najednou, jejich kombinace zvyšuje pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření.

Postižený prochází při syndromu vyhoření několika fázemi. První je fáze počátečního nadšení, kdy dotyčný vykonává dobrovolně mnoho práce navíc. Následuje fáze stagnace, dochází k prvnímu zklamání, profesionální požadavky začínají pracovníka obtěžovat. Ve fázi frustrace se dostavuje pocit bezmocnosti, nedostatku uznání, objevují se první psychosomatické příznaky. Poslední přichází fáze apatie – vztah ke klientům je nepřátelský, dostavuje se zoufalství, deziluze, rezignace. (Urbanovská, 2012)

„Této fázi osobnostní regrese lze zabránit nebo ji oddálit trénováním reflexivního myšlení, sebepoznávání – od počátku formování osobnosti učitele.“ (Dytrtová, 2009,

s. 17) V každém případě je daleko snazší důsledkům syndromu vyhoření předcházet, než jej posléze odstraňovat. Mezi možná preventivní opatření syndromu vyhoření patří příznivé sociální klima na pracovišti, zvýšení participace pedagogů na rozhodování, přiměřený kariérní postup, finanční ohodnocení. Podmínky pedagogů v českém prostředí bohužel spíše vzniku syndromu vyhoření často nahrávají: zvyšování počtu žáků ve třídách, narůstající administrativa, problémy při kontaktu s rodiči, pokles společenské prestiže, nízké finanční ohodnocení, růst agresivity žáků, ... (Šolcová, Kebza, 1998 in Řehulka 1998).

Předcházet syndromu vyhoření lze nejen systémovými opatřeními, ale také na bázi osobnostní. Důležitá je smysluplnost života jedince. Podstatnou roli hraje rovněž poměr stresorů a salutorů (faktory pozitivní), stresory by neměly dlouhodobě převažovat nad salutory. Podstatnou roli hraje relaxace, celková duševní hygiena, posilování osobní nezdolnosti a obranyschopnosti na straně jedné a omezení stresorů na straně druhé (např. ubrat si některých povinností, vzdát se některých aktivit). (Ježorská, 2014)

2.2.4.3 Onemocnění srdce a cév

Onemocnění srdce a cév neboli kardiovaskulární choroby (např. ischemická choroba srdeční, mozková mrtvice) řadíme mezi tzv. civilizační nemoci. Nejen v České republice se řadí k nejčastějším příčinám úmrtí (tvoří příčinu více než poloviny všech úmrtí v ČR). Příčinami těchto onemocnění je hlavně špatná životospráva, tzn. nevhodná strava a nedostatek pohybu. Významným faktorem vzniku těchto onemocnění je ale také stres. Ke kardiovaskulárním onemocněním inklinují častěji muži, osoby s pozitivní rodinnou anamnézou těchto onemocnění. Riziko vzniku těchto onemocnění zvyšuje vysoká hladina cholesterolu v krvi, vysoký krevní tlak, obezita, diabetes mellitus.

Nebezpečím těchto chorob je, že mohou být poměrně dlouhou dobu bezpříznakové. Příčinou těchto chorob je většinou ateroskleróza neboli kornatění cév působením zejména cholesterolu a triglyceridů. Roli hrají také dědičné faktory, věk a pohlaví. V důsledku aterosklerózy se vytváří na vnitřní straně tepny ložisko (ukládají se zde látky tukové povahy), stěna tepen se ztlušťuje, tepny se zužují, ucpávají, ztrácejí pružnost. V důsledku těchto změn klesá průtok krve, klesá zásobení kyslíkem i živinami. Tyto změny ve svém důsledku mohou způsobit infarkt myokardu, mozkovou mrtvici, ischemickou chorobu dolních končetin, aneurysma – prasklá výduť aorty, srdeční arytmií. (Machová, 2006) Účinnou prevencí kardiovaskulárních onemocnění je správný životní

styl budovaný již od dětství (k aterosklerotickým změnám dochází již v dětském věku), přetrvávající po celý život jedince.

Psychický stres má významný dopad na kardiovaskulární systém, zejména se projevuje v parametrech krevního tlaku měřeného po dobu 24 hodin (Kukleta, 1998 in Řehulka, 1998). Problémy s vysokým krevním tlakem uvádí 5,9 % učitelů (Šmejkalová, 2011). Podle výzkumu Zdravotní stav a životní styl učitelů různých stupňů škol (Papršteinová, 2011) trpí onemocněním srdce a cév 8 % učitelů.

Vysoký krevní tlak je závažné cévní onemocnění, jehož výskyt se v posledních letech neustále zvyšuje, patří k tzv. civilizačním onemocněním. Hypertenze může být buď primární (bez zjevné příčiny) nebo sekundární (následek jiných onemocnění). Hypertenze je velmi závažné onemocnění, které může vést k poškození kardiovaskulárního systému (zbytnění svalstva levé komory, poruchy srdeční činnosti), ale i dalších orgánů (krvácení očního pozadí - poškození zraku, poruchy funkce ledvin, poruchy funkce centrálního nervového systému). Kromě psychické zátěže jsou rizikovými faktory podílející se na vzniku hypertenze genetické dispozice, abúzus alkoholu a drog. (Machová, 2006) „Známé jsou údaje o vyšší počtu hypertenzi u vysokoškoláků v porovnání s ostatními mladými lidmi a objektivně zjištěný pokles krevního tlaku zaznamenaný u nich v době prázdnin. Po návratu z prázdnin se hypertenze objevila záhy znovu.“ (Machová, 2006, s. 155) Myslím si, že pokud by proběhl podobný průzkum u učitelů, výsledky by byly obdobné.

Rovněž je prokázána souvislost mezi psychickou pracovní zátěží učitelů a vyšší hladinou cholesterolu v krvi. Podle výzkumu Ovlivňuje psychická pracovní zátěž hladinu celkového cholesterolu v krvi? (Blažková, Šulcová, Malá, 2004) souvisí vyšší hladina cholesterolu nejen s pracovní zátěží, ale také rodinnou anamnézou, nadváhou, pohybovou aktivitou. Hladina cholesterolu podle tohoto výzkumu stoupala přímo úměrně s hladinou pracovního stresu. U 35 % učitelek naměřená hodnota cholesterolu přesahovala 5,8 mmol/l a tato hodnota u většiny z nich přetrvávala i po opakovaném kontrolním měření. Doporučená hodnota je 4,3 mmol/l.

Z výzkumu z roku 2007 (Šmejkalová) vyplývá, že hladinu cholesterolu zná pouze 14,4 % učitelů, lépe jsou na tom učitelé se znalostí svého tlaku: 54 % zná jeho konkrétní hodnotu, 43 % nezná přesnou hodnotu, ví ale, jestli má tlak nízký, vysoký či v normálu.

2.2.4.4 Onemocnění pohybového aparátu

Mezi onemocnění pohybového aparátu řadíme onemocnění kostí, kloubů a svalů. Tato onemocnění mohou být zánětlivá či nezápětlivá. Mezi nejčastější onemocnění tohoto druhu patří osteoartróza, revmatoidní artritida a osteoporóza.

Artrózou jsou postiženy nejčastěji velké klouby, projevuje se bolestí a omezenou hybností. Jde o nezápětlivé degenerativní onemocnění, které se vyskytuje zejména s přibývajícím věkem (opotřebením kloubů) nebo po úrazech.

Revmatoidní artritida je zápětlivým, autoimunitním onemocněním kloubů. U tohoto onemocnění není jasná příčina, vyskytuje se v každém věku 2 – 3 krát častěji u žen než u mužů.

Osteoporóza je metabolická kloubní porucha, které se projevuje řidnutím kostní tkáně, dochází k úbytku kostní hmoty. Nejzávažnějším projevem tohoto onemocnění jsou zlomeniny (nejproblémovější jsou zlomeniny krčku stehenní kosti), dále se projevuje bolestmi zad, zmenšením tělesné výšky, vytvořením kulatých zad. Příčinou může být podvýživa (nedostatek vitamínu D a vápníku), menopauza (po menopauze trpí osteoporózou 1/3 žen, mužů ve stejném věku 1/5), věk, nedostatek pohybu, ale také kouření a nadměrná konzumace alkoholu (Machová, 2006).

Škála příčin poruch pohybového aparátu je celá řada. Od dědičné zátěže, přes výživu, věk, pohlaví, dostatek pohybu, držení těla, kvalitní obuv správné velikosti.

V souvislosti s charakterem svého povolání, dlouhodobé stání, sezení, málo dynamického pohybu se u učitelů z výše uvedených onemocnění vyskytují zejména problémy s bolestmi zad. Často jsou v souvislosti s únavou po vyučování pocit'ovány také bolesti nohou (Řehulka, Řehulková, 1997). Chronická onemocnění pohybového aparátu udává 13,4 % pedagogů (Paršteinová, 2011).

2.2.4.5 Bolesti hlavy

Bolesti hlavy jsou buď primární (např. migréna, tenzní bolest hlavy – tvoří až 75 % bolestí hlavy, na jejich vzniku se nepodílí žádné jiné onemocnění) nebo sekundární (příčinou je jiné onemocnění). Jedná se o velmi častý nespecifický symptom mnoha onemocnění. Bolest hlavy může mít různý charakter (pulsující, tupá...), lokalizaci (temeno, týl, čelo, za očima) a stupeň intenzity. K bolesti hlavy jsou mírně náchylnější ženy než muži.

Bolest jako taková působí jako ochranný signál, varuje nás před možným poškozením. Může se jednat o projev onemocnění, ale také o varování před následky

činnosti jedince. Pokud ale bolest trvá příliš dlouho, stává se pro nemocného překážkou v jeho aktivitě, stává se chronickou bolestí, nemocí. (Ježorská, 2014).

Mezi nejznámější onemocnění projevující se bolestí hlavy patří migréna. V evropských poměrech se vyskytuje asi u 18 % žen a 5 % mužů. Významným faktorem vzniku jsou zde dědičné dispozice, spouštěcími faktory pak může být stres, alergie, menstruace, ... Bolesti hlavy u tohoto onemocnění jsou často provázeny nauzeou až zvracením, pacienti jsou přecitlivělí na hluk a světlo.

Nejčastější bolestí hlavy je tenzní bolest. Ta se vyskytuje buď v epizodické (několikahodinové) či chronické (trvajících několik dní) formě. Tímto onemocněním trpí až 20 % populace. Rizikovým faktorem je rodinný výskyt, neurotické sklony. Spouštěčem pak může být stres, fyzická či psychická zátěž.

Mezi další primární bolesti hlavy patří např. bolest z nadužívání léků, bolest při kašli, bolest z námahy. Mezi sekundární bolesti hlavy pak řadíme bolesti spojené s infekcí v jiné části těla, bolesti poúrazové, bolesti spojené s vysokým krevním tlakem, bolesti spojené s cévním onemocněním mozku, ...

Spolu se zažívacími a kožními problémy patří bolest hlavy k nejčastějším psychosomatickým onemocněním. Většina učitelů udává pocit středně silné fyzické únavy po vyučování. Tato únava společně s psychickou zátěží může být příčinou bolesti hlavy. Konzumaci léků „na uklidnění“ nebo proti bolestem hlavy udává 79 % učitelů (užití léků nejméně 2 krát za měsíc), pouze 24 % tak činí na radu lékaře (Řehulka, Řehulková, 1997).

2.2.4.6 Onemocnění trávicího traktu

Mezi onemocnění trávicího ústrojí řadíme celou řadu nemocí. Patří sem jednak onemocnění funkční a také onemocnění organická.

Jícen může být postižen refluxní chorobou nebo jinými zánětlivými chorobami. V žaludku se může vyskytnout zánět, vředová choroba či dyspepsie. Tenké střevo může být postiženo malabsorpčním syndromem, infekčními onemocněními a autoimunitními onemocněními (např. Crohnova choroba). Tlusté střevo pak trpí zejména průjmy či zácpami z různých příčin. Nádorová onemocnění se mohou objevit ve všech částech trávicího traktu, nejčastěji se však vyskytují v tlustém střevě (tento druh karcinomu je u nás, co se týče výskytu, na druhém místě).

Projevy onemocnění trávicího traktu jsou rovněž široké: nadýmání, nechutenství, pálení žáhy, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, krvácení (krev při zvracení či ve stolici).

Projevy mohou být, stejně jako u bolestí hlavy, primární či sekundární. Sekundárně mohou být zažívací obtíže vyvolány nervozitou, stresem, fyzickým či psychickým vyčerpáním. Typickým příkladem onemocnění, které může být vyvoláno stresem, jsou například žaludeční vředy. Přestože na vzniku tohoto onemocnění spolupůsobí bakterie *Helicobacter pylori*, tato bakterie působí v trávicím traktu až u 50 % populace, žaludeční vředy se ale rozvinou pouze u jedinců s dalšími rizikovými faktory. Rovněž dráždivost tračníku je významně ovlivněna působením stresorů. Psychosomatické potíže tohoto druhu se opět vyskytují opět spíše u lidí se sklonem k neurotickým projevům, emočně labilních.

Z pedagogů udává chronické problémy v oblasti trávicího ústrojí 4,8 % (Papršteinová, 2011).

2.2.4.7 Hlasová indispozice

Mezi jeden z častých problémů zejména začínajících pedagogů je hlasová indispozice. Ve výchovně-vzdělávacím procesu jsou hlasivky pravidelně dlouhodobě namáhány, často nejen u hlasivek netréovaných dochází k jejich přetížení a následnému oslabení. Z tohoto důvodu uchazeči o studium učitelství na pedagogických fakultách předkládají vyšetření nejen logopedické, ale také foniatrické.

Na problémy s hlasivkami trpí zejména začínající učitelé, u některých pedagogů přetrvává tento problém po dobu celé jejich učitelské praxe, vždy určitou dobu po letních prázdninách, než si hlasivky „zvyknou“ na zvýšenou zátěž.

Hlasivkám pedagoga ale neprospívá nejen jejich přetěžování. Jsou choulostivější také díky prašnému prostředí (dnes už díky interaktivním tabulím částečně omezen prach z křídly), častější vystavení infekčním onemocněním v kolektivu dětí, náhlé výkyvy teplot (přechody z tělocvičny do třídy, z dílen do třídy, ...). Vzhledem k tomu, že hlas je pedagogův pracovní nástroj, měl by jej pedagog chránit, tudíž se pokud možno vyhnout alkoholu, kouření, prašnému prostředí, při náhlé teplotní změně hlas zatěžovat postupně (nutná adaptace 15 minut), ... (Dyrtová, 2009) Důležitou součástí prevence péče o hlas je také hlasový odpočinek.

2.2.5 Pracovní zátěž pedagogů

Pedagogická profese bezesporu patří mezi profese s poměrně vysokou pracovní zátěží. Projevuje se zejména zátěž psychického rázu, tu udává až 80 % učitelů. Na této psychické zátěži se podílejí zejména rizikové faktory jako nedostatečné společenské a finanční ohodnocení, nejistota postavení, tlak na přítomnost v práci bez ohledu na osobní potřeby či zdravotní stav, časový tlak, vysoké nároky v oblasti spolupráce, riziko ohrožení zdraví svěřených osob, fyzikální faktory (nadměrný hluk).

Více než třetina učitelů hodnotí svou pracovní zátěž jako vysokou až extrémní, vyšší než zátěž v běžném mimopracovním životě (Paulík, 1998).

„Na neúměrnou pracovní zátěž si stěžují nejvíce učitelé základních škol a nejméně učitelé na školách vysokých“ (Šmejkalová, 2007, s. 3).

Souvislost mezi zdravím a pracovní zátěží je ovlivňována mnoha faktory jako např. sociální podpora, hardiness, chování typu A nebo B.

„Vysoká pracovní zátěž ovlivňuje zdraví jednak přímým ovlivněním nervové soustavy (např. neurotizace), dále přímými nespécifickými účinky v somatické oblasti (např. chronická aktivace sympatiku – podíl na vzniku ischemické choroby srdeční) a konečně nepřímými specifickými účinky na imunitní systém.“ (Vašina, Vološková in Řehulka, 1998, str. 11)

Z výzkumu (Vašina, Vološková, 1998) vyplývá, že zatímco pracovní zátěž ovlivňuje zdraví somatické, pracovní nespokojenost spíše pohodu a zdraví psychické. Pracovní zátěž je nejvýraznějším faktorem vzhledem ke zdraví.

Vysoká pracovní zátěž výrazně ovlivňuje nejen zdraví učitelů, ale také jejich pocit pracovní spokojenosti. Případná nespokojenost se pak může projevit v sociálních vztazích, nadměrné přisnlosti k žákům, neochotě pracovat na sobě, ...

Psychickou zátěž pedagoga lze rozdělit na senzoricou, mentální a emoční. Senzorická zátěž je značná, jsou kladeny vysoké požadavky na plné až vyostřené vědomí, ale také na smysly – zrak, sluch. Mentální zátěž, tj. požadavky na pozornost, paměť, myšlení, rozhodování, by měla být výrazná, většina učitelů ale tuto zátěž nepocítuje. To lze vysvětlit určitou rutinou v praxi pedagogů. Jako nejvýraznější se jeví zátěž emocionální. Učitelé se dostávají do úzkých sociálních vazeb s žáky a jsou citově zasaženi nejen těmito svými vztahy, ale také vztahy mezi žáky samotnými, jejich rodinnými situacemi apod. Významnou roli zde hraje také pocit odpovědnosti za žáka. (Řehulka, Řehulková, 1998)

2.2.6 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu pedagogů

Zdraví lze hodnotit z dvojího pohledu. Ze zdravotní dokumentace jedince můžeme zjistit hodnoty krevního tlaku, hladinu cholesterolu, cukru v krvi. Lékař může diagnostikovat stupeň artrózy, rozsah žaludečních vředů či stupeň vychýlení páteře při skolióze. V tomto případě mluvíme o objektivním hodnocení zdravotního stavu.

Pro jedince samotného je ale spíše důležité, jak on sám se cítí, co ho trápí, jak ho jeho pocity omezují, či co mu naopak dovolují – subjektivní hodnocení zdravotního stavu. Proto často klademe větší důraz na tuto pocitovou stránku zdraví.

„Zdůraznění subjektivních pocitů je patrné i v novější verzi známé komplexní definice zdraví WHO jako relativně optimálního stavu psychické, fyziologické a sociální pohody (well-being) při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a adaptability organismu na měnící se podněty prostředí“ (Řehulka, 2006, s. 82).

Učitelé ve srovnání se zbylou částí ekonomicky aktivní populace hodnotí své zdraví spíše hůře. Nárůst udávaných zdravotních obtíží je nepřímě úměrný pracovní spokojenosti. Intenzita zdravotních obtíží učitelů rovněž roste s věkem. Z fyzických obtíží se vyskytují zejména potíže související se zaživačím traktem a obtíže kardiovaskulárního charakteru. Dále si učitelé stěžují na celkové vyčerpání, únavu, potíže se spánkem. Chronické zdravotní potíže udává jedna třetina učitelů, z chronických potíží převažují onemocnění pohybového aparátu a onemocnění srdce a cév (Šmejkalová, 2007).

Vzhledem k frekvenci a trvání pracovní absence z důvodu nemoci lze usuzovat, jak významným faktorem je z hlediska zdraví pracovní stres. Nejmenší nemocnost se u pedagogů vyskytuje v období prázdnin, těsně před nimi a po nich, naopak počet nemocných narůstá v podzimních měsících, vrcholí pak v prosinci a březnu (Řehulka, 2006). Výzkum z roku 2001 a 2002 (Blažková, Malá) ale potvrdil, že délka pracovní neschopnosti nevyovídá o zdravotním stavu učitelů. Průměrná pracovní neschopnost u souboru tohoto výzkumu činila 6 dnů za rok, 1/3 respondentů ovšem nechyběla vůbec.

Pocit vlastního zdraví výrazně souvisí s pojmem salutogeneze a sense of coherence (A. Antonowsky):

Za salutogenezi je považován proces zachování, prevence při případném ohrožení a proces znovuobnovení zdraví (posun od patogeneze – jak vzniká nemoc, k salutogenezi – jak vzniká zdraví), (Tichá, 2012).

S tímto pojmem souvisí koncepce sence of coherence (SOC). Sence of coherence je chápán jako smysl pro integritu jednak ve smyslu sociálním – soudržnost skupiny lidí, ale také ve smyslu osobním – vnitřní jednota osobnosti člověka. SOC je považován za faktor výrazně ovlivňující zdraví.

Podle výzkumu (Paulík, 2004) se většina učitelů cítí být zdravá. Nejčastější hodnocení je „celkem zdravý“. 6 % učitelů se zdravá necítí. Významný vztah se objevil mezi subjektivním zdravotním stavem a jejich sence of coherence, dále pak s pracovní a mimopracovní zátěží, s pracovní i životní spokojeností.

Podle výzkumu Paprštejnové (2011) se pedagogové cítili ve většině případů velmi dobře či dobře, odpověď „velmi špatně“ se ve výsledcích výzkumu objevovala u méně než 1 % respondentů, viz. tabulka 5.

Tabulka 5. Subjektivní vnímání zdravotního stavu pedagogů (Odpověď na otázku: „*Jak se celkově cítíte po zdravotní stránce?*“)

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem
Velmi dobře	15,9	28,2	14,8	13,8	16,1	16,1
Dobře, jsem celkem zdrav/a	41,3	28,2	44,4	40,0	44,6	40,4
Vcelku dobře, průměrně	37,3	33,3	33,3	37,5	32,1	36,2
Ne dobře, mám dlouhodobé obtíže	5,0	10,3	7,4	8,1	7,1	6,8
Velmi špatně, cítím se vážně nemocen	0,5	0,0	0,0	0,6	0,0	0,4

Zdroj: Paprštejnová, 2011, s. 44

3 METODIKA PRÁCE

V následující části práce je popsána problematika výzkumu, který je nedílnou součástí mé bakalářské práce. Výzkumné šetření navazuje na teoretické poznatky shrnuté v předchozí části práce (kapitola 2).

3.1 Metodika výzkumu

Základní specifika výzkumného šetření:

základní pojetí: kvantitativní výzkum

výzkumná metoda: dotazování

technika sběru dat: dotazník.

O jednotlivých částech výzkumného šetření, jehož cílem bylo zjistit subjektivní zdravotní stav oslovených pedagogických pracovníků, pojednávají následující podkapitoly.

3.1.1 Teoreticko-praktická příprava

Teoretická příprava spočívala zejména ve studiu odborných publikací v tištěné i elektronické podobě. Pramenem informací byly také mé vlastní zkušenosti získané při práci na základní škole v uplynulých letech. Praktická příprava se pak skládala z přípravy dotazníkového šetření subjektivního zdravotního stavu pedagogů.

Mezi pravidla, která by měla být při sestavování dotazníku dodržována, patří například:

- položky v dotazníku musí být respondentům jasné a srozumitelné
- formulace otázek musí být jednoznačná (nepřípustné je možné chápání dvěma způsoby)
- položky v dotazníku by měly být formulovány co nejstručněji
- položky nesmějí být subjektivní
- dotazník by neměl být příliš rozsáhlý
- důležitost motivace respondentů při vyplňování dotazníku (dbát na motivaci v úvodu dotazníku)
- otázky předcházející by neměly zkreslovat otázky následující

- otázky by měly následovat v logickém sledu
- respondent nesmí mít pocit, že dotazník obsahuje otázky směřující k jeho identifikaci (narušení anonymity)
- méně zajímavé otázky by měly být řazeny do středu dotazníku (Chráska, 2007, Disman, 2002).

3.1.2 Výzkumné problémy

Na základě vytyčených cílů bakalářské práce byly stanoveny následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1:

Jaký je subjektivní zdravotní stav pedagogických pracovníků?

Výzkumná otázka č. 2

Zajímají se pedagogičtí pracovníci o svůj zdravotní stav?

Výzkumná otázka č. 3:

Jaká je souvislost mezi věkem pedagogických pracovníků a jejich subjektivním zdravotním stavem?

3.1.3 Charakteristika výzkumného souboru

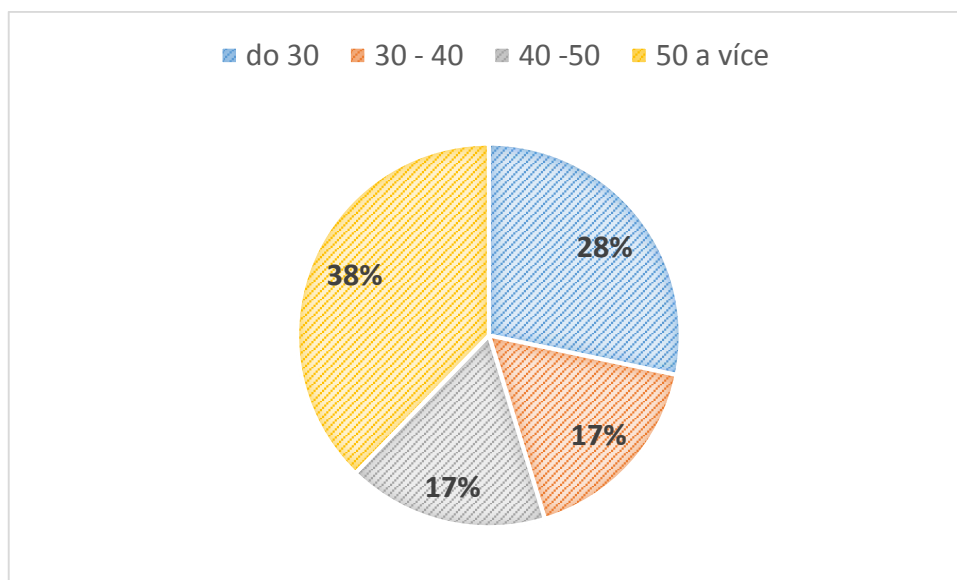
Výzkumným souborem byly pedagogické sbory ZŠ dr. Milady Horákové v Kopřivnici a ZŠ Alšova v Kopřivnici. Protože v tomto oslovenými pedagogy bylo málo pedagogických pracovníků do 30 let, tento výzkumný vzorek byl doplněn pedagogickými pracovníky z různých jiných základních škol na Novojičínsku. Nakonec se z 80 rozdaných dotazníků vrátilo 53, z toho 15 respondentů ve věku do 30 let. Z dotazovaných bylo 10 mužů, 43 žen.

Tabulka 6. Instituce zařazené do výzkumu

Název instituce:	Adresa instituce:	Počet respondentů:
ZŠ dr. Milady Horákové Kopřivnice	Obránců Míru 369, Kopřivnice	23
ZŠ Alšova Kopřivnice	Alšova 1123, Kopřivnice	18
Jiné ZŠ Moravskoslezského kraje	-	12

Zdroj: vlastní výzkum

Graf. 1. Věk respondentů

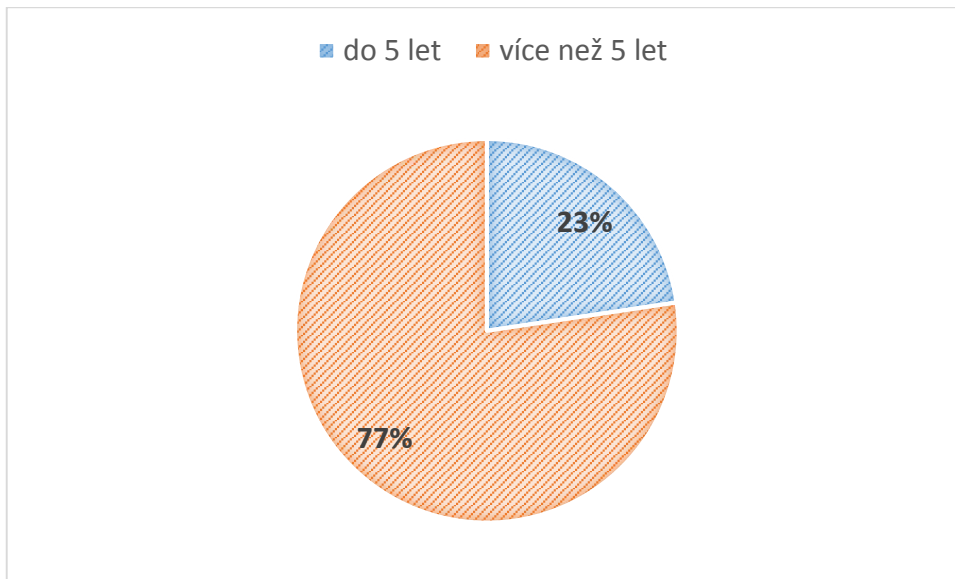


Zdroj: vlastní výzkum

Přirozené složení pedagogických pracovníků na školách by se lišilo v počtu pedagogů do 30 let. Těch bylo ve školách výrazně méně. Protože jsme se v práci chtěli zaměřit na srovnání pedagogů do 30 a nad 30 let. Cíleně pak byli vybíráni respondenti z jiných škol v této věkové kategorii.

Složení respondentů podle délky praxe ve většině případů odpovídalo jejich věku. Praxi do pěti let uvádělo 12 respondentů, více než pět let pak 41 z nich.

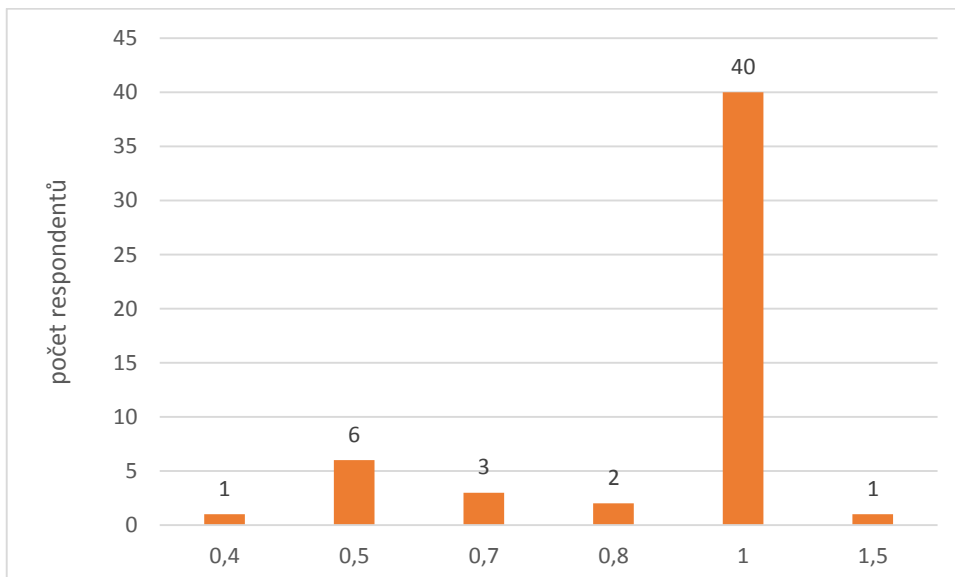
Graf 2. Délka praxe respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Úvazek většiny respondentů byl „plný“ – 1,0, pouze jeden z respondentů měl úvazek vyšší (1,5), 12 respondentů pak nižší (0,4 – 0,8).

Graf. č. 3: Pracovní úvazek respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

3.1.4 Použitá metoda

Jako výzkumnou metodu jsem zvolila dotazování. Formou anonymního dotazníku bylo respondentům položeno 17 otázek. Z těchto otázek bylo 11 uzavřených (otázka č. 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 a 16), 5 polootevřených – respondenti měli možnost výběru odpovědi, některé však vyžadovaly vysvětlení (otázky č. 1, 4, 5, 6, 7) a pouze jedna otázka otevřená (č. 17).

3.1.5 Organizace výzkumu

Výzkum byl realizován v průběhu září a října 2015. Respondentům ZŠ dr. Milady Horákové v Kopřivnici byl dotazník předán osobně, pedagogům ZŠ Alšova v Kopřivnici prostřednictvím kontaktní osoby. V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s účelem výzkumu a byli ujištěni o anonymitě dotazníkového šetření.

Z důvodu nízkého zastoupení respondentů do 30 let u oslovených pedagogů vybraných základních škol byli cíleně osloveni další pedagogové této věkové kategorie z Kopřivnice a okolí. Z rozdaných 80 dotazníků se zpět vrátilo 53 (návratnost dotazníků byla 66,3 %). Tiskopis dotazníku a ukázka vyplněného dotazníku jsou uvedeny jako přílohy práce.

Nejprve byly vyhodnoceny odpovědi u jednotlivých otázek. Třídícím znakem byl zvolen věk respondentů, následně byly otázky tudíž vyhodnoceny podle věkových kategorií. Z tohoto vyhodnocení vzešlé četnosti i procentuální zastoupení byly zaznamenány do tabulek, některé byly znázorněny pomocí grafů.

Při statistickém vyhodnocení byla stanovená nulová hypotéza H_0 - ta nám říká, že mezi jednotlivými věkovými skupinami nejsou rozdíly. Alternativní hypotéza H_1 nám naopak říká, že mezi věkovými skupinami rozdíly existují. Výsledky byly vyhodnoceny pomocí neparametrického testu Kruskal-Walis s hladinou významnosti $\alpha = 0,05$.

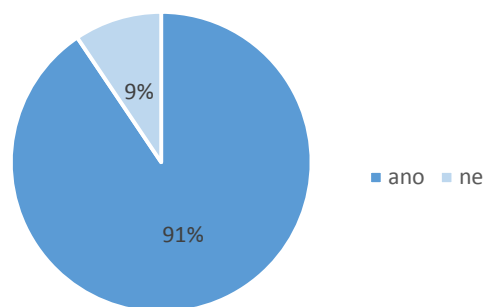
4 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

Otázka č. 1: Zajímáte se o svůj zdravotní stav?

Na tuto otázku odpovědělo pouze 5 respondentů záporně, většina (47 respondentů) odpovědělo, že se o svůj zdravotní stav zajímá.

Pro mne bylo překvapivé, že těchto 5 respondentů (nezajímajících se o svůj zdravotní stav) bylo rovnoměrně rozloženo napříč věkovými kategoriemi. Předpokládala bych tento postoj nejčastěji u respondentů do 30 let.

Graf 4. Zobrazení odpovědí respondentů na otázku: „Zajímáte se o svůj zdravotní stav?“

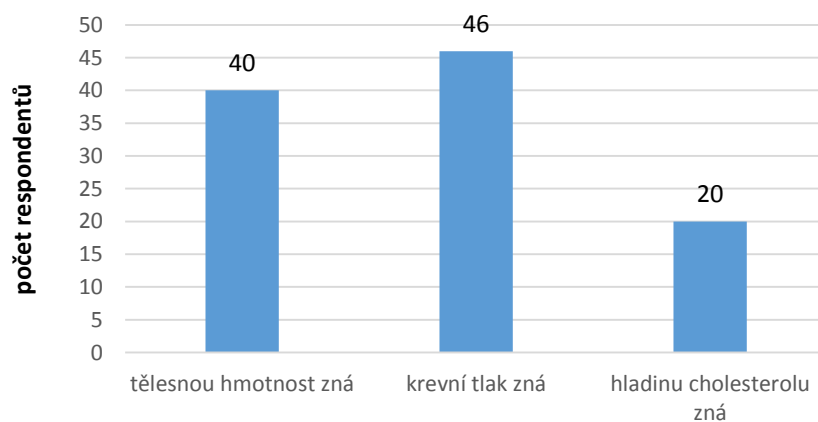


N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Zájem o zdravotní stav byl v první otázce doplněn znalostí své tělesné hmotnosti, krevního tlaku a hladiny cholesterolu v krvi. Zatímco svou tělesnou hmotnost uvedlo 40 respondentů, o svém krevním tlaku má povědomí 46 respondentů, o své hladině cholesterolu v krvi má představu pouze 20.

Graf 5. Znalost respondentů svých fyziologických parametrů



N = 53

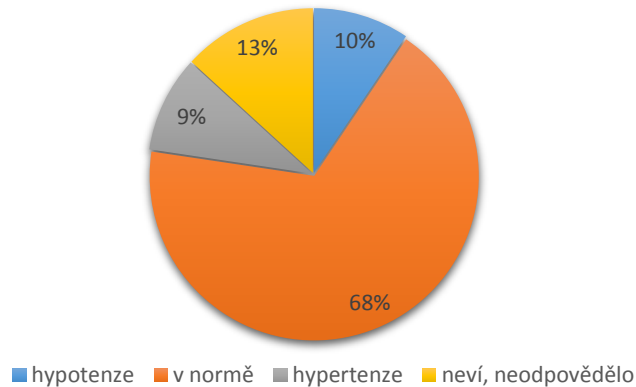
Zdroj: vlastní výzkum

Jaký je krevní tlak dotazovaných pedagogů?

Podle WHO považujeme za nízký krevní tlak hodnotu pod 90/60 mm Hg, normální krevní tlak 90/60 – 119/79, vysoký krevní tlak pak od 140/90.

Svůj krevní tlak znalo 46 respondentů, z nich 5 má nízký krevní tlak, 36 v normě, 5 trpí hypertenzí.

Graf 6. Hodnota krevního tlaku respondentů



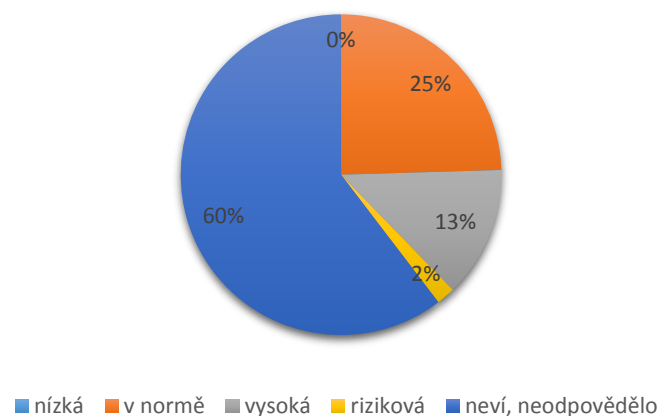
N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Jaká je hladina cholesterolu v krvi dotazovaných pedagogů?

Za optimální hladinu cholesterolu považujeme 2,9 – 5,0 mmol/l, vysoká hladina je pak 5,1 – 6,4 mmol/l, riziková hladina od 6,5 mmol/l. Většina respondentů svou hladinu cholesterolu nezná (číslnou hodnotu uvádělo minimum z nich), pouze 40 % má představu o tomto parametru svého zdravotního stavu.

Graf 7. Hladina cholesterolu v krvi respondentů



N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 2: Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

Na otázku odpověděli téměř všichni respondenti. Většina oslovených pedagogických pracovníků se cítí dobře, velmi dobře či vcelku dobře. Odpověď velmi špatně si nevybral žádný z respondentů.

Tabulka 7. Hodnocení zdravotního stavu

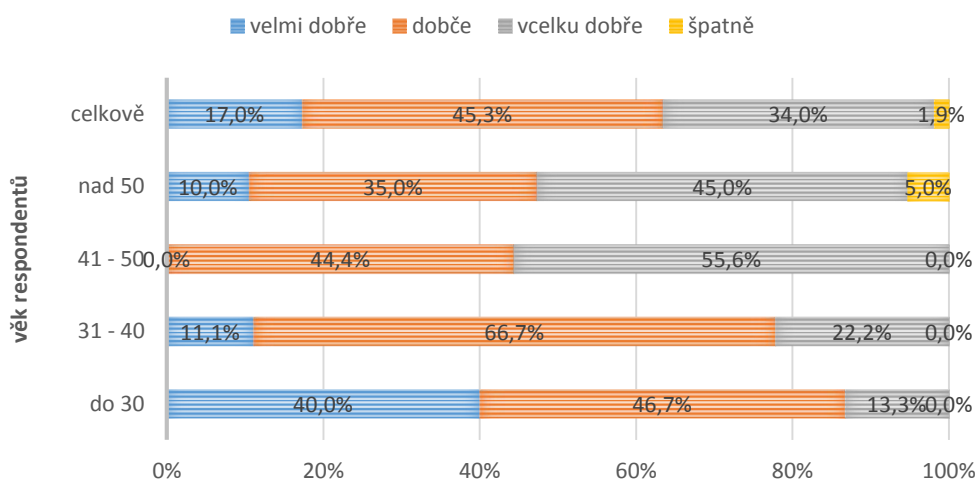
		velmi dobře	dobře	vcelku dobře	špatně	velmi špatně	neodpovědělo
do 30	četnost	6	7	2	0	0	0
	procent	40,0%	46,7%	13,3%	0,0%	0,0%	0,0%
31 - 40	četnost	1	6	2	0	0	0
	procent	11,1%	66,7%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%
41 - 50	četnost	0	4	5	0	0	0
	procent	0,0%	44,4%	55,6%	0,0%	0,0%	0,0%
nad 50	četnost	2	7	9	1	0	1
	procent	10,0%	35,0%	45,0%	5,0%	0,0%	5,0%
celkově	četnost	9	24	18	1	0	1
	procent	17,0%	45,3%	34,0%	1,9%	0,0%	1,9%

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,033

Poměr odpovědí se měnil s věkem respondentů. Zatímco v kategorii do 30 let převažovaly odpovědi „velmi dobře“ a „dobře“, u starších věkových kategorií převládaly odpovědi „dobře“ a „vcelku dobře“. „Špatně“ se cítil pouze jeden respondent ve věku nad 50 let. Byla zjištěna statistická významnost z hlediska distribuce podle věku, viz tabulka č. 7.

Graf 8. Vývoj hodnocení zdravotního stavu s věkem

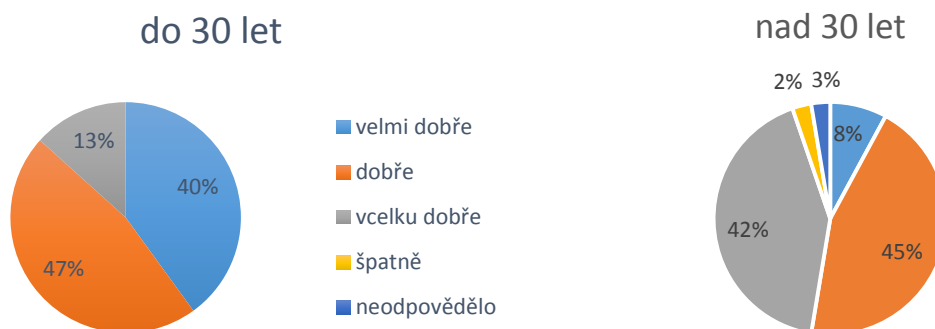


Zdroj: vlastní výzkum

N= 53

Při srovnání věkových kategorií do 30 a nad 30 let je uvedená změna vidět výrazněji, viz graf 9.

Graf 9. Srovnání hodnocení zdravotního stavu respondentů do 30 a nad 30 let



N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 3: Svého praktického lékaře jsem s akutním onemocněním navštívil naposledy:

Svého praktického lékaře navštívilo s akutním onemocněním v uplynulém roce 41,5 % respondentů, 34 % potřebovalo svého praktického lékaře v uplynulých 5 letech, 20,8 % dotázaných jej navštívilo před více než 5 lety. Nebyla zjištěna statistická významnost z hlediska distribuce podle věku, viz tabulka 8.

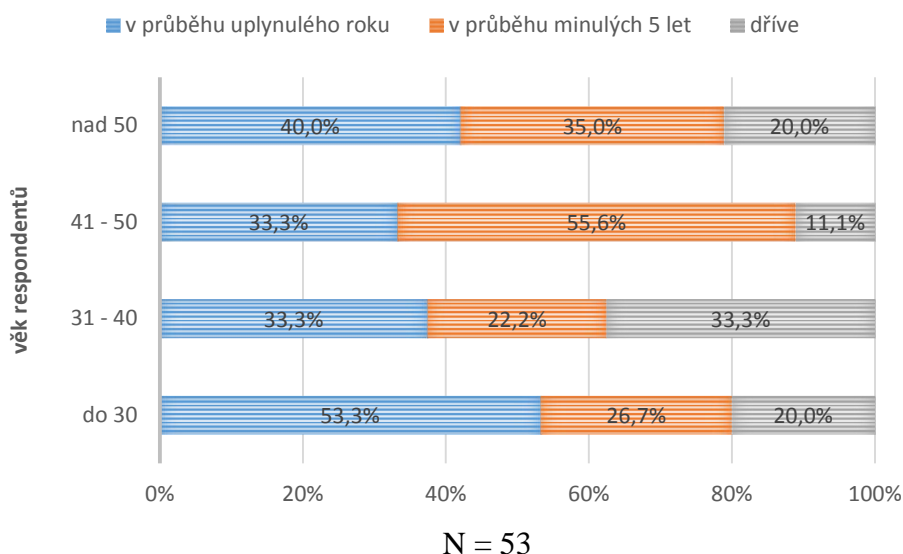
Tabulka 8. Frekvence návštěvy praktického lékaře

		v průběhu uplynulého roku	v průběhu minulých 5 let	dříve	neodpovědělo
do 30	četnost	8	4	3	0
	procent	53,3%	26,7%	20,0%	0,0%
31 - 40	četnost	3	2	3	1
	procent	33,3%	22,2%	33,3%	11,1%
41 - 50	četnost	3	5	1	0
	procent	33,3%	55,6%	11,1%	0,0%
nad 50	četnost	8	7	4	1
	procent	40,0%	35,0%	20,0%	5,0%
celkově	četnost	22	18	11	2
	procent	41,5%	34,0%	20,8%	3,8%

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,967

Graf 10. Změny frekvence návštěv lékaře s věkem



Zdroj: vlastní výzkum

Při srovnání respondentů do 30 a nad 30 let zjišťujeme, že vzorek nad 30 let se v dané otázce téměř shoduje s respondenty celkově. U dotázaných do 30 let je častější návštěva praktického lékaře v uplynulém roce, viz graf 10.

Otázka č. 4: Míváte bolesti zad?

V celkovém vzorku respondentů trpí bolestmi zad několikrát ročně 32,1 % z nich, 39,6 % pak s bolestmi zad problém nemá. Nebyla zjištěna statistická významnost z hlediska distribuce podle věku.

Tabulka 9. Frekvence bolestí zad

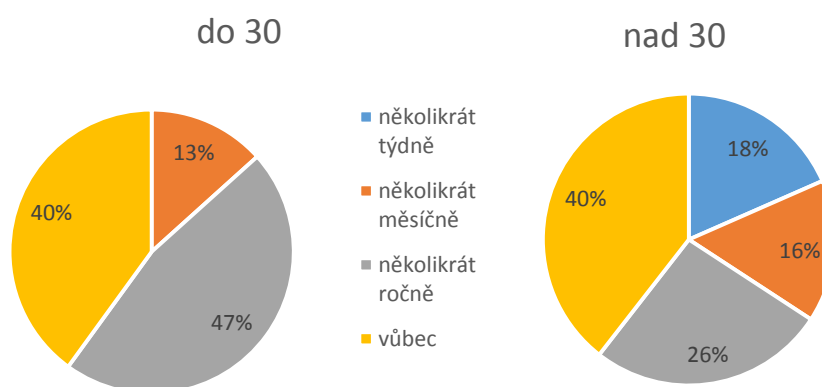
		několikrát týdně	několikrát měsíčně	několikrát ročně	ne
do 30	četnost	0	2	7	6
	procent	0,0%	13,3%	46,7%	40,0%
31 - 40	četnost	0	3	4	2
	procent	0,0%	33,3%	44,4%	22,2%
41 - 50	četnost	2	1	0	6
	procent	22,2%	11,1%	0,0%	66,7%
nad 50	četnost	5	2	6	7
	procent	25,0%	10,0%	30,0%	35,0%
celkově	četnost	7	8	17	21
	procent	13,2%	15,1%	32,1%	39,6%

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,530

Ve srovnání dle věku (do 30 a nad 30) se neprojevil vůbec žádný rozdíl, co se týče počtu těch, kteří bolestmi zad netrpí vůbec – v obou skupinách je těchto respondentů 40 %. Zatímco do 30 let ale bolestmi zad několikrát do týdne netrpěl nikdo, ve věku nad 30 už těchto osob bylo 13 %, viz graf 11.

Graf 11. Srovnání frekvence bolestí zad u respondentů pod 30 a nad 30



N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 5: Míváte bolesti dolních končetin?

Absence bolesti dolních končetin je u respondentů výrazně častější než bolest zad, 62,3 % z nich netrpí tímto problémem vůbec. Nejčastější frekvenci (několikrát týdně) bolesti dolních končetin udávalo 11,3 % respondentů. Nebyla zjištěna statistická významnost z hlediska distribuce podle věku, viz tabulka 10.

Tabulka 10. Frekvence výskytu bolesti dolních končetin

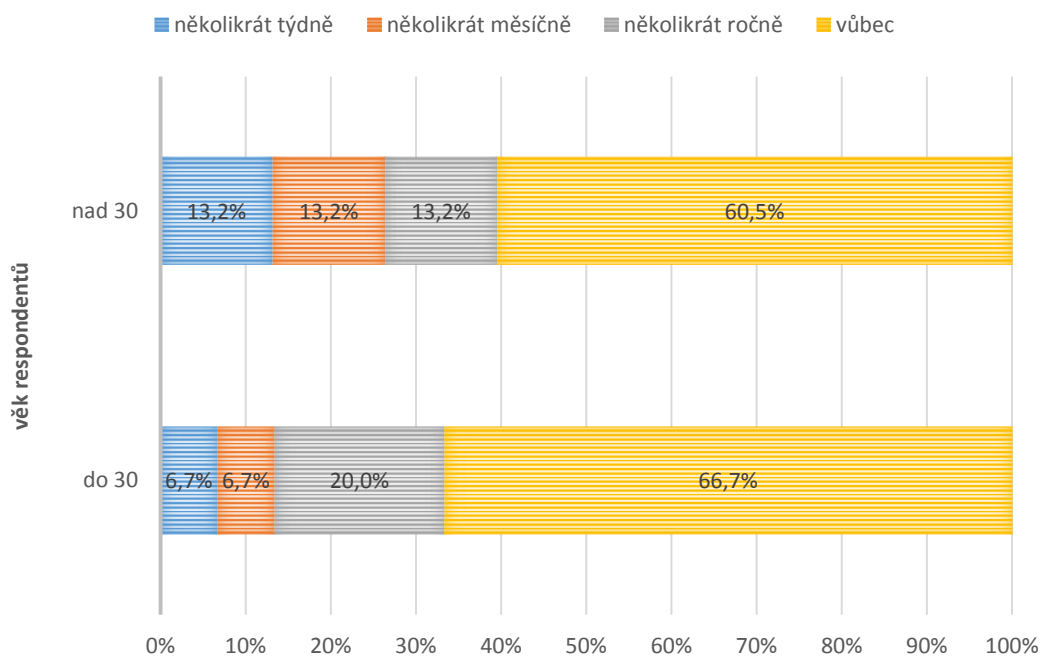
		několikrát týdně	několikrát měsíčně	několikrát ročně	vůbec
do 30	četnost	1	1	3	10
	procent	6,7%	6,7%	20,0%	66,7%
31 - 40	četnost	3	1	2	3
	procent	33,3%	11,1%	22,2%	33,3%
41 - 50	četnost	1	1	0	7
	procent	11,1%	11,1%	0,0%	77,8%
nad 50	četnost	1	3	3	13
	procent	5,0%	15,0%	15,0%	65,0%
celkově	četnost	6	6	8	33
	procent	11,3%	11,3%	15,1%	62,3%

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,187

Ve srovnání věkové kategorie do 30 a nad 30 let je frekvence výskytu bolesti dolních končetin mírně vyšší u starších respondentů, viz graf 12.

Graf 12. Srovnání frekvence výskytu bolesti dolních končetin pod 30 a nad 30 let



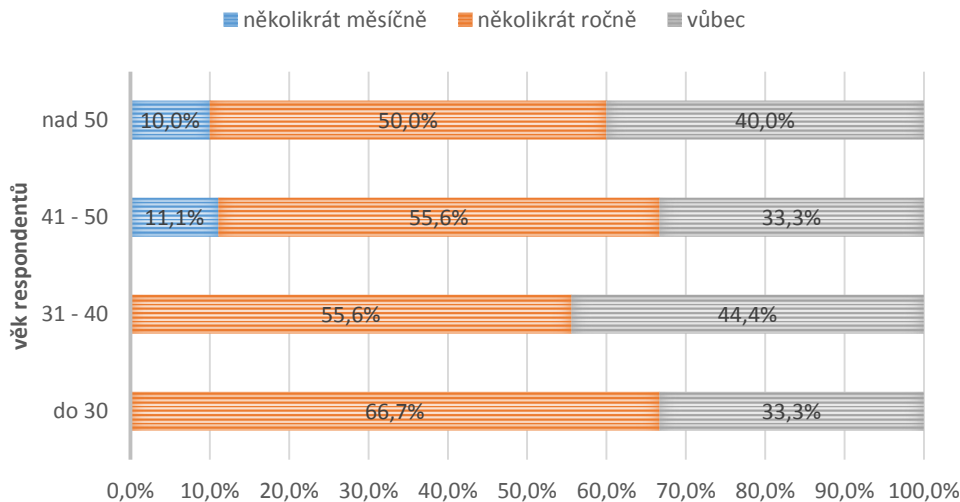
N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Otázky č. 6: Trpíte kataru horních cest dýchacích (rýma, kašel, atd.)?

Několikrát ročně trpí onemocněním horních cest dýchacích 56,6 % respondentů, 4,7 % dokonce několikrát měsíčně. Rozdíly mezi jednotlivými věkovými kategoriemi byly minimální, viz graf 13 a 14.

Graf 13. Vývoj frekvence výskytu kataru horních cest dýchacích v souvislosti s věkem



N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14. Srovnání frekvence výskytu kataru horních cest dýchacích pod 30 a nad 30 let



N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Podotázka zde byla zaměřena na onemocnění hlasivek („Trpíte při onemocnění horních cest dýchacích onemocněním hlasivek?“). 20,8 % respondentů uvedlo, že při kataru horních cest dýchacích trpívá chrapotem. Mezi věkovými skupinami byl minimální rozdíl.

Otázka č. 7: Míváte bolesti hlavy?

Bezmála polovina (49,1 %) respondentů uvedla, že bolestí hlavy netrpí vůbec. 26,4 % má tento problém několikrát měsíčně, 13,2 % několikrát týdně, 11,3 % několikrát za rok.

Ze srovnání věkových kategorií vyplývá, že častěji trpí bolestí hlavy respondenti do 30 let než respondenti vyšších věkových kategorií. Zatímco minimálně několikrát v měsíci trpí bolestmi hlavy 53,3 % respondentů do 30 let, v kategorii nad 30 let je to pouze 22 %. Bolestmi hlavy netrpí vůbec nebo pouze několikrát v roce 46,3 % dotazovaných do 30 let, nad 30 let je to 78 %, viz graf 15.

Graf 15. Srovnání frekvence bolestí hlavy podle věku do 30 a nad 30 let



N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Podotázky zde byly zaměřeny na intenzitu a délku trvání bolesti:

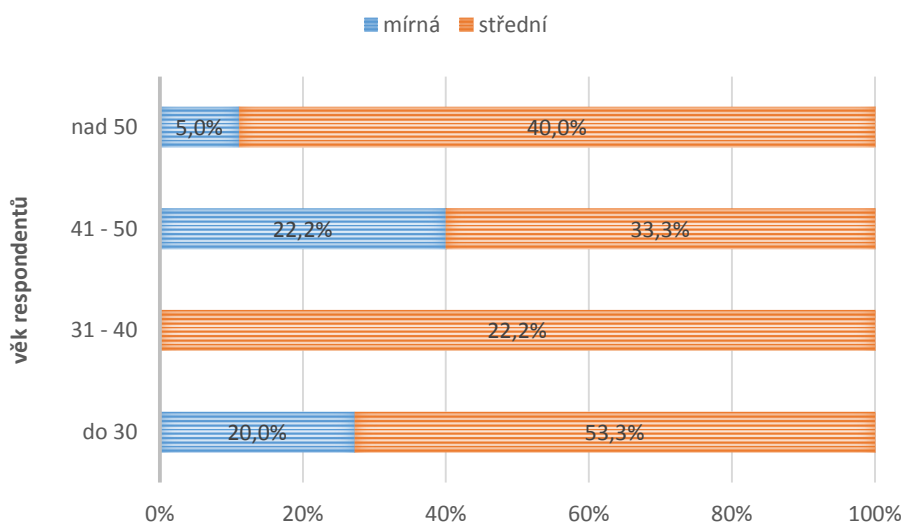
Intenzita bolesti hlavy:

Respondenti, kteří trpí bolestmi hlavy, měli specifikovat její intenzitu. Na výběr měli bolest mírnou (výrazně neomezující, zvladatelnou bez medikamentů), střední (nedovolí běžnou činnost, ustoupí po požití medikamentů) a silnou (nutí vyhledat lékařskou pomoc).

Silnou bolestí netrpí nikdo, střední 39,6 % a mírnou 11,3 % respondentů.

Nejlépe snášeli bolest hlavy respondenti z věkové kategorie 41 – 50 let (mírná ve 22 %), nejhůře respondenti z věkové kategorie 31 – 40 let (nikdo z odpovídajících neudával mírnou intenzitu, všichni svou bolest vnímali jako střední), viz graf 16.

Graf 16. Intenzita bolesti hlavy ve věkových kategoriích



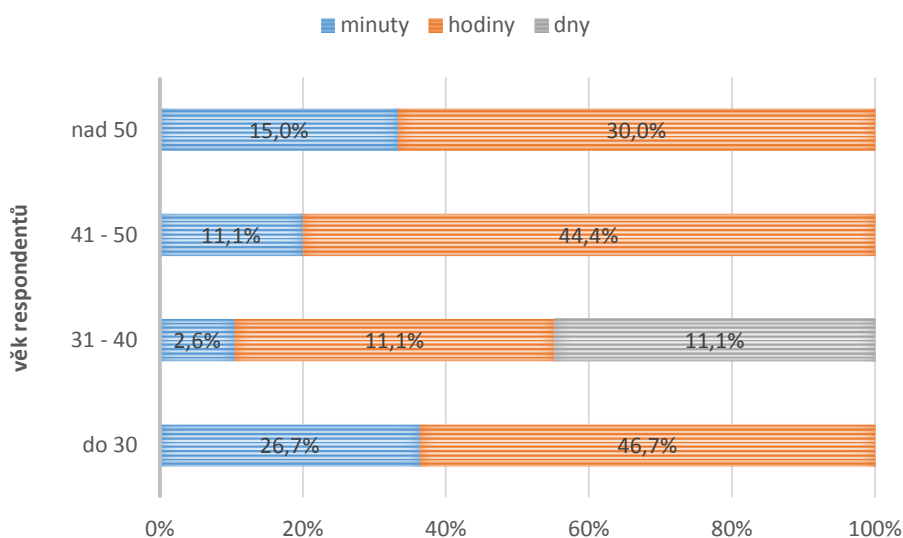
N = 27

Zdroj: vlastní výzkum

Délka trvání bolesti hlavy:

Respondenti trpící bolestmi hlavy odpovídali na podotázku, jak dlouho jejich bolest obvykle trvá (v rádech minut, hodin, dnů). U většiny odpovídajících dotázaných trvá bolest hlavy řádově hodiny, pouze jeden respondent uvedl délku „dny.“ Délka trvání bolesti hlavy v jednotlivých věkových kategoriích je znázorněna v grafu 17.

Graf 17. Délka trvání bolesti hlavy ve věkových kategoriích



N = 27

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 8: Pokud trpíte dlouhodobým onemocněním, o jaká onemocnění se jedná?

Respondenti měli možnost uvést u této otázky více odpovědí. 9,4 % z celkového počtu dotazovaných trpí onemocněním srdce a cév, 11,4 % dlouhodobým onemocněním dýchacího systému, 1,9 % diabetem, 11,3 % onemocněním trávicího ústrojí. 13,2 % trpí jiným dlouhodobým onemocněním. Přehled výskytu všech dlouhodobých onemocnění respondentů je uveden v tabulce 17.

U srovnání jednotlivých věkových kategorií je patrný nárůst potíží s věkem pouze u onemocnění dýchacího systému. U jiných skupin onemocnění výskyt v jednotlivých věkových kategoriích kolísá. Zajímavý je výraznější výskyt onemocnění trávicího ústrojí v kategorii 31 – 40 let věku. Onemocnění srdce a cév nejčastěji uváděli respondenti věkové kategorie 41 -50 let. Výskyt jednotlivých onemocnění je znázorněn v grafech 11 – 15.

Při srovnání výskytu chronických onemocnění dotazovaných do 30 a nad 30 let věku je rozdíl výrazný. Až na diabetes se chronická onemocnění u dotazovaných do 30 let nevyskytovala vůbec, viz graf 23.

Statistická významnost z hlediska distribuce podle věku nebyla zjištěna u žádného chronického onemocnění, viz tabulky 11, 12, 13, 14 a 15.

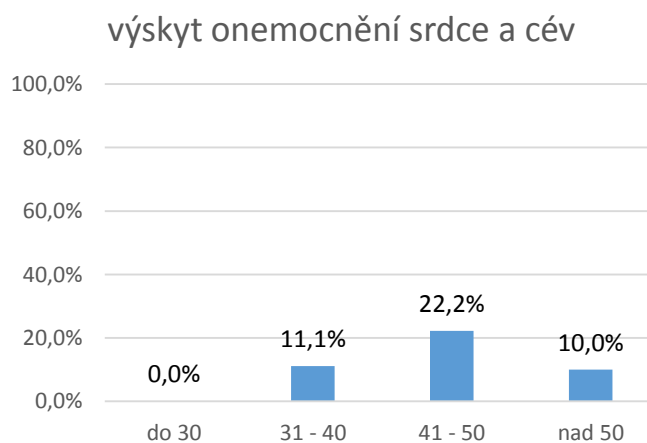
Onemocnění srdce a cév

Tabulka 11. Výskyt onemocnění srdce a cév

		ne	ano
do 30	četnost	15	0
	procent	100,0%	0,0%
31 - 40	četnost	8	1
	procent	88,9%	11,1%
41 - 50	četnost	7	2
	procent	77,8%	22,2%
nad 50	četnost	18	2
	procent	90,0%	10,0%
celkově	četnost	48	5
	procent	90,6%	9,4%

p = 0,353

Graf 18. Výskyt onemocnění srdce a cév ve věkových kategoriích



N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Onemocnění dýchacího systému

Tabulka 12. Výskyt onemocnění dýchacího systému

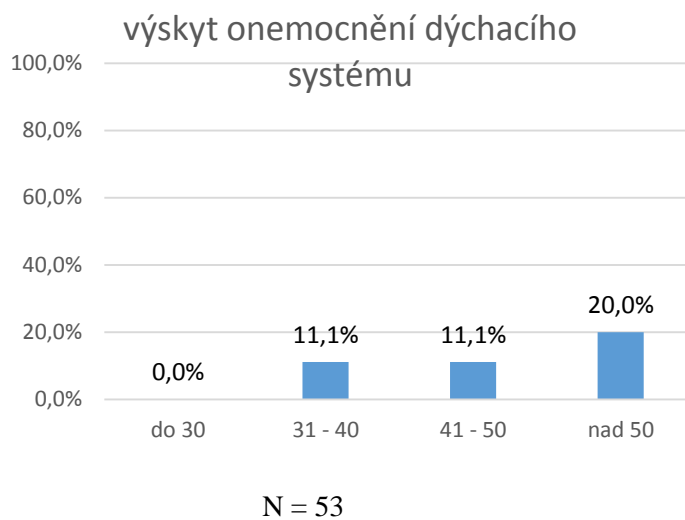
		ne	ano
do 30	četnost	15	0
	procent	100,0%	0,0%
31 - 40	četnost	8	1
	procent	88,9%	11,1%
41 - 50	četnost	8	1
	procent	88,9%	11,1%
nad 50	četnost	16	4
	procent	80,0%	20,0%
celkově	četnost	47	6
	procent	88,7%	11,3%

p = 0,340

Zdroj: vlastní výzkum

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 19. Výskyt onemocnění dýchacího systému ve věkových kategoriích



Zdroj: vlastní výzkum

Diabetes

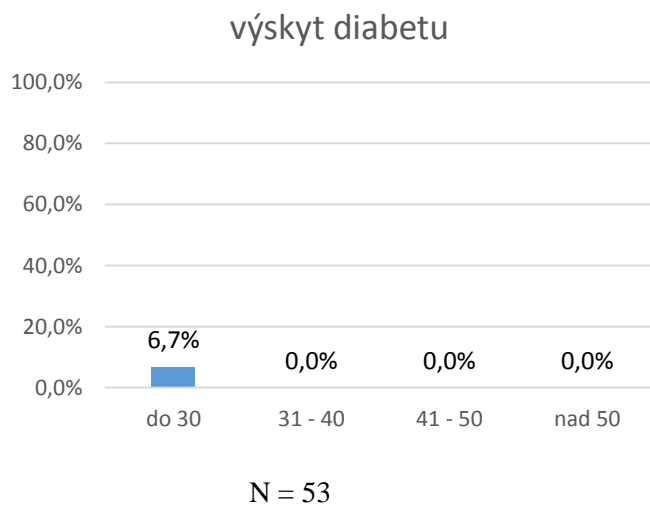
Tabulka 13. Výskyt diabetu

		ne	ano
do 30	četnost	14	1
	procent	93,3%	6,7%
31 - 40	četnost	9	0
	procent	100,0%	0,0%
41 - 50	četnost	9	0
	procent	100,0%	0,0%
nad 50	četnost	20	0
	procent	100,0%	0,0%
celkově	četnost	52	1
	procent	98,1%	1,9%

p = 0,469

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 20. Výskyt diabetu ve věkových kategoriích



Zdroj: vlastní výzkum

Onemocnění trávicího ústrojí

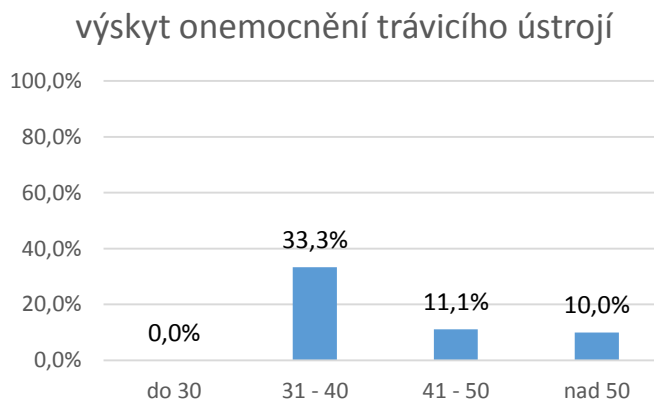
Tabulka 14. Výskyt onemocnění trávicího ústrojí

		ne	ano
do 30	četnost	15	0
	procent	100,0%	0,0%
31 - 40	četnost	6	3
	procent	66,6%	33,3%
41 - 50	četnost	8	1
	procent	88,9%	11,1%
nad 50	četnost	18	2
	procent	90,0%	10,0%
celkově	četnost	47	6
	procent	88,7%	11,3%

p = 0,103

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 21. Výskyt onemocnění trávicího ústrojí ve věkových kategoriích



N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Onemocnění pohybového ústrojí

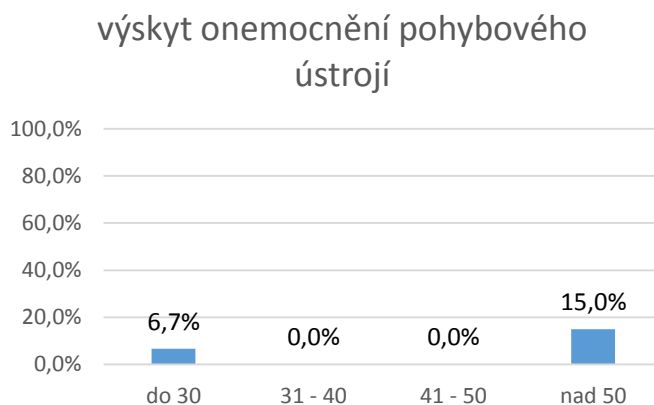
Tabulka 15. Výskyt onemocnění pohybového ústrojí

		ne	ano
do 30	četnost	14	1
	procent	93,3%	6,7%
31 - 40	četnost	9	0
	procent	100,0%	0,0%
41 - 50	četnost	9	0
	procent	100,0%	0,0%
nad 50	četnost	17	3
	procent	85,0%	15,0%
celkově	četnost	49	4
	procent	92,5%	7,5%

p = 0,389

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 22. Výskyt onemocnění pohybového ústrojí ve věkových kategoriích



N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Psychická onemocnění

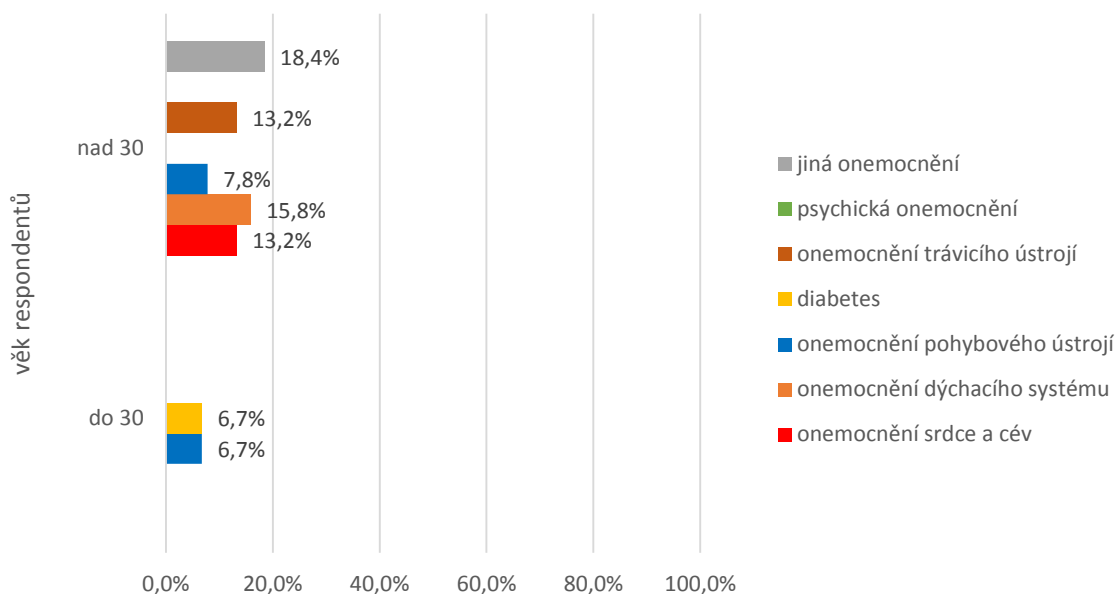
Žádný z respondentů (v žádné věkové kategorii) nevedl jako své dlouhodobé onemocnění onemocnění psychické.

Tabulka 16. Přehled dlouhodobých onemocnění v jednotlivých věkových kategoriích

		onemocnění srdce a cév	onemocnění dýchacího systému	onemocnění pohybového ústrojí	diabetes	onemocnění trávicího ústrojí	psychická onemocnění	jiná onemocnění
do 30	četnost	0	0	1	1	0	0	0
	procent	0,0%	0,0%	6,7%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%
31 - 40	četnost	1	1	0	0	3	0	1
	procent	11,1%	11,1%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	11,1%
41 - 50	četnost	2	1	0	0	1	0	2
	procent	22,2%	11,1%	0,0%	0,0%	11,1%	0,0%	22,2%
nad 50	četnost	2	4	3	0	2	0	4
	procent	10,0%	20,0%	15,0%	0,0%	10,0%	0,0%	20,0%
celkově	četnost	5	6	4	1	6	0	7
	procent	9,4%	11,3%	7,5%	1,9%	11,3%	0,0%	13,2%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 23. Přehled dlouhodobých onemocnění v jednotlivých věkových kategoriích



N = 53

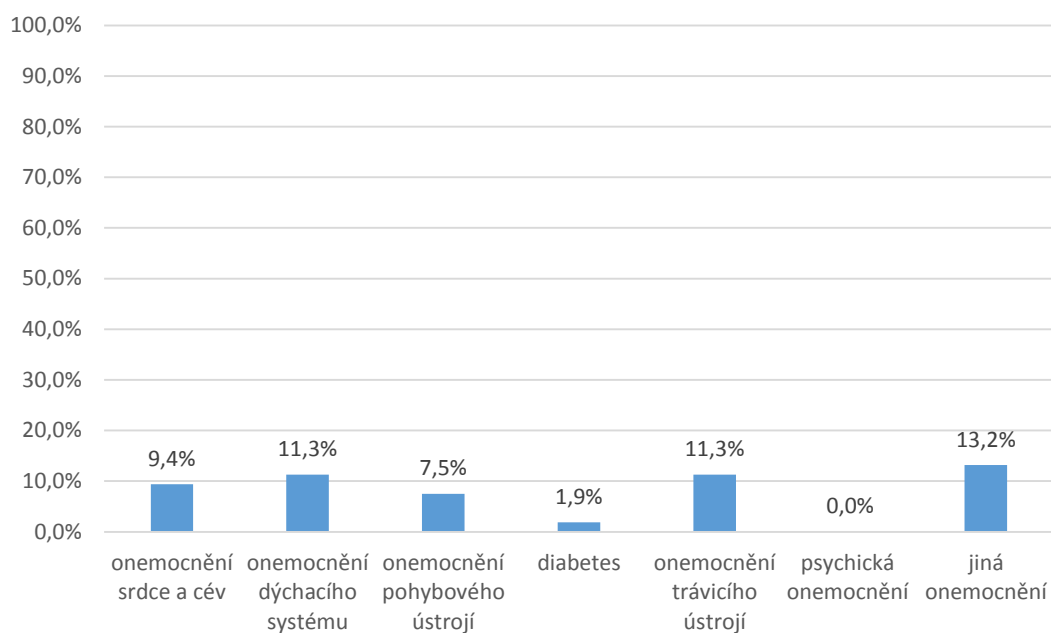
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 17. Výskyt dlouhodobých onemocnění – celkový přehled

	onemocnění srdce a cév	onemocnění dýchacího systému	onemocnění pohybového ústrojí	diabetes	onemocnění trávicího ústrojí	psychická onemocnění	jiná onemocnění
počet	5	6	4	1	6	0	7
procent	9,4%	11,3%	7,5%	1,9%	11,3%	0,0%	13,2%

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 24. Výskyt dlouhodobých onemocnění – celkový přehled



N = 53

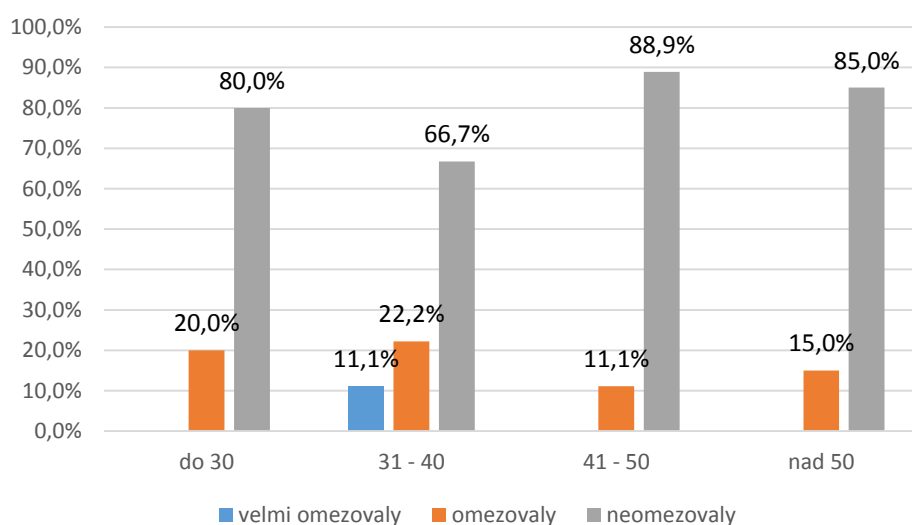
Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 9: Uved'te, zda v posledních 6 měsících Vaše zdravotní problémy omezovaly váš společenský a pracovní život.

Omezení společenského a pracovního života zdravotními problémy pociťovali respondenti v 18,9 %, z toho pouze jeden respondent (1,9 %) ho vnímal jako výrazné.

Mezi jednotlivými věkovými kategoriemi jsou jen nepatrné rozdíly, zároveň u srovnání respondentů do 30 a nad 30 let jsou rozdíly zanedbatelné, viz grafy 25 a 26.

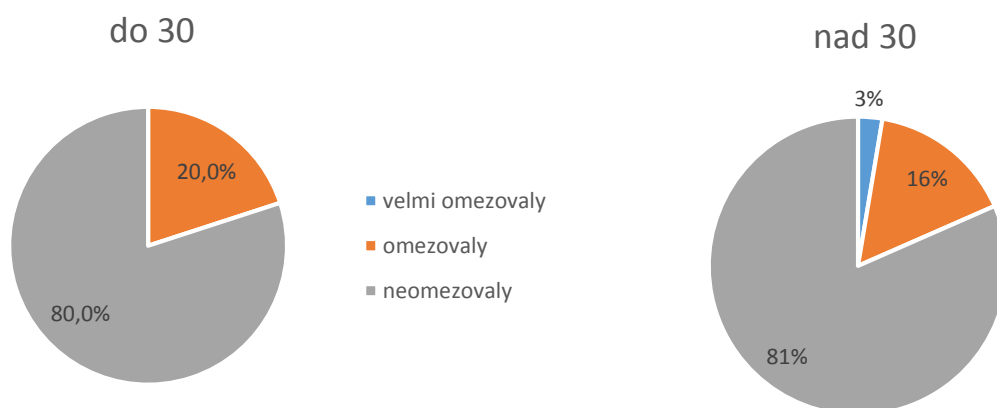
Graf 25. Omezení zdravotními problémy ve věkových kategoriích



N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 26. Srovnání omezení zdravotními problémy v kategorii do 30 a nad 30 let



N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 10: Trpěl jste v posledním měsíci psychickými problémy?

Zatímco chronické psychické problémy (otázka č. 8) neuvedl z respondentů žádný, občasné psychické problémy v posledním měsíci pociťovalo 34 % z nich. Časté či velmi časté problémy tohoto druhu neuváděl žádný z dotazovaných.

Mezi respondenty věkových kategorií 31 – 40, 41 – 50 a nad 50 let byla situace velmi podobná (44,4 – 55,6 %), výrazně lépe na tom byli dotazovaní do 30 let – ti udávali občasné psychické problémy pouze v 6,7 %, viz graf 27. Byla zjištěna statistická významnost z hlediska distribuce podle věku, viz tabulka 18.

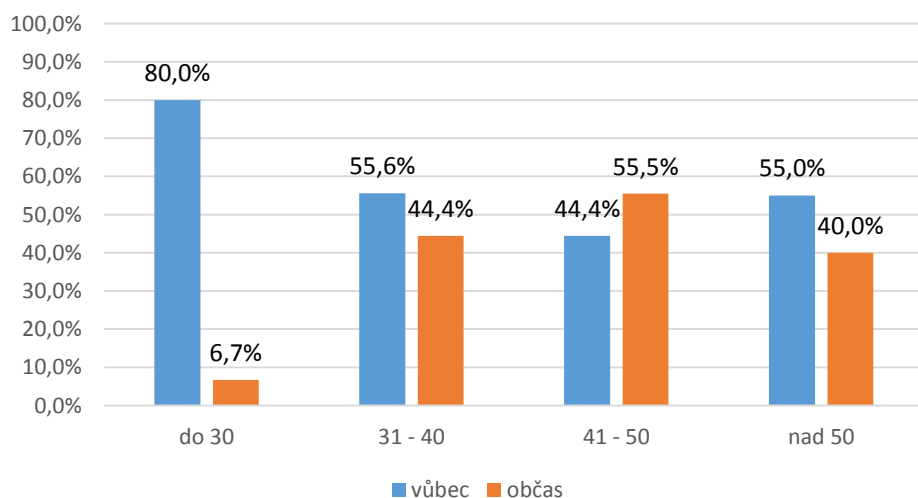
Tabulka 18. Psychické problémy respondentů v posledním měsíci

		vůbec	občas	často	velmi často	neodpovědělo
do 30	četnost	12	1	0	0	2
	procent	80,0%	6,7%	0,0%	0,0%	13,3%
31 - 40	četnost	5	4	0	0	0
	procent	55,6%	44,4%	0,0%	0,0%	0,0%
41 - 50	četnost	4	5	0	0	0
	procent	44,4%	55,5%	0,0%	0,0%	0,0%
nad 50	četnost	11	8	0	0	1
	procent	55,0%	40,0%	0,0%	0,0%	5,0%
celkově	četnost	32	18	0	0	3
	procent	60,4%	34,0%	0,0%	0,0%	5,7%

Zdroj: vlastní výzkum

$p = 0,033$

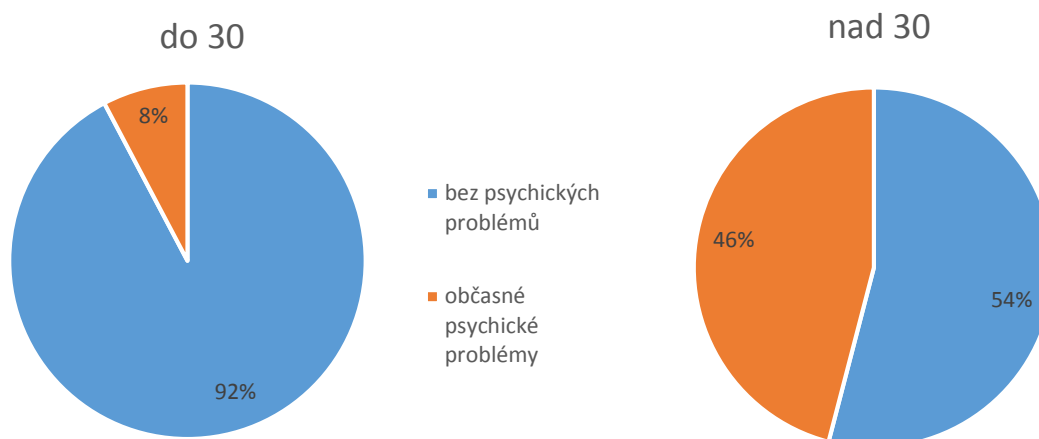
Graf 27. Psychické problémy respondentů podle věkových skupin



N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 28. Srovnání psychických problémů respondentů do 30 a nad 30 let



N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

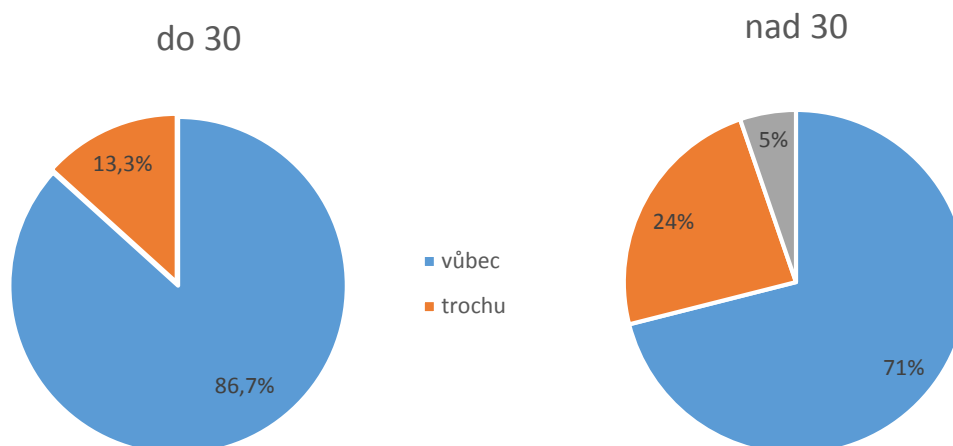
Otázka č. 11: Uved'te, do jaké míry bránily v posledních 6 měsících Vaše psychické problémy Vašemu společenskému a pracovnímu životu.

Zatímco psychické problémy během posledního měsíce uvádělo 34 % respondentů (otázka č. 10), „trochu omezení“ ve svém životě se jimi v posledním půlroce cítilo 20 %.

Mezi věkovými kategoriemi je procentuální zastoupení odpovědí na tuto otázku poměrně podobné. Vůbec není omezeno svými psychickými problémy 75 % (66,7 – 86,7 %) respondentů, trochu omezeno se cítí 20,8 % (13,3 – 33,3 %), viz graf 29. Poměrně dost ani výrazně omezen se svými psychickými problémy necítí žádný z dotazovaných.

Zajímavé ale je srovnání respondentů do 30 a nad 30 let v této a předchozí otázce. Respondenti mladší 30 let uváděli občasné psychické problémy v poslední měsíci v 8 % případů, ve 13,2 % případů se ale cítili v posledním půlroce psychickými problémy omezováni. U respondentů starších 30 let se občasné psychické problémy vyskytovaly v posledním měsíci ve 46 %, omezováni se jimi ale cítilo pouze 24 % z nich.

Graf 29. Srovnání ovlivnění psychickými problémy v kategorii do 30 a nad 30 let



N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 12: Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo zdravotní problém (který trvá nebo předpokládáte, že bude trvat, déle než 6 měsíců)?

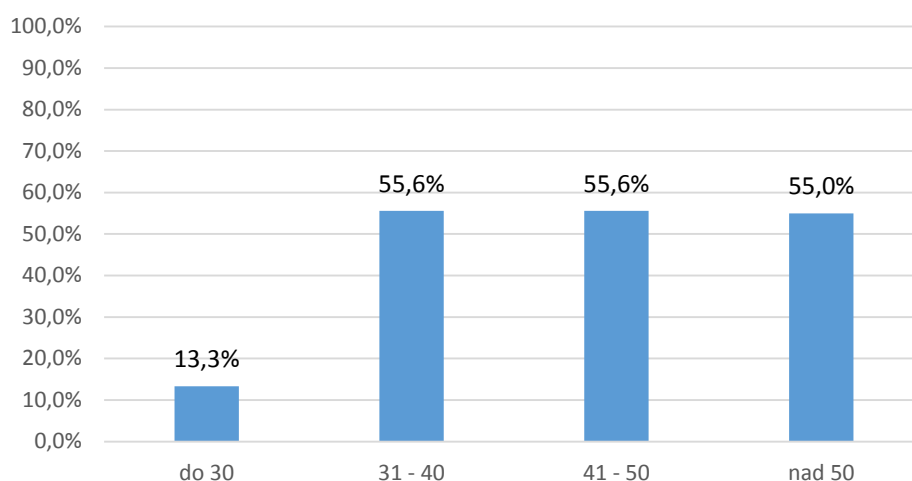
Odpovědi respondentů u této otázky potvrzují výsledky u otázky č. 8, kde dlouhodobé onemocnění uvedlo minimum dotazovaných ve věku do 30 let, v následujících věkových kategoriích výskyt všech onemocnění vzrostl. Zde respondenti do 30 let uvádějí dlouhodobé onemocnění ve 13,3 %, u všech dalších věkových kategoriích se výskyt pohybuje kolem 55 %. Nebyla zjištěna statistická významnost z hlediska distribuce podle věku.

Tabulka 19. Výskyt chronických onemocnění

		ano	ne
do 30	četnost	2	13
	procent	13,3%	86,7%
31 - 40	četnost	5	1. 4
	procent	55,6%	44,4%
41 - 50	četnost	5	4
	procent	55,6%	44,4%
nad 50	četnost	11	9
	procent	55,0%	45,0%
celkově	četnost	23	30
	procent	43,4%	56,6%

Zdroj: vlastní výzkum p = 0,056

Graf 30. Výskyt chronických onemocnění ve věkových kategoriích



N = 53

Zdroj: vlastní výzkum

Otázky č. 13: Užíváte pravidelně léky?

Z dotazovaných pedagogických pracovníků se bez pravidelného užívání léků obejde 60,4 %, jeden druh léků užívá pravidelně 28,3 % z nich, několik druhů pak 11,3 %.

Při srovnání věkových kategorií se vymykali respondenti ve věku do 30 let, kde žádné léky pravidelně neužívá 93,3 %, 6,7 % z nich užívá pravidelně jeden druh léků. Věkovou skupinou užívající nejvíce léků se ukázali dotazovaní ve věku 31 – 40 let, zde užívá pravidelně několik druhů léků 33,3 % z nich, viz graf 31. Byla zjištěna statistická významnost z hlediska distribuce podle věku, viz tabulka 20.

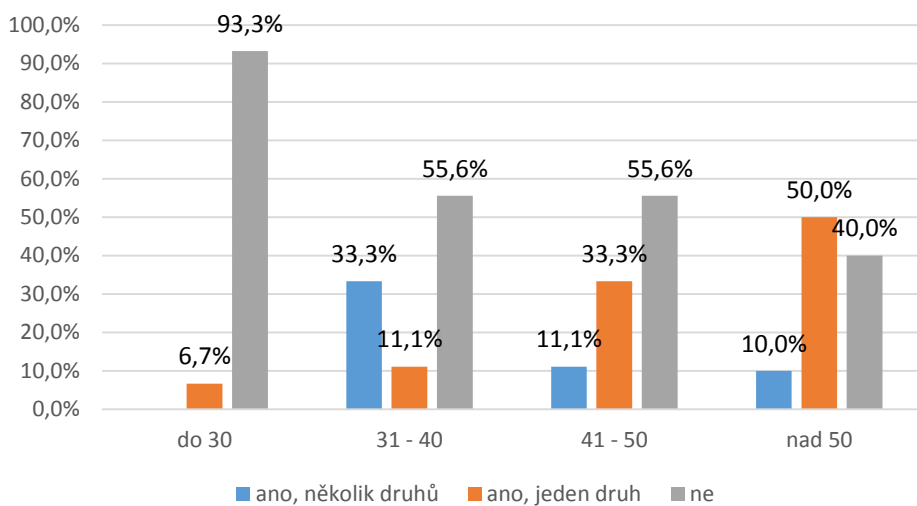
Tabulka 20. Užívání léků

		ano, několik druhů	ano, jeden druh	ne
do 30	četnost	0	1	14
	procent	0,0%	6,7%	93,3%
31 - 40	četnost	3	1	5
	procent	33,3%	11,1%	55,6%
41 - 50	četnost	1	3	5
	procent	11,1%	33,3%	55,6%
nad 50	četnost	2	10	8
	procent	10,0%	50,0%	40,0%
celkově	četnost	6	15	32
	procent	11,3%	28,3%	60,4%

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,021

Graf 31. Užívání léků u věkových kategorií



Zdroj: vlastní výzkum

N = 53

Graf 32. Srovnání užívání léků u respondentů do 30 a nad 30 let



Zdroj: vlastní výzkum

N = 53

5 DISKUSE

Daná bakalářská práce se zabývá subjektivním zdravotním stavem učitelů, vychovatelů, pedagogických asistentů v Moravskoslezském kraji. Je zaměřena na jejich zájem o svůj zdravotní stav, na jejich psychické i fyzické problémy a případný dopad těchto zdravotních komplikací.

Cílem práce bylo zjistit, jaký je zdravotní stav pedagogů v daném regionu, jaký je zájem pedagogických pracovníků o jejich zdraví a zjištění případných rozdílů zdravotního stavu u různých věkových kategorií.

Zjišťování zdravotního stavu bylo zaměřeno na několik oblastí: chronická onemocnění respondentů, subjektivní prožívání onemocnění (vliv na pracovní a společenský život), psychický stav dotazovaných.

Chronické onemocnění uvedlo 43,3 % dotazovaných. Tento údaj je poněkud vyšší než zjištěný výskyt chronických onemocnění podle Paprštějnové, Šmejkalové. Podle jejich výzkumu z roku 2011 trpí chronickým onemocněním 32,2 % pedagogů ZŠ (mezi pedagogy různých typů škol však nebyly v jejich výzkumu statisticky významné rozdíly).

Hypertenzi trpí 9,4 % respondentů, vysokou hladinu cholesterolu má 15,1 %. Většina dotazovaných (52 %) ale svou hladinu cholesterolu nezná vůbec.

Z konkrétních chronických onemocnění se u respondentů nejčastěji vyskytovaly onemocnění dýchacího a trávicího ústrojí (11,3 %), čtenější byl rovněž výskyt onemocnění srdce a cév (9,4 %). (Zpráva o zdraví obyvatel České republiky z roku 2014 úplně stejnou hodnotu uvádí u onemocnění srdce a cév obyvatel ČR celkově.)

13,2 % dotazovaných trpí „jiným onemocněním“. U některých hodnot, např. onemocnění srdce a cév jsou výsledky velmi podobné s výzkumem Paprštějnové, Šmejkalové (2011), u některých onemocnění jsou výsledky naopak rozdílné, např. onemocnění dýchací soustavy. Výskytem některých chronických onemocnění se ve svém výzkumu zabývali také Kožená, Kolacia (2006). Přehled výsledků výše uvedených výzkumů nabízí tabulka 21.

Psychické onemocnění nevedl nikdo z respondentů. Otázkou je, nakolik za tímto výsledkem stojí psychické zdraví a nakolik neochota si dané onemocnění přiznat, mluvit o něm.

Tabulka 21. Srovnání výsledků výzkumu

	Kožená, Kolacia, 2006	Paprštejnová, Šmejkalová, 2011	Lukešová, 2015
onemocnění srdce a cév	30,6%	8,2%	9,4%
onemocnění dýchacího ústrojí	-	2,6%	11,3%
onemocnění pohybového ústrojí	28,9%	13,9%	7,5%
onemocnění trávicího ústrojí	20,8%	2,6%	11,3%
diabetes	-	0,0%	1,9%
psychická onemocnění	-	0,5%	0,0%
jiná onemocnění	-	9,3%	13,2%

Zdroj: Paprštjnová, Šmejkalová (2011), Kožená, Kolacia (2006), vlastní výzkum

Další část výzkumu se zabývala otázkou nakolik fyzické a psychické problémy omezují pracovní a společenský život respondentů. Omezení svým zdravotním stavem v posledních 6 měsících pocívalo 18,9 % respondentů (z toho 1,9 % bylo omezeno velmi), trochu omezeno svými psychickými problémy se cítilo 20 % respondentů.

Subjektivně svůj zdravotní stav jako velmi dobrý vidí 17 % respondentů, jako dobrý 45,3 %, vcelku dobrý 34 % z nich (odpověď velmi špatný ne zvolil žádný z dotazovaných). Velmi podobně svůj zdravotní stav vnímali i dotazovaní výzkumu Paprštejnové, Šmejkalové (2011), srovnání nabízí tabulka 22.

Tabulka 22. Subjektivní zdravotní stav – srovnání výzkumů

	Paprštejnová, Šmejkalová, 2001	Lukešová, 2015
velmi dobrý	15,9%	17,0%
dobrá	41,3%	45,3%
vcelku dobrý	37,3%	34,0%
špatný	5,0%	1,9%
velmi špatný	0,5%	0,0%

Zdroj: Paprštjnová, Šmejkalová (2011), vlastní výzkum

Co se týče zájmu o svůj zdravotní stav, 91 % respondentů v dotazníkovém šetření uvedlo, že se o svůj zdravotní stav zajímá. Pokud ale měli uvést svou hmotnost, hodnotu krevního tlaku a cholesterolu v krvi, vznikl u některých z nich problém. Svou hmotnost uvedlo do dotazníku 75 % dotazovaných (otázkou je, zda zbylých 25% svou hmotnost nezná nebo uvádět nechce). O svém krevním tlaku mělo povědomí 87 % dotazovaných. Podstatně hůř na tom respondenti byli se znalostí své hladiny cholesterolu, o té je

informováno pouze 38 % z nich. Výzkum Paprštejnové, Šmejkalové (2011) uvádí neznalost krevního tlaku pouze u 3 % a neznalost hladiny cholesterolu u 28 % dotazovaných pedagogů.

Třetím výzkumným problémem bylo srovnání zdravotního stavu pedagogických pracovníků jednotlivých věkových kategorií.

Jako statisticky významný se ukázal rozdíl v užívání léků. Zatímco v kategorii do 30 let se bez pravidelného užívání léků obejde 93,3 % respondentů, u respondentů od 30 do 50 let 55,6 % a nad 50 let už pouze 40 %.

Dalším statisticky významným výsledkem byly rozdíly v četnosti uváděných psychických problémů v posledním měsíci. Mezi respondenty věkových kategorií 31 – 40, 41 – 50 a nad 50 let byla situace podobná (44,4 – 55,6 %), výrazně lépe na tom byli dotazovaní do 30 let – ti udávali občasná psychická probléma pouze v 6,7 %.

Statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými věkovými kategoriemi byl prokázán také u subjektivního prožívání zdravotního stavu. Zatímco v kategorii do 30 let převažovaly odpovědi „velmi dobře“ a „dobře“, u starších věkových kategorií převládaly odpovědi „dobře“ a „vcelku dobře“. Odpověď „špatně“ se objevila pouze u věkové kategorie nad 50 let.

Zajímavá byla i některá další zjištění:

Počet návštěv praktického lékaře s věkem překvapivě nestoupal. U dotázaných do 30 let je dokonce uváděna častější návštěva praktického lékaře v uplynulém roce. Bolesti hlavy se častěji objevovaly u respondentů do 30 let než u respondentů starších. Procento těch, kteří bolestí zad netrpí vůbec, byl ale překvapivě stejný u respondentů do 30 i nad 30 let (40%).

S věkem stoupala četnost téměř všech zjišťovaných chronických onemocnění. Výjimku tvořil diabetes (ten se vyskytl pouze v kategorii do 30 let) a onemocnění trávicího ústrojí (výrazně vyšší výskyt u respondentů od 31 do 40 let).

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo vytvořit teoretický přehled o problematice zdraví pedagogických pracovníků, zjistit zdravotní stav pedagogických pracovníků v Moravskoslezském kraji, jejich zájem o svůj zdravotní stav a srovnat zdravotní stav pedagogů v jednotlivých věkových kategoriích.

Dané skutečnosti byly zjišťovány na vzorku pedagogických pracovníků ze dvou základních škol v Kopřivnici. Z důvodu nedostatku respondentů ve věku do 30 let, byl sledovaný vzorek doplněn o pedagogy tohoto věku z jiných škol na Novojičínsku.

Jako výzkumná metoda bylo zvoleno dotazování. Formou anonymního dotazníku byly respondentům položeny otázky týkající se jejich zdravotního stavu.

Jednou ze zásadních determinant zdraví je prostředí jedince, jehož nedílnou součástí je pracovní prostředí. S profesí pedagoga jsou spojena jistá specifika, která mohou být riziková vzhledem ke zdraví jak po stránce psychické tak fyzické. Pedagogové jsou vystaveni nejen nadměrné psychické zátěži, ale také rizikům infekce, nadměrné expozici zvuku či statické pracovní poloze.

Z oslovených respondentů 43,2 % uvádí, že trpí chronickým onemocněním. Nejčastějšími druhy chronických onemocnění respondentů jsou onemocnění dýchacích cest a trávicího aparátu. Pokud se ale ptáme na subjektivní zdravotní stav, 94,5 % dotazovaných vidí svůj zdravotní stav jako velmi dobrý, dobrý či celkem dobrý. Z tohoto hlediska pedagogové svůj zdravotní stav snášejí dobře.

Na otázku, zda má zájem o svůj zdravotní stav, odpověděla valná většina respondentů kladně. Zdaleka ne tolik jich má ale představu např. o svém krevním tlaku či hladině cholesterolu.

Výzkum ukázal významný rozdíl mezi užíváním léků u mladých pedagogů (do 30 let) a jejich staršími kolegy. Výhodou mladších pedagogů byl také jejich prokazatelně lepší psychický stav (výrazně menší četnost občasných psychických problémů). Prokázalo se také jejich výrazně lepší subjektivní prožívání zdravotního stavu. S věkem rovněž stoupal výskyt téměř všech chronických onemocnění. Ne ve všech ukazatelích ale byli mladší kolegové ve výhodě, např. častěji potřebovali navštívit svého praktického lékaře.

Myslím si, že sledování dané oblasti je velmi důležité. Vzhledem k náročnosti pedagogické profese učitel potřebuje být ve své práci zdravý, cítit se dobře. Pokud chce pedagog vykonávat svou práci svědomitě, s plným nasazením (což je bezpochyby

žádoucí), je jeho zdravotní stav jedním z rozhodujících faktorů, které mu k tomu mohou dopomoci. Zejména v době oddalování důchodového věku je a zřejmě i bude otázka zdravotního stavu pedagogů otázkou aktuální.

SOUHRN

Teoretická část práce se zabývá zdravím, jeho determinantami, problematikou nemoci, profesí pedagogického pracovníka, jejími specifiky, zdravotními riziky s touto profesí spojenými, osobností pedagoga.

Na základě teoretických poznatků bylo provedeno anonymní dotazníkové šetření na téma subjektivní zdravotní stav pedagogů v Moravskoslezském kraji. Osloveno bylo 53 pedagogů základních škol na Novojičínsku. Cílem bylo zjistit stav psychického a fyzického zdraví pedagogů, jejich subjektivní prožívání v dané oblasti, porovnat ukazatele týkající se zdravotního stavu u různých věkových kategorií.

Bylo zjištěno, že subjektivní prožívání zdravotního stavu je zřejmě lepší než skutečný zdravotní stav (chronické zdravotní potíže uvádí 43,2 % respondentů, 94,5 % dotazovaných se ale navzdory těmto zdravotním potížím cítí dobře). Některé zjištěné skutečnosti byly ku prospěchu pedagogům mladším (méně časté užívání léků, lepší subjektivní prožívání zdravotního stavu, méně psychických problémů). Některé ukazatele zdravotního stavu byly naopak lepší u pedagogů starších (např. méně časté návštěvy praktického lékaře).

Klíčová slova: zdraví, zdravotní stav, determinanty zdraví, nemoc, pedagogický pracovník, osobnost pedagoga.

SUMMARY

The theoretical part of the theses focuses on health, its determinants, disease problems, personality of a pedagogue, specifics of the profession and health risks connected with this profession.

On the basis of the theoretical study, an anonymous survey research was carried out to obtain health condition of pedagogues from a subjective point of view in the Moravian-Silesian region. Fifty-eight pedagogues from basic schools in Nový Jičín district were asked. The aim was to learn about psychological and physical health of the pedagogues, their subjective evaluation of it, and to compare indicators of health condition with different age groups.

The findings showed that subjective evaluation of the health condition is in fact better than in reality (43,2 % of the respondents claimed having chronic health problems, 94,5 % of the respondents in spite of these difficulties claimed they felt well.) Some of the findings had positive impact on younger pedagogues (less frequent medical drug usage, better subjective evaluation of their health condition, lower occurrence of psychological problems). Some of the indicators of health condition had more favorable outcome with elder pedagogues (e.g. less frequent visits to general practitioner).

Keywords: health, health condition, determinants of health, disease, pedagogues, personality of the teacher.

REFERENČNÍ SEZNAM

Seznam použitých zdrojů:

BLAŽKOVÁ, Vlasta a Pěva MALÁ. 2007. *Odvrácená strana učitelského povolání. Rodina a škola*. Praha: Portál. ISSN 0035-7766.

ČELDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6608-9.

DISMAN, Miroslav. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.

DYTRTOVÁ, Radmila a Marie KRHUTOVÁ. 2009. *Učitel: Příprava na profesi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2863-6.

HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1369-4.

JEŽORSKÁ, Šárka. 2014. *Základy zdravotnické psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4084-2.

KABÁTOVÁ, Hana. 2012. *Hygiena ve školských zařízeních*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3760-6.

KEBZA, Vladimír. *Psychologické, sociální a ekonomické determinanty zdraví*. [online]. [cit. 2016-03-21]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/psycho/konference/seminar/determine/Determine_Kebza_feb10.pdf

KOHOUTEK, Rudolf. *Psychologie v teorii a v praxi: Osobnost typu A, B a C* [online]. [cit. 2015-10-17]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0812/osobnost-typu-c>

KOHOUTEK, Rudolf. 1996. *Základy pedagogické psychologie*. Brno: Cerm. ISBN 808-5867-94-X.

KOPECKÝ, Milan: *Úvod do počtu pravděpodobnosti a matematické statistiky*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1031-1.

KOPECKÝ, Miroslav, Dana STRNISKOVÁ, Barbora MATRJOVIČOVÁ, Beata FEDYN, Ilona GEMBALCZYK. 2012. *Úvod do výchovy ke zdraví a zdravému životnímu stylu*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3369-1.

KOŽENÁ, Ludmila a Luděk KOLACIA. 2006. *Zdravotní stav, životospráva a pracovní zátěž učitelů z projektu zdravá škola*. In 2. konference ŠKOLA A ZDRAVÍ 21 [online]. Brno, učitelů z projektu 2006 [cit. 2016-02-27].

MACHOVÁ, Jitka a kol. 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2472715-8.

MACHOVÁ, Jitka a kol. 2006. *Výchova ke zdraví pro učitele*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta. ISBN 80-7044-768-0.

MARÁDOVÁ, Eva. 2000. *Rodinná výchova: Zdravý životní styl I*. 2. vyd. Praha: Fortuna. ISBN 80-7168-712-X.

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.

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.

POSPÍŠIL, Radek. *Úvod do pedagogiky*. Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity [online]. [cit. 2015-09-30].

Dostupné z: http://is.muni.cz/do/1499/el/estud/pedf/ps09/uvod_ped/web/pedagog.html

PRŮCHA, Jan. 1997. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-170-3.

PRŮCHA, Jan. 2009. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-503-5.

ŘEHULKA, Evžen a Oliva ŘEHULKOVÁ. 1998. *Učitel a zdraví I*. Brno: Psychologický ústav AV ČR. ISBN 80-902653-0-8.

ŘEHULKA, Evžen. 2004. *Učitelé a zdraví 6*. Brno: Padio. ISBN 80-7315-093-X.

SLOVNÍK CIZÍCH SLOV [online]. [cit. 2015-09-23]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz>

TICHÁ, Iveta. 2012. *Psychologie zdraví 2*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3367-7.

URBANOVSÁ, Eva. 2012. *Psychologie zdraví 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3366-0.

VITALION [online]. [cit. 2015-10-18]. Dostupné z <http://nemoci.vitalion.cz/>

Vyučovací povinnosti učitelů a jejich platy ve srovnání zemí OECD. Učitelské noviny [online]. 2003, č. 23 [cit. 2015-10-15].

Dostupné z

<http://www.ucitelskenoviny.cz/?archiv&clanek=4842&PHPSESSID=0f25f5ca140cecb2f5e2a53fa17d088d>

ZPRÁVA O ZDRAVÍ OBYVATEL ČESKÉ REPUBLIKY [online]. MŠMT, 2014 [cit. 2016-02-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zprava-o-zdravi-obyvatele-ceske-republiky2014-_9420_3016_5.html

Seznam použitých grafů:

- Graf 1. Věk respondentů
- Graf 2. Délka praxe respondentů
- Graf 3. Pracovní úvazek respondentů
- Graf 4. Zobrazení odpovědí respondentů na otázku: „Zajímáte se o svůj zdravotní stav?“
- Graf 5. Znalost respondentů svých fyziologických parametrů
- Graf 6. Hodnota krevního tlaku respondentů
- Graf 7. Hladina cholesterolu v krvi respondentů
- Graf 8. Vývoj hodnocení zdravotního stavu s věkem
- Graf 9. Srovnání hodnocení zdravotního stavu respondentů do 30 a nad 30 let
- Graf 10. Změny frekvence návštěv lékaře s věkem
- Graf 11. Srovnání frekvence bolestí zad u respondentů pod 30 a nad 30
- Graf 12. Srovnání frekvence výskytu bolesti dolních končetin pod 30 a nad 30 let
- Graf 13. Vývoj frekvence výskytu kataru horních cest dýchacích v souvislosti s věkem
- Graf 14. Srovnání frekvence výskytu kataru horních cest dýchacích pod 30 a nad 30 let
- Graf 15. Srovnání frekvence bolestí hlavy podle věku do 30 a nad 30 let
- Graf 16. Intenzita bolesti hlavy ve věkových kategoriích
- Graf 17. Délka trvání bolesti hlavy ve věkových kategoriích
- Graf 18. Výskyt onemocnění srdce a cév ve věkových kategoriích
- Graf 19. Výskyt onemocnění dýchacího systému ve věkových kategoriích
- Graf 20. Výskyt diabetu ve věkových kategoriích
- Graf 21. Výskyt onemocnění trávicího ústrojí ve věkových kategoriích
- Graf 22. Výskyt onemocnění pohybového ústrojí ve věkových kategoriích
- Graf 23. Přehled dlouhodobých onemocnění v jednotlivých věkových kategoriích
- Graf 24. Výskyt dlouhodobých onemocnění – celkový přehled
- Graf 25. Omezení zdravotními problémy ve věkových kategoriích
- Graf 26. Srovnání omezení zdravotními problémy v kategorii do 30 a nad 30 let
- Graf 27. Psychické problémy respondentů podle věkových skupin
- Graf 28. Srovnání psychických problémů respondentů do 30 a nad 30 let
- Graf 29. Srovnání ovlivnění psychickými problémy v kategorii do 30 a nad 30 let
- Graf 30. Výskyt chronických onemocnění ve věkových kategoriích
- Graf 31. Užívání léků u věkových kategorií
- Graf 32. Srovnání užívání léků u respondentů do 30 a nad 30 let

Seznam použitých tabulek:

Tabulka 1. Feminizace českého učitelstva

Tabulka 2. Struktura pracovního času učitelů 2. stupně ZŠ

Tabulka 3. Chronická onemocnění respondentů (%)

Tabulka 4. Vlivy nejvíce obtěžující učitele základních škol (ZŠ) a středních škol (SŠ)

Tabulka 5. Subjektivní vnímání zdravotního stavu pedagogů

Tabulka 6. Instituce zařazené do výzkumu

Tabulka 7. Hodnocení zdravotního stavu

Tabulka 8. Frekvence návštěvy praktického lékaře

Tabulka 9. Frekvence bolestí zad

Tabulka 10. Frekvence výskytu bolesti dolních končetin

Tabulka 11. Výskyt onemocnění srdce a cév

Tabulka 12. Výskyt onemocnění dýchacího systému

Tabulka 13. Výskyt diabetu

Tabulka 14. Výskyt onemocnění trávicího ústrojí

Tabulka 15. Výskyt onemocnění pohybového ústrojí

Tabulka 16. Přehled dlouhodobých onemocnění v jednotlivých věkových kategoriích

Tabulka 17. Výskyt dlouhodobých onemocnění – celkový přehled

Tabulka 18. Psychické problémy respondentů v posledním měsíci

Tabulka 19. Výskyt chronických onemocnění

Tabulka 20. Užívání léků

Tabulka 21. Srovnání výsledků výzkumu

Tabulka 22. Subjektivní zdravotní stav – srovnání výzkumů

Seznam použitých zkratk:

%	procenta
°C	stupeň Celsia
ČR	Česká republika
dB	decibel
Kč	Koruna česká
kol.	kolektiv
mmol/l	milimol na litr
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
např.	například
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
prof.	profesor
s.	strana
SOC	sence of coherence
SOŠ	střední odborná škola
tzv.	takzvaný
vs.	versus
VŠ	vysoká škola
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZŠ	základní škola

Seznam příloh:

Příloha 1. Tiskopis dotazníku

Příloha 2. Ukázka vyplněného dotazníku

PŘÍLOHY

Příloha 1. Tiskopis dotazníku

UNIVERZITA PALACKÉHO

v Olomouci

Pedagogická fakulta

DOTAZNÍK

Subjektivní zdravotní stav pedagogických pracovníků v Moravskoslezském kraji

Dobrý den, vážení kolegové, ráda bych se na Vás obrátila s žádostí o vyplnění dotazníku ohledně Vašeho subjektivního zdravotního stavu. Výsledky výzkumu použiji pro svou bakalářskou práci. Dotazník je samozřejmě anonymní. Pro zachování co největší objektivity prosím o uvedení pravdivých údajů.

Děkuji

Michaela Lukešová

Pokyny k vyplnění dotazníku: V každé otázce prosím zakroužkujte odpověď či odpovědi, které nejmístičněji odpovídají realitě. Pokud je u otázky možno zakroužkovat více odpovědí, je to vždy uvedeno. Dbejte prosím pokynů u jednotlivých otázek.

- 1) Zajímáte se o Váš zdravotní stav?
- a) ne
 - b) ano (pokuste se doplnit níže uvedené charakteristiky týkající se Vaší osoby)

tělesná hmotnost (váha) kg
krevní tlak / mmHg
hladina cholesterolu v krvi mmol/l

- 2) Jak hodnotíte Váš zdravotní stav (zaškrtněte):

- a) cítím se velmi dobře
- b) cítím se dobře, jsem celkem zdrav
- c) cítím se vcelku dobře, uspokojivě
- d) cítím se špatně, mám dlouhodobé potíže
- e) cítím se velmi špatně (vážně nemocen)

- 3) Svého praktického lékaře jsem s akutním onemocněním navštívil naposledy:

- a) v průběhu uplynulého roku
- b) v průběhu minulých 5 let
- c) dříve

4) Míváte bolesti zad?

- a) ne
- b) ano (napište jak často)

Pokud ano, pokuste se Vaše bolesti lokalizovat (možnost zatržení více odpovědí):

- I. krční část páteře
- II. hrudní část páteře
- III. bederní část páteře
- IV. křížová a kostrční část páteře
- V. svalstvo

5) Míváte bolesti dolních končetin?

- a) ne
- b) ano (napište jak často)

Pokud ano, pokuste se Vaše bolesti lokalizovat (možnost zatržení více odpovědí):

- I. kyčel
- II. koleno
- III. noha
- IV. svaly

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

- a) ne
- b) ano (napište jak často)

Pokud ano, trpíte při nich i onemocněním hlasivek (chrapotem)?

- I. ne
- II. ano

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

- a) ne (přejděte k otázce č. 8)
- b) ano (napište jak často)

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

lokalizace na hlavě:

- a) čelo
- b) temeno
- c) týl
- d) spánek

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

- 8) Pokud trpíte dlouhodobým onemocněním, o jaké (případně o jaká) onemocnění se jedná (možnost zatržení více odpovědí)?
- a) onemocnění srdce a cév
 - b) onemocnění dýchacího systému
 - c) diabetes
 - d) onemocnění trávicího ústrojí
 - e) onemocnění pohybového ústrojí
 - f) psychické onemocnění
 - g) jiná onemocnění
- 9) Uveďte, zda v posledních 6 měsících Vaše zdravotní problémy omezovaly váš společenský a pracovní život:
- a) ano, velmi omezovaly
 - b) ano, omezovaly
 - c) ne, neomezovaly
- 10) Trpěl jste v posledním měsíci psychickými problémy?
- a) vůbec
 - b) občas
 - c) často
 - d) velmi často
- 11) Uveďte, do jaké míry bránily v posledních 6 měsících Vaše psychické problémy Vašemu společenskému a pracovnímu životu:
- a) vůbec
 - b) trochu
 - c) poměrně dost
 - d) výrazně
- 12) Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo zdravotní problém (který trvá nebo předpokládáte, že bude trvat déle než 6 měsíců)?
- a) ano
 - b) ne
- 13) Užíváte pravidelně léky?
- a) ano, několik druhů
 - b) ano, jeden druh
 - c) ne
- 14) Jaký je Váš věk?
- a) do 30 let
 - b) 30-40 let
 - c) 40 – 50 let
 - d) 50 a více let

15) Jaké je vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

16) Jaká je délka Vaší praxe?

- a) do 5 let
- b) více než 5 let


17) Jaký je Váš úvazek, např. 1,0 (plný), 0,5 (poloviční)

.....

Příloha 2. Ukázka vyplněného dotazníku

(51)

UNIVERZITA PALACKÉHO
v Olomouci
Pedagogická fakulta



DOTAZNÍK

Subjektivní zdravotní stav pedagogických pracovníků v Moravskoslezském kraji

Dobrý den, vážení kolegové, ráda bych se na Vás obrátila s žádostí o vyplnění dotazníku ohledně Vašeho subjektivního zdravotního stavu. Výsledky výzkumu použiji pro svou bakalářskou práci. Dotazník je samozřejmě anonymní. Pro zachování co největší objektivity prosím o uvedení pravdivých údajů.

Děkuji

Michaela Lukešová

Pokyny k vyplnění dotazníku: V každé otázce prosím zakroužkujete odpověď či odpovědi, které nejuvěstižněji odpovídají realitě. Pokud je u otázky možno zakroužkovat více odpovědí, je to vždy uvedeno. Dbejte prosím pokynů u jednotlivých otázek.

1) Zajímáte se o Váš zdravotní stav?

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

tělesná hmotnost (váha)69.....	kg
krevní tlak140/90.....	mmHg
hladina cholesterolu v krvi6.....	mmol/l

2) Jak hodnotíte Váš zdravotní stav (zaškrtněte):

a) cítím se velmi dobře
 b) cítím se dobře, jsem celkem zdrav
c) cítím se vcelku dobře, uspokojivě
d) cítím se špatně, mám dlouhodobé potíže
e) cítím se velmi špatně (vázně nemocen)

3) Svého praktického lékaře jsem s akutním onemocněním navštívil naposledy:

- a) v průběhu uplynulého roku
- b) v průběhu minulých 5 let
- c) dříve

4) Míváte bolesti zad?

- a) ne
- b) ano (napište jak často)

..... *občas*

Pokud ano, pokuste se Vaše bolesti lokalizovat (možnost zatržení více odpovědí):

- I. krční část páteře
- II. hrudní část páteře
- III. bederní část páteře
- IV. křížová a kostrční část páteře
- V. svalstvo

5) Míváte bolesti dolních končetin?

- a) ne
- b) ano (napište jak často)

.....

Pokud ano, pokuste se Vaše bolesti lokalizovat (možnost zatržení více odpovědí):

- I. kyčel
- II. koleno
- III. noha
- IV. svaly

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

- a) ne
- b) ano (napište jak často)

..... *1-2x ročně*

Pokud ano, trpíte při nich i onemocněním hlasivek (chraptem)?

- I. ne
- II. ano

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

- a) ne (přejděte k otázce č. 8)
- b) ano (napište jak často)

.....

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

lokalizace na hlavě: a) čelo
b) temeno
c) týl
d) spánek

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

- 8) Pokud trpíte dlouhodobým onemocněním, o jaké (případně o jaká) onemocnění se jedná (možnost zatržení více odpovědí)?
- a) onemocnění srdce a cév
 - b) onemocnění dýchacího systému
 - c) diabetes
 - d) onemocnění trávicího ústrojí
 - e) onemocnění pohybového ústrojí
 - f) psychické onemocnění
 - g) jiná onemocnění
- 9) Uveďte, zda v posledních 6 měsících Vaše zdravotní problémy omezovaly váš společenský a pracovní život:
- a) ano, velmi omezovaly
 - b) ano, omezovaly
 - c) ne, neomezovaly
- 10) Trpěl jste v posledním měsíci psychickými problémy?
- a) vůbec
 - b) občas
 - c) často
 - d) velmi často
- 11) Uveďte, do jaké míry bránily v posledních 6 měsících Vaše psychické problémy Vašemu společenskému a pracovnímu životu:
- a) vůbec
 - b) trochu
 - c) poměrně dost
 - d) výrazně
- 12) Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo zdravotní problém (který trvá nebo předpokládáte, že bude trvat déle než 6 měsíců)?
- a) ano
 - b) ne
- 13) Užíváte pravidelně léky?
- a) ano, několik druhů
 - b) ano, jeden druh
 - c) ne

14) Jaký je Váš věk?

- a) do 30 let
- b) 30-40 let
- c) 40 – 50 let
- d) 50 a více let

15) Jaké je vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

16) Jaká je délka Vaší praxe?

- a) do 5 let
- b) více než 5 let

17) Jaký je Váš úvazek, např. 1,0 (plný), 0,5 (poloviční)

.....1,0.....

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Mgr. Michaela Lukešová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Petr Zemánek, Ph.D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Subjektivní zdravotní stav pedagogických pracovníků v Moravskoslezském kraji
Název v angličtině:	Analysis of Subjective Health Status of Pedagogues in the Moravian-Silesian Region
Anotace práce:	Zdravotní stav jedince je výrazným faktorem ovlivňující kvalitu života. Mezi významné determinanty zdraví (případně nemoci) patří mimo jiné životní prostředí jedince. Existuje vzájemné propojení mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a profesí jedince. Tento vliv je patrný i u pedagogických pracovníků. Praktická část práce je zaměřena na zjištění subjektivního zdravotního stavu pedagogických pracovníků.
Klíčová slova:	Zdraví, zdravotní stav, determinanty zdraví, nemoc, pedagogický pracovník, osobnost pedagoga.

Anotace v angličtině:	<p>One's health condition is an important factor influencing quality of his/her life. Besides others, a very important health condition (or disease) determiner is enviroment.</p> <p>There is a connection between one's subjective health condition evaluation and his/her profession. This influence is also to be found within pedagogy labor force. The practical part of the theses focuses on obtain health condition of pedagogues</p>
Klíčová slova v angličtině:	<p>Health, health condition, determinants of health, disease, pedagogues, personality oftheteacher.</p>
Přílohy vázané v práci:	<p>Tiskopis dotazníku, ukázka vyplněného dotazníku.</p>
Rozsah práce:	<p>69 stran</p>
Jazyk práce:	<p>český</p>